

## 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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Placement Reason	AM bus Route	AM Bus Stop	PM Bus Route	PM Bus Stop	Records Requested:



**MẪU ĐĂNG KÝ DÀNH CHO HỌC SINH**

Tên Trường: \_\_\_\_\_ Ngày Hôm nay: \_\_\_\_\_

**VUI LÒNG HOÀN THÀNH CÁC THÔNG TIN SAU:**

Họ của Học Sinh	Tên	Tên đệm	Họ Chính thức	Lớp hiện tại	Giới tính
Số an sinh xã hội (TÙY CHỌN)*	Ngày sinh	Nơi sinh		Điện thoại nhà riêng: ( ) Chọn nếu chưa được liệt kê __	
Nhóm dân tộc: (Chọn 1 câu trả lời)	<input type="checkbox"/> I- Người Mỹ da đỏ <input type="checkbox"/> B-Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> A-Người Mỹ gốc Á <input type="checkbox"/> W-Người Mỹ da trắng <input type="checkbox"/> H-Người Mỹ gốc Latin				
Ngôn ngữ sử dụng tại nhà			Ngày con quý vị lần đầu tiên theo học tại một trường học ở Hoa Kỳ (Mo/Yr).		

**THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH CHÍNH:**

Tên của (những) người **MÀ HỌC SINH ĐANG SINH SỐNG CÙNG.**

Sử dụng trang 2 để cung cấp thông tin liên quan đến phụ huynh và/hoặc người giám hộ khác

Họ	Tên	Nơi làm việc/Thành phố	Điện thoại Cơ quan: ( ) Điện thoại di động:	Thêm
Họ	Tên	Nơi làm việc/Thành phố	Điện thoại Cơ quan: ( ) Điện thoại di động:	Thêm
Địa chỉ gửi thư của phụ huynh/người giám hộ		Thành phố	Mã bưu chính	
Địa chỉ Đường của Phụ huynh/Người giám hộ (nếu khác với địa chỉ trên):		Thành phố	Mã bưu chính	

**KHOANH TRÒN KHỎI LỚP DƯỚI ĐÂY CỦA CÁC TRẺ KHÁC TRONG GIA ĐÌNH**

MÀM NON      MẪU GIÁO 1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      12

**THÔNG TIN LIÊN HỆ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP:**

Liệt kê hai người sinh sống trong khu vực địa phương (không phải là quý vị) thường có thể liên hệ trong ngày học, đã đồng ý chăm sóc và cung cấp phương tiện đi lại cho con quý vị nếu con quý vị bị ốm hoặc bị thương và chúng tôi không thể liên lạc được với quý vị. Chúng tôi cố gắng liên hệ với phụ huynh trước.

Họ tên	Quan hệ với học sinh	Địa chỉ	Số điện thoại ban ngày	Thêm
Họ tên	Quan hệ với học sinh	Địa chỉ	Số điện thoại ban ngày	Thêm

**THÔNG TIN DỊCH VỤ CHĂM SÓC TRẺ:**

Họ tên _____	Khoanh tròn các Ngày cụ thể: Thứ Hai Thứ Ba Thứ Tư Thứ Năm Thứ Sáu	Đánh dấu vào dòng thích hợp: <input type="checkbox"/> Trước và sau giờ học <input type="checkbox"/> Chỉ trước giờ học <input type="checkbox"/> Chỉ sau giờ học
Địa chỉ _____	Điện thoại: _____	
Người Liên hệ _____		

Điền tên bác sĩ gia đình của quý vị mà nhân viên nhà trường có thể liên hệ khi không thể liên lạc được với phụ huynh và trong trường hợp có chỉ định hỗ trợ y tế. Xin lưu ý rằng, trong tình huống khẩn cấp có sự tham gia của Phòng Y tế thuộc Sở Cứu hỏa, họ sẽ liên hệ với bác sĩ phòng cấp cứu hiện có trước khi bác sĩ này liên hệ với bác sĩ gia đình của quý vị. Nếu quý vị không có bác sĩ gia đình, quý vị có thể điền tên bất kỳ bác sĩ nào khác sinh sống trong khu vực của mình.

