



PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Padres/tutores:

Gracias por aplicar una bahía área de tecnología escuela. Por favor entregue este paquete lo más pronto posible para asegurar el espacio de su hijo m/a. Solo paquetes **completos** con los requeridos documentos listados-definitivos abajo serán aceptados

Entreguen paquete completo por correo o en persona en la dirección abajo:

Bay Area Technology School
8251 Fontaine St.
Oakland, CA 94605
Teléfono: (510) 382-9932
Correo electrónico: Contact@baytechschool.org

Formularios de inscripción (incluido en este paquete) :

- Formulario de inscripción de estudiantes
- Autorización de emergencia Médica
- Hoja de permiso
- Hoja de permiso
- Consentimiento y permiso de los medios de comunicación
- Tarjeta de información de emergencia

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Certificado de nacimiento
- Registros de Vacunas
- Más reciente reporte de Calificaciones (6-8) o transcripción del capítulo (9-12)
- Resultados de Pruebas (CAHSEE, CELDT - si corresponde)
- Plan de Educación Individualizado (IEP - si corresponde)
- Comprobante de Domicilillo:
 - Una factura de fecha dentro de 45 días
 - Propietario / Inquilino seguro de política
 - Contrato con la documentación del usuario
 - Declaración de impuesto a la propiedad actual
- Verificación de identificación para padres / Identificación:
 - Licencia de California
 - Tarjeta de identificación de California oficiales del Departamento de vehículos motorizados (DMV)
- Documentos de la corte o tutela deben utilizarse para la verificación de la custodia (si es necesario)



AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Domicilio:** _____

Madre vive con familia? **SÍ NO** Padre vive con familia? **SÍ NO**

Nombre de madre _____ Teléfono _____

Nombre de Padre _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor de cuidado de niños o pariente _____ Teléfono _____

Domicilio _____ relación _____

PARTE I o II debe ser completado
PARTE I (al consentimiento de la donación)

Por este medio, doy consentimiento para mi niño recibir ibuprofeno (como Advil o Tylenol) en el caso de dolores de cabeza, fiebre o dolor debido a lesiones de menor importancia: **SÍ NO**

Por la presente doy consentimiento para los siguientes proveedores de atención médica y hospital local que se llamará:

Médico _____ teléfono _____

Dentista _____ teléfono _____

Médico especialista _____ teléfono _____

Hospital local _____ teléfono _____

Razonable en el evento intenta ponerse en contacto conmigo o en _____ (número de teléfono) han tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para: (1) la administración de cualquier tratamiento se considere necesaria por los proveedores de servicios médicos mencionados o en el caso el designado practicante preferido no está disponible, por otro licenciado médico o dentista; y (2) la transferencia del niño a _____ (recomendado: hospital) o cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de 2 otros médicos con licencia o dentista, coincidiendo en la necesidad de dicha cirugía, se obtienen antes de realiza la cirugía.

Hechos relativos a la historia del niño médicos como alergias, medicamentos que están tomadas cualquier deterioro físico al que un médico debe ser avisado:

Fecha

Firma

No COMPLETE la parte II si has completado parte I
PARTE II (denegación de consentimiento)

No doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia de mi hijo/a. En caso de enfermedad o lesión que requiere tratamiento de emergencia, espero que las autoridades escolares no tomen medidas o que:

Fecha

Firma



AUTORIZACIÓN PARA REGISTROS DE LA ESCUELA DE LANZAMIENTO

Por mi/nuestra firma más abajo nosotros, como padres o el tutor legal de _____ cual
fecha de nacimiento es _____ autorizo al Director de _____ escuela
para liberar los siguientes registros de escuela a escuela de tecnología del área de Bahía.

Coloque un control antes de los registros autorizados para:

- Notas y registros académicos
- Registros y evaluaciones psicológicas
- Expedientes disciplinarios
- Registros de asistencia y tarjeta de medical/inmunización
- Resultados de las pruebas o evaluaciones
- IEP / 504 registros
- CST-estrellas / puntuación CELDT

Nombre de guardián

Firma

Fecha



PERMISO DE LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA DEL ÁREA DE BAHÍA

El estudiante tiene mi permiso para salir de la escuela para actividades educativas y/o supervisado períodos de almuerzo durante buen tiempo. En ocasiones, vehículos personales será utilizado para el transporte de los estudiantes a y desde actividades como clases de educación física, paseos, etc.. Todos los vehículos y conductores serán previamente aprobados por nuestros administradores.

Nombre de guardián _____

Firma _____

Fecha _____

Consentimiento y permiso de los medios de comunicación de forma de liberación

Nos gustaría mostrar las actividades de aula y trabajo de estudiante en nuestro boletín de la escuela, en nuestro sitio web y otras publicaciones relacionadas con la escuela así como compartir el trabajo de nuestra escuela con medios impresos y de difusión. Por favor marque las casillas junto a las declaraciones que da su permiso para y firma a continuación.

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No doy | <input type="checkbox"/> Doy | Mi permiso para BayTech escuela con nombre, fotografía y/o imagen de vídeo de mi hijo en publicaciones escolares, presentaciones de video y en su página web. |
| <input type="checkbox"/> No doy | <input type="checkbox"/> Doy | Mi permiso para escuela BayTech usar muestras del trabajo de mi hijo acreditado con su nombre en las publicaciones de la escuela y en su página web. |
| <input type="checkbox"/> No doy | <input type="checkbox"/> Doy | Mi permiso a la escuela BayTech para supervisar los medios de comunicación en la fotografía, filmación, o entrevistar a mi hijo con el propósito de un artículo de prensa, noticias de la televisión o programa de radio. |

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de guardián: _____ Fecha: _____



BAY AREA TECHNOLOGY SCHOOL FORMA DE INSCRIPCION

GRADO

Apellido del estudiante:

► ¿Alguna vez su estudiante ha asistido BAY AREA TECHNOLOGY? Yes No

-POR FAVOR IMPRIME EL NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE-

Nombre	Segundo Nombre	Apellido				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento:	Mes	Día	Ano	
			()	()	()	()
Nombre de Padre/ Guardian	Apellido	Telefono de casa/celular	Telefono de trabajo			
		()	()			
Nombre de Madre/ Guardian	Apellido	Telefono de casa/celular	Telefono de trabajo			
		()	()			
Dirreccion	Apt#	Ciudad	Estado	Codigo postal		

Nombre:

Cual es la etnicidad de su hijo/a? (Elige uno): Hispano o Latino Hispano o Latino

Cual es la raza de su hijo/a?

La parte anterior de la pregunta es sobre la etnicidad, no la raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, por favor continúe respondiendo a lo siguiente marcando una o más casillas para indicar lo que considera que su carrera es.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Personas que tienen orígenes en cualquiera de las personas originales de Norte, Centro, o Sur America) | <input type="checkbox"/> Laico (206) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Isleno del Pacifico (399) |
| <input type="checkbox"/> Japones (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Otro Asiatico (299) | <input type="checkbox"/> Afroamericano (600) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas que tienen orígenes en cualquiera de las personas originales de Europa, el norte de Africa o el Medio oriente) |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiatico (205) | <input type="checkbox"/> Guamanio (302) | |
| | <input type="checkbox"/> Samoano (303) | |

Educacion de Padre – Marque la respuesta que describe el nivel de educación del padre más educado.

- Graduate Degree or Higher (10)
- College Graduate (11)
- Some College or Associate’s Degree (12)
- High School Graduate (13)
- Not a High School Graduate (14)

Mes	Día	Ano
Date first attended school in California		
Mes	Día	Ano

Lugar de Nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ Paiz: _____

Cuidadano: Si No

(REV 5/14)

POR FAVOR, COMPLETE INFORMACIÓN EN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

Student Last Name:

HOME LANGUAGE SURVEY: Indicate only one language (most frequently used) per line:

1. What language/dialect does your son/daughter most frequently use at home? _____
2. Which language/dialect did your son/daughter learn when he/she first began to talk? _____
3. What language/dialect do you most frequently speak to your child? _____
4. Has your child ever been given the CELDT Test (Calif English Language Development Test)? Yes No I don't know

In which language do you wish to receive written communications from the school? English Spanish

Residence – where is your child/family currently living? (federally mandated by NCLB) – Please check appropriate box:

- In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) In a motel/hotel (09)
- Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (11) Unsheltered (car/campsite) (12)
- In a shelter or transitional housing program (10) Other (15) (please specify) _____

Parent/Guardianship Information (with whom the student lives) – check all that apply

- Father Mother Both Step-Father Step-Mother Guardian Foster/Group Home Other _____
- Is the above (checked) person (s) the student's LEGAL guardian? Yes No If No, please complete a "Caregiver Affidavit"
- If there is a legal custody agreement regarding this student, please check one: Joint Custody Sole Custody Guardian

PLEASE COMPLETE INFORMATION BELOW FOR PARENT(S)/GUARDIAN WITH WHOM THE STUDENT LIVES:

1. Father Step Father/Guardian (check one) **Full Name:** _____
Employer: _____ **City:** _____ **Daytime Phone # ()** _____
2. Mother Step Mother/Guardian (check one) **Full Name:** _____
Employer: _____ **City:** _____ **Daytime Phone # ()** _____

DUPLICATE MAILING – If divorced/separated & joint custody allows duplicate mailing/information to be given to other parent, Please include their name, address, and phone number:

Full Name: _____ **Phone #:** () _____

Mailing Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip code:** _____

MOST RECENT SCHOOL ATTENDED:

School	Address/City/State/Zip	Grade(s)	Date(s)

Are there psychological or confidential reports available from your child's former school? Yes No

Has your child been suspended? Yes No Has your child ever been expelled? Yes No

What special services has your child received? (please check all boxes that apply)

- Special Education:** Resource (RSP) Special Day Class (SDC) Speech/Language 504
- Other:** Gifted (GATE) Remedial Math Remedial Reading Counseling English Language Development
- Help to Improve Attendance/ Behavior Other (Specify) _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

BELOW FOR SCHOOL USE ONLY

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date:	Assigned Grade:	Blank <input checked="" type="checkbox"/> ET <input checked="" type="checkbox"/> RC	Approval
--	--	---	--------------	-----------------	---	----------

First Name:

Permanent ID:



BAY AREA TECHNOLOGY SCHOOL

Formulario de Contacto de Emergencia

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE TODOS LOS DATOS DE

Fecha: _____

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes /Día / Año

Dirección de Casa

Apt

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre de Padres/ Guardián: _____

Número de teléfono celular: (____) _____ Número de teléfono de casa: (____) _____

A qué hospital debe ir el estudiante arriba en caso de una emergencia médica?: _____

Numero de asegúrense medical _____

Por favor indique las personas a las que le gustaría ser notificado en caso de emergencia si usted, el padre / guardián, no puede ser contactado:

En caso de emergencia, Contacten a:

(1) Nombre y Relación _____

Dirección de Casa

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (____) _____ Teléfono durante el día (____) _____

(2) Nombre y Relación _____

Dirección de Casa

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (____) _____ Teléfono durante el día (____) _____

El estudiante es alérgico a algo? Si / No _____

Si la respuesta es si, anote todas las alergias:



BAY AREA TECHNOLOGY SCHOOL

Está el estudiante arriba tomando cualquier medicamento que debemos tener en cuenta? Si / No _____

Si la respuesta es sí: Por favor liste todos los medicamentos que debemos conocer:

El estudiante arriba tiene alguna inquietud médica / de movilidad / salud mental de la cual debemos ser conscientes?

Si / No _____

Si la respuesta es si, Por favor note lo aquí: _____

La información solicitada en esta tarjeta es confidencial y sólo para uso de emergencia. En caso de una emergencia médica, esta información será utilizada por personal de emergencia autorizado. Sea honesto al completar toda la información pertinente.

En caso de emergencia, doy permiso para que mi información sea puesta en libertad al personal de emergencia. También estoy de acuerdo en que cualquiera de mis contactos de emergencia enumerados en esta tarjeta puede ser notificado en una emergencia, según sea necesario.

Firma: _____

Fecha: _____