

Lugar de Nacimiento del Estudiante \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Pais

**Información de Etnicidad**  
 (Esta información no se exige y solo se usará par alas estadísticas del Departamento de Educación de California, tal como se nos requiere.)

¿Es su hijo/a Hispano o Latino? (Elija una sola respuesta.)  No es Hispano ni Latino  Si, es Hispano o Latino

Favor de seguir marcando una de las cajitas siguientes para identificar la raza de su hijo:

Negro/Afro-americano  Indígena americano/nativo de Alaska  Blanco

Asiático/Asiático Americano } *Marque uno:* Chino Japonés Filipino Coreano Vietnamés Indiano Laosiano Camboyano  
 Isleño del Pacífico } Hawaiano Samoano Guaymeño Tahitiano Otro Asiático Otro isleño del Pacífico

**Idioma de Casa**

¿Cuál es el idioma principal de su estudiante? \_\_\_\_\_  
 ¿En qué idioma quiere que *hablemos* con usted? \_\_\_\_\_ . . . y cuando le *escribimos*? \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ENGLISH</b> PLEASE NAME THE LANGUAGE...</p> <p>your child learned when he/she first began to speak _____</p> <p>your child most frequently uses at home _____</p> <p>you most frequently use to speak to your child _____</p> <p>most often spoken by the adults at home _____</p> | <p><b>KHMER (CAMBODIAN)</b> សូមសរសេរឈ្មោះភាសា...<br/>         ដែលកូនលោកអ្នករៀននិយាយមុនដំបូងបំផុត _____<br/>         ដែលកូនលោកអ្នកនិយាយប្រើច្រើនជាងគេនៅផ្ទះ _____<br/>         ដែលលោកអ្នកនិយាយប្រើច្រើនជាងគេជាមួយកូន _____<br/>         ដែលលោកអ្នកនិយាយជាមួយមនុស្សចាស់ៗនៅផ្ទះ _____</p>                                  |
| <p><b>SPANISH</b> POR FAVOR APUNTE EL IDIOMA...</p> <p>que su niño(a) hablo cuando empezó hablar _____</p> <p>que su niño(a) usa frecuentemente en casa _____</p> <p>que usted usa para hablar con su niño(a) _____</p> <p>que se habla por los adultos en casa _____</p>                | <p><b>VIETNAMESE</b> XIN QUÍ VỒ CHO BIEÁT...</p> <p>Ngoân ngỗõ nàø con quí vồ hỏic khi bảệt ãaàu taầp nỏuì _____</p> <p>Quí vồ thỏỏøng duøng ngoân ngỗõ nàø trong gia ãinh _____</p> <p>Ngoân ngỗõ nàø thỏỏøng duøng ãeả nỏuì vồuì con caủi _____</p> <p>Ngoân ngỗõ nàø ngỗỏỏỉ lỏủn trong nhaỏ thỏỏỏøng duøng _____</p> |
| <p><b>LAOTIAN</b> ພາສາລາວ...<br/>         ທີ່ລູກຂອງທ່ານເລີ້ມຕົ້ນເວົ້າທໍາອິດ _____<br/>         ທີ່ລູກຂອງທ່ານໃຊ້ຫຼາຍກວ່າໝູ່ໃນເວີອນ _____<br/>         ທີ່ທ່ານໃຊ້ເວົ້າກັບລູກຂອງທ່ານສ່ວນຫຼາຍ _____<br/>         ທີ່ທ່ານໃຊ້ສ່ວນຫຼາຍໃນເວີອນ _____</p>                                         | <p><b>HMONG</b> THOV QHIAS KOJ HOM LUS...<br/>         koj tug menyuam xyaum hom lus dab tsis _____<br/>         nyob hauv tsev koj tus menyuam hais hom lus _____<br/>         koj nrog koj tus menyuam tham hom lus _____<br/>         koj tsev neeg nyiam hais hom lus dab tsis _____</p>                            |

Primera fecha de inscripcion en una escuela de los EE.UU. (sí previamente asistió fuera del estado o si nació en otro pais) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Dia Año


¿Asistió su hijo/a a un programa preescolar antes del Kinder?  
 Si, preescolar en el Distrito de Lincoln  Si, otro preescolar  No, asistió a ningún preescolar

¿Fue expulsado su hijo/a de un distrito escolar? Si es así, ¿qué distrito? \_\_\_\_\_

Escuela anterior: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Escuela Distrito No. de Tel. Ultima fecha de asistencia

¿Su hijo/a asistió anteriormente a la escuela en California?  Si  No Primera fecha inscrito en una escuela de California \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo/a antes a una escuela del Distrito Escolar de Lincoln?  Si  No Si es así, escriba el nombre de la escuela y el año(s):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Es reglamento del Distrito Escolar Unificado de Lincoln no discriminar por motivo de sexo, orientación sexual, grupo étnico, raza, antepasados, origen nacional, color, religión, estado civil, edad o discapacidad mental o física en los programas o actividades educacionales bajo su supervisión.

• FOR OFFICE USE •

ID# \_\_\_\_\_ Attend Cat \_\_\_\_\_ Year in School \_\_\_\_\_ Counselor Code \_\_\_\_\_ Entry Date \_\_\_\_\_

Area \_\_\_\_\_ Birth Verif \_\_\_\_\_ Immun \_\_\_\_\_ Tdap \_\_\_\_\_ Physical \_\_\_\_\_ Oral \_\_\_\_\_ Res Verif \_\_\_\_\_ Photo ID \_\_\_\_\_ Spec Svcs \_\_\_\_\_

PowerSchool: Demographics \_\_\_\_\_ Additional Data \_\_\_\_\_ Immun \_\_\_\_\_ St Programs \_\_\_\_\_ Alerts \_\_\_\_\_ NCLB \_\_\_\_\_ CALPADS \_\_\_\_\_ Class List \_\_\_\_\_

Lincoln High School • Distrito Escolar de Lincoln • 6844 Alexandria Pl • Stockton, CA 95207

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Naci. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Según el certificado de nacimiento Apellido Primero Segundo Sufijo(Jr.,Sr.,III) Mes Día Año 2011/12

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIAN

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de la Guardian: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Describe cualquier información física o médica que deberíamos saber sobre el estudiante, inclusive sobre medicamentos que se deben tomar durante el horario escolar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_ Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_

Nivel de educación de los padres (propvea informacion sobre el padre de familia con el nivel de educacion más alto)

No terminó la preparatoria  Terminó la preparatoria  unas clases universitarias  Título universitario  Post –título universitario

¿Ha participado su hijo/a en el programa de educación especial? Sí es así, especifique:  Día especial  Programa de especialista  Plan 504

Plan de Apoyo de Comportamiento  Lenguaje, habla, audición  GATE –Educación Para Dotados y Talentosos  Título I