

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.

CHILDCARE 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:

طالب علم کا رجسٹریشن فارم

آج کی تاریخ: _____ اسکول کا نام: _____

براہ کرم درج ذیل معلومات کو مکمل کریں۔

جنس	موجودہ گریڈ	قانونی آخری نام	درمیانی نام	پہلا نام	(طالب علم کا آخری نام (جو جاری ہے
گھر کا فون چیک کریں کہ آیا غیر () فہرست شدہ ہے۔	جانے پیدائش	تاریخ پیدائش	*(سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری		

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).

بنیادی گھریلو معلومات:

ان فرد (افراد) کے نام جن کے ساتھ طالب علم رہ رہا ہے۔

دوسرے والد یا والدہ (والدین) اور/یا سرپرست (سرپرستوں) سے متعلق معلومات فراہم کرنے کے لیے صفحہ 2 کا استعمال کریں

ایکسٹینشن	دفتری فون () :موبائل فون	کام کی جگہ/شہر	پہلا نام	آخری نام
ایکسٹینشن	دفتری فون () :موبائل فون	کام کی جگہ/شہر	پہلا نام	آخری نام
ژپ	شہر	والدین/سرپرست کا میلنگ ایڈریس		
ژپ	شہر	(والدین/سرپرست کی گلی کا پتہ) (اگر اوپر سے مختلف ہو		

گھر میں موجود دوسرے بچوں کے گریڈ لیول کے نیچے دائرہ لگائیں

12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 KDGN پری۔ کے آئی این ڈی جی این

ہنگامی معلومات: اسکول کے دن کے دوران عام طور پر دستیاب دو مقامی افراد (آپ کے علاوہ) کی فہرست بنائیں جنہوں نے آپ کے طالب علم کے بیمار یا زخمی ہونے کی صورت میں اس کی دیکھ بھال اور ٹرانسپورٹ فراہم کرنے پر رضامندی ظاہر کی ہے اور آپ تک نہیں پہنچا جا سکتا ہے۔ ہم سب سے پہلے والدین سے رابطہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں

ایکسٹینشن	دن کے وقت کا فون	پتہ	Relationship طالب علم کے ساتھ رشتہ	نام
ایکسٹینشن	دن کے وقت کا فون	پتہ	طالب علم کے ساتھ رشتہ	نام

بچوں کی دیکھ	مخصوص دن پر دائرہ بنائیں سوم منگل بدھ جمعرات جمعہ فون: _____	مناسب لائن چیک کریں: اسکول سے پہلے اور بعد میں _____ صرف اسکول سے پہلے _____ صرف اسکول کے بعد _____
--------------	--	--

اپنے خاندانی معالج کا نام درج کریں جس سے اسکول کے عملے کے ممبر اس وقت رابطہ کر سکتے ہیں جب والدین تک نہیں پہنچا جا سکتا، اور طبی امداد کی طرف اشارہ کیا جاتا ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ جب فائر ڈپارٹمنٹ میڈیکل یونٹ جواب دے گا تو وہ دستیاب ایمرجنسی روم کے معالج سے رابطہ کریں گے جو بدلے میں آپ کے خاندانی معالج سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس کوئی خاندانی معالج نہیں ہے، تو آپ کسی بھی مقامی معالج کو بتا سکتے ہیں۔

ایکسٹینشن	فون نمبر	خاندانی ڈاکٹر
ایکسٹینشن	فون نمبر	خاندانی دانٹوں کا ڈاکٹر

* طالب علم کے سوشل سیکورٹی نمبر کا انکشاف رضاکارانہ ہے۔ نمبر طالب علم کے شناخت کنندہ کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کا استعمال صرف ریاستی اور مقامی شماریاتی مقاصد کے لیے کیا جائے گا۔

براہ مہربانی مزید

طالب علم کا رجسٹریشن صفحہ 2

طالب علم کا نام _____

دوسری گھریلو معلومات: بنیادی گھریلو معلومات کے تحت درج فہرست کے علاوہ والد یا والدہ (والدین) اور/یا سرپرست (سرپرستوں) کا نام۔

