

STUDENT REGISTRATION FORM

School Name: _____ Today's Date: _____

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION

Student Last Name (goes by)	First Name	Middle Name	Legal Last Name	Present Grade	Sex
Social Security No. (OPTIONAL)*	Birthdate	Birthplace		Home Phone () Check if unlisted _____	
Ethnic Category: (Check One) ___ I-American Indian ___ B-Black ___ A-Asian ___ W-White ___ H-Hispanic			Home Language		
			Date your student first attended a school in the USA (Mo/Yr).		

PRIMARY HOUSEHOLD INFORMATION: Name(s) of person(s) **WITH WHOM STUDENT IS LIVING.**
 Use page 2 to supply information concerning other parent(s) and/or guardian(s)

Last Name	First Name	Work Place/City	Work Phone () Cell Phone:	Ext.
Last Name	First Name	Work Place/City	Work Phone () Cell Phone:	Ext.
Parent/Guardian Mailing Address			City	Zip
Parent/Guardian Street Address (if different than above)			City	Zip

CIRCLE THE GRADE LEVEL BELOW OF OTHER CHILDREN IN THE HOME													
PRE-KINDGN	KDGN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

EMERGENCY INFORMATION: List two local persons (other than yourself) usually available during the school day who have agreed to care for and provide transportation for your student if he/she becomes ill or injured and you cannot be reached. We attempt to contact parents first.

Name	Relationship to Student	Address	Daytime Phone	Ext.
Name	Relationship to Student	Address	Daytime Phone	Ext.

CHILDCARE INFORMATION:	Circle Specific Days:	Check Appropriate Line:
Name _____	Mon. Tues. Wed. Thurs. Fri.	___ Before and After School
Address _____	Phone: _____	___ Before School Only
Contact Person _____		___ After School Only

Enter the name of your family physician who may be contacted by school staff member when parent cannot be reached, and medical assistance is indicated. Please note that when Fire Department Medical Unit responds they will contact available emergency room physician who may in turn contact your family physician. If you have no family doctor, you can state any local physician.

Family Doctor	Phone Number	Ext.
Family Dentist	Phone Number	Ext.

* Disclosure of a student's social security number is voluntary. The number is used as a student identifier. It will be used solely for state and local statistical purposes.

OVER PLEASE

Student Name: _____

SECOND HOUSEHOLD INFORMATION: Name of Parent(s) and/or Guardian(s) OTHER than those listed under Primary Household Information.

Last Name	First Name	Relationship to Student	Work Place/City	Phone No.	Ext.
Last Name	First Name	Relationship to Student	Work Place/City	Phone No.	Ext.

Home Phone _____ Check if Unlisted _____ Should school mailings be sent to this household also? Yes No

Parent/Guardian Mailing Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Parent/Guardian Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Any Additional Arrangements: _____

CIRCLE THE GRADE LEVEL BELOW OF OTHER CHILDREN IN THE HOME

PRE-KINDGN KDGN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION:

Has the student previously graduated from another high school? Yes No
 If yes, Name of School _____ Address _____
 Number of previous schools attended _____

Last School Attended	Grade	Address of Former School, City, State, Zip

Has your child ever attended the _____ School District before? Yes No
 If yes: School Attended _____ Year(s) Attended _____

SPECIAL PROGRAM INFORMATION:

Does your child receive Special Education services and/or have an IEP? Yes No
 Does your child receive Gifted/Talented services or have a Gifted IEP? Yes No
 Does your child have a Section 504 Plan? Yes No
 Has your child ever been identified as an English Learner? Yes No
 Has your child ever participated in any other special program? Yes No
 If yes, please specify _____

RESIDENCY VERIFICATION: The residency information provided on this form is true and accurate as of this date. I understand that falsification of an address or the use of any other fraudulent means to achieve an enrollment or assignment shall be cause for revocation of the student's enrollment and assignment to the school serving the home attendance area.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

OFFICE USE ONLY

Student ID#	Dist Stu #	School Entry Date	Entry Code	Att. Code	F.T.E.
Faculty #	Room #	Faculty Name			Birth Certificate _____ Yes _____ No
Placement Reason	AM bus Route	AM Bus Stop	PM Bus Route	PM Bus Stop	Records Requested:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES

Nombre de la escuela: _____ Fecha de hoy: _____

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Apellido del/de la estudiante (como se le dice)	Nombre	Segundo nombre	Apellido legal	Grado actual	Sexo
Número del Seguro Social (OPTATIVO)*	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Teléfono del hogar () Marcar si no aparece en la lista ____	
Ethnic Category: (Check One) ____ I-American Indian ____ B-Black ____ A-Asian ____ W-White ____ H-Hispanic					
Home Language			Date your student first attended a school in the USA (Mo/Yr).		

INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL HOGAR: Nombre(s) de la(s) persona(s) **CON QUIEN(ES) VIVE EL ESTUDIANTE.**
 Utilice la página 2 para proporcionar información sobre otro(s) padre(s) y/o tutor(es).

Apellido	Nombre	Lugar de trabajo/Ciudad	Teléfono laboral () Tel. celular:	Int.
Apellido	Nombre	Lugar de trabajo/Ciudad	Teléfono laboral () Tel. celular:	Int.
Dirección postal del padre/madre/tutor			Ciudad	Código postal
Dirección del padre/madre/tutor (si es diferente a la anterior)			Ciudad	Código postal

MARQUE CON UN CÍRCULO A CONTINUACIÓN EL NIVEL DE GRADO DE OTROS NIÑOS EN EL HOGAR
 PREKINDERGARTEN KINDERGARTEN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

INFORMACIÓN ANTE EMERGENCIAS: Indique dos personas locales (que no sean usted) que estén disponibles durante la jornada escolar y que hayan aceptado cuidar y brindar transporte a su estudiante si se enferma o lesiona, en caso de que no sea posible localizarlo(a) a usted. Intentamos contactar a los padres primero.

Nombre	Vínculo con el/la estudiante	Dirección	Teléfono durante el día	Int.
Nombre	Vínculo con el/la estudiante	Dirección	Teléfono durante el día	Int.
INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL:		Marque con un círculo los días específicos: Lunes Martes Miérc. Jueves Viernes	Marque con un círculo la línea correspondiente:	
Nombre _____		Teléfono: _____	____ Antes y después de la escuela	
Dirección _____			____ Solo antes de la escuela	
Persona de contacto _____			____ Solo después de la escuela	

Ingrese el nombre de su médico familiar, a quien un miembro del personal escolar pueda contactar cuando no se pueda ubicar a los padres, y se requiera asistencia médica. Tenga en cuenta que cuando la Unidad Médica del Departamento de Bomberos responda, se comunicará con el médico de la sala de emergencias disponible quien, a su vez, puede comunicarse con su médico de familia. Si no tiene un médico de familia, puede indicar cualquier médico local.

Médico de familia	Número de teléfono	Int.
Dentista familiar	Número de teléfono	Int.

* La divulgación del número de seguro social de un(a) estudiante es voluntaria. El número se utiliza como identificador de ese(a) estudiante. Se utilizará únicamente con fines estadísticos estatales y locales.

POR ENCIMA POR FAVOR

Nombre del/de la estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL SEGUNDO HOGAR: Nombre del padre/madre y/o tutor(es) QUE NO SEAN los enumerados en la sección de Información principal del hogar.

Apellido	Nombre	Vínculo con el/la estudiante	Lugar de trabajo/Ciudad	Número de teléfono	Int.
Apellido	Nombre	Vínculo con el/la estudiante	Lugar de trabajo/Ciudad	Número de teléfono	Int.

Teléfono de la casa _____ Marcar si no aparece en la lista _____
 ¿Deberían enviarse también los correos escolares a este hogar? Sí ___ No ___

Dirección postal del padre/madre/tutor	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Dirección del padre/madre/tutor, calle	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Arreglos adicionales: _____
 MARQUE CON UN CÍRCULO A CONTINUACIÓN EL NIVEL DE GRADO DE OTROS NIÑOS EN EL HOGAR
 PREKINDERGARTEN KINDERGARTEN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:

¿El/La estudiante se ha graduado previamente de otra escuela preparatoria? _____ Sí _____ No
 En caso afirmativo, indique el nombre de la escuela _____ Dirección _____
 Cantidad de escuelas anteriores a las que asistió _____

Última escuela a la que asistió	Grado	Dirección de la escuela anterior, Ciudad, Estado, Código postal
---------------------------------	-------	---

¿Ha asistido su hijo(a) _____ alguna vez al Distrito Escolar de ? _____ Sí _____ No
 En caso afirmativo: Escuela a la que asistió _____ Año(s) de asistencia _____

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ESPECIAL:

¿Recibe su hijo(a) servicios de Educación Especial basados en un Programa Educativo Individualizado (IEP)? _____ Sí _____ No
 ¿Su hijo(a) recibe servicios para superdotados/talentos o tiene un IEP para superdotados? _____ Sí _____ No
 ¿Tiene su hijo(a) un Plan de la Sección 504? _____ Sí _____ No
 ¿Alguna vez se ha determinado que su hijo(a) es aprendiz de inglés? _____ Sí _____ No
 ¿Su hijo(a) ha participado alguna vez en algún otro programa especial? _____ Sí _____ No
 En caso afirmativo, especifique: _____

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA: La información de residencia proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a esta fecha. Entiendo que la falsificación de una dirección o el uso de cualquier otro medio fraudulento para lograr una inscripción o asignación será causa de revocación de la inscripción y asignación del/de la estudiante a la escuela que presta servicios en el área de asistencia del hogar.

Firma del padre/la madre/tutor _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE OFICINA					
Id. del/de la estudiante:	N.º de est. del distrito	Fecha de ingreso a la escuela	Código de entrada	Código de asistencia:	ETC
N.º de cuerpo docente	N.º de sala	Nombre del personal docente			Certificado de nacimiento _____ Sí _____ No

