

Camarillo Academy of Progressive Education - STUDENT ENROLLMENT FORM

Open School - Open Mind - Equal Opportunity Charter

(Apellido Legal) del Estudiante	(Nombre)	(Segundo Nombre)	Nombre (Apodo-si tiene)

Lugar de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Estado-Nacimiento	Paiz de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Grado	Sexo

Dirección de Domicilio (Numero y Calle)	Ciudad	Código Postal	Tel. de la casa	Numero del Seguro Social

Dirección Postal -(Si es diferente a la del domicilio) _____

Dirección adicional (si es necesaria) Nombre y Dirección: _____

Correientemente viviendo con:				
Nombre de Padre (Padrasto Tutor Legal):	Apellido,	Nombre,	Segundo Nombre	Ocupación
Lugar donde trabaja: (Compañía,	Numero y Calle,	Ciudad,	Estado, Código Postal)	(Código) Teléfono
Dirección Postal - (Si es diferente a la de domicilio):				

Correientemente viviendo con:				
Nombre de Madre (Madrasta Tutora Legal):	Apellido,	Nombre,	Segundo Nombre	Ocupación
Lugar donde trabaja: (Compañía,	Numero y Calle,	Ciudad,	Estado, Código Postal)	(Código) Telefono
Dirección Postal - (Si es diferente a la de domicilio):				

Hermanos y Hermanas - Nombres y Fechas de Nacimiento: _____

ESTADO DE RESIDENCIA: Por favor marquen la línea apropiada y presenten a la escuela una copia de algún documento legal de un tribunal			
<input type="checkbox"/> Vive con ambos padres	<input type="checkbox"/> Vive con el Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Vive con padres adoptivos	<input type="checkbox"/> custodia espec./de tribunal
<input type="checkbox"/> Vive con su padre únicamente	<input type="checkbox"/> Vive con su padre y madrastra	<input type="checkbox"/> Custodia única	<input type="checkbox"/> (Orden(es) de Restricción
<input type="checkbox"/> Vive con su madre únicamente	<input type="checkbox"/> Vive con su madre y padrastro	<input type="checkbox"/> Comparten la custodia	<input type="checkbox"/> Encargada del cuidado

Última escuela a la que asistió (Nombre), (Domicilio), (Ciudad) (Estado) (Código Postal)	(Código/Telefono)

El nombre de Distrito Escolar que su estudiante vive: _____

En que año se matriculo su niño por primera vez en usa escuela de Ustados Unidos? _____ Anoten el/los grado(s) que su estudiante ha saltado _____

En que año se matriculo su niño por primera vez en usa escuela de California? _____ Antoen el/los grado(s) que su estudiante ha repetido _____

Servicios Especiales - Ha participado su hijo(a) en alguno de los siguientes programs? Si responden Si, marquen el programa apropiado:			
<input type="checkbox"/> Ayuda en Lectura/Matematicas	<input type="checkbox"/> Educacion Especial/IEP	<input type="checkbox"/> Bilingue/ESL	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Haba/Lenguaje	<input type="checkbox"/> GATE	<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Tiene su hijo(a) (o ha tenido) cualquier enfermedad o lesion que deba ser del conocimiento de la enfermera escolar? Si es asi, por favor declárenlo y descibanlo. Por ejemplo: Diabetes, ataques, problems del corazón, asma, alergias severas, enfermedades do los riñones

Tuberculosis, lesions graves, enfermedades crónicas, etc.:

(Por favor no escriban debajo de esta línea)			(Para la Ofecina)			
Enrollment Date	Teacher	Student #	1st CA	1st USA	Grade	Kindergarten
						AM / PM / Staggard
Father's Ed Code	Mother's Ed Code	Ethnic Code	Language Code	Family Number	Dwelling	NCLB / HMLSS

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proof of Birth Date | <input type="checkbox"/> Kindergarten Information | <input type="checkbox"/> Health Card | <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Lunch Application |
| <input type="checkbox"/> Ethnic/Lang. Form | <input type="checkbox"/> Emergency Card | <input type="checkbox"/> Health Insert | <input type="checkbox"/> CHDP/Waiver (K/1) | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Home Lang. Surevy | <input type="checkbox"/> Request for Cum/Records | <input type="checkbox"/> Blue CSIR Imm. | <input type="checkbox"/> Dental (K/1) | |