



## Formulario de Matriculación del Distrito de Preparatorias de la Unión de Merced

Uso Escolar: # AERIES	# Perm	Año de Grad.:	Programas: <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Intercambio estudiantil <input type="checkbox"/> Educación especial
*El Distrito de Preparatorias de la Unión de Merced no discrimina por razones de raza, color, sexo, religión, origen nacional, ciudadanía ni estado migratorio*			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO:			
Apellido - Legal	Nombre – Legal	Segundo nombre:	Sufijo (Jr., II, III)
Género:	Nivel de año:	Fecha de nacimiento:	
Previa Escuela del Alumno:			
Nombre:		Ciudad:	Número Telefónico:
Esta escuela es: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Alternativa <input type="checkbox"/> Educación Continua <input type="checkbox"/> Semi-autónoma/Privada			
Dirección postal del alumno (principal): <b>Sírvase encerrar uno en un círculo: Madre o Padre</b>		Ciudad:	Estado: Código postal:
Residencia del alumno (si es diferente): <b>Sírvase encerrar uno en un círculo: Madre o Padre</b>		Ciudad:	Estado: Código postal:

INFORMACIÓN DE LA MADRE:			
Madre/Tutora:		Vive con el alumno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 50/50 (custodia compartida)	
Educación de Madre:(Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sin graduarse de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna universidad completada <input type="checkbox"/> Graduado de universidad <input type="checkbox"/> Estudios de postgrado <input type="checkbox"/> Desconocido/rehúsa declarar		Problemas de custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, sírvase brindar documentación</b>	
Teléfono de casa:	Celular de la madre:	Teléfono de trabajo de la madre:	Correo electrónico de la madre:

INFORMACIÓN DEL PADRE:			
Padre/Tutor:		Vive con el alumno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 50/50 (custodia compartida)	
Educación de Padre:(Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sin graduarse de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna universidad completada <input type="checkbox"/> Graduado de universidad <input type="checkbox"/> Estudios de postgrado <input type="checkbox"/> Desconocido/rehúsa declarar		Problemas de custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, sírvase brindar documentación</b>	
Teléfono de casa:	Celular del padre:	Teléfono de trabajo del padre:	Correo electrónico del padre:

INFORMACIÓN DE PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA				
Si su hijo se enferma o se lastima en la escuela y no podemos contactar con usted, usaremos una persona de contacto en caso de emergencia (un familiar/amigo/vecino) para cuidar a su hijo. Estos individuos serán las únicas personas permitidas a transportar a su hijo de la escuela por cualquier razón, a menos que la oficina reciba una autorización por escrito. Favor de brindar más de una persona de contacto en caso de emergencia.				
Persona de contacto en caso de emergencia #1	Relación al alumno	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Celular
Persona de contacto en caso de emergencia #2	Relación al alumno	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Celular
Persona de contacto en caso de emergencia #3	Relación al alumno	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Celular

INFORMACIÓN MÉDICA	
¿Tiene el alumno algún problema crónico de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es lo afirmativo, favor de marcar aquellos que aplican a su hijo/a:	
<input type="checkbox"/> Asma (carga inhalador) <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Hemorragia Nasal <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	
<input type="checkbox"/> Oído (audífono) <input type="checkbox"/> Ojo (lentes) <input type="checkbox"/> Anafilaxia (alergia severa por piquete de abeja o alimento)	
<input type="checkbox"/> Alergias (polvo/polen) <input type="checkbox"/> Alergias alimenticias (Favor de listar):	
¿El alumno toma medicamento recetado de forma sistemática?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Si es lo afirmativo, favor de listar al seguir:
¿Es alérgico el alumno a cualquier medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Si es lo afirmativo, favor de listar al seguir:

La ley estatal autoriza que los oficiales escolares programen tratamiento razonable de emergencia por un médico o hospital cuando un alumno está enfermo o lastimado en la escuela al menos que un padre o tutor presente al distrito escolar una oposición escrita a cualquier tratamiento médico además de primeros auxilios. (Sección 11902.1 del Código Educativo). Si se presenta una emergencia se realizará un esfuerzo razonable para comunicarse con usted, pendiente las circunstancias.

Formulario continua en el reverso de la página

***He leído lo anterior y doy consentimiento de tal tratamiento de emergencia por un médico o hospital según se considera razonable en caso de que mi hijo/a se enferma o lesiona en la escuela o en cualquier actividad patrocinada por la escuela dentro o fuera del terreno escolar.***

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_