

FOOTHILLS and TWIN OAKS High Schools

Fecha de inicio	Escuela	Grado	Número de Estudiante
Información del alumno			
Apellido(s)- <i>Legal</i>	Primer Nombre- <i>Legal</i>	Segundo Nombre- <i>Legal</i>	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-Binario
Ciudad de Nacimiento	Estado	País	Número de Teléfono Principal
			Fecha de Naci. (mes/día/año) / /

Grupo étnico del alumno

Leyes federales y estatales requieren que se identifique correctamente la etnicidad de los estudiantes. Esta información se utilizará solamente para reportar el número total de estudiantes por grupo étnico, y no se hará pública de ninguna forma identificable sin su permiso.

¿Es el alumno Hispano o Latino? Sí No

Indique el/los grupo(s) étnico(s) con el cual se identifica el alumno:

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático - Chino	<input type="checkbox"/> Asiático - Japonés
<input type="checkbox"/> Asiático - Coreano	<input type="checkbox"/> Asiático - Vietnamés	<input type="checkbox"/> Asiático -Indio
<input type="checkbox"/> Asiático - Laosiano	<input type="checkbox"/> Asiático - Camboyano	<input type="checkbox"/> Asiático -Hmong
<input type="checkbox"/> Asiático - Otro	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas - Hawaiano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas - Guamenio
<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otro de las Islas Pacíficas
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco

Información de Residencia

1. Nombre completo del Padre/Tutor		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Domicilio del Estudiante (Calle)	(Ciudad)	(Código Postal)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor	Dirección de Correo Electrónico:	
<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido	<input type="checkbox"/> Diploma de Posgrado <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. <input type="checkbox"/> Algo de Univ. <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No terminó la Preparatoria <input type="checkbox"/> No desea decir	
Servicio Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Empleado del Departamento de Defensa <input type="checkbox"/> Reservista Guardia Nacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		
2. Nombre completo del Padre/Tutor		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(Código Postal)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor	Dirección de Correo Electrónico:	
<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido	<input type="checkbox"/> Diploma de Posgrado <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. <input type="checkbox"/> Algo de Univ. <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No terminó la Preparatoria <input type="checkbox"/> No desea decir	
Servicio Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Empleado del Departamento de Defensa <input type="checkbox"/> Reservista Guardia Nacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		
3. Nombre completo del Padre/Tutor		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(Código Postal)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor	Dirección de Correo Electrónico:	
<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido	<input type="checkbox"/> Diploma de Posgrado <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. <input type="checkbox"/> Algo de Univ. <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No terminó la Preparatoria <input type="checkbox"/> No desea decir	
Servicio Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Empleado del Departamento de Defensa <input type="checkbox"/> Reservista Guardia Nacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		
4. Nombre completo del Padre/Tutor		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(Código Postal)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor	Dirección de Correo Electrónico:	
<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido	<input type="checkbox"/> Diploma de Posgrado <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. <input type="checkbox"/> Algo de Univ. <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No terminó la Preparatoria <input type="checkbox"/> No desea decir	
Servicio Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Empleado del Departamento de Defensa <input type="checkbox"/> Reservista Guardia Nacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Year : 2021-22 Grade: _____
Teacher : _____ ID #: _____

X _____ / /
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento

X _____
Domicilio Teléfono de casa Dirección de Correo Electrónico

EN CASO DE EMERGENCIA, ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA TARJETA.

1. _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

2. _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

ES MUY IMPORTANTE, EN CASO QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER CONTACTADOS, QUE (2) DOS NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO ADICIONALES SE PROPORCIONEN. POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION:

3. _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

4. _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relación Teléfono

SI NINGUNA DE LAS PERSONAS EN LA LISTA ESTÁ DISPONIBLE, SU NIÑO/A SERÁ TRANSPORTADO POR AMBULANCIA AL HOSPITAL.

Hermanos en la escuela:

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONDICIONES MÉDICA(S)- Marque todo que aplica
SI NADA APLICA marque aquí
 ADHD
 Asma, necesita inhalador en la escuela: sí no
 Diabetes, necesita insulina en la escuela: sí no
 Enfermedades cardiacas: _____
 Historia de ataques epilépticos: _____
 Pérdida de la audición, usa audífono(s): R L
 Problemas de la vista usa lentes usa lentes de contacto
 Otro problema de salud: _____
 Historia de traumatismo craneoencefálico fechas: _____

ALERGIAS- Marque todo que aplica
Si no hay alergias conocidas marque aquí
 Reacción a picaduras de abeja
 Alergia de comida o otra alergia (por favor lista): _____
 Alergia de medicina, explique: _____
 Otra alergia explique: _____
 Marque aquí si su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica
Requiere su hijo/a medicamentos para tratar las alergias:
 sí no
SI SE REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA REACCION ALERGICA, POR FAVOR COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA O VISITE EL SITIO WEB DE LA ESCUELA PARA OBTENER LAS FORMULARIOS NECESARIOS.

MEDICAMENTOS- Lista de medicamentos. Si no toma ninguno marque aquí:
Nombre de medicamento/dosis/tiempo de uso: _____
Es alguno de las medicamentos indicados usado en la escuela? sí no
SI LOS MEDICAMENTOS SON NECESARIOS EN LA ESCUELA UNA FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES FIRMADO Y PARA LOS MÉDICOS ES NECESARIO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR PARA OBTENER LAS FORMAS NECESARIAS.

Números telefónicos de proveedores médicos:
Nombre del medico/teléfono: _____ Nombre de dentista/teléfono: _____
Tiene su hijo/hija seguro medico? sí no Nombre del proveedor de seguro: _____

LA INFORMACION DE SALUD PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL EXCOLAR APROPIADO CUANDO SEA REQUERIDA CON EL FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A. POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA AL RESPECTO.

Firma de los padres o tutores: _____ Fecha: _____

Yo certifico, bajo mi conocimiento, que la información mencionada arriba es correcta y verdadera.

School Site Only-Place Label here
Grade _____
D.O.B. _____
Stu # _____
New Student _____



Por favor marque aquí sí:

- Nueva dirección
 Nuevo teléfono(s)

2021-22 VERIFICACIÓN ANUAL DE RESIDENCIA Y LISTA DE REQUISITOS

De acuerdo con las reglas del Distrito, todos los estudiantes en el Distrito Escolar Unificado de San Marcos deben proporcionar **DOS** comprobantes de residencia (prueba de donde viven) cada año para poder inscribirse. Si no entrega la prueba de residencia al momento de la inscripción, su hijo/a no podrá inscribirse (uno de cada categoría- ver a en la parte de abajo). La prueba debe mostrar el nombre y dirección del Padre/Guardián/Cuidador. Si desea conservar su documento(s) original(es), debe proporcionarnos copias. Padre/Tutor tiene que mostrar identificación con foto (licencia para manejar/pasaporte/credencial con fotografía) para completar la registración.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ID#: _____

APELLIDO, NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

El estudiante vive con (marque uno): PADRE(S) TUTOR LEGAL/PADRE ADOPTIVO TEMPORAL (proporcionar documentos legales)
 CUIDADOR (necesita un Affidavit de SMUSD) OTRO _____
 RESIDENCIA COMPARTIDA (el dueño debe completar el formulario Affidavit de Residencia)

Información de residencia - Por favor seleccione la opción que mejor describe su residencia principal:

- Casa de una sola familia Casa Móvil Dúplex Apartamento/Condominio Auto/Casa Rodante Hotel/Motel
 Casa de amparo Campamento Casa de crianza Otra: _____

¿Esta temporalmente compartiendo residencia con otra familia? Sí No

¿Es debido a una pérdida de vivienda, apuros económicos o una razón similar? Sí No

NOMBRE(S) DE PADRE/TUTOR (letras de imprenta): 1. _____ 2. _____

Nombres de los estudiantes que viven en casa: _____

YO CERTIFICO QUE EL ESTUDIANTE VIVE EN LA SIGUIENTE DIRECCION:

(teléfono) _____

Firma de la persona que establece residencia _____

Fecha _____

ADVERTENCIA: SU ESTUDIANTE SERÁ DESAPUNTADO INMEDIATAMENTE SI PROPORCIONA INFORMACIÓN INCORRECTA INFORMACIÓN INCORRECTA INCORRECTA*

Marque a continuación una prueba de residencia de cada categoría. El documento debe estar al corriente (de no más de 30 días de antigüedad). Cada documento debe mostrar el nombre del padre/Tutor y la dirección a no ser que la residencia sea compartida (llene el formulario Affidavit de Residencia).

****SI SE ENCUENTRA EN CIRCUNSTANCIAS DE VIVIENDA TRANSITORIA, POR FAVOR PIDA ASISTENCIA EN LA ESCUELA.**

CATEGORÍA UNO: RECIBO DE PAGO DE LA HIPOTECA O RECIBO DE PAGO (con la dirección de la residencia)
 CONTRATO DE ARRIENDAMIENTO O RECIBO DE PAGO (con la dirección de la residencia)
 DOCUMENTO DE IMPUESTOS DE LA PROPIEDAD O RECIBO (con la dirección de la residencia)
 ESCRITURA DE SUBVENCIÓN (con la dirección de la residencia)
 DOCUMENTOS DE PLICA (con la dirección de la residencia)

Y

CATEGORÍA DOS: RECIBO ACTUAL DE SERVICIOS PÚBLICOS (SDG&E, AGUA, BASURA O CABLE)
 CORRESPONDENCIA DE UNA AGENCIA GUBERNAMENTAL
 REGISTRO DE VOTANTES
 TALON ACTUAL DE PAGO CON LA DIRECCIÓN
 AFFIDÁVIT DE RESIDENCIA (se necesita si la residencia es compartida-Padre/
Tutor no se encuentra en la lista de prueba de residencia)
 OTRO

Verificación de un oficial de la escuela _____

Fecha _____

rev 1/2020

Acuse de recibo de los documentos/autorización de divulgación de información (2021-2022)

Nombre del estudiante (en letra de molde):	Escuela: Foothills y Twin Oaks High Schools	Grado:
Nombre del padre/madre (en letra de molde):	Fecha:	

El Código de Educación 48980 (a) establece que el Distrito Escolar Unificado de San Marcos está obligado por ley a notificar a los padres de su derecho a los servicios y programas ofrecidos por las escuelas del distrito escolar. Los padres deben firmar este formulario de notificación y devolverlo a la escuela de su hijo reconociendo que han sido informados de sus derechos.

