

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 **PHONE:**

HOME ADDRESS: Street City State Zip Code

BIRTH PLACE: City State Country MONTH DAY YEAR

PARENT EDUCATION: Check the response that describes the education level of the *most educated parent*. **DATE FIRST ATTENDED U.S. SCHOOL**
 Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or AA Degree (12)
 High School Graduate (14) Not a High School Graduate (14) 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

FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE

Página 1 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

NOMBRE LEGAL :
Apellido Nombre GRADO

FECHA DE NACIMIENTO: MES DIA AÑO **GENERO:** Masc. Fem. **TELEFONO**

DOMICILIO:
Calle Ciudad Estado Código

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Estado País MES DIA AÑO

EDUCACION DEL PADRE: Marque la respuesta que describe el nivel del padre con la mayor educación.
 Licenciado o Mayor (10) Graduado de la Univ. (11) Algún Colegio o Licenciado AA (12)
 Graduado de la Secundaria (14) No Graduado de la Secundaria (14)

FECHA 1° DE ESCUELA EN LOS EEUU

FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): Hispano o Latino NO Hispano o Latino

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

La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionió 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.

- Indio americano o nativo de Alaska(100)
- Vietnamita (204)
- Asiático Otro(208)
- Taitiano (304)
- Chino (201)
- Indio Asiático (205)
- Hawaiano (301)
- Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico (399)
- Japonés (202)
- Camboyano (207)
- Guamaniano (302)
- Afro americano o Negro (600)
- Coreano (203)
- Hmong (208)
- Somoano (303)
- 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.

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

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

- En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana)
- En un Motel/Hotel (09)
- Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11)
- Sin hogar (carro/campamento) ampamento
- En programa de refugio de hogar o transitorio (10)
- 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

FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE

Página 2 de 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: _____

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 tendido 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	<input type="checkbox"/> Aguja Epi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Visión/Audición	<input type="checkbox"/> 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 Alquiler 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: _____