

**~Enrollment Form ~**  
**OUR COMMUNITY SCHOOL**

16514 Nordhoff Street North Hills, California 91343  
 (818) 920-5285 phone (818) 920-5383 fax

**INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE**

Apellido	Primer Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Otro/Apodo	Aplicando para el ____ grado Año Escolar:
Domicilio			# de Unidad	Ciudad
Codigo Postal				
Telefono del Hogar # ( )	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y Pais)	
Indique la raza del estudiante (Cheque uno)				Information for statistical use only
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Moreno (no de Origen Hispano)	<input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Blanco (no de Origen Hispano)	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Islas Pacificas		
El Estudiante Vive Con (Elija los que correspondan)				
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre/Padreastro	<input type="checkbox"/> Padre/Madreastro	<input type="checkbox"/> Ambos Padres Alternativamente
<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Casa de Refujio	<input type="checkbox"/> Otras _____	

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

<b>Madre</b>		<b>Padre</b>	
Apellido	Primer Nombre	Apellido	Primer Nombre
Domicilio (si es diferente del estudiante)		Domicilio (si es diferente del estudiante)	
Telefono dle Hogar	Pager	Telefono del Hogar	Pager
Empleador	Telefono dle Trabajo	Empleador	Telefono del Trabajo
Domicilio del Trabajo	Nivel de Educación	Domicilio del Trabajo	Nivel de Educación
<b>Madreastro/Tutora</b>		<b>Padraastro/Tutor</b>	
Apellido	Primer Nombre	Apellido	Primer Nombre
Domicilio (si es diferente del estudiante)		Domicilio (si es diferente del estudiante)	
Telefono del Hogar	Pager	Telefono del Hogar	Pager
Employer	Telefono del Trabajo	Employer	Telefono del Trabajo
Domicilio del Trabajo	Nivel de Educación	Domicilio del Trabajo	Nivel de Educación

**INSTITUCIONES DE HOGARES FOSTER LICENCIADOS**

Nombre de Organización	LCI/FFH#	Person de Contacto
Domicilio Completo	Telefono #	Telefono Alternativo

**ORDENES DE LA CORTE**

HAY ORDENES DE LA CORTE QUE RESTRICTA LOS DERECHOS LEGALES DE ALGUN PADRE?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
SI CONTESTO QUE "SI" POR FAVOR ENTREGUE COPIA DE LOS PAPELES DE LA CORTE A LA ESCUELA		

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (Personas autorizados a recoger or quidar por su hijo(a) si no se encuentra los padres.**

Nombre	Relación	Telefono del Hogar	Telefono del Trabajo	Pager
1.				
2.				
3.				

**INFORMACIÓN DE HERMANO(S)**

Hermana(s) Primero y Ultimo Nombre	Edad	Hermano(s) Primero y Ultimo Nombre	Edad
1.			
2.			
3.			

**IDIOMA DE CASA**

Qué lenguaje aprendió este estudiante cuando él o ella primero comenzó a hablar? \_\_\_\_\_  
 Qué lenguaje hace este uso del estudiante lo más con frecuencia posible en el país? \_\_\_\_\_  
 Qué lenguaje usted utiliza lo más con frecuencia posible hablar a este estudiante? \_\_\_\_\_  
 Qué lenguaje es utilizado lo más a menudo posible por los adultos en el país? el \_\_\_\_\_  
 Tiene este estudiante recibió cualquier instrucción formal del lenguaje inglés (escuchando, hablando, leyendo o escribiendo)?  Sí  No

**INFORMACIÓN DE ESCUELA ANTERIOR**

Nombre de Escuela(s)	Cuidad/Estado	Fechas de asistencia	Grado(s)	Escuela de LAUSD?
1.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**SERVICIOS ESPECIALES**

- A. Ha recibido el estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?  Si  No  
Si indico que si, que servicios fueron? \_\_\_\_\_
- B. Tuvo el estudiante un Individualized Education Program (IEP) en su escuela anterior?  Si  No  
Si indico que si, por favor entregue una copia del estudiante's IEP con esta forma.
- C. Tuvo el estudiante un plan de Section 504 en su escuela anterior?  Si  No  
Si indico que si, por favor entregue una copia del estudiante's Section 504 Plan con esta forma.
- D. Tiene el estudiante dificultades que afectan su habilidad a venir a la escuela?  Si  No
- E. Tiene el estudiante dificultades que afectan su habilidad de aprender?  Si  No
- F. Ha recibido el estudiante servicios del programa (GATE)?  Si  No

**Firma**

I verify that this information is true and correct.  
 X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signature of: (Check one)  Parent  Legal Guardian  Other \_\_\_\_\_

**SERVICIOS ESPECIALES (SOLO USO PARA LA OFICINA)**

If the student had an IEP or a Section 504 Plan at his/her previous school, has this school received a copy?  Si  No  
 If No, than a copy of the Plan was requested from \_\_\_\_\_  
 Requested by \_\_\_\_\_ Received on \_\_\_\_\_ Forwarded to \_\_\_\_\_  
Name Date Name Date Name Date  
 Verification student received special services: \_\_\_\_\_  
Name and Title School or Office Phone# Date  
 If difficulties were reported, information was forwarded to : \_\_\_\_\_  
Name and Title Phone# Date  
 GATE verification requested by: \_\_\_\_\_  
Name and Title School or Office Phone# Date