

# FORMULARIO DE MATRICULACIÓN – DISTRITO ESCOLAR DE PRIMARIA/SECUNDARIA 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					
			DIRECCIÓN:	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
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.P/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: <input type="checkbox"/> AMBOS PADRES <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> OTRO								
<b>INFORMACIÓN REFERENTE AL PADRE O TUTOR</b>	<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		
<b>INFORMACIÓN REFERENTE A LA MADRE/TUTORA</b>	<input type="checkbox"/> SRTA. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> DR..		NOMBRE (PRIMERO INDICAR EL APELLIDO)			NOMBRE DE SOLTERA		
	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		
<b>EDUCACIÓN DEL PADRE</b>				<b>EDUCACIÓN DE LA MADRE</b>				
1 No graduado de preparatoria		3 Algo de universidad		5 Post-Graduado escolar		1 No graduado de preparatoria		
2 Graduado de preparatoria		4 Graduado Universidad		6 No sabe/no contesta		2 Graduado de preparatoria		
						3 Algo de universidad		
						4 Graduado Universidad		
						5 Post-Graduado escolar		
						6 No sabe/no contesta		
<b>NOMBRES DE LOS PADRES NATURALES (SI SON DIFERENTE DE LOS DE ARRIBA)</b>								
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 _____								