

# WCES FORMA DE INSCRIPCION

Nombre ENTERO Legal del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo Nombre) (Apellido)

Genero: Femenino o Masculino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor indique con quien vive el estudiante: \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Madre Soltera \_\_\_\_\_ Padre Soltero

\_\_\_\_\_ Madre y Padastro \_\_\_\_\_ Padre y Madrastra \_\_\_\_\_ Padres Adoptivos \_\_\_\_\_ Guardián

**Entre-la Información del padre o madre que no tiene custodia- nada más si el padre o madre no vive en el hogar del niño(a):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Necesitamos mandar una tarjeta de grados, etc. al padre o madre sin custodia? SI o NO

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

---

**RAZA Y ETNICA** (Nota: Ambas Parte A y Parte B de la pregunta **DEBEN SER** contestadas)

Parte A: **El estudiante es Hispano/Latino? (Escoja nada mas uno)**

\_\_\_\_\_ **No, no es Hispano/Latino**

\_\_\_\_\_ **Si, si es Hispano/Latino** (Una persona de Cubana, Mexicana, Puerto Rico, Sur o Centro Americano, o de otra cultura Española o origen, indiferente a su raza.)

---

La pregunta de la porción de arriba es de étnica, no de raza. No importa lo que seleccione arriba, **por favor, continúe a contestar las siguientes**, en marcando que considera que sella la raza de su estudiante.

---

Parte B: Cual es la raza del Estudiante? (Escoja una o mas)

\_\_\_\_\_ **Indio Americano o Nativo de Alaska** (Una persona que tiene orígenes en en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene afiliación o unión con la comunidad.)

**EJEMPLO:** Azteca, Zapotec, Maya, Nahua, Aymara, Kichwa, Lakota, Navajo, Guarani

\_\_\_\_\_ **Asiático** (Un persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Asia del sudeste, o el Subcontinente Indio incluyendo, por Ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Korea, Malaysia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

\_\_\_\_\_ **Negro o Afro-Americano** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera grupos raciales negros de Africa.

\_\_\_\_\_ **Nativo Hawaiano o otra Islas del Pacifico** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa, o de otras Islas Pacificas.)

\_\_\_\_\_ **Blanco** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos de gente original de Europa, Oriente Medio, o de África del Norte.)

**EJEMPLO:** Oriente Medio- Una persona que tiene orígenes en cualquiera de la gente de Egipto, Israel, Iraq, Jordán, Lebanon, Palestina, Syria, o Turquía. Española- Una persona que tiene orígenes en cualquiera de la gente de España.

Primer Idioma: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Idioma(s) que es hablado o entendido por el niño/niña? \_\_\_\_\_

Prefiere recibir información en otro idioma OTRO que Ingles (Deje en blanco si es Ingles): \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION DE EMERGENCIA

**En caso de emergencia, trataremos de localizar al padre/guardián primero.** En el evento que no podamos hacer esto, por favor proporcione el nombre de un pariente o amigo cercano que podamos localizar.

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Consentimiento para tratamiento \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_

# de ID \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION DE TRANSPORTACION

---

Vive el estudiante fuera de los limites de la ciudad de la escuela que atiende? Si o No

Estudiante se va en el autobús: Si o No Dirección Física de Transportación: \_\_\_\_\_

Direcciones para la dirección física: \_\_\_\_\_

---

En caso de que salgan temprano o que el tiempo no permita que el autobús lo lleve a su residencia, mi niño(a)/niños será(serán) mandados a: \_\_\_\_\_

---

Al estudiante lo puede recoger? \_\_\_\_\_

---

## HISTORIA DE RESIDENCIA (PROGRAMA MIGRANTE)

Ponga una palomita si es aplicable

↑ Se ha mudado (solo, con o junto con padres, esposo(a) o guardián) dentro de los últimos 36 meses.

↑ Fue la mudanza de un distrito de escuela a otro?

Cual fue la fecha original de inscripción de su estudiante en una escuela de Kansas?(Puede ser una fecha aproximada) \_\_\_\_\_

↑ Cual fue el propósito de la mudanza para buscar o obtener trabajo esa es 1) temporal o de época y 2) agricultrural?

