

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. |

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| CHILD CARE 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: |

استمارة تسجيل الطالب

اسم الطالب: _____

تاريخ اليوم: _____

يرجى إكمال البيانات التالية

| | | | | | |
|---|---------------|--------------|---|---------------------|-------|
| اسم الطالب الأخير (المعروف) | الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير القانوني | الصف الدراسي الحالي | الجنس |
| رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)* | تاريخ الميلاد | محل الميلاد | رقم الهاتف المنزلي () ضع علامة هنا إذا لم يكن موجوداً _____ | | |
| الفئة العرقية: (اختر واحدة) ___ أ-الهنود الأمريكيان ___ ب-ذو بشرة سوداء ___ ج-الآسيويون ___ د-ذو بشرة بيضاء ___ هـ-هسباني | | | | | |
| اللغة الأم | | | تاريخ التحاق الطالب بالمدرسة لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية (الشهر/ السنة). | | |

المعلومات المنزلية الأساسية: أسماء الأشخاص الذين يعيش بصحبهم الطالب.

استخدم الصفحة رقم ٢ لتقديم المعلومات التي تخص الوالدين أو الأوصياء الآخرين.

| | | | | |
|--|-------------|----------------------|--|---------------|
| الاسم الأخير | الاسم الأول | مكان العمل / المدينة | رقم هاتف العمل () رقم الهاتف الخليوي: | رقم التحويلة: |
| الاسم الأخير | الاسم الأول | مكان العمل / المدينة | رقم هاتف العمل () رقم الهاتف الخليوي: | رقم التحويلة: |
| عنوان البريد الخاص بالوالد / ولي الأمر | | | | |
| عنوان شارع الوالد / ولي الأمر (في حالة اختلافه عن المذكور أعلاه) | | | | |
| المدينة | | | | |
| الرمز البريدي | | | | |

ضع دائرة أدناه على مستوى الصف الدراسي للأطفال الآخرين الموجودين في المنزل

مرحلة ما قبل روضة الأطفال روضة الأطفال ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

البيانات الخاصة بحالات الطوارئ: أدرج أدناه اسم شخصين محليين (غيرك) من المعتاد أن يكون التواصل معهم متاحاً أثناء اليوم المدرسي وقد أبدوا موافقتهم على الاعتناء بالطالب وتوفير وسائل النقل له إذا أصبح الطالب مريضاً أو مصاباً أو لم يكن باستطاعتكم الوصول إليه. وسنحاول التواصل مع الوالدين أولاً.

| | | | | |
|------------------------|---|------------------------|--------------------------------|---------------|
| الاسم | صلة القرابة بالطالب | العنوان | رقم الهاتف المتاح أثناء النهار | رقم التحويلة: |
| الاسم | صلة القرابة بالطالب | العنوان | رقم الهاتف المتاح أثناء النهار | رقم التحويلة: |
| معلومات رعاية الأطفال: | ضع دائرة حول الأيام المحددة: | اختر المسار المناسب: | | |
| الاسم _____ | الإثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة | _____ قبل وبعد المدرسة | | |
| العنوان _____ | رقم الهاتف: _____ | _____ قبل المدرسة فحسب | | |
| جهة الاتصال _____ | | _____ بعد المدرسة فحسب | | |

ادخل اسم الطبيب المعالج الخاص بالعائلة الذي يمكن لطاقتك عمل المدرسة التواصل معه في حالة عدم إمكانية الوصول لولي الأمر وعند الحاجة للمساعدة الطبية. ويرجى العلم أنه إذا احتاجت الوحدة الطبية لقسم الإطفاء للتواصل، فسيتم التواصل مع طبيب غرفة الطوارئ المتاح الذي بدوره يقوم بالتواصل مع الطبيب المعالج لعائلتك. وإذا لم يكن للعائلة طبيب معالج، يمكنك ذكر أي طبيب محلي.

| | | |
|--------------------|------------|---------------|
| طبيب العائلة | رقم الهاتف | رقم التحويلة: |
| طبيب أسنان العائلة | رقم الهاتف | رقم التحويلة: |

* الإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي للطالب هو أمرًا اختياريًا. ويستخدم الرقم بمثابة رقم تعريفى للطالب. ويستخدم فحسب لأغراض إحصائية حكومية ومحلية.

انظر ظهر الصفحة

