

**Distrito Escolar de Stanwood-Camano #401  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha \_\_\_\_\_

¿ SE HA INSCRITO ALGUIEN DE SU FAMILIA ANTERIORMENTE EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE STANWOOD-CAMANO?  SI  NO

**• INFORMACION DEL ESTUDIANTE:**

**WAC 392-415-070:** La siguiente información debe cumplir con el requisito legal bajo RCW 28A.230.125, incluyendo el nombre legal del estudiante (apellido, primer nombre y segundo nombre o inicial); y otros nombres usados; fecha de nacimiento; nombres de los padres o tutores; nombre y ubicación de escuelas a las que asistieron anteriormente en las que intento obtener crédito; y el historial académico del estudiante en todos los cursos a nivel de secundaria que intento pasar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: <i>Apellido legal</i>		<i>Primer nombre legal</i>	<i>Segundo nombre legal</i>	<i>También conocido como (Apodo)</i>	
FECHA DE NAC. <i>(Mes/Día/Año)</i>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LUGAR DE NACIMIENTO: <i>Ciudad Estado País</i>	GRADO	CIUDADANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE # <i>(Opcional)</i>
EL ESTUDIANTE HABLA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		PRIMER IDIOMA HABLADO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		IDIOMA HABLADO EN CASA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	

**• HOGAR PRINCIPAL:**

EL ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> padre adoptivo			U.S. MILITARY <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> mas de un padre	EMAIL ADDRESS	
				TELEFONOS (INCLUYA CODIGO DE AREA) <input type="checkbox"/> Marque si no esta enlistado	
<i>Apellido legal</i>		<i>Primer nombre legal</i>		Casa: ( )	
<i>Lugar de trabajo</i>				Cel.: ( )	
<i>Apellido legal</i>		<i>Primer nombre legal</i>		Trabajo: ( )	
<i>Lugar de trabajo</i>				Casa: ( )	
				Cel.: ( )	
				Trabajo: ( )	
RESIDENCIA	<i>Calle</i>	<i>Apt. #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
DIRECCION DE CORREO	<i>Calle</i>	<i>Apt. # o P.O. Box</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>

**• SEGUNDO HOGAR:**

RELACION CON EL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> mas de un padre			DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO
SEGUNDO HOGAR (padre sin custodia/tutor que no vive con el estudiante)			TELEFONOS (INCLUYA CODIGO DE AREA) <input type="checkbox"/> Marque si no esta enlistado
<i>Apellido legal</i>		<i>Primer nombre legal</i>	Casa: ( )
<i>Lugar de trabajo</i>			Cel.: ( )
<i>Apellido legal</i>		<i>Primer nombre legal</i>	Trabajo: ( )
<i>Lugar de trabajo</i>			Casa: ( )
			Cel.: ( )
			Trabajo: ( )
DIRECCION DE CORREO DE SEGUNDO HOGAR ( <i>Calle/P.O. Box, Ciudad, Estado, Código Postal</i> )			SOLICITA CORREO ADICIONAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Por favor complete toda la información de inscripción.

**Distrito Escolar de Stanwood-Camano #401  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha \_\_\_\_\_

**• ETNICIDAD Y RAZA**

<b>1. ¿Es su hijo de origen Hispano o Latino? (Marque todas las que apliquen.)</b>				
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Centroamericano	<input type="checkbox"/> Latinoamericano
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano/Chicano	<input type="checkbox"/> Sudamericano	<input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino
<b>2. ¿Qué raza considera usted que es su hijo? (Marque todas las que apliquen.)</b>				
<input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro	<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Asiático Indio	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Paquistaní	<input type="checkbox"/> Thai
<input type="checkbox"/> Camboya	<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Laos	<input type="checkbox"/> Singapur	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Malasio	<input type="checkbox"/> Taiwanés	<input type="checkbox"/> Otro asiático
<input type="checkbox"/> Filipino				
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Guam o Chamorro	<input type="checkbox"/> Melanesia	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Fiyi	<input type="checkbox"/> Islas Marianas	<input type="checkbox"/> Micronesia	<input type="checkbox"/> Tongano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Puyallup	<input type="checkbox"/> Snoqualmie	<input type="checkbox"/> Skagit Superior <input type="checkbox"/> Yakima
<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Quileute	<input type="checkbox"/> Spokane	<input type="checkbox"/> Otro Indio de Washington
<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Quinault	<input type="checkbox"/> Squaxin Island	<input type="checkbox"/> Otro Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Stillaguamish	
<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Suquamish	
<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Shoalwater	<input type="checkbox"/> Swinomish	
<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Skokomish	<input type="checkbox"/> Tulalip	

