

# Distrito Unificado de las Escuelas de Oakdale

## Forma de cambio de inscripción K-12

Año Escolar: \_\_\_\_\_

Escuela:  CLO  FO  MG  SV  
 OJH  OHS  CH  ES  VO

⇒ Si no hay cambios, favor de completar sección A solamente (cheque una):  Cambios  No hay cambios

SECCION A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
1. Apellido (USE SOLAMENTE EL APELLIDO LEGAL):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sufijo (Jr, II, III):
2. Apodo	3. Otros nombres que ha usado en el pasado:	4. Teléfono de la Casa:	
5. Dirección Postal:		Ciudad, Estado, Apartado Postal:	
<b>OFFICE USE ONLY</b> Name/Addr verified: Date: / /	6. Dirección Física del Hogar:	Ciudad, Estado, Apartado Postal:	

SECCION B. INFORMACIÓN RESIDENCIAL	
7. Circunstancias de Vivienda del Estudiante (cheque una): <input type="checkbox"/> Padre/tutor legal <input type="checkbox"/> Institución Infantil autorizada (LCI)* <input type="checkbox"/> Casa de Crianza (FFH)* <input type="checkbox"/> Hospital (no del Estado) <input type="checkbox"/> Instalación residencial <input type="checkbox"/> Institución de encarcelamiento <input type="checkbox"/> Hospital del estado <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo <input type="checkbox"/> Estudiante extranjero Intercambio <input type="checkbox"/> Otro: _____ *Numero de Licencia del Instituto Residencial: _____	
8. Programa Para las Personas Sin Hogar/Tipo de hogar (cheque una): <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Convive con alguien <input type="checkbox"/> No tiene albergue <input type="checkbox"/> Vivienda Permanente con ayuda del Estado <input type="checkbox"/> Se Desconoce <input type="checkbox"/> Otro: _____	9. Participa en un Programa (cheque el que necesite): <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> GATE <input type="checkbox"/> Migrante Educación Especial: <input type="checkbox"/> SDC/LH <input type="checkbox"/> SH <input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Otro: _____

SECCION C. INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON LA FAMILIA			
	10. PADRE/TUTOR LEGAL	11. OTRO PADRE/TUTOR LEGAL	12. EMERGENCIA (no sean los padres)
Nombre del contacto:			
Relación al estudiante:			
Vive con el estudiante: (cheque una):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, provea la dirección: _____ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, provea la dirección: _____ _____	
Teléfono de casa:			
Teléfono del trabajo:			
Teléfono celular:			
Correo electrónico:			
Empleador:			
Primer Idioma:			
Nivel de Educación: (cheque una):	<input type="checkbox"/> No graduó preparatoria <input type="checkbox"/> Graduó de preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduó de universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> No desea divulgar	<input type="checkbox"/> No graduó preparatoria <input type="checkbox"/> Graduó de preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduó de universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> No desea divulgar	
Cheque las opciones que necesite:	<input type="checkbox"/> No desea correo <input type="checkbox"/> Copias del correo <input type="checkbox"/> Copia de las calificaciones <input type="checkbox"/> Interprete <input type="checkbox"/> Esta bien dejar salir al estudiante	<input type="checkbox"/> No desea correo <input type="checkbox"/> Copias del correo <input type="checkbox"/> Copia de las calificaciones <input type="checkbox"/> Interprete <input type="checkbox"/> Esta bien dejar salir al estudiante	<input type="checkbox"/> Necesita un interprete <input type="checkbox"/> Esta bien dejar salir al estudiante

—Damos la autorización para que esta información sea compartida con los miembros del personal escolar como sea necesario.

—Es la responsabilidad del padre notificar a la escuela si el estudiante ha sido puesto en un programa de medicinas con receta o si hay un cambio en la condición física del estudiante, lo cual limita su habilidad de participar en el programa cotidiano de educación física.

—Si no nos podemos comunicar con los padres o las personas designadas en caso de emergencia, y si el niño necesita atención medica inmediato el niño será llevado al doctor más cercano o a la clínica de emergencia más cercana utilizando el método de transporte que más parezca prudente, el costo del cual no será pagado por el distrito.

Yo, el padre/tutor legal doy mi autorización a las declaraciones aquí mencionadas. La información en la Sección A – C es verdadera en lo que este en mi conocimiento.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY – DISTRICT ADMINISTRATIVE INFORMATION

ADDRESS/BOUNDARY INFORMATION	
Address verification document:	
School of residence:	<input type="checkbox"/> CL <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> Intradistrict attendance permit
District of residence:	<input type="checkbox"/> Interdistrict attendance permit