



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

Formulario de matriculación

Favor de completar este formulario de matriculación  
marcar  o escribir "N/A (no aplica) donde es apropiado.

## ***Necesidades Especiales***

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo (Sr./Jr./#) Nombre 2do Nombre

Género: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
M / F / X mes día año

\*Persona autorizada: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre 2do Nombre

**\*Persona Autorizada:** es quien tenga derechos educativos o está autorizado para firmar documentos de educación especial.

### ***Programas y Servicios de Educación especial***

Programa de un Especialistas de recursos:	Sí	No
Clase especial matutina:	Sí	No
Escuela particular:	Sí	No
Colocación del condado:	Sí	No
**Instrucción y servicios designados:	Sí	No

¿Recibió su hijo(a) alguno de los siguientes  
Programas o servicios?  
Favor de marcar  Sí o No, por ejemplo:

Sí  No

**\*\*Por ejemplo, Terapia de lenguaje, Educación Física Adaptativa, Consejería, etc.**

<b>Servicios bajo la Sección 504</b>	<b>Gifted and Talented Education (GATE)</b>
¿Su hijo(a) tiene o tuvo un plan de Sección 504 o de adaptaciones?	¿Su hijo(a) participó en GATE?
Sí      No	Sí      No

Office use only: do not write below this line.

Residence setting \_\_\_\_\_

AB 3632  True  False

Transportation: \_\_\_\_\_

Workability  True  False

Extended year:  True  False

IEP (14+)  True  False

Participation in the STAR Assessment: \_\_\_\_\_

Inter-SELPA district permit (Please identify the District below.)

\_\_\_\_\_  
Name of District

% in Special Ed: \_\_\_\_\_

Last IEP (date): \_\_\_\_\_

Next IEP (date): \_\_\_\_\_

Last evaluation (date): \_\_\_\_\_

Next evaluation (date): \_\_\_\_\_

Infant setting (0-2 only): \_\_\_\_\_

Preschool: \_\_\_\_\_

Disability code: \_\_\_\_\_

P/S: \_\_\_\_\_

Placement date: \_\_\_\_\_

HCP \_\_\_\_\_