



# SOUTH WASHINGTON COUNTY SCHOOLS • INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 833 (Distrito 833)

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**ES OBLIGATORIO CONTAR CON EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO JUNTO CON ESTE FORMULARIO**

• *Escriba con imprenta y presione con firmeza el bolígrafo.*

Fecha de hoy: / /

<b>Nombre legal del alumno</b> (Para la inscripción debe usarse el <b>NOMBRE LEGAL</b> )				Sexo (M/F)	Grado actual	Grado en que se inscribe
Apellido		Nombre				
		Segundo nombre				
Casa N.º	Nombre de la calle (avenida, calle, camino, pasaje, etc.)	Unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento del alumno			País de nacimiento del alumno			
Mes - Día - Año			Fecha de ingreso del alumno a los EE. UU. si no nació aquí			
			¿El alumno ha asistido a la escuela en los EE. UU. durante más de tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Devolver los formularios a:**  
**STUDENT INFORMATION**  
 7362 E. Point Douglas Road S.  
 Cottage Grove, MN 55016-3025

Teléfono: 651-425-6218  
 Fax: 651-425-6320

<b>Para información del estado, marque UNA opción:</b>	<b>Raza: (Marque TODAS las opciones que correspondan)</b>	<b>Etnia para el estado: (seleccione solo una)</b>
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<i>Nota: Si desea obtener la designación federal como indio americano, entonces elija solamente indio americano.</i>	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Ni indio americano ni nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico
<b>Para información federal, marque UNA opción:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Negro, no hispano
<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Blanco, no hispano
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico	

**OFFICE USE ONLY**

Next year  KA Rec'd   
 Screened  State Exclude

School Name \_\_\_\_\_  
 School Code \_\_\_\_\_  
 IDTR \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_  
 Student ID # \_\_\_\_\_  
 Starting Date \_\_\_\_\_  
 Last Location Code \_\_\_\_\_  
 SAC Code \_\_\_\_\_  
 Shared Time \_\_\_\_\_  
 Resident District Code \_\_\_\_\_

**¿El alumno está recibiendo alguno de los servicios siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Educación especial/IEP En caso de que cuente  Plan 504  Sobresaliente y talentoso  Servicios de LEP (conocimientos limitados de inglés)  Servicios de EL (lengua inglesa)  No se aplica ninguna de las anteriores

con un IEP, nivel de determinación federal N.º \_\_\_\_\_  Habla/lenguaje  Servicios de ESL (Inglés como segundo idioma)  Servicios de ESP (Inglés con fines específicos)  El niño asistió a la escuela durante el verano en los últimos 12 meses

<b>Última escuela a la que asistió el alumno</b>	<b>Domicilio de la escuela (calle, ciudad, estado, código postal)</b>

<b>¿El alumno ha vivido o asistido a la escuela (pública o privada) en el distrito 833?</b>	<b>Lugar de residencia del alumno</b>	<b>Solamente inscripción en prejardín o jardín de infantes:</b>
<input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, indique la escuela: _____	¿Este alumno está actualmente sin hogar (no tiene una residencia fija, regular y adecuada para la noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si se encuadra en esta definición, se contactará al funcionario intermediario de personas sin hogar del distrito para confirmar la determinación.)	¿El alumno ha sido evaluado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, en qué distrito: _____ (Si no es en el distrito 833, adjunte copia.)
<input type="checkbox"/> No. En caso negativo, ¿el alumno ha asistido a otra escuela de Minnesota? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estado tiene la custodia de este niño (los derechos de los padres han sido revocados mediante una orden judicial)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El alumno ha asistido a prejardín de infantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre de la institución: _____
	¿Este alumno está bajo cuidado tutelar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>El alumno vive en el domicilio antes indicado con: (Marque todas las opciones que correspondan)</b>	<b>Número de teléfono preferido del hogar</b>	<b>Ejército - Connected Youth</b>
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	( ) -	Marque aquí si los miembros de la familia inmediata del alumno actualmente están prestando servicio en el ejército de los EE. UU. <input type="checkbox"/>
Si se trata de tutor/otro, indique la relación: _____		

Padre/madre/tutores indicados a continuación tienen derecho/acceso a todos los registros educativos de los alumnos y recibirán información de la siguiente manera: Por correo, mediante el portal y por correo electrónico.

**Madre / madrastra / tutora / otra (marque una opción con un círculo)**  
 Use el nombre legal que aparece en la licencia de conducir.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que prefiere para la comunicación escrita? \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?  Sí  No

**Padre / padrastro / tutor / otro (marque una opción con un círculo)**  
 Use el nombre legal que aparece en la licencia de conducir.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que prefiere para la comunicación escrita? \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?  Sí  No

**REQUIRED WITH THIS FORM:**

1. Immunization Record \_\_\_\_\_

2. Birth Verification \_\_\_\_\_

Previous 833 records? \_\_\_\_\_

Records Requested: \_\_\_\_\_

Boundary Schools: \_\_\_\_\_

CGMS LMS OMS WMS  
 ERHS PHS WHS

Mars #  
 0833000 \_\_\_\_\_