

## 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:



## শিক্ষার্থী রেজিস্ট্রেশন ফর্ম

স্কুলের নাম: \_\_\_\_\_ আজকের তারিখ: \_\_\_\_\_

### অনুগ্রহ করে নিম্নের তথ্যগুলো পূরণ করুন

শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ (পরিচিত)	নামের প্রথমাংশ	নামের মধ্যমাংশ	আইনি নামের শেষাংশ	বর্তমান গ্রেড	লিঙ্গ
সোশ্যাল সিকিউরিটি নং (ঐচ্ছিক)*	জন্ম তারিখ	জন্মস্থান	বাসার ফোন ( )		তালিকাভুক্ত না হলে টিক দিন _____
জাতিগত বিভাগঃ (একটিতে টিক চিহ্ন দিন) _____ আমেরিকান ইন্ডিয়ান _____ কালো _____ এশিয়ান _____ সাদা _____ হিস্পানিক _____					
পারিবারিক ভাষাঃ _____			আপনার বাচ্চার প্রথম USA এর কোন স্কুলে যাওয়ার তারিখ (মাস/বছর): _____		

**প্রাথমিক পারিবারিক তথ্য:** শিক্ষার্থীটি যেসকল ব্যক্তিদের সাথে বসবাস করে তাদের নাম।

অন্যান্য পিতামাতা এবং / অথবা অভিভাবক সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে পৃষ্ঠা 2 ব্যবহার করুন

নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	কর্মস্থল/শহর	অফিস ফোন ( )	সেল ফোন:	এক্স.
নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	কর্মস্থল/শহর	অফিস ফোন ( )	সেল ফোন:	এক্স.
পিতামাতা/অভিভাবকের মেইলিং এড্রেস			শহর	জিপ	
পিতামাতা/অভিভাবকের স্ট্রীট এড্রেস (যদি উপরের থেকে আলাদা হয়)			শহর	জিপ	

বাড়ির অন্যান্য বাচ্চার গ্রেড লেভেল নিম্নে গোল চিহ্নিত করুন

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

**জরুরী তথ্য:** দুইজন স্থানীয় ব্যক্তির নাম লিখুন (আপনি ছাড়া) যাদের সাধারণত স্কুল সময়ে পাওয়া যাবে এবং যারা আপনার শিক্ষার্থীর যত্ন ও আনা-নেওয়া করতে সম্মত আছেন যদি সে অসুস্থ হয়ে যায় বা আহত হয় এবং আপনার সাথে যোগাযোগ করা না যায়। আমরা প্রথমে আপনার সাথেই যোগাযোগ করার চেষ্টা করবো।

নাম	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা	দিনে প্রাপ্য ফোন	এক্স.
নাম	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা	দিনে প্রাপ্য ফোন	এক্স.

শিশুযত্ন তথ্য:	নির্দিষ্ট দিনের জন্য গোল চিহ্নিত দিন:	উপযুক্ত লাইনে টিক চিহ্ন দিন:
নাম _____	সোম মঙ্গল বুধ বৃহঃ শুক্র	_____ স্কুলের আগে ও পরে
ঠিকানা _____	ফোন: _____	_____ শুধুমাত্র স্কুলের আগে
যোগাযোগ ব্যক্তি _____		_____ শুধুমাত্র স্কুলের পরে

আপনার পারিবারিক চিকিৎসকের নাম লিখুন যার সাথে স্কুল স্টাফ সদস্যরা যোগাযোগ করতে পারবেন যখন পিতামাতার সাথে যোগাযোগ করা যাবে না, এবং চিকিৎসা সহায়তা প্রয়োজন হয়। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে ফায়ার ডিপার্টমেন্ট মেডিক্যাল ইউনিট প্রতিক্রিয়ায় প্রাণ জরুরী কক্ষের চিকিৎসকের সাথে যোগাযোগ করবে যারা আপনার পারিবারিক চিকিৎসকের সাথে যোগাযোগ করতে পারে। যদি আপনার কোন পারিবারিক ডাক্তার না থাকে, তাহলে আপনি যে কোন স্থানীয় চিকিৎসককে বলতে পারেন।

পারিবারিক চিকিৎসক	ফোন নম্বর	এক্স.
পারিবারিক ডেন্টিস্ট	ফোন নম্বর	এক্স.

