

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:

FICHA CADASTRAL DO ALUNO

Nome da escola: _____

Data de hoje: _____

PREENCHA AS INFORMAÇÕES A SEGUIR

Sobrenome do aluno (atende por)	Nome	Nome do meio	Sobrenome conforme doc. de ID:	Série atual	Sexo
Nº da Seguridade Social (OPCIONAL)*	Data de nascimento	Naturalidade		Telefone residencial () Marcar se não houver ____	
Categoria étnica: (Marque uma opção) ____ I-Indígena americano ____ N-Negro ____ A-Asiático ____ B-Branco ____ H-Hispânico					
Língua natal			Data em que seu aluno frequentou pela primeira vez uma escola nos EUA (Mês/Ano).		

PRINCIPAIS INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA: Nome(s) da(s) pessoa(s) **COM QUEM O ALUNO ESTÁ MORANDO.**

Use a página 2 para fornecer informações sobre outros pais e/ou responsáveis

Sobrenome	Nome	Local de trabalho/Cidade	Telefone comercial () Celular:	Ramal
Sobrenome	Nome	Local de trabalho/Cidade	Telefone comercial () Celular:	Ramal
Endereço para correspondência do(a) pai/mãe/responsável			Cidade	CEP
Endereço do(a) pai/mãe/responsável (se diferente do acima)			Cidade	CEP

MARQUE ABAIXO COM UM CÍRCULO AS SÉRIES DE OUTRAS CRIANÇAS DA CASA

PRÉ-ESCOLA JD. DE INFÂNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA: Liste duas pessoas locais (além de você) disponíveis durante o dia de aula que concordaram em cuidar do seu aluno e fornecer transporte caso ele fique doente ou se machuque e você não possa ser encontrado. Tentaremos contato com os pais primeiro.

Nome	Parentesco com o aluno	Endereço	Telefone diurno	Ramal
Nome	Parentesco com o aluno	Endereço	Telefone diurno	Ramal

INFORMAÇÕES DE CUIDADOS INFANTIS:	Marque com um círculo os dias específicos:	Marque a linha apropriada:
Nome _____	Seg. Ter. Qua. Qui. Sex.	____ Antes e depois da escola
Endereço _____	Telefone: _____	____ Apenas antes da escola
Pessoa de contato _____		____ Apenas depois da escola

Digite o nome do seu médico da família que poderá ser contactado pela escola quando não for possível entrar em contato com os pais e assistência médica for indicada. Observe que, quando a Unidade Médica do Corpo de Bombeiros socorrer, eles entrarão em contato com o médico disponível do pronto-socorro, que poderá então entrar em contato com seu médico da família. Caso não tenha um médico da família, você pode indicar qualquer médico local.

Médico da família	Telefone	Ramal
Dentista da família	Telefone	Ramal

* A divulgação do número de seguridade social de um aluno é voluntária. O número é usado como identificador do aluno. Ele será usado exclusivamente para fins estatísticos estaduais e locais.

CONT. PRÓXIMA PÁGINA

Nome do aluno: _____

Cadastro do aluno Página 2

INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS DA FAMÍLIA: Nome de pais e/ou responsáveis ALÉM dos listados em Principais Informações da Família.

Sobrenome	Nome	Parentesco com o aluno	Local de trabalho/Cidade	Telefone	Ramal
Sobrenome	Nome	Parentesco com o aluno	Local de trabalho/Cidade	Telefone	Ramal

Telefone residencial	Marcar se não houver _____	As correspondências escolares também devem ser enviadas para esta casa?	Sim ____ Não ____
----------------------	----------------------------	---	-------------------

Endereço para correspondência do(a) pai/mãe/responsável	Cidade	Estado	CEP
---	--------	--------	-----

Endereço do(a) pai/mãe/responsável	Cidade	Estado	CEP
------------------------------------	--------	--------	-----

Quaisquer acordos adicionais: _____

MARQUE ABAIXO COM UM CÍRCULO AS SÉRIES DE OUTRAS CRIANÇAS DA CASA

PRÉ-ESCOLA JD. DE INFÂNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

INFORMAÇÕES DA ESCOLA ANTERIOR:

O aluno já se formou em outra escola de ensino médio? ____ Sim ____ Não

Em caso afirmativo, nome da escola _____ Endereço _____

Número de escolas anteriores frequentadas _____

Última escola frequentada	Série	Endereço da antiga escola, Cidade, Estado, CEP
---------------------------	-------	--

Seu filho já frequentou o Distrito Escolar _____ antes? ____ Sim ____ Não

Em caso afirmativo: escola frequentada _____ Ano(s) frequentado(s) _____

INFORMAÇÕES DE PROGRAMAS ESPECIAIS:

Seu filho recebe serviços de Educação Especial e/ou possui um PEI? ____ Sim ____ Não

Seu filho recebe serviços para Superdotados/Talentosos ou possui um PEI para Superdotados? ____ Sim ____ Não

Seu filho possui um Plano da Seção 504? ____ Sim ____ Não

Seu filho já foi identificado como Aprendiz de Inglês? ____ Sim ____ Não

Seu filho já participou de algum outro programa especial? ____ Sim ____ Não

Em caso afirmativo, especifique _____

VERIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIA: As informações de residência fornecidas neste formulário são verdadeiras e precisas nesta data. Compreendo que a falsificação de endereço ou o uso de qualquer outro meio fraudulento para obter uma matrícula ou colocação será motivo de revogação da matrícula e da colocação do aluno na escola que atende a área da residência.

Assinatura do(a) pai/mãe ou responsável _____ Data _____

USO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO

Nº de ID do aluno	Nº dist. do aluno	Data de entrada na escola	Código de entrada	Código Att.	F.T.E.
Nº do corpo docente	Nº da sala	Nome do corpo docente			Certidão de nascimento ____ Sim ____ Não
Motivo da colocação	Rota de ônibus da manhã	Parada de ônibus da manhã	Rota de ônibus da tarde	Parada de ônibus da tarde	Registros solicitados:

