

Nevada Joint Union High School District

Student Enrollment Form

Student I.D. Number (for office use only) _____

Instructions: The Enrollment Form is an official record. The questions on this form ask for important information that will help provide services for your child. Some of the questions are explained below. If you need further information, please contact your school. **Please complete ALL pages and sign where applicable.**

STUDENT INFORMATION					
Legal Last Name		Legal First Name		Middle Name	Suffix
Grade	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>		Preferred Last Name (if different)		Preferred First Name
Age	Birth Date	Birth State	Birth Country		
Oral Language to home:			Written Language to home:		
I hereby certify that the above named student was born on the date and place specified. Signature:					Date:
If student is living in any of the following circumstances, additional services may be available: Sharing housing with friends or family, living in a shelter or motel, or if you are a student who is living away from your parent or legal guardian. Would you like more information about these services? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>					
RACE & ETHNICITY (Please answer BOTH)					
ETHNICITY: Is this student Hispanic/Latino? (Choose only one) <input type="checkbox"/> No, not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Yes, Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or Other Spanish culture or origin, regardless of race) The above Hispanic/Latino part of the question is about ethnicity, not race. Please continue to answer the following question by marking one or more boxes under RACE .					
RACE: What is the student's race? (Choose one or more) <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (A person having origins in any of the original peoples of North and South America, including Central America, and who maintains tribal Affiliation or community attachment). <input type="checkbox"/> Asian (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam). <input type="checkbox"/> Black/African American (A person having origins in any of the black racial groups of Africa). <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands). <input type="checkbox"/> White (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa). The above information is required per federal law (72 Fed. Reg. 59267)					
Home Address (Street Address and Apt #)		City		State	Zip Code
Mailing Address, if different (Street Address and Apt #)		City		State	Zip Code
Primary Phone Number: () _____ - _____		Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Type _____		Additional Phone Number: () _____ - _____	
Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Type _____		Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Type _____			
Has your child attended school in the United States for periods of time totaling less than three (3) years during their lifetime? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Has your child previously attended school in California? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Name of previous California public school	
Date your child first entered United States School		Last school district attended		Last school attended (Name and Address)	
Last school district attended		Last school attended (Name and Address)		Dates Attended	
In accordance with Education Code 48915, please answer these questions: Has your child ever been expelled from school? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			If yes, reason _____ Date _____ Name of School _____		
Is the student, parent, or a grandparent a member of a U.S. Federally recognized American Indian Tribe? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (This information establishes the District's eligibility for a federal grant under Title IV-A of the Indian Education Act. Complete information will be sent to students marked 'Yes' for this item.)					
If yes, please provide the tribe name:					

Distrito Escolar de Nevada Joint Union High School

Formulario para matricular estudiantes

ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

Instrucciones: El formulario de matrícula es un registro oficial. Las preguntas en este formulario solicitan información importante que ayudará a ofrecer servicios a su estudiante. Algunas de las preguntas son explicadas abajo. Si necesita más información, comuníquese con su escuela.

