

**La Escuela Charter de Wright
Paquete de Matricular y Aplicación
2009-2010**

Muchas gracias por aplicando a la Escuela Charter de Wright. Las aplicaciones deben ser completadas antes del proceso puede ser iniciado. Favor de completar y revolver cada de las formas listadas abajo (podemos hacer copias).

Revolver el Paquete de Matricular a **la Escuela Charter de Wright, 4389 Price Avenue, Santa Rosa, CA 95407. Nuestro número de teléfono es (707) 542-0556.**

Nombre de estudiante: _____ # de teléfono _____

Nivel del grado actual: _____ Escuela y Distrito actual: _____

Lista de verificación para Inscripción y Aplicación:

Marca		
Familia	Oficina	
_____	_____	Forma de Inscripción de la Escuela Charter de Wright
_____	_____	Tarjeta de Emergencia
_____	_____	Copias de los Reportes de Progreso para los últimos 2 años
_____	_____	Copias de las calificaciones de las Pruebas STAR (Estudiantes en los grados K-2 no tuvieron la Prueba STAR)
_____	_____	Una muestra del estudiante de la Escritura y cuestionario. (para los grados 5-8).
_____	_____	Un cuestionario para los padres
_____	_____	Vacunas Corrientes y Exámenes Físicos como requeridos
_____	_____	La Acta de Nacimiento
_____	_____	Una Liberación de los archivos del estudiante

Aplicaciones deben ser completadas antes del proceso de inscripción puede ser iniciado. Regrese las formas completadas a la oficina de la Escuela Charter de Wright.

Wright School District
4385 Price Avenue
Santa Rosa, California

Wright Charter School

Enrollment Form

Wright Charter School
4389 Price Avenue
Santa Rosa, California

Apellido del niño/a (como aparece en la acta) Primario Inicial Masculino Femenina Fecha de nacimiento

Dirección de casa Ciudad/Código # de teléfono en casa Lugar de nacimiento del niño/a

Etnicidad primaria (marque uno) Africano Americano or Negro (not of Hispanic origin) Americano Nativo Chino
 Japonés Coreano Vietnamesee Asiático Laotian Cambodian Otro Asiático
 Filipino Hispano or Latino Otro de Islas Pacificas Anglo (no de Origen Hispano) No quiero decir

Niño/a vive siempre con: Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo/a Guardian

Nombre de madre Nombre del padre

de trabajo de madre # Cell # # de trabajo del padre # Cell

Lugar de nacimiento de madre Lugar de nacimiento del padre

Educación cumplida Educación cumplida

Ocupación Ocupación

Persona de comunicar en caso de emergencia (otro que no está nombrada arriba)

Parentesco de niño/a # de teléfono

Estudio del idioma del hogar – El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. Cuando su hijo/a empezó a hablar, cual idioma aprendió primera?
2. Cual idioma usa principalmente su hijo/a conversa en casa?
3. Cual idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo/s?
4. Cual idioma hablan los adultos con mas frecuencia en casa?

Otros niños/as en la casa	Fecha de nacimiento	Otras personas en casa	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Está el niño/a expulsado de otro distrito escolar? Yes No

Firma de padre/Tutor: Fecha:

For School Use Only
Grade Teacher
Date of Enrollment
Special Services RSP SDC Speech/Language ELD
 Current student Resident of District Children of employees Resident of area Siblings in Wright Out of District

Proof of Birth Date
 Birth Certificate Baptismal Record Other
Transferred from

Sonoma County Office of Education

Historia de Salud Estudiantil

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____

Dirección: _____
Calle Apt. Ciudad Zip

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____

Ha tenido su hijo/a lo siguiente:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Problemas de ojos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | | <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | | <input type="checkbox"/> Alergias a mordidas de insectos |
| <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes | | <input type="checkbox"/> Limitación de movimiento |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades recientes, hospitalizaciones, cirugía o otras condiciones que puede limitar la actividad de su hijo/a en la escuela. | | |

Por favor explique y demuestre información acerca de las condiciones notadas arriba:

Todas las medicaciones enviadas a la escuela deben estar en el mismo envase que recibió de la botica con la fecha corriente. Indique si su hijo/a requiere alguna medicina durante la escuela. Si No Haga el favor de completar una "Autorización para la Administración de Medicamentos" (disponible en la oficina de la escuela).

Medicación _____ Dosis: _____ Aplicación _____
Medicación _____ Dosis: _____ Aplicación _____

Fecha del último examen físico de su hijo/a _____ Doctor: _____

Su hijo/a requiere aparato para oír? Si No

Su hijo/a requiere lentes para ver? Si No

Tiene su hijo/a alguna condición que puede requerir cuidado mientras está en la escuela que puede restringir/limitar su actividad física? _____

Información obtenida de esta historia de salud podrá ser incluida en un rostro confidencial de condiciones de salud – si es apropiado. Para más información o preguntas acerca de esto, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del padre

Fecha

7. How well does the parent/guardian read in the **home language**?

Reads very well.

Reads some.

Does not read.

8. How well does the parent/guardian write in the **home language**?

Writes very well.

Writes some.

Does not write.

9. How well does the parent/guardian read in **English**?

Reads very well.

Reads some.

Does not read.

10. How well does the parent/guardian write in **English**?

Writes very well.

Writes some.

Does not write.

Parent/Registering Adult _____ Date _____

La Escuela Charter de Wright

Cuestionario para Padres

Por favor de proveer la siguiente información tocante su hijo/a. Esta información nos ayudará planear las necesidades académicas de su hijo/a.

Favor de marcar las cosas que describen las habilidades de su hijo/a.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante excelente | <input type="checkbox"/> Completa su tarea | <input type="checkbox"/> Aprende facilmente |
| <input type="checkbox"/> Estudiante normal | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con su tarea | <input type="checkbox"/> Está motivado aprender |
| <input type="checkbox"/> Estudiante bajo de nivel | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con otros | <input type="checkbox"/> Nuevos materiales son dificiles |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda arreglando y completando su tarea | | |
| <input type="checkbox"/> Escucha a los maestros y otros adultos | | |

Que es el título del libro de texto en matemática que usó su hijo/a mas reciente?

Que son las habilidades académicas de su hijo/a?

En cuales areas academicas necesita su hijo/a mejorar? Está bajo de nivel?

Cuales talentos, intereses o actividades especiales participe su hijo/a?

Tiene Ud. algunas preocupaciones tocante las habilidades de su hijo/a? Si hay, que son y que apoyo cree Ud. que necesita?

La Escuela Charter de Wright pide que Ud. contribuye diez horas como voluntario durante el año escolar. En que manera le gustaria ayudar? (En la clase, con los recaudos de fondos, las noches para padres, el jardín de la escuela)?

Cual otra información puede Ud. compartir para que nos ayude a servir las necesidades de su hijo/a?

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____

Cuestionario para Estudiantes

El estudiante inscribiendo en la Escuela Charter de Wright debe de completar esto cuestionario en su propio escritura. Los respuestas deben ser completas. Cada pregunta debe ser contestado con un minimo de tres frases. Si necesita mas espacio, fijar otra página de papel.

Porque quiere inscribir en la Escuela Charter de Wright?
(Explique porque Ud. y sus padres tienen interés en asistiendo la Escuela Charter de Wright).

Cuando cambiará al siguiente grado, cual clases, estudios y experiencias quiere incluir en su educación?

Que hace bien y que espera contribuir a la comunidad de la Escuela Charter de Wright?

A notar: Las respuestas no son correcto ni incorrecto. Queremos aprender mas tocante su mismo y tener un ejemplo de su escritura para su colocación.

Wright School District
4385 Price Avenue
Santa Rosa, CA 95407
(707) 542-0550

J.X. Wilson School
246 Brittain Lane
Santa Rosa, CA 95401
Ph. 525-8350 fax 525-0116

Wright Charter School
4389 Price Avenue
Santa Rosa, CA 95407
Ph. 542-0556 fax 542-0418

R.L. Stevens School
2345 Giffin Avenue
Santa Rosa, CA 95407
ph. 575-8883 fax 573-0317

Parental Consent for Record Release

I authorize the Wright Charter School to request all records, including any pertinent developmental, medical or psychological information for:

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de la última escuela asistió: _____

Padre/Tutor _____ Fecha _____