

Parte 1 de 4

VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SOLICITUD PARA ASISTIR A VISTA MAGNET MIDDLE SCHOOL

Indicaciones: Por favor entregue personalmente de 8:00 a.m. - 4:00 p.m. o envíe por correo las cuatro partes de la solicitud a
151 Civic Center Drive, Vista, CA 92084

SOLAMENTE SE ACEPTARÁN LAS SOLICITUDES COMPLETAMENTE LLENADAS PARA EL 2012-2013
Periodo 1 para entregar la solicitud - 9 de enero al 24 de febrero (prioridad para estudiantes de Casita y hermano(a) de VMMS)
Periodo 2 para entregar la solicitud - 5 de marzo al 6 de abril
vistamagnet.com

Nombre del estudiante _____ Sexo _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Ciudad _____
Número _____ Calle _____ Apto. # _____ Código postal _____

Tel. hogar _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Padre _____ # Trabajo - Padre _____ # Cel - Padre _____

Madre _____ # Trabajo - Madre _____ # Cel - Madre _____

Es un padre/guardián un empleado en VUSD? _____ ¿Posición?: _____

¿Hay algún hermano asistiendo a VMMS? ___ Sí ___ No

"Hermano" se define como hermano, hermana, medio hermano, media hermana, hermanastro o hermanastra, que viven en el mismo hogar incluyendo hermanos(as) de estudiantes en el octavo grado. "

Si es afirmativo, nombre del hermano _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

de identificación del estudiante _____

Nivel de educación académica de los padres:

- No se graduó de preparatoria □ Algo de universidad □ Maestra o doctorado / Entrenamiento profesional
□ Se graduó de preparatoria □ Se graduó de la universidad □ No desea declararlo

¿Cuál es el idioma que el estudiante usa con más frecuencia en el hogar? _____

¿Cuál es el idioma que usted usa con más frecuencia con el estudiante? _____

¿Cuál es el idioma que más hablan los adultos en el hogar? _____

Distrito escolar actual _____ Escuela a la que asiste actualmente _____ Grado actual _____

Escuela intermedia de su área de residencia _____

¿Esta expulsado actualmente el alumno? □ Si □ No ¿Ha sido expulsado alguna vez el alumno? □ Si □ No

¿Esta el alumno en un contrato SARB? □ Si □ No Ofensa _____

Mi hijo/a actualmente recibe los siguientes servicios:

- Terapia del Habla □ 504 plan □ GATE □ SEI/Bilingüe □ RSP □ Clase de Educación Especial

Grupo Étnico (Por favor marque sólo uno): □ Hispano o Latino □ NO es Hispano o Latino

Raza del estudiante (Por favor marque los que apliquen):

- Indio Americano/Nativo de Alaska □ Negro/Africano-Americano □ Blanco
□ Asiático/Indio del Este* Circule uno (chino, japonés, coreano, vietnamita, indio asiático, laosiano, filipino, camboyano, otro de Asia
□ Islas del Pacifico* Circule uno (hawaiano, de la Isla de Guam, samoano, tahitiano, otro de las Islas del Pacifico)

NOMBRE (letra de molde) _____ FIRMA _____ FECHA _____

For Office Use Only
Received Date: _____ Time: _____ Initials: _____

For Office Use Only
Called Parent Date: _____ Time: _____
Initials: _____