

School: _____
Grade: _____
Homeroom Teacher: _____
Enrollment Date: _____

Transportation

BUS # AM _____ PM _____
CAR AM _____ PM _____

Registration Form

LAST SCHOOL ATTENDED _____ Special services student receives: RTI _____ Resource Reading _____ Resource Math _____ Speech _____ ESL _____

STUDENT INFORMATION

Student Name (as it appears on Birth Certificate) _____
First Middle Last

Student's Preferred Name: _____ Gender: Male Female Social Security # _____ / _____ / _____

Birth Date (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____ Mother's Maiden Name _____ Birth Country*: _____

Birth City: _____ Birth County: _____ Birth State: _____

*IF BIRTH COUNTRY IS NOT THE UNITED STATES: Has this student completed three (3) years of schooling in the U.S.? Yes No
First year of schooling in the U.S.: _____ Entry date in U.S. (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____

ETHNICITY: (CHECK ONE) Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

RACE: (CHECK ALL THAT APPLY) American Indian/Alaskan Native Asian White/Caucasian

Black/African-American Hawaiian/Other Pacific Islander

NATIVE/FIRST LANGUAGE: English Spanish Japanese Other (Please specify): _____

List Other Children in Family _____

Are there Legal/Custody issues we should be aware of?: Yes _____ No _____ What? _____

GUARDIAN/CUSTODIAL INFORMATION

CUSTODY: Both Parents Father Mother State Custody Sibling Other-Legal Guardian _____

1. **Parent/Guardian:** _____ **Relationship:** _____

Custodial Parent Emergency Contact Can Pick Child up Skyward Family Access (see attachment)

Physical Address: _____
Number & Street City State Zip

Mailing Address: _____
(If different) Number & Street City State Zip

Phone # () _____ Home Work Cell

Phone # () _____ Home Work Cell

E-mail Address _____ (Required for Skyward Family Access. See Attached)

2. **Parent/Guardian:** _____ **Relationship:** _____

Custodial Parent Emergency Contact Can Pick Child up Skyward Family Access (see attachment)

Physical Address: _____
Number & Street City State Zip

Mailing Address: _____
(If different) Number & Street City State Zip

Phone # () _____ Home Work Cell

Phone # () _____ Home Work Cell

E-mail Address _____ (Required for Skyward Family Access. See Attached)

I give my permission for the numbers listed below to be used by the automatic dialing equipment regarding information from Warren County Schools and understand that I may opt-out at any time. () _____ () _____ () _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Escuela: _____
Grado: _____
Maestro de Salón de Clase: _____
Fecha de Inscripción: _____

Transportación
AUTOBUS # AM _____ PM _____
CARRO AM _____ PM _____

Forma de Inscripción Escolar

Escuela que Asistió Anteriormente _____ servicios especiales que el estudiante recibe: RTI _____ Recursos de Lectura _____ Recursos de Matemáticas _____ Habla _____ ESL _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante (como aparece en el Acta de Nacimiento) _____
Primer Segundo Apellidos (Padre Madre)

Nombre Preferido del Estudiante: _____ Genero: Masculino Femenino Numero Social _____ / _____ / _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) ____ / ____ / ____ País de Nacimiento *: _____
Apellido de Soltera de la Madre: _____
Ciudad de Nacimiento : _____ Condado de Nacimiento : _____ Estado de Nacimiento : _____
*SI EL PAIS DE NACIMIENTO NO ES LOS ESTADOS UNIDOS :El estudiante ha completado tres (3) años en la Escuelas de USA? Si No
Primer año en escuela en los Estados Unidos: _____ Fecha de que entró a los Estados Unidos ____ / ____ / ____

ORIGEN : (MARQUE UNO) Hispano/Latino No Hispano/Latino
RAZA : (MARQUE LO INDICADO) Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Blanco/Caucasiano
 Negro/Africano - Americano Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico
PRIMER IDIOMA /NATIVO : Ingles Español Japonés Otro (Por Favor especifique): _____

Otros niños en la Familia _____

Hay algún Problema Legal/Custodia que nosotros necesitamos saber?: Si ___ No__ describa _____

INFORMACION DE LA CUSTODIA/TUTOR

CUSTODIA: Ambos Padres Padre Madre Custodia del Estado Hermana/o Otro-Tutor Legal _____

1. De Padres/Tutor: _____ **Parentesco:** _____

Padre de custodial Contacto de emergencia Puede recoger a niño Skyward Acceso Familiar (ver adjunto)

Domicilio De La Casa : _____
Apt. # Ciudad Estado Zona Postal

Domicilio, Apto #: _____
(si es diferente) Apt. # Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Correo electrónico: _____ (Requerido para Skyward Acceso Familiar. Ver adjunto)

2. De Padres/Tutor: _____ **Parentesco:** _____

Padre de custodial Contacto de emergencia Puede recoger a niño Skyward Acceso Familiar (ver adjunto)

Domicilio De La Casa : _____
Apt. # Ciudad Estado Zona Postal

Domicilio, Apto #: _____
(si es diferente) Apt. # Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Correo electrónico: _____ (Requerido para Skyward Acceso Familiar. Ver adjunto)

Yo doy mi permiso para ser llamado utilizando el equipo de marcador automático en los números puestos en la parte de abajo en relación con información de las Escuelas del Condado de Warren y entiendo que puedo optar no en cualquier momento.

(____) _____ (____) _____ (____) _____

Firma de Padres/Tutor : _____ Fecha : _____