Bác sĩ gia đình	Số điện thoại	Thêm
Bác sĩ nha khoa gia đình	Số điện thoại	Thêm

\* Việc chia sẻ số an sinh xã hội của học sinh là hoàn toàn tự nguyện. Thông tin này được sử dụng để định danh học sinh. Thông tin này sẽ chỉ được sử dụng cho các mục đích thống kê của tiêu bang và địa phương.

VUI LÒNG LẬT TRANG

Họ tên Học sinh: \_\_\_\_\_

Đăng ký học sinh trang 2

**THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH THỨ HAI:** Tên của Phụ huynh và/hoặc Người giám hộ KHÁC với những người được liệt kê trong Thông tin Hộ gia đình Chính.

Họ	Tên	Quan hệ với học sinh	Nơi làm việc/Thành phố	Số điện thoại	Thêm
Họ	Tên	Quan hệ với học sinh	Nơi làm việc/Thành phố	Số điện thoại	Thêm

Điện thoại nhà riêng Chọn nếu chưa được liệt kê	Thư của trường học có nên được gửi đến hộ gia đình này không? Có _____	Không _
---	---	---------

Địa chỉ Gửi thư của Phụ huynh/Người giám hộ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
---	-----------	-----------	--------------

Địa chỉ đường của phụ huynh/người giám hộ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
---	-----------	-----------	--------------

Các sắp xếp bổ sung:

KHOANH TRÒN KHỐI LỚP DƯỚI ĐÂY CỦA CÁC TRẺ KHÁC TRONG GIA ĐÌNH

MẦM NON      MẪU GIÁO 1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      12

**THÔNG TIN TRƯỜNG HỌC TRƯỚC ĐÂY:**

Học sinh có từng tốt nghiệp ở một trường trung học khác hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Nếu có, Tên trường \_\_\_\_\_ Địa chỉ \_\_\_\_\_

Số trường học trước đây đã theo học	Trường học theo học lần gần nhất	Lớp	Địa chỉ của Trường cũ, Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính
-------------------------------------	----------------------------------	-----	---

Con quý vị đã bao giờ theo học ở Khu học chính trước đây chưa? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Nếu có: Trường học theo học \_\_\_\_\_ Năm theo học \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN CHƯƠNG TRÌNH ĐẶC BIỆT:**

Con quý vị có nhận được các dịch vụ Giáo dục Đặc biệt và/hoặc có IEP hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Con quý vị có nhận được các dịch vụ dành cho học sinh có Năng khiếu/Tài năng hoặc có IEP dành cho học sinh có Năng khiếu hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Con quý vị có Kế hoạch Mục 504 hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Con quý vị có từng được xác định là học sinh Anh ngữ hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Con quý vị có từng tham gia chương trình đặc biệt nào khác hay không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ: \_\_\_\_\_

**XÁC MINH NƠI CƯ TRÚ:** Thông tin cư trú được cung cấp theo biểu mẫu này là hoàn toàn trung thực và chính xác tính đến ngày này. Tôi hiểu rằng việc cung cấp giả mạo địa chỉ hoặc sử dụng các phương tiện gian lận khác để được ghi danh hoặc tham gia một chương trình học tập sẽ là nguyên nhân khiến học sinh không còn được tiếp tục tham gia chương trình đó và chuyển đến trường học trong khu vực cư trú của gia đình học sinh.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

**PHẦN DÀNH CHO VĂN PHÒNG**

Mã số học sinh	Học sinh khu học chánh #	Ngày bắt đầu theo học	Mã theo học	Người nhận Mã	F.T.E.
Khoa #	Phòng #	Tên khoa	Giấy khai sinh _____ Có _____ Không		
Lý do tham gia chương trình	Tuyến xe buýt buổi sáng	Trạm dừng xe buýt buổi sáng	Tuyến xe buýt buổi chiều	Trạm dừng xe buýt buổi chiều	Hồ sơ được yêu cầu:

