

## 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:



## विद्यार्थी रजिस्ट्रेशन फाराम

विद्यालयको नाम: \_\_\_\_\_ आजको मिति: \_\_\_\_\_

### कृपया निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्

विद्यार्थीको अन्तिम नाम (बोलाउने नाम)	पहिलो नाम	बीचको नाम	कानुनी अन्तिम नाम	वर्तमान ग्रेड	लिङ्ग
सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एचिकेक)*	जन्ममिति	जन्मस्थान	घरको फोन ( ) सूचीकृत नगरिएको भए चिन्ह लगाउनुहोस् _____		
जातियता (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्) _____ I- मूलबासी अमेरिकी _____ B-अश्वेत _____ A-एसियाली _____ W-श्वेत _____ H-हिस्पेनिक					
घरको भाषा			तपाईंका विद्यार्थीले पहिलो पटक अमेरिकी स्कूलमा पढ्ने थालेको मिति (महिना/वर्ष)		

**मुख्य घरपरिवार बारेको जानकारी:** विद्यार्थी जोसँग बसिरहेका छन्, ती व्यक्ति(हरू) को नाम (हरू) ।  
अन्य आमाबाबु(हरू) र/वा अभिभावक(हरू) सम्बन्धी जानकारी दिन पृष्ठ 2 प्रयोग गर्नुहोस्

अन्तिम नाम	पहिलो नाम	काम गर्ने ठाउँ/सहर	कामको फोन: ( ) मोबाइल नम्बर:	एक्सटेन्सन									
अन्तिम नाम	पहिलो नाम	काम गर्ने ठाउँ/सहर	कामको फोन: ( ) मोबाइल नम्बर:	एक्सटेन्सन									
आमाबाबु/अभिभावकको पत्राचार ठेगाना		सहर	जिप										
आमाबाबु/अभिभावकको सडक ठेगाना (माथि उल्लेख गरिएको भन्दा फरक भएमा)		सहर	जिप										
घरमा भएका अन्य बालबालिकाहरू कुन ग्रेड तहमा छन्, घेरा लगाउनुहोस्													
प्री-किन्डरगार्टन	किन्डरगार्टन	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

**आकस्मिक सम्पर्क व्यक्ति:** तपाईंका विद्यार्थीलाई सन्धो नभएको वा चोटपटक लागेको अवस्थामा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकिने भन्ने तपाईंका विद्यार्थीको हेरचाह गर्न र विद्यार्थीलाई यातायात सेवा प्रदान गर्न सहमत भएका विद्यालय दिनका दौरान उपलब्ध हुने दुईजना स्थानीय व्यक्तिहरूको नाम (आफू बाहेक) उल्लेख गर्नुहोस् । हामी सुरुमा आमाबाबुलाई सम्पर्क गर्न प्रयास गर्छौं ।

नाम	विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध	ठेगाना	दिउँसोको फोन	एक्सटेन्सन
नाम	विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध	ठेगाना	दिउँसोको फोन	एक्सटेन्सन

बाल हेरचाह सम्बन्धी जानकारी:	निश्चित दिनहरूमा घेरा लगाउनुहोस्:	उपयुक्त रेखामा चिन्ह लगाउनुहोस्:
नाम _____	सोम मङ्गल बुध बिही शुक्र	_____ विद्यालय अगाडि र पछाडि
ठेगाना _____	फोन: _____	_____ विद्यालय अगाडि मात्र
सम्पर्क व्यक्ति _____		_____ विद्यालय पछाडि मात्र

अभिभावकलाई सम्पर्क गर्न नसकिएको समयमा र चिकित्सा सहायता आवश्यक परेको समयमा सम्पर्क गर्न सकिने पारिवारिक चिकित्सकको नाम उल्लेख गर्नुहोस् । कृपया याद गर्नुहोस् कि Fire Department Medical Unit (फायर डिपार्टमेन्ट मेडिकल युनिट) ले प्रतिकार्य गरेको समयमा उनीहरूले आकस्मिक कोठाका उपलब्ध चिकित्सकलाई सम्पर्क गर्ने छन् र ती चिकित्सकले तपाईंका पारिवारिक चिकित्सकलाई सम्पर्क गर्न सक्छन् । तपाईंसँग पारिवारिक चिकित्सक छैनन् भने, तपाईं जुनसुकै स्थानीय चिकित्सकको नाम उल्लेख गर्न सक्नुहुन्छ ।

पारिवारिक चिकित्सक	फोन नम्बर	एक्सटेन्सन
पारिवारिक दन्त चिकित्सक	फोन नम्बर	एक्सटेन्सन

