



**Sacramento High School
2008-2009 Application**

For Small School Office Use Only

Date Received: _____
 Small School: _____
 Student Number: _____
 School Enrollment Date: _____
 Primary Language: _____

Circle "Y" for Yes and "N" for No.
 Birth date Verified: Y / N
 Mailing Address Verified: Y / N
 Immunizations complete? Y / N
 Medical Alerts: Y / N

Por favor regrese la aplicación completa y firmada junto con los documentos de respaldo a:

Atención: Admisiones
Sacramento High School Campus
2315 34th St
Sacramento, CA 95817

Clasifique una de las tres opciones (Marque uno):

- Escuela de Arte
- Negocios y Comunicaciones
- Ley y Servicio Publico
- Matemática, Ingeniería Salud y Ciencia

Año escolar para cual esta aplicando: _____

Grado escolar para el cual esta aplicando: _____

Documentos de respaldo requeridos y incluidos

- Copia de certificado de nacimiento
- Copia de certificado de vacunas
- Copia de Seguro Social
- Verificación de dirección de residencia (Ej.: Recibo de la luz, o de teléfono)
- Transcripción Oficial

Información Demográfica Personal:

Apellido de el/la alumno(a)		Nombre		Middle Initial	
(Residencia) Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
(Residencia) Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
# De Tel	Sexo (marque uno): Femenino/ Masculino	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento
Escuela Actual:		Fecha de 1ra Matriculación en una escuela de EE.UU. (Mes/Día/Año)			
Ha estado su alumno(a) matriculado en Sac High anteriormente S / N Si contesto "si" En cual pequeña escuela?		Seguro Social:			

Madre/ Guardián Apellido		Nombre		Middle Initial	
(Residencia) Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
(Casa) # De Tel		(Trabajo) # Del Tel	Guardian Principal: Si or No		
Ocupación	Empleador				
Correo Electrónico	Nivel de Educacion (Marque uno): 1-Escuela de graduados _____ 2-Graduado de Colegio/Universidad _____		3-Algo de Colegio/Univ. _____ 4-Graduado de la Preparatoria _____	5-No graduado _____ 6-No respuesto _____	

Padre/Guardián Apellido		Nombre		Middle Initial	
(Residencia) Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
(Casa) # De Tel		(Trabajo) # De Tel	Guardian Principal: Si or No		
Ocupación	Empleador				
Correo Electrónico	Nivel de Educacion (Marque uno): 1-Escuela de graduados _____ 2-Graduado de Colegio/Universidad _____		3-Algo de Colegio/Univ. _____ 4-Graduado de la Preparatoria _____	5-No graduado _____ 6-No respuesto _____	

Nombres de Hermanos (as)

Apellido	Nombre	M.I.	Sexo	Escuela Actual	Grado

Apellido de el/la alumno(a) _____ Nombre _____

Información de Contactos de Emergencia

Primer Contacto/ Apellido	Nombre	# De Tel	Relación
Calle		Ciudad	Estado
			Código Postal

Segundo Contacto/ Apellido	Nombre	# De Tel	Relación
Calle		Ciudad	Estado
			Código Postal

Información Medica

Asegurado/ Apellido	Nombre	M.I.
Nombre de Seguro Medico	# de identificación medical/de planode seguro	# De Tel
Alergias	Problemas médicos/Enfermedades Crónicas	
Otros problemas de Salud		
Doctor/ Apellido	Nombre	# De Tel

Encuesta de lenguaje hablado en casa

Que lenguaje aprendió primero su hijo(a) cuando empezó ha hablar?	
Que lenguaje habla su hijo(a) frecuentemente?	
Que lenguaje usa usted mas frecuente para hablar con su hijo(a)?	
Que lenguaje es mas hablado por adultos en su casa?	
Ha estado su hijo(a) matriculado en un programa de ingles como Segundo idioma/ Program Bilingüe?	

