

**Kinder Transicional - 5° grado**

**Estudiante de Regreso  
(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 estudiante de regreso grados KT-5º: Para poder matricular a su hijo(a) favor de traer los siguientes documentos.**

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

- Cuentas de electricidad, de agua, u de gas actuales
- Acuerdo de alquilar/renta de parte del propietario(a)
- Matriculación de vehículo
- Documentos del Condado

### **Documentos de la corte los más recientes** *(Solamente si aplica)*

### **Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP)** *(Solamente para Estudiantes de Educación Especial)*

### **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  Madre  Padre  Cuidado Adoptivo Temporal  Hogares de Crianza Grupales  Tutor Legal (con documentos judiciales)  Tutor Informal (sin documentos judiciales)  ¿Es la persona marcada arriba el tutor legal? Sí  No   
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"/>	
<b>Nivel de Educación de la Madre:</b> No Graduado 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"/>	
<b>Nivel de Educación del Padre:</b> No Graduado 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  Viviendo con otra familia  Motel/Hotel   
Carro/Camioneta/Calle  Refugio/Transición en Hogar  Camping/Parque  Otro: \_\_\_\_\_

**Comunicación en el Hogar u en la Escuela:** Marque el lenguaje en cual usted gustaría recibir notificaciones de la escuela: Inglés  Español

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 Hawai u Isteño(a) del Pacífico: Hawaiano \_\_\_ 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/Talentoso (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 ____/____/____
--	----------------------------	-------------------------

## HISTORIA DEL SALUD DEL ESTIDANTE

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 Intermitente	<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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





## Formulario para elección de escuela primaria

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Nombre del Padre:	Género: Masculino__ Femenino__	Grado:
Domicilio:		
Número de Celular: ( )	Número de Trabajo: ( )	

Estudiantes de *Kinder Transicional* serán matriculados en Florida Street Discovery Center;

### Pero

Favor de anotar la escuela de preferencia para el siguiente año escolar.

Favor de colocar 1<sup>ero</sup>, 2<sup>ndo</sup>, 3<sup>ero</sup>, y 4<sup>to</sup>

Escuela Primaria de Cabazon: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Central: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Hemmerling: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Hoffer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha





## REQUEST FOR RECORDS

**Student's Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_

**Name of Previous School:** \_\_\_\_\_

**Address of Previous School:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Phone #:** \_\_\_\_\_ **Fax #:** \_\_\_\_\_

**F  
O  
R  
W  
A  
R  
D**

**Cabazon Elementary**  
 50575 Carmen Ave  
 Cabazon, Ca. 92230  
 Ph. (951) 922-0252  
 Fax#: (951)922-2763




**Central Elementary**  
 295 N. San Gorgonio Ave  
 Banning, Ca. 92220  
 Ph. (951) 922-0264  
 Fax#: (951) 922-2718



**T  
O**

**Hemmerling Elementary**  
 1928 W. Nicolet St.  
 Banning, Ca. 92220  
 Ph. (951) 922-0254  
 Fax#: (951) 922-0294



**Hoffer Elementary**  
 1115 E. Hoffer St.  
 Banning, Ca. 92220  
 Ph. (951) 922-0257  
 Fax#: (951) 922-0260



- 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.





## NOTIFICACION DE LA LEY DE TUTELA

Las disputas de tutela deben de ser manejadas por los tribunales. Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene el mismo derecho a la tutela de su(s) hijo(s) **A NO SER QUE** uno de ellos tenga una orden judicial que indique lo contrario.

Si el padre tiene una orden judicial firmada por un juez limitando al otro padre o cualquier persona de un contacto, el distrito **DEBE OBTENER LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL**. Si no hay una copia en el expediente, a la escuela se le requiere por ley de entregar los niños a los padres con la identificación adecuada. Las situaciones que ponen el bienestar de los estudiantes en cuestión serán manejadas a la discreción del director/persona asignada. Las situaciones que lleguen a ser disruptivas para la escuela, se llamara a la policía y se pedirá la asistencia de un agente de policía.

A los padres se les pide que hagan todo lo posible de no envolver a la escuela en cuestiones de tutela. Por favor tengan la información actualizada en los expedientes de sus hijos.

He leído y entendido la declaración arriba indicada.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta forma permanecerá en efecto mientras que mi(s) hijo(s) asista(n) al Distrito Escolar de Banning. Si ocurre un cambio, yo informare al distrito y escuela de mis hijos y actualizaré los expedientes con la nueva orden judicial.**

El Distrito Unificado de Banning no discrimina en ninguna practica de empleo, programa educativo o actividad educativa sobre la base de y/o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas de edad, ascendencia, color, discapacidad, etnia, género, identidad de género o expresión, información genética, estado civil, condición médica, nacionalidad, afiliación política, el embarazo y los enfermedades relacionadas, la raza, la religión, represalias, el sexo (incluyendo el acoso sexual), orientación sexual o cualquier otra base prohibida por las leyes estatales y federales de la discriminación de California, respectivamente. Además, el distrito ofrece igualdad de acceso a los Boys & Girls Club y otros grupos de jóvenes designados.

Board of Education • Alfredo Andrade • Alex Cassadas • Kerri Mariner • Anne K. Price • Jason Smith

161 W. Williams Street, Banning, CA 92220 • Ph (951) 922-0200 • FAX (951) 922-0227 • [www.banning.k12.ca.us](http://www.banning.k12.ca.us)

