

FORMULARIO DE MATRICULACIÓN – DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA BARBARA

(SOLO USAR BOLÍGRAFO) NOTA: Padres NO escriban en las áreas coloreadas.

NOMBRE DEL ALUMNO/A (APELLIDO)			(NOMBRE)	(MEDIO)	MARCAR: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A	
PADRE/MADRE/TUTOR (Para propósito de correspondencia)				TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO		TELÉFONO DEL TRABAJO	
DOMICILIO DE RESIDENCIA (NO UN APARTADO DE CORREOS)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	BIRTH VERIF.	
DIRECCIÓN PARA RECIBIR LA CORRESPONDENCIA, SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO DEL ALUMNO ARRIBA INDICADO				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO MOBIL DEL ALUMNO/A	
STUDENT ID #	ENROLLMENT DATE	ENROLLMENT CODE	DIST. OF RESIDENCE	SCHOOL OF RESIDENCE	I/S	HM RM/TEACHER #	EC	SCHOOL #

CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO/A	ULTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: NOMBRE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	DIRECCIÓN:			

ESCUELA DE SANTA BARBARA A LA QUE HAYA ASISTIDO ANTERIORMENTE: NOMBRES:	AÑOS:	IDIOMA DIFERENTE DEL INGLES QUE SE HABLA EN EL HOGAR
--	-------	--

IDIOMA PREFERIDO PARA LA CORRESPONDENCIA INGLES ESPAÑOL	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO, SI NO EN LOS EE.UU., CIUDAD Y PAÍS)	FECHA DE LA PRIMERA VEZ QUE EL ALUMNO/A ASISTIÓ A LA ESCUELA EN LOS EE.UU.
---	---	--

¿TIENE EL/LA ALUMNO/A ALGUNA INCAPACIDAD? SI NO	¿EL/LA ALUMNO/A HA TENIDO ALGÚN PLAN I.E./SECCIÓN 504? SI NO	¿EL/LA ALUMNO/A HA RECIBIDO ALGUNA VEZ SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL O AYUDAS RELACIONADAS? SI NO
--	---	--

EL ALUMNO/A VIVE CON: AMBOS PADRES MADRE PADRE MADRASTRA PADRASTRO OTRO

INFORMACIÓN REFERENTE AL PADRE O TUTOR	<input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> DR.	NOMBRE (PRIMERO INDICAR, EL APELLIDO)	LUGAR DE NACIMIENTO		
	RELACIÓN CON EL NIÑO/A:	OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO		
	DIRECCIÓN, SI ES DIFERENTE DEL DOMICILIO DEL ALUMNO/A ARRIBA INDICADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
	ENVIAR CORRESPONDENCIA EXTRA AQUÍ SI NO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MOBIL		

INFORMACIÓN REFERENTE A LA MADRE/TUTORA	<input type="checkbox"/> SRTA. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> DR..	NOMBRE (PRIMERO INDICAR EL APELLIDO)	NOMBRE DE SOLTERA	LUGAR DE NACIMIENTO	
	RELACIÓN CON EL NIÑO/A:	OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO		
	DIRECCIÓN, SI ES DIFERENTE DEL DOMICILIO DEL ALUMNO/A ARRIBA INDICADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
	ENVIAR CORRESPONDENCIA EXTRA AQUÍ SI NO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MOBIL		

EDUCACIÓN DEL PADRE 1 No graduado de preparatoria 3 Algo de universidad 5 Post-Graduado escolar 2 Graduado de preparatoria 4 Graduado Universidad 6 No sabe/no contesta	EDUCACIÓN DE LA MADRE 1 No graduado de preparatoria 3 Algo de universidad 5 Post-Graduado escolar 2 Graduado de preparatoria 4 Graduado Universidad 6 No sabe/no contesta
--	--

NOMBRES DE LOS PADRES NATURALES (SI SON DIFERENTE DE LOS DE ARRIBA)

PADRE	DIRECCIÓN		
MADRE	DIRECCIÓN		
NOMBRES DE OTROS HIJOS EN LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER	NOMBRE DE LA ESCUELA (SI ESTA EN LA ESCUELA)

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA:
-----------------------------	--------

Health and Emergency Card Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Photocopy of current immunization attached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Proof of Residence Verified <input type="checkbox"/>	Completed by School District Employee (Please Print) _____
	Position _____