Razas Étnicas y Códigos (Escriba "1" enfrente de su raza étnica primaria y "✓" en cualquier otras que le apliquen.)	
100	Indo Americano
201	Chino
202	Japones
203	Coreano
204	Vietnamés
205	Indo Asiático
206	Laosiano
207	Camboyano
299	Otro Asiático
301	Hawaiano Nativo
302	Guamano
303	Samoano
304	Tahiti
399	Otro Pacifico Isleño
400	Filipino
500	Hispano
600	Afro Americano
700	Caucáseo
999	Niega a responder

Lenguaje Primario y Codigos (Circule su lenguaje primario.)					
56	Albano	21	Hebreo	41	Polaco
11	Árábigo	22	Hindú	6	Portugués
12	Armenio	23	Hmong	28	Punjabi
42	Asirio	24	Húngaro	45	Rumania
61	Bengalí	25	Llocano	29	Ruso
13	Birmanio	26	Indonesio	30	Samoano
3	Cantones	27	Italiano	52	Serbocroata
36	Cebuano	8	Japonés	60	Somali
54	Caldeano	9	Khmer	1	Español
20	Chamorro	50	Khmu	46	Taiwán hez
39	Chaozhou	4	Coreano	32	Tai
15	Holandés	51	Kurdo	57	Tigrinya
0	Ingles	47	Lahu	53	Tais anéese
16	Farsi	10	Lao	34	Togan
5	Filipino (o Tagalo)	7	Mandarín	33	Turco
17	Francés	48	Marshallese	38	Ucranio
18	Alemán	44	Mien	35	Urdo
19	Griego	49	Mixteco	2	Vietnamés
43	Gujarati	40	Pashto	99	Otro (No Ingles)

Apellido de el/la alumno(a) _____ Nombre _____

Información de Programas Instrucción

Esta o ha estado su hijo(a) matriculado(a) en algún tipo de programa especial? Sí No

Si contesto "sí" responda a las pregunta abajo:

Haga favor de contestar las siguientes preguntas solo si su hijo(a) a estado matriculado(a) en algún tipo de programa de instrucción en su escuela previa:

Esta su hijo(a) recibiendo Recursos del programa de Servicios Especiales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esta su hijo(a) recibiendo Servicios de Habla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esta su hijo(a) recibiendo servicios en un Programa Independiente de Educación especial o Centro de Aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene usted una copia del examen IEP de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha sido su hijo(a) identificado por el Programa de Educación de Genios y Talentosos (GATE, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esta su hijo(a) participando en el programa de juvenes de creanza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su hijo(a) esta cualificado(a) para los servicios para estudiantes sen hacer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorización para solicitar registros cumulativos

Yo solicito y autorizo a la escuela previa de mi hijo(a) nombre de la escuela previa _____

Ubicada en: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Distrito Escolar			Tel

De mandar los registros cumulativos de mí hijo(a) a la Sac High.

Firma del Padre/Madre O Guardián

Fecha (Mes/Día/Año)

Autorización General

En caso de emergencia, si no me pueden contactar, yo doy autorización a las autoridades de la escuela para llevar a mi hijo(a), a costo mí, a mi doctor familiar, a un doctor aprobado, el hospital más cercano, o a la estación de emergencia más cercana para tratamiento. Este consentimiento es valido hasta que pida otra acción por escrito.

(Haga favor de poner sus iniciales al lado de su elección)

Sí doy permiso _____

No doy permiso _____

En algunas ocasiones, los medios de comunicación pueden pedir permiso para escribir un artículo acerca de la escuela y/o tomar fotografías de, una actividad presentada en la escuela. Adicionalmente, algunas historias, y/o fotografías de los estudiantes podrían ser tomadas para ser incluidas en la pagina/sitio de Internet de las Escuelas Publicas St. HOPE.

(Haga favor de poner sus iniciales al lado d su elección)

Sí doy permiso _____

No doy permiso _____

Yo afirmo, en mi mayor entendimiento, que la información en la aplicación es correcta y que daré aviso a la escuela cada vez que haya un cambio en la información dada.

Firma del Padre/Madre o Guardián

Fecha (Mes/Día/Año)