**• ESCUELA ANTERIOR:**

ESCUELA ANTERIOR A LA QUE ASISTIO EN ESTADOS UNIDOS	DISTRITO ESCOLAR AL QUE ASISTIO ANTERIORMENTE	UBICACIÓN DE ESCUELA ANTERIOR (Ciudad/Estado)
¿HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE STANWOOD-CAMANO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dijo si, NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTIO:		FECHA EN QUE ASISTIO (Mes/Año)
SI EL PAIS DE NACIMIENTO NO ES ESTADOS UNIDOS, ¿ASISTIO A OTRA ESCUELA EN OTRO PAIS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, ¿DURANTE CUANTOS MESES ASISTIO SU ESTUDIANTE A UNA ESCUELA FUERA DEL PAIS? _____ meses		
¿CUAL ES LA FECHA INICIAL EN LA CUAL SU ESTUDIANTE COMENZO A ASISTIR A UNA ESCUELA PUBLICA EN LOS ESTADOS UNIDOS? (Mes/Año) _____/_____		

**• OTRA INFORMACION LEGAL:**

¿CUSTODIA COMPARTIDA O PLAN DE CRIANZA EN EFECTO? (Si es así, el plan debe estar en el expediente)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Adjunto copia
¿ORDEN DE RESTRICCION EN EFECTO? (Si es así, los documentos legales deben estar en el expediente)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Adjunto copia
La orden de restricción es en contra de <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____		

**Distrito Escolar de Stanwood-Camano #401  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha \_\_\_\_\_

**• SERVICIOS ESPECIALES:**

¿HA CALIFICADO EL ESTUDIANTES ANTES PARA SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> SI**	<input type="checkbox"/> NO
¿HA CALIFICADO O HA TENIDO UN PLAN 504?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PARTICIPO EL ESTUDIANTE ANTES EN: <input type="checkbox"/> Title <input type="checkbox"/> Lap <input type="checkbox"/> Superdotado <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Otro:		

**• SERVICIOS ESTUDIANTILES:**

¿HA ESTADO SUSPENDIDO EL ESTUDIANTE POR VIOLACION DE ARMAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA:
¿HA SIDO LLAMADO POR BECCA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA:
¿HA SIDO RETENIDO SU ESTUDIANTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es así, que grado
ASISTE A GUARDERIA DE NIÑOS:	<input type="checkbox"/> Antes de la escuela	<input type="checkbox"/> Después de la escuela	<input type="checkbox"/> Ambos
GUARDERIA:	<i>Nombre:</i>	<i>Dirección:</i>	<i>Teléfono:</i>
OTROS ARREGLOS DE CUIDADO DE NIÑOS <i>(Proporcione información a la escuela por escrito)</i>			

**• HISTORIAL FAMILIAR:**

ENLISTE A OTROS HERMANOS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS PUBLICAS DE STANWOOD-CAMANO			
<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Escuela</i>	<i>Grado</i>

**• CHILD CARE INFORMATION:**

DOES STUDENT ATTEND CHILD CARE:
CHILD CARE PROVIDER: Name: _____ Address: _____
ADDITIONAL CHILD CARE ARRANGEMENTS: (Please provide information to school in writing.)

INSTRUCCIONES ESPECIALES SOBRE CREENCIAS RELIGIOSAS *(Proporcione información a la escuela por escrito)*

**Algún comentario adicional sobre su hijo:**

\*\* Si es así, de una copia del formulario de inscripción al Psicólogo de la Escuela

**Distrito Escolar de Stanwood-Camano #401  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha \_\_\_\_\_

**• AUTORIZACION PARA DEJAR SALIR AL ESTUDIANTE:**

*En caso de una lesión, enfermedad o cualquier otra situación con respecto a su hijo que no sea de emergencia, queremos localizar rápidamente a las familias y otros adultos responsables. En caso de no poder localizar a los padres/tutores, por favor enliste a personas de confianza que puedan cuidar de su hijo.*

<b>CONTACTO PRINCIPAL</b> (que no sean los padres)	RELACION CON EL NIÑO	TELEFONO (INCLUYA CODIGO DE AREA) <input type="checkbox"/> Marque si no esta enlistado
TRABAJO )	CEL. ( )	
<b>CONTACTO SECUNDARIO</b> (que no sean los padres)	RELACION CON EL NIÑO	TELEFONO (INCLUYA CODIGO DE AREA) <input type="checkbox"/> Marque si no esta enlistado
TRABAJO )	CEL. ( )	
<b>TERCER CONTACTO</b> (que no sean los padres)	RELACION CON EL NIÑO	TELEFONO (INCLUYA CODIGO DE AREA) <input type="checkbox"/> Marque si no esta enlistado
TRABAJO )	CEL. ( )	

*En caso de que la escuela no pueda comunicarse con los padres/tutores, autorizo que mi hijo salga con las personas enlistadas:*

***Firma del Padre/Tutor Legal*** ***Fecha***

**• AUTORIZACION MÉDICA DE EMERGENCIA:**

<b>NOMBRE DEL MEDICO</b> (Completo)	TELEFONO (INCLUYA CODIGO DE AREA)
-------------------------------------	-----------------------------------

*Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo esfuerzo por contactar a los padres inmediatamente. En caso de que no se pueda localizar a los padres, autorizo a la escuela obtener cuidado de emergencias para mi hijo.*

***Firma del Padre/Tutor Legal*** ***Fecha***

**• VERIFICACION DE INFORMACION:**

*La información en este formulario es verdadera y exacta a partir de esta fecha. Entiendo que falsificar información para lograr la inscripción o asignación puede ser motivo de revocación de la inscripción del estudiante o su asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Stanwood- Camano.*

