

Adelanto School District - Student Registration Form / Formulario de Inscripción del/la Estudiante

PLEASE COMPLETE THIS FORM IN PENCIL / POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO EN LÁPIZ

Has your child ever attended an Adelanto public school before? / ¿Alguna vez ha asistido su hijo(a) a alguna escuela pública de Adelanto? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	(office use only / sólo para uso de la oficina) Student ID:
--	---

Restricted Release / Salida Restringida: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	Grade / Grado:
--	----------------

Pick up instructions / Instrucciones para recogerlo(a):

Bus Stop / Parada del Autobús:	<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino
--------------------------------	--

PLEASE PRINT STUDENT'S LEGAL NAME / POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE LEGAL DEL/LA ESTUDIANTE

--	--	--	--

Last Name / Apellido	First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo Nombre	Nickname / Apodo

Social Security Number / Número de Seguro Social	Birth Place (State, Country) / Lugar de Nacimiento (Estado, País)	Birthdate / Fecha de Nacimiento

Mailing Address / Domicilio de Residencia/Correspondencia	City / Ciudad	Zip Code / Código Postal

Residence Address (IF DIFFERENT) / Domicilio (SI ES DIFERENTE)	City / Ciudad	Zip Code / Código Postal

Home Phone / Teléfono de la Casa	Last School of Attendance (City, State) / La última Escuela a la que Asistió (Ciudad, Estado)

MOTHER'S NAME / NOMBRE DE LA MADRE	Address / Domicilio de Residencia/Correspondencia	City, Zip Code / Ciudad, Código Postal
<input type="checkbox"/> Mother / Madre <input type="checkbox"/> Step Mother / Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian / Tutora	Lives with child / Vive con el/la Niño(a): <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	

Home Phone / Teléfono de la Casa	Work Phone / Teléfono del Trabajo	Cell Phone / Celular

FATHER'S NAME / NOMBRE DEL PADRE	Address / Domicilio de Residencia/Correspondencia	City, Zip Code / Ciudad, Código Postal
<input type="checkbox"/> Father / Padre <input type="checkbox"/> Step Father / Padrastro <input type="checkbox"/> Guardian / Tutor	Lives with child / Vive con el/la Niño(a): <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	

Home Phone / Teléfono de la Casa	Work Phone / Teléfono del Trabajo	Cell Phone / Celular

RESIDENCE / RESIDENCIA **Where is your family currently living? (select one) / ¿Dónde viven actualmente? (marque una)**

Single family permanent residence (house, apartment, etc.) / Una residencia permanente de una familia (casa, departamento, etc.)
 In a shelter or transitional housing program / En un refugio o programa de vivienda en transición (10)
 Doubled-up (sharing residence with other family) / Con más de una familia en una casa o departamento (11)
 Unsheltered (car, campsite) / Sin residencia (carro o campamento) (12)
 In a motel/hotel / En un motel/hotel (09) Other (specify) / Otra (especifique) (14) _____

PARENT EDUCATION / EDUCACIÓN DE LOS PADRES **Check the highest education level attained by the parents / guardians living in the home. Marque el nivel educativo más alto obtenido por un(a) padre/madre o tutor que vive en el hogar.**

Not a High School Graduate / No graduado de Secundaria (1) College Graduate / Graduado de Universidad (4)
 High School Graduate / Graduado de Secundaria (2) Graduate School/Post Graduate Training / Universidad de graduados/Capacitación de Post Grado (5)
 Some College, includes AA degree / Algo de Universidad, incluye el Título de AA (3)

PLEASE ANSWER BOTH ETHNICITY AND RACE QUESTIONS / POR FAVOR, RESPONDA A LAS DOS PREGUNTAS SOBRE LA ETNICIDAD Y RAZA

ETHNICITY / ETNICIDAD **What is your child's ethnicity? (check one) / ¿Cuál es la etnicidad de su hijo o hija? (marque uno)**

Hispanic or Latino / Hispano o Latino (500) Not Hispanic or Latino / No Hispano o Latino

RACE / RAZA **What is your child's race? (check one or more) / ¿Cuál es la raza de su hijo o hija? (marque una o más)**

