

Grados 6- 12

Paquete de Matriculación (Español)

¡BIENVENIDO AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BANNING!



Oficina de Matriculación Centralizada
161 W. Williams Street
(951) 922-2702
Horario: 7:30 a.m. - 4:00 p.m.



Lista de Verificación para matriculación para grados 6-12:

Para poder matricular a su hijo favor de traer los siguientes documentos.

Comprobante de nacimiento del estudiante *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Acta de Nacimiento (Registrado con el Condado)
- Registro del condado que certifique la fecha de nacimiento
- Registro del hospital
- documentos de adopción
- Acuerdo de colocación / agencia judicial
- Pasaporte
- Declaración del registrador local
- Certificado de Bautismo
- Declaración jurada del padre, tutor, custodio del menor

Registro de Inmunizaciones Actuales

- Polio (4 dosis)
- DTaP (5 dosis)
- MMR (2 dosis)
- HepB (3 dosis)
- Varicela (1 dosis)
- TDAP (1dosis) *Solamente para estudiantes del grado 7

Documentos Verificando su Domicilio *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Cuentas de electricidad, de agua, u de gas actuales *(Todas las facturas deben tener fecha de los últimos 30 días)*
- Matriculación de vehículo
- Documentos del Condado
- Acuerdo de alquilar/renta de parte del propietario(a)

Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP)

(Solamente para Estudiantes de Educación Especial)

Documentos de la corte más recientes *(solamente si aplica)*

Completar el Paquete de Matriculación de B.U.S.D.

Copia de calificaciones/créditos escolares más recientes

Identificación con Fotografía del Padre/Tutor *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Licencia de Conductor de California/Tarjeta de Identificación Estatal Actual
- Pasaporte Actual
- Tarjeta de Identificación del Banco con fotografía
- Familia de Crianza /Grupo Temporal/Tarjeta de Identificación de Agencia



State ID:
Office use only



Date Entered:
office use only

CONTACTO DE EMERGENCIA / FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

FAVOR DE NOTIFICAR A LA OFICINA DE MATRICULACIÓN CENTRALIZADA DE CUALQUIER CAMBIO

ID # _____	Año Escolar 20 _____	- 20 _____	Escuela _____	Grado _____
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Apellido del Estudiante _____		Primer Nombre _____		Segundo Nombre _____
				Masculino <input type="checkbox"/>
				Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio _____		Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Domicilio de Envío (si diferente) _____		Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____			Edad _____	
El estudiante vive con: Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo Temporal <input type="checkbox"/> Hogares de Crianza Grupales <input type="checkbox"/> Tutor Legal (con documentos judiciales) <input type="checkbox"/> Tutor Informal (sin documentos judiciales) <input type="checkbox"/> ¿Es la persona marcada arriba el tutor legal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si no, favor de completar el formulario de "Declaración de Autorización del Proveedor de Cuidado"				
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA			Número de Teléfono	
Madre/Tutor: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>			Celular () _____	
Nombre: _____			Casa () _____	
Empleador: _____ Posición: _____			Trabajo () _____	
Correo electrónico _____			Militar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nivel de Educación de la Madre: No Graduo de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/>				
Poco de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Maestría/Posgrado <input type="checkbox"/>				
Lengua Materna de la Madre: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____				
Padre/Tutor: Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>			Celular () _____	
Nombre: _____			Casa () _____	
Empleador: _____ Posición: _____			Trabajo () _____	
Correo electrónico _____			Militar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nivel de Educación del Padre: No Graduo de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/>				
Poco de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Maestría/Posgrado <input type="checkbox"/>				
Lengua Materna del Padre: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____				
Residencia Familiar: Casa/Apartamento/Casa Móvil <input type="checkbox"/> Viviendo con otra familia <input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/>				
Carro/Camioneta/Calle <input type="checkbox"/> Refugio/Transición en Hogar <input type="checkbox"/> Camping/Parque <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Comunicación en el Hogar u en la Escuela: Marque el lenguaje en cual usted gustaría recibir notificaciones de la escuela: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/>				
Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal		Firma de Padre/Tutor Legal		_____/_____/_____ Fecha

OTROS HIJOS EN ESTE DISTRITO

Nombre:	Escuela:	Nombre:	Escuela:

Origen Étnico

El origen racial es separado de la pregunta anterior sobre el origen étnico. Por favor marque debajo uno u más con cual grupo racial se identifica su niño(a).