↑ Fue el trabajo una parte importante en proveer para la vida del trabajador/ y su familia? Si o No

---

## PREGUNTAS DE AREGLOS TEMPORALES DE VIVIENDA

1. Esta usted compartiendo una hogar con parientes o otra familia? Si o No

2. Son los arreglos temporales de vivienda a causa de perdida de casa, economía, o perdida de empleo? Si o No

3. Esta usted quedándose en un hotel/motel o refugio debido a perdida de vivienda (lumbre, extinguir el derecho de redimir, etc.)? Si o No

## Consentimiento para Participar en Viajes de Campo o otra Actividad y Consentimiento para el Tratamiento

\_\_\_\_\_ Yo, el padre y guardián legal de \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para mi niño(a) para tomar parte en actividades de viajes de campo/ otras actividades tomadas por el USD #467 durante el ano escolar.

\_\_\_\_\_ Doy aun mas mi consentimiento legal y autorizo a cualquier representante de USD #467 en autorizar tratamiento medico, inclusive cualquier cirugía o la hospitalización necesarias, para mi niño, para cualquier herida o la enfermedad de un emergencia natural cual el/ella contrajo al tomar parte en el viaje de campo o otra actividad por cualquier doctor o dentista con licencia en cualquier hospital.

\_\_\_\_\_ Yo estoy de acuerdo en pagar y asumir toda responsabilidad para los gastos medicales o de hospital y cualquier servicio de emergencia contraídos a favor de mi niño(a).

\_\_\_\_\_ Yo también reconozco y estoy de acuerdo que el USD #467 no es responsable de cualquier cargos medicales o de hospital y/o de otros cargos que pueden concurrir de tratamientos médicos o hospitalización de mi niño(a). Una fotocopia de este documento tendrá la misma fuerza y efecto original. Si, mi niño(a) requiere tratamiento medico de emergencia, yo comprendo que el personal de la escuela intentara contactarme para tener mi permiso para la autorización del tratamiento. Para facilitar contactarme, yo estoy de acuerdo en proporcionar el teléfono de mi trabajo y de mi casa a la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre Legal/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo por lo presente  doy consentimiento  no doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante  
para la publicación y/o uso de su nombre de mi niño(a), escribir, las fotografías, video, arte o citas sin limite, la reservación o la remuneración por los medios y/o la Escuela Unificada del Distrito #467

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre Legal/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### INFORMACION DE ASEGURANZA

El distrito escolar no provee cualquier tipo de aseguranza para heridas que su hijo puede contraer en la escuela. Algunas razones para que compre el STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC es:

1. Descuento y pago (co) en su plan de aseguro. Muchos planes de salud han incrementado el total de gastos.
2. No tiene aseguranza.
3. El plan les proveerá beneficios para gastos medicales que pueda ser causado por un accidente. Si, tiene otra aseguranza, nuestros beneficios serán aplicados al deducible o pago (co).
4. Si, tiene otro aseguro este será su plan de accidente primario.

Para comprar cobertura:

1. Escriba nombre, dirección y otra información claramente.
2. Por favor incluya cheque o giro postal pagable a – STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
3. Escriba el nombre del estudiante en frente del cheque.
4. Separe y conserve el resumen de la cobertura, y regrese el sobre a la escuela dentro de 10 días.

Cobertura no es efectiva hasta que la escuela reciba el premio.

5. Preguntas del plan puede ser dirigidas a Jim Lock Agente, Student Assurance Service, Inc.  
Dirección: PO Box 3126, Lawrence, KS 66046      Teléfono: (800)520-9909/(785)748-0870  
Correo Electrónico: [jim.lock@sas-midwest.com](mailto:jim.lock@sas-midwest.com)      Website: [www.sas-midwest.com](http://www.sas-midwest.com)

Por favor pida un folleto para llenar si esta interesado en la aseguranza. Si, ya tiene aseguro adecuado, por favor llene la información en la porción de abajo. Muchas Gracias

### RENUNCIO A LA ASEGURANZA PATERNAL

Nombre del Estudiante:  
\_\_\_\_\_

Tenemos aseguro adecuado para protegera nuestro hijo/hija en caso de un accidente.

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

El programa es escrito por Security Life Insurance Company de America localizado en Minnetonka, Minnesota y administrado por Student Assurance Services, Inc. Of Stillwater, Minnesota.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha