

School: _____
 Grade: _____
 Homeroom Teacher: _____
 Enrollment Date: _____



Transportation

BUS # AM _____ PM _____
 CAR AM _____ PM _____

Registration Form

Special services student receives: RTI Resource Reading Resource Math Speech ESL

Last School Attended: _____/State: _____ Home Language: _____

STUDENT INFORMATION

Student Name (as it appears on Birth Certificate) _____
First Middle Last

Student's Preferred Name: _____ Gender : Male Female Social Security # (optional) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __

Birth Date (MM/DD/YYYY) __ __ / __ __ / __ __ __	Mother's Maiden Name _____	Birth Country: _____
Birth City: _____	Birth County: _____	Birth State: _____

ETHNICITY: (CHECK ONE) Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino FIRST DATE ENROLLED IN US SCHOOL: __ __ / __ __ / __ __ __

RACE: (CHECK ALL THAT APPLY)
 American Indian/ Alaskan Native Asian White/Caucasian Black/African-American Hawaiian/Other Pacific Islander

Military: Check the appropriate box if this student has a parent/guardian that is:

Active Military Military National Guard Reserve Military

Internet Connection: Do you have internet connection in your home? Yes No

List Other Children in Family _____

GUARDIAN/CUSTODIAL INFORMATION and SKYLERT INFORMATION

Are there Legal/Custody issues we should be aware of?: Yes ___ No ___ What? _____

CUSTODY: Both Parents Father Mother State Custody Sibling Other-Legal Guardian _____

1. Parent/Guardian: _____ Relationship: _____

Custodial Parent Emergency Contact Can Pick Child up Skyward Family Access

Physical Address: _____
Number & Street City State Zip

Mailing Address: _____
 (If different) Number & Street City State Zip

Phone # () _____ Home Work Cell

Phone # () _____ Home Work Cell Occupation: _____

E-mail Address _____ (Required for Skyward Family Access)

2. Parent/Guardian: _____ Relationship: _____

Custodial Parent Emergency Contact Can Pick Child up Skyward Family Access

Physical Address: _____
Number & Street City State Zip

Mailing Address: _____
 (If different) Number & Street City State Zip

Phone # () _____ Home Work Cell

Phone # () _____ Home Work Cell Occupation: _____

E-mail Address _____ (Required for Skyward Family Access)

I give my permission for the numbers listed below to be used by Skylert, the automatic dialing equipment, regarding information from Warren County Schools and understand that I may opt-out at any time.

() _____ () _____ () _____

I would like the Skylert automatic phone calls in: (Choose one) English Spanish Japanese

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Escuela: _____
 Grado: _____
 Maestro de Salón de Clase: _____
 Fecha de Inscripción: _____

WARREN COUNTY SCHOOLS

One Team, One Goal, High Levels of Learning for All

Forma de Inscripción Escolar

Transportación

AUTOBUS # AM _____ PM _____
 CARRO AM _____ PM _____

Servicios especiales que el estudiante recibe: RTI Recursos de Lectura Recursos de Matemáticas Habla ESL

Escuela que Asistió Anteriormente: _____/Estado: _____ Idioma: _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante (como aparece en el Acta de Nacimiento) _____
 Primer Segundo Apellidos (Padre Madre)

Nombre Preferido del Estudiante: _____ Genero: Masculino Femenino Numero Social (opcional) ____ / ____ / ____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____ Apellido de Soltera de la Madre: _____ País de Nacimiento: _____

Ciudad de Nacimiento: _____ Condado de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____

ORIGEN: (MARQUE UNO) Hispano/Latino No Hispano/Latino

RAZA: (MARQUE LO INDICADO) FECHA POR PRIMERA VES INSCRITO EN LAS ESCUELAS DE EE.UU: ____/____/____

Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Blanco/Caucasiano Negro/Africano-Americano Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico

Militar: Marque la casilla apropiada si este estudiante tiene un padre/tutor que es:

Militar Activo Guardia Nacional Militar Reserva Militar

Conexión a Internet: ¿Tiene conexión al Internet en su casa? Si No

Otros niños en la Familia _____

INFORMACION DE LA CUSTODIA/TUTOR Y INFORMACION DE SKYLERT

Hay algún Problema Legal/Custodia que nosotros necesitamos saber?: Si ___ No__ describa _____

CUSTODIA: Ambos Padres Padre Madre Custodia del Estado Hermana/o Otro-Tutor Legal _____

1. De Padres/Tutor: _____ Parentesco: _____

Padre de custodial Contacto de emergencia Puede recoger a niño Skyward Acceso Familiar

Domicilio De La Casa : _____

Ciudad Estado Zona Postal

Domicilio, Apto #: _____

(si es diferente) Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular Ocupación: _____

Correo electrónico: _____ (Requerido para Skyward Acceso Familiar)

2. De Padres/Tutor: _____ Parentesco: _____

Padre de custodial Contacto de emergencia Puede recoger a niño Skyward Acceso Familiar

Domicilio De La Casa : _____

Ciudad Estado Zona Postal

Domicilio, Apto #: _____

(si es diferente) Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular

Teléfono () _____ Casa Trabajo Celular Ocupación: _____

Correo electrónico: _____ (Requerido para Skyward Acceso Familiar)

Yo doy mi permiso para ser llamado utilizando el equipo de marcador automático en los números puestos en la parte de abajo en relación con información de las Escuelas del Condado de Warren y entiendo que puedo optar no en cualquier momento.

() _____ () _____ () _____

Me gustaría que las llamadas automáticas fueran en: (Escoge uno) Inglés Español Japonés

Firma de Padres/Tutor: _____ Fecha: _____