POR FAVOR, REVISE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA A LADO DE CADA SECCIÓN SEGÚN SE INDICA • FIRME LA SECCIÓN AL PIE DEL FORMULARIO • DEVUELA EL FORMULARIO A LA OFICINA ESCOLAR

		Iniciales del padre/madre
1.	LAS EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES: He repasado y hablado con el alumno antes identificado sobre la Norma de Disciplina, <u>BP 5144</u> , de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de San Marcos. Mi hijo y yo comprendemos las consecuencias de quebrantar esta norma.	
2.	NOTIFICACIÓN ANUAL DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES/ESTUDIANTES Y EL PROCEDIMIENTO UNIFORME DE QUEJAS Por la presente, acuso recibo de la Notificación Anual de los Derechos de los Padres/Estudiantes y el Procedimiento Uniforme de Quejas que contiene información sobre los derechos, responsabilidades y protecciones con respecto al alumno antes señalado.	
3.	PROCEDIMIENTO FRENTE AL ACOSO He repasado y hablado con el alumno antes identificado sobre las Normas de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de San Marcos relacionadas con <u>el Acoso Sexual (BP 5145.7)</u> , <u>Contra la Discriminación y Acoso (BP 5145.3 y 5131.2)</u> y <u>Acoso Escolar (Bullying) BP 5131.2</u> .	
4.	RECURSOS TECNOLÓGICOS Y DE TELECOMUNICACIONES: He leído y hablado con mi hijo sobre la Norma de Uso Responsable de Tecnología del Distrito Escolar Unificado de San Marcos incluida en la Notificación Anual a los Padres.	
5.	LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS DE LA FAMILIA Y DE PRIVACIDAD (FERPA, por sus siglas en inglés) y la AUTORIZACION DE LA DIVULGACION DE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL DIRECTORIO DE SMUSD: Autorizo la divulgación de la información de mi hijo contenida en el directorio del Distrito Escolar Unificado de Información. La información del directorio del Distrito Escolar Unificado de San Marcos puede incluir el nombre de mi hijo, el nombre de los padres, dirección, correo electrónico, número de teléfono, el curso de estudio principal, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, premios y sobre la última escuela que asistió mi hijo. Esta información puede ser divulgada a las entidades solicitantes con un interés educativo legítimo, universidades, otros distritos escolares y el PTA y Fundación de la escuela de mi hijo.	Opcional
6.	SERVICIO MILITAR: Autorizo la divulgación de la información contenida en el directorio del Distrito Escolar Unificado de mi hijo que cursa el 11° o 12° grado a los reclutadores militares. (AVISO: Únicamente se aplica a los estudiantes que ingresan al 11.º o 12.º grado)	
7.	SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE: Como padre/madre/tutor del estudiante antes indicado, entiendo que el Distrito Escolar Unificado de San Marcos no tiene seguro médico o dental que cubre las lesiones sufridas en el plantel escolar, bajo la jurisdicción de la escuela, o mientras participaban en actividades del distrito escolar. El distrito escolar tiene un programa de seguro contra accidentes voluntario para estudiantes disponible a las familias de estudiantes que desean participar. Este programa de seguro es opcional y cumple con el Código de Educación de California. Para preguntas o información adicional, póngase en contacto con el Seguro Estudiantil al: Teléfono: (310) 826-5688; email: Sirep@studentinsuranceusa.com ; Dirección: 10801 National Boulevard, Suite 603, Los Angeles, CA 90064	
8.	He leído y tomado en consideración el Formulario de exclusión voluntaria de los medios de comunicación del Distrito Escolar Unificado de San Marcos (encontrado en los formularios opcionales o en la oficina escolar).	
9.	He leído el aviso de la Ley de Salud y tomado en consideración el Aviso de la Notificación de la Aplicación de Pesticidas/Herbicidas dentro de 72 horas del Distrito Escolar de Unificado de San Marcos (encontrado en los formularios opcionales o en la oficina escolar).	
10.	Únicamente para las preparatorias - He leído y tomado en consideración el Formulario del derecho de exclusión voluntaria de abstenerse del uso nocivo o destructivo de los animales del Distrito Escolar Unificado de San Marcos (encontrado en formularios opcionales o en la oficina escolar).	

Al suscribir, yo, el padre/madre/tutor, y el estudiante, acusamos recibo de la información sobre las normas y los derechos descritos anteriormente y en el Paquete de Notificación Anual (2020 a 2021) del Distrito Escolar Unificado de San Marcos. Yo, también afirmo, bajo pena de perjurio, que soy un residente del distrito, como lo verifiqué previamente, o que mi hijo asiste en virtud de un acuerdo interdistrital autorizado.

Firma del padre/madre o tutor legal:	Firma del estudiante
--------------------------------------	----------------------