विद्यार्थीको सामाजिक सुरक्षा नम्बरको खुलासा स्वैच्छिक छ । यो नम्बर विद्यार्थी पोहेचान गर्न प्रयोग गरिन्छ । यो तथ्याङ्कसम्बन्धी राज्य र स्थानीय प्रयोजनको लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ ।

कृपया अर्को पृष्ठ

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी रजिस्ट्रेशन पृष्ठ 2

**दोस्रो घरपरिवार बारेको जानकारी:** मुख्य घरपरिवार बारेको जानकारीमा उल्लेख गरिए बाहेकका आमाबाबु(हरू) र/वा अभिभावक(हरू) को नाम

अन्तिम नाम	पहेलो नाम	विद्यार्थी सँगको सम्बन्ध	काम गर्ने ठाउँ/सहर	फोन नम्बर	एक्सटन्सन
अन्तिम नाम	पहेलो नाम	विद्यार्थी सँगको सम्बन्ध	काम गर्ने ठाउँ/सहर	फोन नम्बर	एक्सटन्सन

घरको फोन सूचीकृत नगरिएको भए चिन्ह लगाउनुहोस् \_\_\_\_\_ विद्यालयका पत्रहरू यो परिवारलाई पनि पठाउनु पर्ने हुन्छ ? हो \_\_\_\_\_ होइन \_\_\_\_\_

आमाबाबु/अभिभावकको पत्राचार ठेगाना	सहर	राज्य	जिप
आमाबाबु/अभिभावकको सडक ठेगाना	सहर	राज्य	जिप

अन्य थप प्रबन्धहरू:

घरमा भएका अन्य बालबालिकाहरू कुन ग्रेड तहमा छन्, घेरा लगाउनुहोस्  
प्री-किन्डरगार्टन किन्डरगार्टन 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**पहिलाको विद्यालय बारेको जानकारी:**

के यी विद्यार्थीले अधिल्लो पटक अर्को उच्च विद्यालयबाट ग्राजुएट गरेका छन् ? \_\_\_\_\_ हो होइन  
हो भने, विद्यालयको नाम \_\_\_\_\_ ठेगाना \_\_\_\_\_  
अधिल्लो पटक अध्ययन गरेको विद्यालयहरूको सङ्ख्या \_\_\_\_\_

अध्ययन गरेको अन्तिम विद्यालयको नाम	ग्रेड	पूर्व विद्यालयको ठेगाना, सहर, राज्य, जिप
------------------------------------	-------	--

के तपाईंका विद्यार्थी यस अघि यो स्कूल डिस्ट्रिक्टमा उपस्थित भएका थिए ? \_\_\_\_\_ हो होइन

हो भने: अध्ययन गरेको विद्यालय \_\_\_\_\_ अध्ययन गरेका वर्ष(हरू) \_\_\_\_\_

**विशेष कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी:**

के तपाईंका विद्यार्थीले विशेष शिक्षा सेवा प्राप्त गर्छन् र/वा उनीसँग IEP छ ? \_\_\_\_\_ हो होइन  
के तपाईंका विद्यार्थीले गिफ्टेड/ट्यालेन्टेड सेवा प्राप्त गर्छन् र/वा उनीसँग गिफ्टेड IEP छ ? \_\_\_\_\_ हो होइन  
के तपाईंका विद्यार्थीसँग सेक्सन 504 योजना छ ? \_\_\_\_\_ हो होइन  
तपाईंका विद्यार्थी अङ्ग्रेजी भाषा सिक्दै गरेका विद्यार्थी हुन् भनी पहिचान गरिएको थियो ? \_\_\_\_\_ हो होइन  
के तपाईंका बच्चा कहिल्यै अन्य विशेष कार्यक्रममा सहभागी भएका छन् ? हो भने, उल्लेख गर्नुहोस् \_\_\_\_\_ हो होइन

**निवास प्रमाणीकरण:** यस फारममा प्रदान गरिएको निवाससम्बन्धी जानकारी यस मितिसम्म सही र सत्य छ। मैले बुझ्नेछु कि भर्ना वा स्थान सुनिश्चित गर्न गलत ठेगाना वा जालसाजीको माध्यम प्रयोग गरेको खण्डमा यो गृह उपस्थिति क्षेत्र भित्र पर्ने विद्यालयको विद्यार्थीको भर्ना वा स्थान खारेज गर्ने कारण बन्नेछ।

आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

**कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र**