¿Es este niño Hispano o Latino?
 Sí _____ No _____

Laosiano ___ Camboyano ___ Filipino(a) ___ Hmong ___ Otro(a) Asiático(a) ___
 Originario de Hawal u Isleño(a) del Pacifico; Hawalano ___ Guameño ___ Samoano ___ Otro ___
 Nativo(a) Americano(a) u Nativo(a) de Alaska ___ Americano(a) Africano(a) ___ Blanco(a) ___

Historial Educativo del Estudiante

¿Previamente matriculado en el Distrito de Banning? Sí ___ No ___

¿Ha sido este niño reprovado de la escuela? Sí ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado? _____

¿Ha sido este niño avanzado en otro grado? Sí ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado? _____

¿Ha sido este niño suspendido? Sí ___ No ___

¿Es este niño matriculado actualmente en el Programa de Educación Especial?
 Sí ___ No ___ Si sí, cual programa(s): RSP ___ SDC ___ Lenguaje y en el Hablar ___ Otro ___

¿Es este niño actualmente debajo un orden de expulsión u pasando por el proceso de expulsión?
 Sí ___ No ___ Si su repuesta es si ¿en cual Distrito? _____

¿Qué servicios especiales ha recibido este niño? Por favor marque todo que aplique. Lenguaje de Desarrollo Inglesa (ELD) ___
 Dotado/Talento (GATE) ___ Educación de Nativo Americano ___ Plan de 504 ___ Educación Migrante ___

INFORMACIÓN DE PERMISO EN CASO DE UNA EMERGENCIA

EN EL EVENTO DE ENFERMEDAD U EN UNA EMERGENCIA EN LA ESCUELA DONDE NO PUEDA SER LOCALIZADO DOY PERMISO QUE MI HIJO/A PUEDA IRSE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS. YO ENTIENDO QUE ESTOS INDIVIDUOS DEBEN IR A LA OFICINA DE LA ESCUELA Y PRESENTAR UN IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA RECOGER A MI HIJO(A).

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON SU HIJO(A)	TELÉFONO DE CELULAR/TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA
		()	()
		()	()
		()	()

En caso de una emergencia autorizó un diagnosis y un tratamiento por un médico/hospital/paramédicos con licencia y asumiré responsabilidad financiera para tal cuidado si mi doctor médico u yo no estoy disponible: Sí ___ No ___

Doctor Familiar: _____ Teléfono () _____

Dirección del Doctor Familiar: _____ Ciudad: _____

Nombre de Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

Medicamentos su hijo esta tomando: _____

Problemas de Salud/Alergias: _____

Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Banning NO PROVEE seguro médico accidental al estudiante en heridas relacionadas en la escuelas. Sin embargo, pueden referirme seguro al estudiante para compra voluntaria.

_____ Sí tomo el seguro estudiantil como es ofrecido _____ NO tomo el seguro estudiantil como es ofrecido

Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal	Firma de Padre/Tutor Legal	Fecha



FOR OFFICE USE ONLY:

Date Enrolled ____ / ____ / ____

SCHOOL: _____

Student ID#: _____

EO ____ ELL ____ TBD ____ I-FEP ____ R-FEP ____ DI ____

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Estudiante _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Grado _____ Género: M ____ F ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre de la Última Escuela que Asistió _____

Distrito Escolar _____ Ciudad y Estado _____

Escuelas del Distrito de Banning Previamente Asistidas _____

Padre/Tutor _____

Dirección _____

Tel. de Casa _____ Tel. de Celular _____ Tel. de Trabajo _____

El Código Educacional del estado de California contiene requisitos legales que ordenan a las escuelas evaluar el nivel de inglés de los estudiantes. El proceso comienza con la determinación del idioma hablado en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta sobre el idioma del hogar ayudaran a determinar si se debe evaluar la competencia en ingles de un estudiante. Esta información es esencial para que la escuela provea programas y servicios de instrucción adecuada.

¿Qué idioma aprendió su hijo(a) primero cuando él (ella) empezó a hablar? _____

¿Qué idioma usa su hijo(a) en el hogar con más frecuencia? _____

¿En que idioma le habla a su hijo(a) con más frecuencia? _____

¿Qué idioma usan los adultos en su casa con más frecuencia? _____

Liste por favor los nombres de otros niños(as) que están asistiendo a la escuela.

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

Para propósitos estadísticos, se nos solicita ocasionalmente información racial/ étnica sobre nuestros alumnos. ¿Con cual grupo étnico se identifica comúnmente el estudiante?

Si más de un racial/étnica, pon en orden su preferencia usando 1 y 2. **(Marque el grupo étnico apropiado.)**

____ Hispano/a	____ Americano/a Nativo/a / Nativo/a de Alaska	____ Isleño/a del Pacífico
____ Hmong/Otro Asiático/a	____ Lao	____ Blanco (Americano/a)
____ Americano/a Africano/a	____ Filipino/a	

¿Ha sido identificado su estudiante como Dotado y Talentoso (GATE)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido identificado su estudiante para recibir Educación Especial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido identificado su estudiante para recibir el plan 504?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Yo soy el padre/tutor de este estudiante. Toda la información es correcta y verdadera.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA DEL SALUD DEL ESTIDAINTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado: _____

Favor de leer y revisar cualquier enfermedad relativa u condición que su niño(a) tiene actualmente u haya tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Alergia: Punzado de una Abeja (Requiere medicación) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Alergia: Comida (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Hiperactivo: Medicina Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alergia: Medicación (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Desorden del Riñón
<input type="checkbox"/> Alergia: Polen/Polvo/Especie de Fiebre Intermite	<input type="checkbox"/> Medicaciones prescritas al estudiante (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Alergia: Causas Desconocidas	<input type="checkbox"/> Medicación necesario en la escuela (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dolores Menstruales (severos)
<input type="checkbox"/> Artritis (Reumatoide)	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza de la Jaqueca (Medicación Requerido) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma (Moderado)	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Asma (Medicación Requerida)	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento/Desorden del Cromosoma	<input type="checkbox"/> La Nariz Sangra (Frecuentemente)
<input type="checkbox"/> Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Osgood-Schlatter
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Limitaciones de la Actividad Física (nota del doctor requerida)
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Historia de la Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Sarampión: de tres días
<input type="checkbox"/> Acromatopsia	<input type="checkbox"/> Rubéola: sarampión de diez días
<input type="checkbox"/> Fibrosis Enquistada	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Diabético: Dependiente de la Insulina: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Desordenes de Consumición: <input type="checkbox"/> De peso insuficiente <input type="checkbox"/> Exceso en el peso	<input type="checkbox"/> Anemia de Célula Falciforme (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Desordenes Endocrinos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Asimientos: La Medicación Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Desorden de Crecimiento (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (usa lentes/contactos)
<input type="checkbox"/> Perdida del Sentido de Oír: Uso de ayuda de oír Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (con deficiencias visuales)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Defecto	<input type="checkbox"/> Otro (Explique en la sección de comentarios)
	<input type="checkbox"/> Ningunos problemas de salud sabidos

Comentarios: _____

GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA EL INGRESO A LA ESCUELA GRADOS TK/K-12



Requisitos por edad y grado antes del ingreso:

Vacuna	4 – 6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kinder de transición/ kinder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV o IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, tétanos y tos ferina	5 dosis de DTaP, DTP o DT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después. Para los alumnos de 7° a 12°, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/DTP y que se la hayan aplicado al cumplir los 7 años de edad o después).	1 dosis de Tdap (O DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después).
Sarampión, paperas y rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si se aplican por separado).	1 dosis (Aplicada al cumplir 1 año de edad o después. La vacuna contra las paperas no es necesaria si se aplica por separado).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después).
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis		
Varicela (VAR, MMR-V, o VZV)	1 dosis	1 dosis para alumnos de 7-12 años de edad 2 dosis para alumnos de 13-17 años de edad	

*Los alumnos nuevos de 7° grado también deben cumplir los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

INSTRUCCIONES:

Las escuelas de California deben verificar los comprobantes de vacunación de todos los estudiantes nuevos de kínder de transición/kínder hasta el 12° grado y todos los estudiantes que pasan a 7° grado antes del ingreso.

1. Notifique a los padres sobre las vacunas requeridas y pida los registros de vacunación.
2. Copie la fecha de cada vacuna del registro de vacunación del niño(a) al Registro de Vacunación de Escuelas de California (tarjeta azul, CDPH-286) y/o la calcomanía Tdap complementaria [PM286S (01/11)] o ingrese en un sistema electrónico aprobado que imprima una tarjeta azul.
3. Compare el número de dosis en la tarjeta azul con los requisitos indicados arriba.
4. Determine si el niño(a) puede ser admitido(a)

Continúa en la página siguiente.



REQUEST FOR RECORDS

Student's Name: _____

Date of Birth: ____/____/____ **Grade:** _____

Name of Previous School: _____

Address of Previous School: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____


Phone #: _____

Fax #: _____

Banning High School
 100 W. Westward Ave.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0285
 Fax#: (951) 922-2137




Nicolet Middle School
 101 E. Nicolet St.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0280
 Fax#: (951) 922-2748



New Horizons Cont. HS
 1151 W. Wilson St.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0250
 Fax#: (951) 922-2750



Banning Independent Study
 1151 W. Wilson St.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-2778
 Fax#: (951) 922-2723



- Is the student participating in any Special Education Program? Yes No
- Is the student under an Expulsion Order? Yes No
- Is the student currently in the Dual Immersion Program? Yes No

Please Fax/Mail a copy of the following Documents: FAX MAIL

- Proof of Students Birthdate Immunizations Dental Physical *TDAP's stamp CUM
- Transcript/Exit Grades/CAASPP scores CELDT/English Prof Results Current Court/Legal papers

The Federal Rights and Privacy Act of 1974, Sections 99.31 and 99.34, and California Law do not require the school forwarding pupil records to obtain permission to release records. The parent signature is provided below because your state or procedures may require parent authorization to release records for the student named above.

I authorize all of my child's records to be sent to the present school. Please send all pupil records, including grades, educational information, psychological, special education, health records, as well as developmental information for the student indicated above.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

In compliance with California Education Code 49068, the Banning Unified School District will inform the parent/guardian of their rights to inspect, review, receive a copy and challenge the content of the records for the above student.

