

**For 1-6th grade Registration**

**Parent Provides:**

Birth Certificate

Immunization Record

Proof of Residence

**Padres Traigan:**

Acta de Nacimiento

Vacunas

Comprobante de domicilio

# Bellevue Union School District

## STUDENT REGISTRATION FORM

Page 1 of 2

Enrollment Date: \_\_\_\_\_ *School Use Only* School Year: 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: \_\_\_\_\_ Birth Certificate Verified: \_\_\_\_\_

**STUDENT'S NAME:** \_\_\_\_\_  
 Last Name First Name MI

**LEGAL NAME:** \_\_\_\_\_  
 Last Name First Name GRADE

**BIRTH DATE:** \_\_\_\_\_ **GENDER:**  Male  Female **PHONE:** \_\_\_\_\_  
 MONTH DAY YEAR  Non-Binary  Cell

**HOME ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
 Street City State Zip Code

**BIRTH PLACE:** \_\_\_\_\_ **DATE FIRST ATTENDED IN CALIFORNIA**  
 City State MONTH DAY YEAR

**PARENT EDUCATION:** Check the response that describes the education level of the *most educated parent*.  
 Graduate Degree or Higher (10)  College Graduate (11)  Some College or AA Degree (12)  
 High School Graduate (14)  Not a High School Graduate (14)  Decline to state

**STUDENT'S ETHNICITY** (Please check one):  Hispanic or Latino  NOT Hispanic or Latino

**STUDENT'S RACE** (Please check up to five racial categories):  
*Student's Ethnicity is about ethnicity, not race. No matter what you selected under student's ethnicity, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.*  
 American Indian or Alaskan Native (100)  Vietnamese (204)  Other Asian (208)  Tahitian (304)  
 Chinese (201)  Asian Indian (205)  Hawaiian (301)  Other Pacific Islander (399)  
 Japanese (202)  Cambodian (207)  Guamanian (302)  African American or Black (600)  
 Korean (203)  Hmong (208)  Somoan (303)  White (700)

Is either parent/guardian on active duty in the US armed forces:  Army,  Navy,  Air Force,  Marine Corps or  Coast Guard or on full-time  National Guard Duty?  YES  NO

**SPECIAL SERVICES** *Please check any services your child has received.*  
 Special Education  Remedial Reading  English Language  SARB-Attendance  
 504  Resource (RSP)  Speech  Counseling  
 Gifted (GATE)  Other (please specify): \_\_\_\_\_

**RESIDENCE:** *Please check the appropriate box - where your child/family are currently living. (Federally mandated)*  
 In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home)  In a Motel/Hotel (09)  
 Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (11)  
 Unsheltered (car/campsite) (12)  In a shelter or transitional housing program (10)  
 Other (15) (please specify) \_\_\_\_\_

**PROOF OF RESIDENCY:** California Education Code requires proof of residency in any District within which you are registered. The following proof has been provided upon registration:  
 Rent Receipt/lease  PG&E Bill  Phone Bill  Other \_\_\_\_\_  
 Purchase of Property Contract  McKinney/Vento Affidavit

**LAST SCHOOL ATTENDED:**  
 Name: \_\_\_\_\_ Grade(s): \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i>		School Year: 20__ - __	
School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	GRADE	<i>SCHOOL USE ONLY</i>
Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Registration Date:	Birth Certificate Verified:	
<b>STUDENT'S NAME:</b>			
	Last Name	First Name	MI

### Home Language Survey

The California Education Code contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk?

\_\_\_\_\_

2. Which language does your child most frequently speak at home?

\_\_\_\_\_

3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child?

\_\_\_\_\_

4. Which language is most often spoken by adults in the home (parents, guardians, grandparents, or any other adults)?

\_\_\_\_\_

My signature indicates that I have read and understand the registration form. It also certifies that the information on this form is true and correct. My signature affirms that the child resides with me at this address (affirmed by PG&E bill, recent bill with my name). I understand that any change of residency information (address, telephone number, guardianship) must be reported to the school, examined and verified within 30 days of change. Falsification of information will be grounds for invalidating the student's enrollment.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:	DATE:
----------------------------	-------



Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

White - Cum Folder Yellow - Nurse Pink - Bilingual Department Página 1 de 2

## Distrito Escolar de Unión de Bellevue

## FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE

Página 2 de 2

Enrollment Date: \_\_\_\_\_ *School Use Only* School Year: 20\_\_ - \_\_

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: \_\_\_\_\_ Birth Certificate Verified: \_\_\_\_\_

NOMBRE de Estudiante	Apellido	Nombre	Inicial
----------------------	----------	--------	---------

### ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

#### Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o ayudarán idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar?

(padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

\_\_\_\_\_

Mi firma indica que yo he leído y entiendo la forma de matriculación. También certifica que la información en esta forma es verdadera y correcta. Mi firma afirma que mi niño/a vive conmigo en esta dirección (afirmado por la cuenta de PG&E, la cuenta más reciente con mi nombre). Yo entiendo que cualquier cambio de información de vivienda (dirección, número de teléfono, custodia) se tiene que informar a la escuela, examinado y verificado entre 30 días del cambio. La falsificación de información será motivo para invalidar la matriculación del estudiante.

