

### 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:



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE

Nom de l'école : \_\_\_\_\_ Date du jour : \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ COMPLÉTER LES INFORMATIONS SUIVANTES :

Nom de famille de l'élève (connu sous)	Prénom	Deuxième nom	Nom de famille légal	Classe actuelle	Sexe
Numéro de sécurité sociale (FACULTATIF)*	Date de naissance	Lieu de naissance		Téléphone domicile ( ) Vérifiez si non répertorié	
Catégorie ethnique : (Cochez-en une)	___ I- Amérindien ___ B-Noir ___ A-Asiatique ___ W-Blanc ___ H-Hispanique				
Langue maternelle	Date à laquelle votre élève a fréquenté pour la première fois une école aux États-Unis (mois/année).				

### INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE PRINCIPAL : Nom(s) de la ou des personne(s) AVEC LAQUELLE L'ÉLÈVE VIVRE.

Utilisez la page 2 pour fournir des informations concernant les autres parents et/ou tuteurs

Nom de famille	Prénom	Lieu de travail/Ville	Téléphone professionnel ( ) Téléphone portable :	Ext.
Nom de famille	Prénom	Lieu de travail/Ville	Téléphone professionnel ( ) Téléphone portable :	Ext.
Adresse postale du Parent/Tuteur :		Ville	Code Postal	
Adresse civique du parent/tuteur (si différente de celle ci-dessus)		Ville	Code Postal	

ENTOUREZ LE NIVEAU SCOLAIRE COMME SUIVANT DES AUTRES ENFANTS À LA MAISON													
PRE-MAT	MAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

### INFORMATION D'URGENCE:

Indiquez deux personnes locales (autres que vous-même) habituellement disponibles pendant la journée scolaire qui ont accepté de prendre soin de votre élève et de le transporter s'il tombe malade ou se blesse et que vous n'êtes pas joignables. Nous essayons de contacter d'abord les parents.

Nom	Relation avec l'élève	Adresse	Téléphone de jour	Ext.
Nom	Relation avec l'élève	Adresse	Téléphone de jour	Ext.

### INFORMATIONS SUR LA GARDE D'ENFANTS :

Nom _____	Entourez les jours spécifiques : Lun. Mar. Mer. Jeu. Ven.	Cochez la ligne correspondante :
Adresse _____	Téléphone : _____	___ Avant et après l'école
Personne de contact _____		___ Uniquement avant l'école
		___ Uniquement après l'école

Entrez le nom de votre médecin de famille qui peut être contacté par un membre du personnel de l'école lorsque le parent est injoignable et qu'une assistance médicale est indiquée. Veuillez noter que lorsque l'Unité Médicale du Service d'Incendie répondra, elle contactera le médecin de la salle d'urgence disponible qui pourra à son tour contacter votre médecin de famille. Si vous n'avez pas de médecin de famille, vous pouvez indiquer n'importe quel médecin local.

Médecin de famille	Numéro de téléphone	Ext.
Dentiste de famille	Numéro de téléphone	Ext.

\* La divulgation du numéro de sécurité sociale d'un élève est volontaire. Le numéro est utilisé comme identifiant de l'élève. Il sera utilisé uniquement à des fins statistiques nationales et locales.

FIN S'IL VOUS PLAÎT

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Inscription de l'élève page 2

**INFORMATIONS SUR LE DEUXIÈME MÉNAGE :** Nom du/des parent(s) et/ou du/des tuteur(s) AUTRE(s) que ceux indiqués sous Informations sur le ménage principal.

Nom de famille	Prénom	Relation avec l'élève	Lieu de travail/Ville	Téléphone n°	Ext.
Nom de famille	Prénom	Relation avec l'élève	Lieu de travail/Ville	Pas de téléphone.	Ext.

Tél domicile répertorié _____ Vérifiez si ce n'est pas _____	Les courriers scolaires doivent-ils également être envoyés à ce ménage ? Oui _____ Non _____
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse postale du Parent/Tuteur :	Ville	État	Code Postal
------------------------------------	-------	------	-------------

Adresse de rue du Parent/Tuteur :	Ville	État	Code Postal
-----------------------------------	-------	------	-------------

Toutes dispositions supplémentaires :

ENTOUREZ LE NIVEAU SCOLAIRE INFÉRIEUR DES AUTRES ENFANTS À LA MAISON  
 PRE-MAT      MAT      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      12

**INFORMATION SUR L'ÉCOLE PRÉCÉDENTE :**

L'élève a-t-il déjà obtenu son diplôme d'un autre lycée ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Si oui, nom de l'école \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Nombre d'écoles précédemment fréquentées \_\_\_\_\_

Dernière école fréquentée	Classe	Adresse de l'ancienne école, ville, état, code postal
---------------------------	--------	-------------------------------------------------------

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté le district scolaire avant ? \_\_\_\_\_ Oui      \_\_\_\_\_ Non

Si oui : École fréquentée \_\_\_\_\_ Année(s) de fréquentation \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME SPÉCIAL :**

Votre enfant recevait-il des services de l'Éducation Spéciale et/ou a-t-il un IEP ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Votre enfant reçoit-il des services surdoués/talentueux ou a-t-il un IEP surdoué ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Votre enfant a-t-il un Plan en vertu de l'Article 504 ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Votre enfant a-t-il déjà été identifié comme Apprenant d'Anglais ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Votre enfant a-t-il déjà participé à un autre programme spécial ?      \_\_\_ Oui      \_\_\_ Non

Si oui, veuillez énumérer \_\_\_\_\_

**VÉRIFICATION DE RÉSIDENCE :** Les informations de résidence fournies sur ce formulaire sont véridiques et exactes à cette date. Je comprends que la falsification d'une adresse ou l'utilisation de tout autre moyen frauduleux pour obtenir une inscription ou une affectation entraînera la révocation de l'inscription et de l'affectation de l'élève à l'école desservant la zone de fréquentation à domicile.

Signature du Parent/Tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**POUR USAGE EXCLUSIF DU BUREAU**

ID de l'Élève	Dist d'Élève #	Date d'entrée à l'école :	Code d'entrée	Att. Code	ETP
Faculté #	Salle #	Nom de la faculté			Certificat de naissance _____ Oui _____ Non
Motif du Placement	Trajet de bus le matin	Arrêt de bus le matin	Trajet de bus l'après-midi	Arrêt de bus l'après-midi	Dossiers demandés :