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native / Indio Americano u Originario de Alaska (100) <input type="checkbox"/> Chinese / Chino (201) <input type="checkbox"/> Japanese / Japonés (202) <input type="checkbox"/> Korean / Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamese / Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> Asian Indian / Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Laotian / Laosiano (206) <input type="checkbox"/> Cambodian / Camboyano (207) <input type="checkbox"/> Hmong / Hmong (208) <input type="checkbox"/> Other Asian / Otro, Asiático (299) <input type="checkbox"/> Hawaiian / Hawaiano (301) <input type="checkbox"/> Guamanian / De Guam (302)	<input type="checkbox"/> Samoan / Samoano (303) <input type="checkbox"/> Tahitian / Tahitiano (304) <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander / Otro Isleño del Pacífico (399) <input type="checkbox"/> Filipino / Filipino (400) <input type="checkbox"/> African American or Black / Afro Americano o Negro (600) <input type="checkbox"/> White / Blanco (700)
---	--	--

PARENT/GUARDIAN CONSENT / APROBACION DEL PADRE/MADRE O TUTOR

In case the school is unable to contact either parent/guardian, please list below relatives or friends who would have authority to advise us regarding the welfare of your child. *En caso de que la escuela no se pueda comunicar con cualquiera de los padres/tutor(es) a la casa o en el trabajo, por favor indicar abajo a parientes o quien tendría autoridad para informarnos sobre el bienestar de su hijo(a).*

- ◆ I give my permission for school authorities to call my doctor or health advisor and/or take my child to the hospital. / *Doy permiso a las autoridades para que llamen a mi doctor o consejero de salud y/o lleven a mi hijo(a) al hospital.*
- ◆ In the event of any injury to, or illness of this student, which, in the opinion of the school, requires immediate examination or treatment, I authorize and direct the school officers, acting on my behalf, to cause my child to be transported by ambulance to the hospital and to call the doctor whose name I have listed. In the event such doctor is not immediately available, necessary treatment may be given by the doctor on call at the designated hospital. / *En caso de cualquier lesión, o enfermedad de la cual la escuela opine sea necesario una evaluación inmediata o tratamiento, Yo autorizo e indico a los funcionarios escolares, actuar por mí, para que se transporte a mi niño(a) por ambulancia al hospital y llamar al doctor a quien yo haya asignado. En el caso de que el doctor no esté disponible inmediatamente, el tratamiento necesario se puede dar por el doctor que esté de turno en el hospital designado.*
- ◆ I understand the school assumes no financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of an emergency. / *Yo entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad económica por la atención médica o el transporte con la ambulancia en caso de emergencia.*
- ◆ It is further understood that if no parent or guardian can be contacted by the school or hospital, temporary custody may be rendered to the appropriate law enforcement agency in order for treatment to be given to the above named student. / *Además también entiendo que si la escuela o el hospital no se puede comunicar con ninguno de los padres o tutor, la custodia temporal se puede entregar al organismo policial adecuado para que se le de tratamiento al estudiante arriba mencionado.*

EMERGENCY CONTACTS / CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA		Alternate Number / Número Alternativo	Relationship to Student / Parentesco con el / la estudiante
Name / Nombre	Phone / Teléfono		
	() -	() -	
	() -	() -	
	() -	() -	

LOCAL DOCTOR OR FAMILY PHYSICIAN / MÉDICO LOCAL O DE LA FAMILIA		Health Insurance / Seguro de Salud	Policy Number / Número de la Póliza
Name / Nombre	Telephone / Teléfono		
	() -		

Please list any significant health factors which must be taken into consideration by the school (allergies, medication, or handicaps, etc.)
Por favor indique abajo cualquier factor de salud importante que la escuela deba tomar en consideración (alergias, medicina, discapacidad, etc.)

OTHER CHILDREN IN THE FAMILY / OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA:	
Name / Nombre:	School they attend / Escuela a la que asisten

My signature acknowledges that I understand and agree with the consent information above and that the information provided is complete and accurate. / *Mi firma indica que comprendo y estoy de acuerdo con el consentimiento anterior y que la información proporcionada está completa y correcta.*

Parent/Guardian Signature / *Firma del/la Padre/Madre o Tutor* Date / *Fecha*

FOR OFFICE USE ONLY / PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE		
School of Residence: _____	District of Residence: _____	Accepting School: _____
Enrollment date: _____	Interdistrict Permit: _____	Home language: _____
BIRTH DATE VERIFICATION		
<input type="checkbox"/> Birth Certificate	<input type="checkbox"/> Hospital Certificate	<input type="checkbox"/> Baptismal Certificate
<input type="checkbox"/> Resident Alien Card	<input type="checkbox"/> Prior School Records	<input type="checkbox"/> Medical Insurance Card
		<input type="checkbox"/> Passport
		<input type="checkbox"/> Foster care or other
Enrolled by: _____		Date: _____