\* একজন শিক্ষার্থীর সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রকাশ করা ঐচ্ছিক। নম্বরটি ছাত্র শনাক্তকারী হিসাবে ব্যবহৃত হয়। এটি শুধুমাত্র রাষ্ট্রীয় এবং স্থানীয় পরিসংখ্যানগত উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে।

OVER PLEASE

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_

শিক্ষার্থী রেজিস্ট্রেশন পৃষ্ঠা 2

**দ্বিতীয় পারিবারিক তথ্য:** প্রাথমিক পারিবারিক তথ্যের অধীন তালিকাভুক্ত ছাড়া অন্যান্য পিতামাতা এবং/অথবা অভিভাবকের নাম লিখুন।

নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	কর্মস্থল/শহর	ফোন নম্বর	এক্স.
নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	কর্মস্থল/শহর	ফোন নম্বর	এক্স.

বাসার ফোন \_\_\_\_\_ তালিকাভুক্ত না হলে টিক দিন \_\_\_\_\_  
স্কুল হতে বিভিন্ন নোটিশ কি এই পরিবারেও পাঠাতে হবে? হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের মেইলিং এড্রেস	শহর	স্টেট	জিপ
পিতামাতা/অভিভাবকের স্ট্রীট এড্রেস	শহর	স্টেট	জিপ

কোন অতিরিক্ত ব্যবস্থা:

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

বাড়ির অন্যান্য বাচ্চার গ্রেড লেভেল নিম্নে গোল চিহ্নিত করুন

**পূর্ববর্তী স্কুলের তথ্য:**

শিক্ষার্থী কি পূর্বে অন্য কোন স্কুল থেকে গ্রাজুয়েশন সম্পন্ন করেছিল? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
যদি হ্যাঁ হয়, স্কুলের নাম \_\_\_\_\_ ঠিকানা \_\_\_\_\_  
পূর্বে পঠিত স্কুলের সংখ্যা \_\_\_\_\_

সর্বশেষ পঠিত স্কুল	গ্রেড	প্রাক্তন স্কুলের ঠিকানা, শহর, স্টেট, জিপ
--------------------	-------	--

আপনার বাচ্চা কি কখনও \_\_\_\_\_ স্কুল ডিস্ট্রিক্টে পড়েছে? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না

যদি হ্যাঁ হয়: যে স্কুলে পড়েছে \_\_\_\_\_ যে বছর পড়েছে \_\_\_\_\_

**স্পেশাল প্রোগ্রাম তথ্য:**

আপনার বাচ্চা কি স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা পাচ্ছে এবং/অথবা একটি IEP আছে? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
আপনার বাচ্চা কি গিফটেড/ট্যালেন্টেড পরিষেবা পাচ্ছে এবং/অথবা একটি গিফটেড IEP আছে? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
আপনার বাচ্চার কি একটি সেকশন 504 পরিকল্পনা আছে? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
আপনার বাচ্চা কি কখনও একজন ইংরেজি শিক্ষার্থী (EL) হিসেবে চিহ্নিত হয়েছে? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
আপনার বাচ্চা কি কখনও অন্যকোন স্পেশাল প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করেছিল? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না  
যদি হ্যাঁ হয়, নির্দিষ্ট করুন \_\_\_\_\_

**আবাসস্থল যাচাইকরণ:** এই ফর্মটিতে প্রদত্ত আবাসিক তথ্য এই তারিখ অনুযায়ী সত্য এবং নির্ভুল। আমি বুঝি যে একটি তালিকাভুক্তি বা অ্যাসাইনমেন্ট অর্জনের জন্য একটি ঠিকানার বানোয়াট বা অন্য কোনো প্রতারণামূলক উপায়ের ব্যবহার বাড়ির উপস্থিতি এলাকায় পরিবেশনকারী স্কুলে শিক্ষার্থীর তালিকাভুক্তি এবং অ্যাসাইনমেন্ট প্রত্যাহারের কারণ হবে

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

**গুণমান অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য**

শিক্ষার্থীর আইডি#	ডিস্ট্রিক্ট#	স্কুলে এন্ট্রির তারিখ	এন্ট্রি কোড	Att. কোড	F.T.E.
ফ্যাকাল্টি #	রুম #	ফ্যাকাল্টির নাম			জন্ম সনদ _____ হ্যাঁ _____ না
প্লেসমেন্টের কারণ	AM বাস রুট	AM বাস স্টপ	PM বাস রুট	PM বাস স্টপ	অনুরোধকৃত রেকর্ড:

