

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: MONTH _____ DAY _____ YEAR _____ **GENDER:** Male Female Non-Binary **PHONE:** _____

HOME ADDRESS: Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

BIRTH PLACE: City _____ State _____ Country _____ **DATE FIRST ATTENDED U.S. SCHOOL:** 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) **DATE FIRST ATTENDED IN CALIFORNIA:** MONTH _____ DAY _____ YEAR _____

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) Samoan (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

HOME LANGUAGE SURVEY:
1. What language/dialect does your son/daughter most frequently speak at home? _____
2. What language/dialect did your son/daughter learn when he/she first began to talk? _____
3. What language/dialect do you most frequently speak to your child? _____
4. Has your child ever been given the CELDT Test (Calif English Language Development Test)? Yes No I don't know

SPECIAL SERVICES Please check any services your child has received.
 Special Education Remedial Reading and/or Math English Language Learner/ESL SARB-Attendance Review Board
 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) _____

LAST SCHOOL ATTENDED:
Name: _____ Grade(s): _____ Date(s): _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM

Page 2 of 2

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: _____

STUDENT'S NAME:			
	Last Name	First Name	MI

PARENT/GUARDIANSHIP INFORMATION (with whom the student lives) - check all that apply Other _____

Father Mother Both Step-Mother Step-Father Guardian Foster/Group Home

Is the above checked person(s) the student's LEGAL guardian?

Yes No If NO, please complete a "Caregiver Affidavit".

If there is a legal custody agreement regarding this student, please check one:

Joint Custody Sole Custody Guardian

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION FOR PARENT(S)/GUARDIAN WITH WHOM THE STUDENT LIVES

1 Father Step-Father Guardian
Name: _____ Employer: _____ Phone: _____

2 Mother Step-Mother Guardian
Name: _____ Employer: _____ Phone: _____

HEALTH INFORMATION / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please check all the following conditions that your child has had and if they are under medical care or taking medication.

If yes, does the medication need to be dispensed at school. Yes No

<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 _____			

Physician's Name: _____ Phone: _____

Address _____ Medi-Cal: Yes No

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 _____

Emergency contact:

1. Name/Relationship _____ Phone _____

2. Name/Relationship _____ Phone _____

3. Childcare provider: _____ Phone _____

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 PG&E Bill Phone Bill Water Bill Other _____

Purchase of Property Contract

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: _____
----------------------------------	-------------

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

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: _____
--	--------------------------	-----------------------------------

NOMBRE de Estudiante			
	Apellido	Nombre	Inicial

NOMBRE LEGAL :			
	Apellido	Nombre	GRADO

FECHA DE NACIMIENTO:				GENERO:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	TELEFONO	
	MES	DIA	AÑO		<input type="checkbox"/> No bionario		

DOMICILIO:			
	Calle	Ciudad	Estado
			Código

LUGAR DE NACIMIENTO:							
	Ciudad	Estado	País	MES	DIA	AÑO	

EDUCACION DEL PADRE: Marque la respuesta que describe el nivel <i>del padre con la mayor educación.</i>	FECHA 1° DE ESCUELA EN LOS EEUU
<input type="checkbox"/> Licenciado o Mayor (10) <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. (11) <input type="checkbox"/> Algún Colegio o Licenciado AA (12)	
<input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria (14) <input type="checkbox"/> No Graduado de la Secundaria (14)	
	MES DIA AÑO

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino	FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA
	MES DIA AÑO

RAZA DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza):

La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionó sobre la etnicidad del estuidiante, favor de continuar de contestar lo siguiente con marcar una o más de las cajas para indicar lo que considera su raza.

<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska(100)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Asiático Otro(208)	<input type="checkbox"/> Taítiano (304)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico (399)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Guamaniano (302)	<input type="checkbox"/> Afro americano o Negro (600)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Somoano (303)	<input type="checkbox"/> Blanco (700)

Es uno de los padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos: Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Infantería de Marina Guardia Costera o en completa Guardia Nacional? SI NO

ENCUESTA DE LENGUAJE DEL HOGAR:

1. ¿Qué lengua/dialecto habla su hijo/a con más frecuencia en casa?
2. ¿Que lengua/dialecto aprendió su hijo/a cuando primero empezó a hablar?
3. ¿Qué lengua/dialecto habla con su niño/a con más frecuencia?
4. ¿Ha su niño tomado la Prueba CELDT (Prueba del Desarrollo del Lenguaje inglés de Calif)? Sí No No sé

SEVICIOS ESPECIALES: Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.