***Firma del Padre/Tutor Legal*** ***Fecha***

DO NOT WRITE IN THIS AREA – FOR OFFICE USE ONLY					
STUDENT SCHOOL #	SCHOOL ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	HOMEROOM #	LOCKER NUMBER	BUS ROUTE AM                      PM

**Distrito Escolar de Stanwood-Camano #401  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha \_\_\_\_\_

**• AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL**

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Grado: _____
Fecha de comienzo preferida (si aplica): _____		Fecha de hoy: _____

**• AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACION CONFIDENCIAL CON LA AGENCIA/PERSONA ENLISTADA A CONTINUACION:**

<p align="center">Registros A/ De <i>(haga círculo)</i>:</p> <hr/> <p align="center">Nombre de escuela/agencia/persona</p> <hr/> <p align="center">Dirección</p> <hr/> <p align="center">Ciudad, Estado, Código Postal</p>	<p align="center">Enviar Registros A/De <i>(haga círculo)</i>:</p> <p align="center"><b>Distrito Escolar de Stanwood-Camano</b> Marque por favor el departamento/escuela apropiados</p>
--	---

**• ENTREGAR LA INFORMACION A CONTINUACION PARA PROPOSITOS EDUCATIVOS:**

<p><b>Registros Escolares:</b></p> <input type="checkbox"/> Expediente Cum file <input type="checkbox"/> Registros de Vacunas <input type="checkbox"/> Disciplina <input type="checkbox"/> Transcripciones <input type="checkbox"/> Evaluaciones de prueba estatales <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> BECCA <input type="checkbox"/> Historia del estado de WA <input type="checkbox"/> Otras evaluaciones <p><b>Propósito del Intercambio:</b></p> <input type="checkbox"/> Discutir y/o colocar en programa <input type="checkbox"/> Completar evaluación <input type="checkbox"/> actualizar registros <input type="checkbox"/> otro: _____	<p><b>Registros de Educación Especial:</b></p> <input type="checkbox"/> Informe IEP y evaluación de Educación Especial <input type="checkbox"/> Evaluación información <input type="checkbox"/> Comportamiento evaluado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p><b>Expedientes Médicos:</b></p> <input type="checkbox"/> Información de Diagnóstico de condición medica que impacte decisiones educativas <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--

**• IDENTIFIQUE LA ESCUELA SOLICITANDO LOS REGISTROS DEL ESTUDIANTE:**

<input type="checkbox"/> <b>Cedarhome Elementary</b> 27911 – 68 <sup>th</sup> Ave NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1280 Fax: (360) 629-1289 cesinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Twin City Elementary</b> 26211 – 72 <sup>nd</sup> Ave NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1270 Fax: (360) 629-1279 tceinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Port Susan Middle</b> 7506 – 267 <sup>th</sup> St NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1360 Fax: (360) 629-1365 psmsinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Saratoga School</b> 9307 271 <sup>st</sup> St. NW Stanwood, WA 98292 Ph: (360) 629-1372 Fax: (360) 629-1256 sarinfo@stanwood.wednet.edu
<input type="checkbox"/> <b>Elger Bay Elementary</b> 1810 Elger Bay Rd Camano Island, WA. 98282 Ph: (360) 629-1290 Fax: (360) 629-1291 ebeinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Utsalady Elementary</b> 608 Arrowhead Rd Camano Isl., WA. 98282 Ph: (360) 629-1260 Fax: (360) 629-1261 uesinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Stanwood High School</b> 7400 – 272 <sup>nd</sup> St NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1330 Fax: (360) 629-1331 shsinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Lincoln Hill High School Lincoln Academy</b> 7600 - 272 <sup>nd</sup> St NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1340 Fax: (360) 629-1341 lhsinfo@stanwood.wednet.edu
<input type="checkbox"/> <b>Stanwood Elementary</b> 10227 – 273 <sup>rd</sup> Pl NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1250 Fax: (360) 629-1252 sesinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Stanwood Middle</b> 9405 – 271 <sup>st</sup> St NW Stanwood, WA. 98292 Ph: (360) 629-1350 Fax: (360) 629-1354 smsinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Servicios Especiales</b> 26920 Pioneer Hwy Stanwood, WA 98292 Ph: (360) 629-1236 Fax: (360) 629-1233 spedinfo@stanwood.wednet.edu	<input type="checkbox"/> <b>Open Doors</b> 26920 Pioneer Hwy Stanwood, WA 98292 Ph: (360) 629-1200 Fax: (360) 629-1242

*Entiendo que la información obtenida será tratada de forma confidencial y no será transmitida a terceros sin mi permiso. También entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia de toda la información y refutar cualquier información que siento Es incorrecta. El padre o tutor puede revoca esta autorización por escrito en cualquier momento.*

**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

DIRECCION (Calle/PO Box, Ciudad, Estado, ZIP) \_\_\_\_\_

**El intercambio confidencial de información médica expira después de 90 días.**