



STUDENT SUPPLEMENTAL ENROLLMENT INFORMATION – CONFIDENTIAL

Student: _____ Birthdate: _____

To assist us, please check all programs you believe your child may have received at his/her previous school(s):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Speech Therapy | <input type="checkbox"/> Migrant Education |
| <input type="checkbox"/> Resource Specialist (RSP) | <input type="checkbox"/> Gifted & Talented (GATE) |
| <input type="checkbox"/> Special Class (SDC) | <input type="checkbox"/> 504 Accommodation Plan |
| <input type="checkbox"/> Individualized Educational Program (IEP) | |
| <input type="checkbox"/> Non-Public School (NPS) | |
| <input type="checkbox"/> Counseling | |
| <input type="checkbox"/> Occupational Therapy | |
| <input type="checkbox"/> Physical Therapy | <input type="checkbox"/> Band |
| <input type="checkbox"/> Adaptive P.E. | <input type="checkbox"/> Strings |
| <input type="checkbox"/> Alternative Bilingual Education Program | <input type="checkbox"/> Chorus |
| <input type="checkbox"/> Structured English Immersion Program (SEI) | <input type="checkbox"/> AVID |
| <input type="checkbox"/> English Language Mainstream Program | |
| <input type="checkbox"/> Dual Immersion Program | |
| <input type="checkbox"/> California Children’s Services (CCS) | |
| <input type="checkbox"/> Student Study Team Assistance | |
| <input type="checkbox"/> Individualized Health Care Plan | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Comments: _____

Does your child wear glasses? _____ Hearing Aid? _____

Does your child take any medications while in school? _____

Please give us the name(s) and phone number(s) of personnel at your child’s previous school(s) and/or district(s) whom we may contact to help us provide the smoothest transition and most successful educational experience for your child:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Phone# Home: _____ Work : _____ Cell: _____



DATOS SUPLEMENTALES DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO/CONFIDENCIAL

Alumno/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Con el fin de prestarnos ayuda; sírvase marcar todos los programas que usted considere que su hijo/a ha recibido en su escuela (s) anterior:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia del Habla | <input type="checkbox"/> Programa de Educación para Estudiantes Migratorios |
| <input type="checkbox"/> Programa Especial de Recursos Didácticos (RSP) | <input type="checkbox"/> Estudiantes Dotados y Talentosos (GATE) |
| <input type="checkbox"/> Clases Especiales Diurnas (SDC) | <input type="checkbox"/> 504 Plan Modificado |
| <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizado (IEP) | |
| <input type="checkbox"/> Escuela privada (NPS) | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Orientación | |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Educación Física Modificada | <input type="checkbox"/> Bandas |
| <input type="checkbox"/> Programa de Educación Bilingüe Alternativa | <input type="checkbox"/> Cuerdas |
| <input type="checkbox"/> Instrucción en Inglés Contextualizado (SEI) | <input type="checkbox"/> Coro |
| <input type="checkbox"/> Lengua y Literatura en inglés dentro del programa regular | <input type="checkbox"/> AVID |
| <input type="checkbox"/> Programa de Instrucción Bilingüe | |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Niñez de California (CCS) | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda del Comité de Evaluación Pedagógica | |
| <input type="checkbox"/> Plan Individualizado de Servicios Médicos | |
| <input type="checkbox"/> Otro que no se encuentre arriba mencionado: _____ | |

Comentarios: _____

¿Su hijo usa lentes? _____ ¿Audífonos? _____

Su hijo/a toma medicina durante el horario de clases? _____

Sírvase facilitar el nombre (s) y número de teléfono (s) del personal en la escuela (s) anterior o distrito (s) escolar de su hijo/a con las que nos podamos comunicar para que nos ayude a que esta transición sea lo más fácil posible y la mejor experiencia educacional para su hijo/a:

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ Celular : _____