



Distrito Escolar Unificado de Hemet
 Oficina Central de Servicios Estudiantiles
 2085 W. Acacia Ave. Hemet, CA 92545
 951-765-5100 x 3580
www.hemetusd.k12.ca.us

Nombre del estudiante: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA PARA LA MATRICULACIÓN

Indique las últimas dos escuelas que asistió – escriba la última escuela primero:

1. Escuela	Domicilio	Fechas de asistencia
2. Escuela	Domicilio	Fechas de asistencia
3. Escuela	Domicilio	Fechas de asistencia

Yo certifico que mi hijo/a:

- Nunca** ha estado matriculado en un programa especial.
- Anteriormente estuvo, pero actualmente no está**, matriculado en un programa especial (Marque el programa abajo).

Fecha que salió del programa _____

Nombre de la escuela _____ Ciudad _____ Estado _____

- Actualmente** está matriculado en un programa especial y/o recibiendo servicios especiales. (Marque el programa abajo).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptiva (APE) | <input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés (ELD) |
| <input type="checkbox"/> Educación de Estudiantes Talentosos y Dotados (GATE) | <input type="checkbox"/> Programa de Habla y Lenguaje (LAS) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Clase Especial Diurna (SDC) |
| <input type="checkbox"/> Programa para Estudiantes con Impedimento Visual (VI) | <input type="checkbox"/> Otro: Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa para Estudiantes con Discapacidades Graves | _____ |

Yo certifico que mi hijo/a:

- Nunca repetido un grado escolar.
- Repitió el _____ grado en la escuela _____ de _____ Distrito Escolar .



Firma del padre/tutor

Fecha



Escriba el nombre del padre/tutor