

VALLEY HOME JOINT SCHOOL DISTRICT - REGISTRATION CARD

SCHOOL YEAR 20 - 20

STUDENT'S LAST NAME	FIRST	MIDDLE	HAS YOUR STUDENT EVER BEEN IN SPECIAL EDUCATION?	NO	YES	SPECIFY:
STUDENT'S ADDRESS	CITY	ZIP CODE	DOES YOUR STUDENT HAVE ANY KNOWN ALLERGIES?	NO	YES	SPECIFY:
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT)	CITY	ZIP CODE	ARE THERE ANY CONDITIONS WE SHOULD KNOW ABOUT YOUR STUDENT?			
MALE <input type="checkbox"/>	DATE OF BIRTH	GRADE	DO THEY USE AN INHALER?			
STUDENT'S BIRTHPLACE:		CITY	STATE	COUNTRY		

PREVIOUS SCHOOL ATTENDED: _____ **CITY/STATE:** _____

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

MOTHER/GUARDIAN FULL NAME	CELL PHONE	LIVES WITH YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RELEASE TO YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	WORK/HOME PHONE	EMPLOYER	IS THERE A CUSTODY AGREEMENT IN PLACE? *MUST BE ON FILE WITH THE OFFICE - YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FATHER/GUARDIAN FULL NAME	CELL PHONE	LIVES WITH YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RELEASE TO YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	WORK/HOME PHONE	EMPLOYER	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

The adults listed below are authorized to pick up and care for the above named student. Complete this section only if applicable. Include all siblings. Use back if needed.

NAME	CELL PHONE	RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SCHOOL
NAME	CELL PHONE	RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SCHOOL
NAME	CELL PHONE	RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SCHOOL

RACE / ETHNICITY

IS THIS STUDENT HISPANIC? YES NO

RACE: _____ ASIAN _____ 2 OR MORE RACES _____
 _____ WHITE _____ AMERICAN INDIAN / ALASKA NATIVE _____ OTHER _____
 _____ BLACK / AFRICAN AMERICAN _____ DECLINE TO STATE _____

PARENT HIGHEST EDUCATION LEVEL

_____ MOTHER _____ FATHER
 _____ NOT A HIGH SCHOOL GRADUATE
 _____ HIGH SCHOOL GRADUATE
 _____ SOME COLLEGE
 _____ COLLEGE GRADUATE
 _____ GRADUATE SCHOOL

I authorize this confidential information to be shared with all necessary school personnel. I understand it is the parent's responsibility to notify the school if any of the information on this form changes in writing within 3 days. If either parent or designated contacts cannot be reached, and if my child needs immediate medical attention, he/she will be transported to the nearest emergency medical facility at no cost to the District. I, the parent/guardian, hereby give my permission to the statements above. The information provided is true to the best of my knowledge.

PARENT/GUARDIAN PRINTED NAME: _____
 PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____
 EMAIL: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

INTERDISTRICT TRANSFER ON FILE Y / N LOCAL ID#

DISTRITO ESCOLAR CONJUNTO DE VALLEY HOME - TARJETA DE REGISTRO

AÑO ESCOLAR 20__ - 20__

PRIMERO		SEGUNDO		¿HA ESTADO SU ESTUDIANTE EN EDUCACIÓN ESPECIAL?		NO		SI		ESPECIFICAR	
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL		¿TU NIÑO TIENE ALGUNAS ALERGIAS CONOCIDAS?		NO		SI	
DIRECCIÓN DE CORREO		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL		¿HAY ALGUNA CONDICIONES QUE DEBEMOS SABER SOBRE SU ESTUDIANTE? ¿UTILIZA UN INHALADOR?					
MASCULINO <input type="checkbox"/>		FEMENINO <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO		GRADO		CIUDAD		ESTADO	
								PAIS			

ÚLTIMA ESCUELA ASISTIDA:

CIUDAD/ESTADO:

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIAN

NOMBRE DE MADRE/GUARDIAN		TELÉFONO CELULAR		VIVEN CON		PERMISO RECORDER		EMPLEADOR		¿HAY UN ACUERDO DE CUSTODIA EN LUGAR? *DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO EN LA OFICINA*	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN		TELÉFONO CELULAR		VIVEN CON		PERMISO RECORDER		EMPLEADOR			
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

PERSONA A CONTACTAR SI PADRE/GUARDIÁN NO ESTÁ DISPONIBLE

Estos adultos están autorizados a recoger y cuidar al estudiante mencionado anteriormente.

NOMBRE		TELÉFONO CELULAR		RELACIÓN		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		ESCUELA	
NOMBRE		TELÉFONO CELULAR		RELACIÓN		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		ESCUELA	
NOMBRE		TELÉFONO CELULAR		RELACIÓN		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		ESCUELA	

RAZA / ETNICIDAD

¿ES ESTE ESTUDIANTE HISPANO?
SI NO

RAZA:

BLANCO ASIÁTICO
 INDIO AMERICANO / ALASKA NATIVO 2 O MÁS RAZAS
 NEGRO/AFROAMERICANO OTRO
 PREFIERO NO RESPONDER

EDUCACIÓN MÁS ALTA DE PADRES

MADRE PADRE
 NO GRADUADO DE LA SECUNDARIA
 GRADUADO DE PREPARATORIA
 ALGUNA UNIVERSIDAD SIN TÍTULO
 GRADUADO DE LA UNIVERSIDAD
 ESCUELA DE POSGRADO

Autorizo que esta información confidencial sea compartida con todo el personal escolar necesario. Entiendo que es responsabilidad de los padres notificar a la escuela si alguna información en este formulario cambia por escrito dentro de los 3 días. Si no se puede localizar a ninguno de los padres o a los contactos designados, y si mi hijo necesita atención médica inmediata, será transportado al centro médico de emergencia más cercano sin costo para el Distrito. Yo, el padre/tutor, por la presente doy mi permiso a las declaraciones anteriores. La información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

NOMBRE EN IMPRESO DEL PADRE/GUARDIÁN: _____
 FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____
 FECHA: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

INTERDISTRICT TRANSFER ON FILE Y / N

LOCAL ID# _____