



# McSwain Elementary School

922 Scott Road \* Merced, CA 95341

(209)354-2700 \* Fax (209)723-2630

Growing Leaders, One Child at a Time

Sara Sanders, Principal

Hector Perez, Assistant Principal

Catarina Lourenco, Assistant Principal / Program Coordinator

## Bienvenidos a la Escuela McSwain

Por favor, complete el paquete de inscripción adjunto. También necesita proporcionar los siguientes documentos.

Por favor, proporcione:

- Acta de nacimiento & Identificación con foto del padre/madre/tutor
- Registros de vacunas
- Cualquier orden judicial que la escuela deba conocer
- Comprobante de residencia

\*Es propietario de su casa, proporcione los siguientes documentos

1. Escritura
2. Impuesto de la propiedad
3. Declaración de la hipoteca

\* Si alquila su vivienda, por favor proporcione los siguientes documentos

Una copia de su contrato de alquiler

**&**

**Tres** facturas que se envían mensualmente a su domicilio (Una de las facturas DEBE ser de utilidades)

**Una vez que hayamos inscrito a su estudiante, tendrá acceso a nuestros portales para padres. Por favor, consulte su correo electrónico para obtener información de inicio de sesión para los portales.**

### Aeries

Por favor, configure esto para ver las clases su(s) hijo/a(s), historial médico, ver y firmar nuestro manual del estudiante.



### Aplicación Parent Square

Descárgate nuestra aplicación Parent Square para empezar a recibir mensajes este verano



### Solicitud de comidas

Solicite comidas gratis o reducidas después del 1° de agosto.





# Mc Swain Elementary School

## Registración para el Estudiante

GRADO

### INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

► ¿Su estudiante ha asistido anteriormente a la Escuela McSwain?  Sí  No

#### NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Apellido Legal	Otro Nombre Legal/Alias /Va por otro nombre
---------------------	----------------------	----------------	--

Masculino  Femenino  
 No Binario

Fecha de nacimiento:

Mes      Día      Año

#### LUGAR DE NACIMIENTO

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Ciudadano estadounidense:  Sí  No

### RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Domicilio y dirección postal :  Propietario  Alquila  Residencia Compartida

Dirección de domicilio	Apt#	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------	------	--------	--------	---------------

Dirección postal(SÍ ES DIFERENTE)	Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------------------------	-------	--------	--------	---------------

**Residencia – ¿dónde vive actualmente su hijo/a/familia? ( mandato federal de la NCLB) – Por favor, marque la casilla correspondiente:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil)                                | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (09)              |
| <input type="checkbox"/> Doble alojamiento (compartir vivienda con otras familias/personas debido a dificultades económicas o pérdidas) (11) | <input type="checkbox"/> Sin refugio (coche/campamento) (12) |
| <input type="checkbox"/> En un albergue o programa de alojamiento transitorio (10)   | <input type="checkbox"/> Otros (15) (especifique) _____      |

#### ¿ETNICIDAD DEL NIÑO/A?:

(Marque una opción):

- Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano y otra cultura de origen español, independientemente de su raza)
- No hispano o latino

#### ¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska(100)<br>( Personas originarias de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central o del Sur) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206)        | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)   |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)   | <input type="checkbox"/> Camboyano (207)       | <input type="checkbox"/> Otro Isleños del Pacífico (399)   |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202)   | <input type="checkbox"/> Hmong (208)           | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)   |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)   | <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos (299) | <input type="checkbox"/> Africano Americano o Negro (600)  |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)  | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)        | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas originarias de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Norte de África o Medio Oriente) |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)  | <input type="checkbox"/> Guamanian (302)       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Samoano (303)         |  |

Fecha en que el niño/a asistió por primera vez a la escuela en EE.UU:

Fecha en que el niño/a asistió por primera vez a la escuela en CA:

ESCUELA A LA QUE HA ASISTIDO RECIENTEMENTE:			
Escuela	Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal	Grado(s)	Fecha(s)

¿Existen informes psicológicos o confidenciales de escuela anterior de su hijo?  Sí  No  
 ¿Su hijo/a ha sido suspendido?  Sí  No    ¿Su hijo/a ha sido expulsado alguna vez?  Sí  No  
 ¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? **(marque todas las casillas que corresponda)**  
**Educación especial:**  Recursos (RSP)  Clases especiales de día (SDC)  Idioma/Lenguaje  504  IEP  
**Otro:**  Talento (GATE)  Matemáticas Correctiva  Lectura Correctiva  Consejería  Desarrollo del idioma inglés  Matemáticas Avanzadas a partir del 7º grado  Ayuda para mejorar la asistencia escolar/comportamiento  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**Información sobre los padres/tutores (con los que vive el estudiante) - marque todo lo que corresponda**

Padre  Madre  Ambos  Padrastro  Madrastra  Guardián  Hogar de Apoyo/Grupos  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿La(s) persona(s) indicada(s) arriba es/son el/los tutor(es) LEGAL(es) del alumno?  Sí  No En caso negativo, facilite documentación/ "Declaración jurada del cuidador".  
 Si existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, marque una opción:  Custodia compartida  Custodia única  Tutor

**POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES CON LOS QUE VIVE EL ESTUDIANTE:**

1. **Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Acceso al portal:**  Sí  No  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **# de teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Nivel de Educación:**  Graduado de La Licenciatura O Superior  Graduado Colegial  Algo de Colegio O Graduado con Licenciatura Asociado  Graduado De La Escuela Secundaria  No Graduado de Escuela Secundaria

2. **Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Relación :** \_\_\_\_\_ **Acceso al portal:**  Sí  No  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **# de teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Nivel de Educación:**  Graduado de La Licenciatura O Superior  Graduado Colegial  Algo de Colegio O Graduado con Licenciatura Asociado  Graduado De La Escuela Secundaria  No Graduado de Escuela Secundaria

**CORREO DUPLICADO** – Si está divorciado/separado y la custodia compartida permite duplicar el correo/la información que debe darse al otro padre. Por favor, incluya su nombre, dirección y número de teléfono:

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Dirección de correo:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Otros Contactos**

3. **Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Acceso al portal:**  Sí  No  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**¿Puede recoger al estudiante?**  Sí  No **Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **# de teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

4. **Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Acceso al portal:**  Sí  No  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**¿Puede recoger al estudiante?**  Sí  No **Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **# de teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**TRANSPORTE DE LOS ESTUDIANTES**

▶ **¿Su hijo/a necesita transporte en autobús?**  Sí  No

**Necesitaré transporte en:**  AM  PM  Ambos AM/PM

**Dirección de recogida y bajada del autobús:** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE	
Comprobante de vacunas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Médico de familia /Número de teléfono:	
Indique cualquier problema de salud conocido:	
Indique los medicamentos que toma el estudiante con regularidad:	
¿Su hijo/a necesita tomar algún medicamento en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿llenó un formulario PPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique cualquier alergia que padezca el estudiante:	

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR	
El código De Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes. Solicitamos su colaboración para ayudarnos a cumplir este importante requisito. Por favor, responda a las siguientes preguntas.	
¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?	
¿Qué idioma habla su hijo/a en casa con más frecuencia?	
¿Qué idioma utilizan ustedes con más frecuencia cuando hablan con su hijo/a?	
¿Qué idioma hablan los adultos con más frecuencia en casa?	
¿En qué país nació su hijo/a?	

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Office Use Only: <input type="checkbox"/> Guardian Verification <input type="checkbox"/> BC Verification <input type="checkbox"/> Proof of Residence <input type="checkbox"/> Proof of Immunization
Initials Aeries Input: