

STUDENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	LAST NAME/Apellido	FIRST/Nombre	MIDDLE/Inicial	DATE OF BIRTH/Fecha de Nacimiento	BIRTH STATE/Estado de Nacimiento	GENDER/Género
	LEGAL NAME if different/Nombre Legal si es diferente					
	Name of last 3 schools attended. Most recent first/Nombre de las últimas 3 escuelas que ha asistido. La más reciente primero	School/Escuela		City/Ciudad		State/Estado
	Current Grade Grado Actual	School/Escuela		City/Ciudad		State/Estado

ADDRESS Domicilio	CURRENT RESIDENCY ADDRESS/Domicilio Actual	CITY/Ciudad	STATE/Estado	ZIP/Código	HOME PHONE/No. de Teléfono
	Mailing address if different from residence address/Dirección postal se es diferente al domicilio:				

PARENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PADRE	FATHER/GUARDIAN PADRE/TUTOR	Student lives with/El estudiante vive con:	If Guardian, Please Circle One/Si es Tutor, Haga un Círculo:		
		Name of Father/Guardian/Nombre del Padre/Tutor:	Foster Father/Padre de Crianza	Step Father/Padrastró	
	Wk Phone	Cell Phone	Caregiver/Provee Cuidado	Group Home/Hogar de Convivencia	
	Teléfono del trabajo:	Teléfono Celular			
	Education level-Please check the highest level shown/Nivel educativo-Marque el nivel más alto:	<input type="checkbox"/> Not a High School Graduate No graduado de Escuela Secundaria (14)	<input type="checkbox"/> Some College Algunas Clases de Colegio (12)	<input type="checkbox"/> Master's Degree or Above Maestría o Superior (10)	
		<input type="checkbox"/> High School Graduate Graduado de Escuela Secundaria (13)	<input type="checkbox"/> Bachelor's Degree Título de Licenciatura (11)	<input type="checkbox"/> Vocational or Tech College Sin Declarar (13)	
	Father Email/Correo Electrónico del Padre:	Mother Email/Correo Electrónico de la Madre:			
MOTHER/GUARDIAN MADRE/TUTOR	MOTHER/GUARDIAN MADRE/TUTOR	Student lives with/El estudiante vive con:	If Guardian, Please Circle One/Si es Tutor, Haga un Círculo:		
		Name of Mother/Guardian/Nombre del Madre/Tutor:	Foster Mother/Madre de Crianza	Step Mother/Padrastró	
	Wk Phone	Cell Phone	Caregiver/Provee Cuidado	Group Home/Hogar de Convivencia	
	Teléfono del trabajo:	Teléfono Celular			
	Education level-Please check the highest level shown/Nivel educativo-Marque el nivel más alto:	<input type="checkbox"/> Not a High School Graduate No graduado de Escuela Secundaria (14)	<input type="checkbox"/> Some College Algunas Clases de Colegio (12)	<input type="checkbox"/> Master's Degree or Above Maestría o Superior (10)	
		<input type="checkbox"/> High School Graduate Graduado de Escuela Secundaria (13)	<input type="checkbox"/> Bachelor's Degree Título de Licenciatura (11)	<input type="checkbox"/> Vocational or Tech College Sin Declarar (13)	

Is there a restraining or other court order against either parent?/¿Hay una orden de restricción u otra orden judicial en contra de cualquier padre? YES NO

Is there any court order involved in the custody of this student?/¿Hay alguna orden judicial implicada en la custodia de este estudiante? YES NO

Does the student have a social/probation/welfare worker?/¿Tiene el estudiante un trabajador social/de vigilancia/asistente social? Name & phone # _____

If mother/father listed above is a step-parent please list the other biological parent/Si madre/padre anotado abajo es un padrastró/madrastra, anote por favor el otro padre biológico:

Name/Nombre _____ Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código _____

Has your student ever been expelled or is an expulsion pending?/¿Ha sido expulsado alguna vez su estudiante or una expulsión está pendiente? NO YES

If yes from what SCHOOL/Si respondió que si, cual ESQUELA _____ Name of DISTRICT/Nombre del DISTRITO _____ Date of Expulsion/ Fecha de Expulsión _____

THIS BOX OFFICE USE ONLY	
PARA USO OFICIAL SOLAMENTE	
Student ID #	
Registration Clerk Name:	
Study Area	
School of Residence	School Assigned
Reason for assignment <input type="checkbox"/> Readmit <input type="checkbox"/> IDT <input type="checkbox"/> Alt Ed <input type="checkbox"/> COA	
Document Verified in Registration:	
<input type="checkbox"/> Residency: _____	Date of Bill: _____
<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Birth Certificate
<input type="checkbox"/> Transcript	<input type="checkbox"/> Home Language Survey
<input type="checkbox"/> Request for Records	<input type="checkbox"/> Health History
<input type="checkbox"/> Withdrawal Grades	<input type="checkbox"/> Expulsion Affidavit
<input type="checkbox"/> Placement Order	<input type="checkbox"/> Photo ID _____
<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Signature	
<input type="checkbox"/> Foreign Exchange Student	Grade Assigned
<input type="checkbox"/> Transportation Eligibility <u>Y/N</u>	
Date Records Requested: _____	
<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Cum <input type="checkbox"/> Sp Ed <input type="checkbox"/> GATE
Special Education Program Designation: _____	

EDUCATIONAL PROGRAMS Programas de Educación	GATE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	ALTERNATIVE/ALTERNATIVO: <input type="checkbox"/> CDS <input type="checkbox"/> Continuation Continuación
	SPECIAL EDUCATION/Educación Especial: My Child/Mi hijo
	<input type="checkbox"/> Has not participated in any special Education Program No ha participado en ningún Programa de Educación Especial
<input type="checkbox"/> Has been tested but is not in any Special Education Program Ha sido evaluado pero no está ningún Programa de Educación Especial	
<input type="checkbox"/> Has participated or is currently in a Special Education Program and has an IEP Ha participado or está actualmente en un Prgrama de Educación Especial y tiene un IEP	
<input type="checkbox"/> Has participated in a Special Education Program but has exited the program per his/her IEP Ha participado en un Prgrama de Educación Especial pero ha salido del program según su IEP	

3 EMERGENCY CONTACT PERSONS/ 3 PERSONAS DE EMERGENCIA	#1 Name/ Nombre _____
	Relationship to Student/Parentesco _____
	Phone #/No. de teléfono _____
	#2 Name/ Nombre _____
	Relationship to Student/Parentesco _____
	Phone #/No. de teléfono _____
#3 Name/ Nombre _____	
Relationship to Student/Parentesco _____	
Phone #/No. de teléfono _____	

ETHNIC ORIGINS/ORIGENES ETNICOS	Is the student Hispanic or Latino? ¿Es el estudiante Hispano o Latino?
	<input type="checkbox"/> No, not Hispanic or Latino/No, no es Hispano o Latino
	<input type="checkbox"/> Yes, Hispanic or Latino/Sí, es Hispano o Latino
	The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected please continue marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be. <i>La parte superior de la pregunta es sobre el origen étnico, no la raza. Sin considerar lo que usted escogió, siga marcando por favor una o varias casillas para indicar cual es su raza.</i>
	<input type="checkbox"/> N/S/C Indian or Alaskan/Indígena N,C,S o de Alaska (100)
	<input type="checkbox"/> Asian/Asiático (200)
	<input type="checkbox"/> Chinese/Chino (201)
	<input type="checkbox"/> Japanese/Japonés (202)
	<input type="checkbox"/> Korean/Coreano (203)
	<input type="checkbox"/> Vietnamese/Vietnamés (204)
<input type="checkbox"/> Asian Indian/Indio Asiático (205)	
<input type="checkbox"/> Laotian/Lao (206)	
<input type="checkbox"/> Cambodian/Camboyano (207)	
<input type="checkbox"/> Filipino (400)	
<input type="checkbox"/> Hmong (208)	
<input type="checkbox"/> Other Asian/Otro Asiático (299)	
<input type="checkbox"/> Hawaiian/Hawaiano (301)	
<input type="checkbox"/> Guamanian/Guamayano (302)	
<input type="checkbox"/> Samoan/Samoano (303)	
<input type="checkbox"/> Tahitian/Tahitiano (304)	
<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/Otra Isla del Pacífico (399)	
<input type="checkbox"/> Black or African American/Negro o Afro Americano (600)	
<input type="checkbox"/> White/Blanco (700)	

MEDICAL INFORMATION	<input checked="" type="checkbox"/> Check if it applies / Marque si aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Check if it applies / Marque si aplica
	<input type="checkbox"/> No Known Health Problems/no tiene ningún problema de salud	<input type="checkbox"/> Kidney Disorder/Trastorno del Riñón (26)
	<input type="checkbox"/> Allergy: Food/Alergia: Comida (02)	<input type="checkbox"/> Medication Prescribed/ Medicina Recetada
	<input type="checkbox"/> Allergy: Medication/Alergia: Medicina	<input type="checkbox"/> Medication needed at school/ Medicina requerida en la escuela
	<input type="checkbox"/> Allergy: Pollen, dust/Alergia: Polen, polvo	<input type="checkbox"/> Menstrual Cramps (severe)/Período Menstrual (severo)
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Migraine Headaches/Migraña (18)
	<input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis	<input type="checkbox"/> Mumps/Paperas
	<input type="checkbox"/> Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy/Distrofia Muscular
	<input type="checkbox"/> Attention Deficit/Hyperactivity/ Flata de Poner Atencion/Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Nose Bleeds (Frequent)/Sangrado de la Nariz (Frecuente) (19)
	<input type="checkbox"/> Birth Defect/ Defecto de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Osgood-Schlatter Disease/Enfermedad Osgood-Schlatter
	<input type="checkbox"/> Blood/Blood Products-not given/Sangre/Productos de Sangre-na da dos	<input type="checkbox"/> Physical Activity Limitation/ Limitación a Actividad Física (PE)
	<input type="checkbox"/> Blood Disorder/Hemophilia/Problemas de la Sangre/Hemofilia (16)	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever History/ Historia de Fiebre Reumática
	<input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia/Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Rubella: 3-day Measles/ Rubéola: Sarampión de 3 días
	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy/Cerebral Parálisis	<input type="checkbox"/> Rubella: 10-day Measles/ Rubéola: Sarampión de 10 días
	<input type="checkbox"/> Chicken Pox/Varicela	<input type="checkbox"/> Scarlet Fever/Fiebre Escarlata
	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis/Cística Fibrosis	<input type="checkbox"/> Scoliosis/Escoliosis (08)
	<input type="checkbox"/> Diabetic/Diabético (04)	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia/Anemia de las Células
<input type="checkbox"/> Eating Disorder/ Trastorno Alimenticio	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (23)	
<input type="checkbox"/> Endocrine Disorder/ Trastorno Endocrino	<input type="checkbox"/> Ulcer/Úlcera	
<input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizure/Epilepsia/Ataque (05)	<input type="checkbox"/> Vision Impairment (glasses/contacts) (11)	
<input type="checkbox"/> Growth Disorder/Trastorno de Crecimiento	<input type="checkbox"/> Vision Impairment (visual handicap) (11)	
<input type="checkbox"/> Hearing Aid Used/ Uso de Audífono (10)	<input type="checkbox"/> Severe or frequent headaches/ Frecuente dolor de cabeza (10)	
<input type="checkbox"/> Hearing Loss/Perdida de la Auditiva (10)	<input type="checkbox"/> Concussion or loss of consciousness/Comoción o falta de conocimiento	
<input type="checkbox"/> Heart Disease/Defect/Enfermedad del Corazón/Defecto(03)	<input type="checkbox"/> Dizziness/fainting episodes/Sensaciones de mareo	
<input type="checkbox"/> Nuerological/Neurológico (06)	<input type="checkbox"/> Stomach/Estómago (25)	
<input type="checkbox"/> Psychological/Psicológico (20)		

Medical Comments and Medications/Comentarios Médicos y Tratamiento :

Residence-where is your child/family currently living? (federally mandated by NCLB)

Residencia - ¿Donde vive su niño(a)/familia? (Obligatorio por el Gobierno Federal y NCLB)

<input type="checkbox"/> Temporary Shelters/Refugio Temporal (10)	<input type="checkbox"/> Health Institution/Institución de Salud (25)
<input type="checkbox"/> Hotel/Motel (09)	<input type="checkbox"/> Incarceration/Encarcelamiento (25)
<input type="checkbox"/> Doubled-up/Co-vivienda (11)	<input type="checkbox"/> Development Center/Centro de Desarrollo (26)
<input type="checkbox"/> Unsheltered/Sin Refugio (12)	<input type="checkbox"/> State Hospital/Hospital Estatal (27)
<input type="checkbox"/> Permanent Housing/Alojamiento Permanente (20)	<input type="checkbox"/> Other/Otros (30)
<input type="checkbox"/> Foster Family Home/Kinship/hogar de acogida /Parentesco (21)	<input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido (31)
<input type="checkbox"/> Licensed Children's Institution/Institución Infantil Autorizada (22)	
<input type="checkbox"/> Residential School/Dormitory/Escuela Residencial/Dormitorio (23)	

HOME LANGUAGE SURVEY/ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR	Please complete the following questions
	Complete por favor las preguntas siguientes:
	1. Which language did your child learn when they first began to talk? ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando él empezó a hablar por primera vez? _____
	2. Which language does your child most frequently speak at home? ¿Qué idioma habla su hijo con frecuencia en el hogar? _____
	3. Which language do you most frequently use when speaking with your child? ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia cuando habla con su hijo? _____
	4. Which language is most often spoken by the adults in the home? ¿Qué idioma hablan los adultos con más frecuencia en el hogar? _____
	5. If your child was in an English development program, was he/she reclassified? ¿Si su hijo/hija estuvo en un program de aprendizaje del idioma ingels, ¿ha sido reclasificado su estudiante? <input type="checkbox"/> Initial Fluent English Proficient Date/ Fecha Inicial de Fluidez en Inglés _____ <input type="checkbox"/> Reclassified English Proficient Date/ Fecha de Reclasificación en Fluidez en Inglés _____
	If the student was not born in the United States/Si el estudiante no nació en Estados Unidos de Am érica: Date first entered United States?/ ¿Fecha que primero entró a EE. UU.? _____ Date first entered United States School?/¿Fecha de primer Inscripción en Escuelas de EE. UU.? _____ Date first entered California School?/¿Fecha de primer Inscripción en Escuela de CA? _____

NAME OF OTHER CHILDREN IN THE HOME/NOMBRE DE OTROS NIÑOS EN EL HOGAR			
Name/Nombre	Age/Años	School/Escuela	Grade/Grado

Falsification of any information on the form may lead to your student being dropped from enrollment at his/her school. My signature certifies that I have read all the information on this form and the information is accurate and true. I understand that changes in address, telephone number and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my child. *La falsificación de cualquier información en el formulario puede resultar en que su estudiante sea anulado de la inscripción en su escuela. Mi Firma certifica que he leído toda la información en este formulario y la información es exacta y verdadera. Por la seguridad de mi hijo, entiendo que los cambios de domicilio, número de teléfono y/o información de emergencia deben ser notificados a la escuela dentro de 24 horas.*

_____ Date/Fecha

Parent Guardian Signature/Firma del Padre/Tutor