<input type="checkbox"/> Educación Especial	<input type="checkbox"/> Lectura y/o Matemát recuperativas	<input type="checkbox"/> Estudiante de Lenguaje inglés/ESL	<input type="checkbox"/> SARB-Mesa Directiva de la Asistencia
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> Recursos (RSP)	<input type="checkbox"/> Logopeda	<input type="checkbox"/> Aconsejería
<input type="checkbox"/> Con Talento(GATE)	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar):		

RESIDENCIA: Favor de marcar la caja apropiada - *dónde su niño/familia actualmente viven (Federalmente requerido -NCLB)*

<input type="checkbox"/> En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana)	<input type="checkbox"/> En un Motel/Hotel (09)
<input type="checkbox"/> Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11)	
<input type="checkbox"/> Sin hogar (carro/campamento) ampamento	<input type="checkbox"/> En programa de refugio de hogar o transitorio (10)
<input type="checkbox"/> Otro (15) (favor de especificar)	

LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA:

Nombre: _____ Grado(s): _____ Fecha(s): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:	FECHA:
------------------------	--------

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

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: _____	

NOMBRE de Estudiante			
	Apellido	Nombre	Inicial

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR (con quien vive el estudiante)-marque todos los que aplican Otro _____

Padre Madre Ambos Madrastra Padrastro Tutor Casa de Acogida/ Grupo

¿Es la persona(s) marcada arriba el tutor LEGAL del estudiante?

Sí No Si NO, favor de completar una "Declaración de Cuido".

¿Hay un acuerdo de custodia legal para este estudiante?, favor de marcar uno:

Custodia de los Dos Tutor

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION DEL PADRE(S)/TUTOR CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE

1 Padre Padrasto Tutor

Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

2 Madre Madrastra Tutor

Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE SALUD / INFORMACION DE EMERGENCIA

Favor de marcar todas las siguientes condiciones que su niño/a ha tendio y si ahora tiene cuidado médico o toma medicamentos.

Si sí, ¿Se tiene que administrar los medicamentos en la escuela Sí No

<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	Aguja Epi <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	Inhalador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	Insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Visión/Audición	Lentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergias _____	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Medi-Cal: Sí No

Yo doy permiso de consultar a mi Médico de familia en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discreción de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso para que la escuela transporte a mi niño/a en caso de una emergencia.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Contacto en caso de Emergencia :

1. Nombre /Relación _____ Teléfono _____

2. Nombre/Relación _____ Teléfono _____

3. La persona que cuida al niño/a: _____ Teléfono _____

PRUEBA DE RESIDENCIA: El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación.

La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matriculación:

Recibo de Aquiler Cuenta de PG&E Cuenta de Teléfono Cuenta de Agua Otro _____

Acuerdo de Compra de Propiedad

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:
-----------------------	--------

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

Student Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____
Last First Middle Initial Birthdate: ____ / ____ / ____ Sex: M F NB

Parents: _____ Step Foster Guardian

Mother's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Father's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Lives with: ___ Father ___ Mother ___ Legal Guardian ___ Other

Primary Language Eng Span Other _____

Mother's email _____ Father's Email _____

Emergency Contact:

1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

3. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

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: _____

Domicilio _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de nacimiento ____ Sexo: M F NB

Padres: _____ Padresos Padres de acogida Tutores

Trabajo de madre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

Trabajo de padre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

El estudiant vive con Padre ___ Madre ___ Tutor Legal ___ Otro

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

e-mail de madre _____ e-mail de padre _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

3. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

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: _____

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

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 permisison for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Please check all of the following conditions that your child has had and if they are under mefical care or taking medication.
If yes, doe sthe medication need to be dispensed at school.

- | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing | <input type="checkbox"/> 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 Distri
our district needs a statement from the legal guiardian for educational and medical services. I, _____
am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to th
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 | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir | <input type="checkbox"/> 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 Bellevu
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
_____ nombre del individuo
_____ a _____
fecha fecha

BELLEVUE UNION SCHOOL DISTRICT



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

BELLEVUE UNION SCHOOL DISTRICT



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