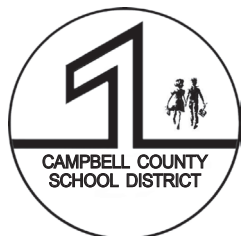


Campbell County School District Student Registration Form



Campbell County School District does not discriminate on the basis of race, creed, color, religion, nationality, sex, handicapping condition or age in relation to admissions, treatment of students and terms and conditions of enrollment.

| | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| ID# _____ | Area _____ | Bus _____ |
| Date Enrolled _____ | Date Started _____ | |
| Grade Entered _____ | AACR _____ | Cluster _____ |
| Homeroom _____ | Teacher _____ | |
| <input type="checkbox"/> Lunch | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Medical |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Immunization | |

Nombre Legal (Apellido) _____ (Primero) _____ (Segundo) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Raza (Circule Uno) Anglo Negro Hispánico Asiático Americano Indígena Entrando al Grado _____

Ciudad de Nacimiento _____ Estado _____ Nacido fuera de EEUU donde _____

Fecha de cuando entro a los EEUU _____

¿Si están divorciados/separados quien tiene la custodia del estudiante? _____

Nombre de 1er guardián _____ Empleador _____

Numero de Trabajo _____ Celular _____ Numero de Casa _____

Correo Electrónico _____ Mande Emails de Notas Presencia Balances de Almuerzo

Nombre se 2do guardián _____ Empleador _____

Numero de Trabajo _____ Celular _____ Teléfono de casa _____

Correo Electrónico _____ Envíe emails de notas Asistencia Balances de Almuerzos

Si aplicable, el nombre y dirección completa para reportes adicionales de tarjetas enviadas.

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Relación de estudiante _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____ Mandar correspondencia Si No

Nombres y Cumpleaños de niños viviendo con el estudiante: _____

Información de Contactos de Emergencia (Por favor nombre otros familiares que no son Guardianes 1 y 2)

Contacto #1 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto #2 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto #3 Nombre _____ Telefono _____ Relación _____

Doctor _____ Teléfono _____ Dentista _____ Teléfono _____

¿Ha asistido este alumno el colegio en CCSD#1 antes? Si o No Si si donde y cuando? _____

¿Ha repetido o ha sido repetido el alumno un grado? Si o No Grado Repetido _____

Recibe el alumno beneficios de: IEP 504 Title1 Servicios de Gifted ESL

¿Tiene un certificado de elegibilidad de un Programa Federal para Emigrante? Si o No

¿Primer Idioma Hablado? _____ ¿Idiomas hablados en casa? _____

¿Idiomas necesarios para la comunicación entre hogar y la escuela? _____

¿Idioma hablado y completamente comprendido por el estudiante? _____

Firma de Padre _____

Fecha _____