FIRMA DE PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Initial  
 Birthdate: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sex:  M  F  
 Non Binary

Parents: \_\_\_\_\_ Step Foster Guardian

Student Lives with: \_\_\_ Father \_\_\_ Mother \_\_\_ Legal Guardian \_\_\_ Other

Mother's Work \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Father's Work \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

**Primary Language**  Eng  Span  Other \_\_\_\_\_

Mother's email \_\_\_\_\_ Father's Email \_\_\_\_\_

**If parent/guardian cannot be reached please call:**

1. Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 cell

2. Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 cell

3. Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 cell

**Permission to transport Student**

We, the undersigned (parent/guardian) of \_\_\_\_\_, do hereby grant permission for the  
student's name

Bellevue Union School District in Sonoma, CA to transport the above named student to and from school sponsored events including but not limited to study trips, athletic and social events.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ No. de telefono de casa: \_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ Sexo: M  F   
 no bionario

Padres: \_\_\_\_\_ Padres de acogida Tutores

El estudiate vive con Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_\_\_ Otro

Trabajo de madre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ No. de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Trabajo de padre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ No. de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Lengua Primaria**  Ingles  Espanol  Otro \_\_\_\_\_

e-mail de madre \_\_\_\_\_ e-mail de padre \_\_\_\_\_

**Si no se puede contactar al padre / tutor, por favor llame:**

1. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_  
 movil

2. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_  
 movil

3. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_  
 movil

**Permiso de Transportar al Estudiante**

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de \_\_\_\_\_, por la presente damos permiso para  
nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Family Health Care**

Physicians Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Medi-Cal:  Yes  no

Address: \_\_\_\_\_

I give my permission to consult my family physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities.

I give my permission for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If yes, does the medication need to be dispensed at school.

- |  |         |                              |                             |
|--|---------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting       | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma          | Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing  | Glasses | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ |         |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> Other _____     |         |                              |                             |

If you are not the legal guardian of the student attending \_\_\_\_\_ School in the Bellevue Union school District

our district needs a statement from the legal guardian for educational and medical services. I, \_\_\_\_\_

am the legal guardian of \_\_\_\_\_, and all paperwork regarding guardianship has been provided to the

school office. I give permission to \_\_\_\_\_ to make educational and medical decisions from

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Date Date

**Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_

**Servicios de salud familiar**

Nombre del medico \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Medi-Cal:  Si  no

Direccion: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidio medico o tomando medicamentos. Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

- |  |           |                             |                             |
|--|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | Epi-Pen   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma              | Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | Insulina  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir     | anteojos  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____    |           |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> Otro _____        |           |                             |                             |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela \_\_\_\_\_ en el Distrito Escolar de Bellevue

Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, \_\_\_\_\_

soy el tutor legal de \_\_\_\_\_, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la

oficina de la escuela. Yo doy permiso a \_\_\_\_\_ de hacer las decisiones educativas y medicas de

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
fecha fecha

nombre del individuo



Effective communication with families is very important to student success, as well as keeping parents notified and up to date on emergency situations. The Bellevue Union School District utilizes a variety of communication methods (telephone, email, text and telephone). It is very important to keep your contact information up to date to receive timely information.

1. I consent to my child's name being included on a classroom list that is available to the public.
2. I consent to receiving official communications by telephone, text, and/or email from my child's school/district regarding school/district emergencies and related issues.

X \_\_\_\_\_

*Signature*



La comunicación efectiva con familias es muy importante al éxito del estudiante, tanto como mantener a los padres avisados y actualizados sobre las situaciones de emergencia. El distrito Bellevue Union School District utiliza una variedad de métodos de comunicación (teléfono, correo electrónico, texto, y teléfono). Es muy importante mantener la información de contacto actualizada para recibir información en tiempo oportuno.

1. Yo doy consentimiento de que el nombre de mi niño esté incluido en una lista del salón que es disponible al público.
2. Yo doy consentimiento de recibir comunicaciones oficiales por teléfono, texto, y/o correo electrónico de la escuela/distrito de mi niño sobre emergencias y asuntos relacionados de la escuela/distrito.

X \_\_\_\_\_

*Firma*





*Butte County Office of Education*  
**MIGRANT EDUCATION – REGION 2**  
**SANTA ROSA AREA OFFICE**  
 5510 Skylane Blvd., Suite 101-C, Santa Rosa, CA 95403  
 Office: (707) 526-1272 /Cell: (707) 293-5927/Fax: (707) 526-9724

ME-1



**FORMULARIO DE REFERENCIA**  
**REFERRAL FORM**

**ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL / THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL**

**¿Le gustaría seguir apoyando a su hijo/a para que tengan éxito en la escuela? ¿El Programa de Educación Migrante es un excelente recurso!**

Would you like to continue assisting your child in school? The Migrant Education Program is an excellent resource!

**1. ¿Ha trabajado algún miembro de su familia en la agricultura, ganadería, pesca o industria forestal en los últimos tres años?** YES NO  
   
 Has any member of your family worked in agriculture, livestock, fishing or logging in the last three years?

**2. ¿Se mudó su familia al pueblo/ciudad donde viven en los últimos tres años?** YES NO  
   
 Did your family move to the town/city where you live in the last three years?

**Si contestó “SÍ” a ambas preguntas, su hijo/a podría ser elegible para recibir servicios educativos. Por favor anote los siguientes datos y entregue este formulario. ¡Gracias!**

If you answered “YES” to both questions, your child could be eligible to receive educational services. Please provide the following information and return this form. Thank you!

**Fecha/Date:** \_\_\_\_\_

**Nombre de los Padres/Parents’ Name:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono/Telephone Number:** \_\_\_\_\_

**Dirección/Address:** \_\_\_\_\_  
Número /Number Calle/Street Ciudad/City

**Nombre del Estudiante/Student’s Name:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento/Date of Birth:** \_\_\_\_\_

Referred by (Agency/School): \_\_\_\_\_ Telephone Number/e-mail: \_\_\_\_\_

<b>FOR MIGRANT EDUCATION RECRUITMENT STAFF USE ONLY</b>	
Date: _____	Notes: _____
Date: _____	Notes: _____

Please mail completed surveys to the address above, fax to (707) 526-9724, or e-mail to [jocegued@bcoe.org](mailto:jocegued@bcoe.org)