Escuela Preparatoria Autonoma de la Universidad - CSU Channel Islands
FORMULARIO PARA MATRICULAR A UN ESTUDIANTE

_____
Apellido Legal del Estudiante Nombre Segundo Nombre

Escuela	Grado	Sexo M/F	Fecha de Nac. Mes/Día/Año	

Domicilio	Ciudad	Código Postal	Tel.de casa	Apodo

Lugar de Nacimiento:	Ciudad	Estado	País	Base Militar?

Dirección Postal – Si es diferente a la del domicilio: _____

Actualmente viviendo con:

Nombre del Padre (Padrastro Tutor Legal): _____ _____
Lugar donde trabaja: Apellido Nombre Segundo Nombre Ocupación

_____ _____
Nombre de la Compañía Número y Calle Ciudad Estado Código Postal Código/Teléfono

Nombre de la Madre (Madrastra Tutora Legal): _____ _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Ocupación
Lugar donde trabaja:

_____ _____
Nombre de la Compañía Número y Calle Ciudad Estado Código Postal Código/Teléfono

Hermanos y Hermanas –Nombres y Fechas de Nacimiento: _____

ESTADO DE RESIDENCIA– Por favor marquen la linea apropiada y presenten a la escuela de su niño(a) una copia de algún documento legal.

_____ Vive con ambos padres _____Vive con el Tutor Legal _____ Vive con padres adoptivos _____ Custodia espec./de tribunal
_____ Vive con su padre únicamente _____ Vive con su padre y madrastra _____ Custodia legal única _____ Orden(es) de Restricción
_____ Vive con su madre únicamente _____ Vive con su madre y padrastro _____ Comparten la custodia legal _____ Encargado/a del cuidado (5111.11)

RESIDENCIA-¿Donde está viviendo su niño/a/familia? (Federalmente mandatario por NCLB)-Porfavor marquen la linea apropiada:

____ En una residencia familiar (casa, apartamento, condominio, casa móvil) ____ En un albergue o programa de vivienda de transición

____ En un motel/hotel ____ Compartiendo vivienda con otras familias/individuos ____ Sin vivienda ____ Otro (especificar)

Es uno de los padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos: □ Ejército, □ Naval, □ Fuerza Aérea, □ Infantería de Marina □ Guardia Costera o en completa □ Guardia Nacional? □ SI □ NO

Si el/la estudiante vive fuera de los límites de Camarillo, por favor indique Districto de Residencia:_____

Última escuela a la que asistió: _____ _____
Escuela Domicilio Ciudad Estado Código Postal Código/Teléfono

¿En que mes y año se matriculó su niño por primera vez en una escuela de U.S. (K-12)?_____

Anoten el/los grado(s) que su estudiante ha saltado _____ Anoten el/los grado(s) que su estudiante ha repetido _____

Servicios Especiales - ¿Ha participado su hijo(a) en alguno de los siguientes programas? Si responden Sí, marquen el programa apropiado

_____ Ayuda en Lectura/Matemáticas _____ Habla/Lenguaje _____ Bilingüe/ EL _____ Asesoramiento
_____ Educación. Especial /IEP _____GATE _____ Plan 504 _____ Otro:_____

¿Tiene su hijo(a) (o ha tenido) cualquier enfermedad o lesión que deba la enfermera escolar tener conocimiento de? Si es así, por favor declárenlo y descríbanlo. Por ejemplo: Diabetes, ataques, problemas del corazón, asma, alergias severas, enfermedades de los riñones, Tuberculosis, lesiones graves, enfermedades crónicas, etc.

_____

Firma del Padre/Guardián_____Fecha_____

(Por favor no escriban debajo de esta linea)

FOR SCHOOL USE ONLY : Date Complete Packet Received: _____