ایکسٹینشن	فون نمبر	کام کی جگہ/شہر	Relationship طالب علم کے ساتھ رشتہ	پہلا نام	آخری نام
ایکسٹینشن	فون نمبر	کام کی جگہ/شہر	طالب علم کے ساتھ رشتہ	پہلا نام	آخری نام

_____ نہیں _____ ہاں کیا اس گھرانے کو بھی اسکول کی میلنگز بھیجی جانی چاہیے؟
_____ چیک کریں کہ آیا غیر _____ گھر کا فون فہرست شدہ ہے۔

رُپ	اسٹیٹ	شہر	والدین/سرپرست میلنگ کا پتہ
رُپ	اسٹیٹ	شہر	والدین/سرپرست گلی کا پتہ

کوئی اضافی انتظامات:

گھر میں موجود دوسرے بچوں کے گریڈ لیول کے نیچے دائرہ لگائیں

KDGN پری- کے آئی این ڈی جی این 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

سابقہ اسکول کی معلومات:

_____ نہیں _____ ہاں کیا طالب علم پہلے کسی دوسرے ہائی اسکول سے فارغ التحصیل ہوا ہے؟ _____ ہاں اگر ہاں تو اسکول کا نام _____ پتہ _____ اسکولوں کی تعداد _____

سابقہ اسکول، شہر، ریاست، رُپ کا پتہ	گریڈ	آخری اسکول جس میں داخلہ لیا
-------------------------------------	------	-----------------------------

_____ نہیں _____ ہاں ڈسٹرکٹ اسکول سے پہلے؟ _____ کیا آپ کے بچے نے کبھی اسکول میں

داخلہ کا سال _____ داخلہ لیا ہے اگر ہاں: تو اسکول _____

خصوصی پروگرام کی معلومات:

_____ ہاں _____ نہیں ہے؟ IEP کیا آپ کا بچہ خصوصی تعلیم کی خدمات حاصل کرتا ہے اور/یا اس کے پاس _____ ہاں _____ نہیں ہے؟ IEP کیا آپ کا بچہ گھنٹہ/ٹیلنٹ خدمات حاصل کرتا ہے یا اس کے پاس تحفے میں _____ ہاں _____ نہیں کیا آپ کے بچے کے پاس سیکشن 504 کا منصوبہ ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں کیا آپ کے بچے کی کبھی انگلش سیکھنے والے کے طور پر شناخت ہوئی ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں کیا آپ کے بچے نے کبھی کسی دوسرے خصوصی پروگرام میں شرکت کی ہے؟ اگر ہاں، تو براہ مہربانی وضاحت کریں۔ _____

رہائش کی تصدیق: اس فارم پر فراہم کردہ رہائش کی معلومات اس تاریخ تک درست اور درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اندراج یا اسائنمنٹ حاصل کرنے کے لیے کسی ایڈریس کی جعل سازی یا کسی دوسرے دھوکہ دہی کے ذرائع کا استعمال طالب علم کے اندراج کو منسوخ کرنے اور گھر میں حاضری کے علاقے میں خدمات انجام دینے والے اسکول میں تفویض کا سبب ہوگا۔

تاریخ _____ والدین/سرپرست کے دستخط _____

صرف آفس کے استعمال کے لیے

ID# طالب علم کی	Stu # ضلع	اسکول میں داخلے کی تاریخ	اندراج کا کوڈ	کوڈ Att.	F.T.E.
# فیکٹی	# کمرہ	فیکٹی کا نام			پیدائش کا سرٹیفکیٹ _____ ہاں _____ نہیں
پلیسمنٹ کی وجہ	بیس کا راستہ AM	بیس اسٹاپ AM	بیس کا راستہ PM	بیس اسٹاپ PM	درخواست کردہ ریکارڈز