Por favor, complete TODAS las páginas y firme donde sea necesario.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE					
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre	Suffix
Grado	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>		Apellido de preferencia (si es diferente)		Nombre de preferencia
Edad	Fecha de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento		
Idioma de la comunicación oral hacia el hogar:			Idioma de la comunicación escrita hacia el hogar:		
Yo afirmo que el estudiante nombrado arriba nació en la fecha y en el lugar indicado. Firma: _____ Fecha: _____					
Si el estudiante vive en cualquiera de las siguientes circunstancias, puede haber servicios adicionales disponible: compartiendo vivienda con amigos o familiares, viviendo en un albergue o motel, o si usted es un estudiante que está viviendo lejos de sus padres o tutor legal.					
¿Desea más información sobre estos servicios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
RAZA Y ETNICIDAD (Por favor conteste AMBAS)					
ETNICIDAD: ¿Este estudiante es hispano/latino? (Elija solamente uno)					
<input type="checkbox"/> No, no es hispano/latino					
<input type="checkbox"/> Sí, es hispano/latino (una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o centroamericano, o de otra cultura española, independientemente de la raza)					
La pregunta anterior sobre hispano/latino, trata acerca de la etnicidad, no la raza. Por favor, continúe con la siguiente pregunta , marcando una o más de las casillas que aparece debajo de la palabra RAZA .					
RAZA: ¿Cuál es la raza del estudiante? (Puede elegir más de una)					
<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Norte y Suramérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación con una tribu, o está ligada a una comunidad indígena).					
<input type="checkbox"/> Asiático (una persona que tiene sus orígenes en el Lejano Oriente, en Asia del Sur, o en el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).					
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África).					
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Otros Isleños del Pacífico (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).					
<input type="checkbox"/> Blanco (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los países de Europa, el Medio Oriente o África del Norte).					
La información anterior se requiere según la ley federal (72 Fed. Reg. 59267)					
Dirección residencial (calle, dirección y # de Apto.):		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal, si es diferente (calle, dirección y # de Apto.):		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono principal: () _____ - _____		¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de teléfono principal: () _____ - _____	
Tipo _____		Tipo _____			
¿Ha asistido su estudiante a la escuela en los Estados Unidos por periodos de tiempo que suman menos de (3) años durante toda su vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha asistido su estudiante previamente a una escuela en California? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la escuela pública de California a la que asistió anteriormente:	
Fecha de la primera vez que su estudiante ingresó a una escuela de los Estados Unidos:	Último distrito escolar al que asistió:	Última escuela a la que asistió (dirección y ciudad):		Fechas en que asistió:	
De acuerdo con la ley Education Code 48915, por favor conteste las siguientes preguntas: ¿Ha sido su estudiante expulsado de alguna escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la razón? _____ Fecha: _____ Escuela: _____			
¿Es uno de los padres o abuelos del estudiante miembro de una tribu indígena estadounidense reconocida federalmente por los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Esta información establece la elegibilidad del Distrito para una subvención federal bajo el Título IV-A de la Ley de Educación Indígena. A los estudiantes que marquen "SI" como respuesta se les enviará más información).					
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____					

Student Name:

Student I.D. (for office use only):

PARENT/GUARDIAN INFORMATION			
FIRST PARENT/GUARDIAN			
Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> If other, list relationship:		Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/> Fourth <input type="checkbox"/>	Active Duty Military? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name:		Last Name:	
Lives with Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Address (if different than student address): City, State, Zip Code:		Contact Allowed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Educational Rights? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Has Custody? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If address is different than student's, check here to receive copies of correspondence <input type="checkbox"/>	Financially Responsible for Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:	Migrant Worker: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	To qualify for migrant education services, a child must have moved within the past three (3) years across the school district, city, county, or state lines with their parents or guardians to obtain temporary employment in an agricultural or fishing activity.	
Work Phone:	Home Phone:	Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cell Phone:
E-Mail Address:	Employer:	Job Title:	
SECOND PARENT/GUARDIAN			
Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> If other, list relationship:		Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/> Fourth <input type="checkbox"/>	Active Duty Military? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name:		Last Name:	
Lives with Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Address (if different than student address): City, State, Zip Code:		Contact Allowed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Educational Rights? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Has Custody? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If address is different than student's, check here to receive copies of correspondence <input type="checkbox"/>	Financially Responsible for Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:	Migrant Worker: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	To qualify for migrant education services, a child must have moved within the past three (3) years across the school district, city, county, or state lines with their parents or guardians to obtain temporary employment in an agricultural or fishing activity.	
Work Phone:	Home Phone:	Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cell Phone:
E-Mail Address:	Employer:	Job Title:	
<i>Is there joint custody of this student?</i> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		If yes, please complete the following:	
<i>Is there a Non-Custodial Parent/Guardian?</i> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
FIRST JOINT/NON CUSTODIAL PARENT/GUARDIAN			
Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> If other, list relationship:		Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/> Fourth <input type="checkbox"/>	Active Duty Military? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name:		Last Name:	
Lives with Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Address (if different than student address): City, State, Zip Code:		Contact Allowed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Educational Rights? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Has Custody? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If address is different than student's, check here to receive copies of correspondence <input type="checkbox"/>	Financially Responsible for Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:	Migrant Worker: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	To qualify for migrant education services, a child must have moved within the past three (3) years across the school district, city, county, or state lines with their parents or guardians to obtain temporary employment in an agricultural or fishing activity.	
Work Phone:	Home Phone:	Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cell Phone:
E-Mail Address:	Employer:	Job Title:	
SECOND JOINT/NON CUSTODIAL PARENT/GUARDIAN			
Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> If other, list relationship:		Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/> Fourth <input type="checkbox"/>	Active Duty Military? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name:		Last Name:	
Lives with Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Address (if different than student address): City, State, Zip Code:		Contact Allowed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Educational Rights? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Has Custody? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If address is different than student's, check here to receive copies of correspondence <input type="checkbox"/>	Financially Responsible for Student? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:	Migrant Worker: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	To qualify for migrant education services, a child must have moved within the past three (3) years across the school district, city, county, or state lines with their parents or guardians to obtain temporary employment in an agricultural or fishing activity.	
Work Phone:	Home Phone:	Unlisted? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cell Phone:
E-Mail Address:	Employer:	Job Title:	

Either parent may request school records by contacting the school.

Nombre del estudiante:

ID del estudiante (solo para uso de la oficina)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL			
PRIMER PADRE/TUTOR LEGAL			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:	Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante): Ciudad, Estado, Código postal:		¿Tiene permiso de tener contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la dirección residencial es diferente a la del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia. <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: ¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:		Empleador:	Título de trabajo:
SEGUNDO PADRE/TUTOR LEGAL			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:	Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante): Ciudad, Estado, Código postal:		¿Tiene permiso de tener contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la dirección residencial es diferente a la del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia. <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente responsable del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: ¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:		Empleador:	Título de trabajo:
¿Existe custodia compartida para este estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:	
¿Hay algún padre/tutor legal sin la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
PRIMER PADRE/TUTOR LEGAL CON CUSTODIA COMPARTIDA/SIN CUSTODIA			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:	Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante): Ciudad, Estado, Código postal:		¿Tiene permiso de tener contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la dirección residencial es diferente a la del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia. <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente responsable del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: ¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:		Empleador:	Título de trabajo:
SEGUNDO PADRE/TUTOR LEGAL CON CUSTODIA COMPARTIDA/SIN CUSTODIA			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:	Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante): Ciudad, Estado, Código postal:		¿Tiene permiso de tener contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la dirección residencial es diferente a la del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia. <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente responsable del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: ¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:		Empleador:	Título de trabajo:

Cualquiera de los padres puede solicitar los registros escolares poniéndose en contacto con la escuela.

Student Name:

Student I.D. (for office use only):

PERSON(S) NOT AUTHORIZED TO MAKE CONTACT WITH STUDENT OR RECEIVE STUDENT INFORMATION

Is there a **current** restraining/court order pertaining to this student? * Yes No

*If there is a **current** restraining/court order limiting parental access of a non-custodial parent, you must submit a copy of such order before the school can limit that parent's access to the student. I have submitted a current Court/Restraining Order: Yes No

If yes, Signature:

Date:

Name:	Relationship:	Restraining Order? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Court Order? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Name:	Relationship:	Restraining Order? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Court Order? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

SIBLINGS (List siblings grades 9 - 12)

Sibling Last Name:	First Name:	Race:	Ethnicity:
Relationship:	Birthdate:	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grade: School:
Sibling Last Name:	First Name:	Race:	Ethnicity:
Relationship:	Birthdate:	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grade: School:
Sibling Last Name:	First Name:	Race:	Ethnicity:
Relationship:	Birthdate:	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grade: School:

STUDENT SERVICES

Is the student currently on an IEP? Yes No

Has the student been enrolled in a special program in the past? Yes No If yes, indicate the program(s):

Special Ed (IEP) Title I Reading/Math English Learner Migrant Education Section 504 Other : _____

PARENT EDUCATION

Please mark the education level of the most educated parent. (Federal regulations require a response.)

- Graduate School/post graduate training (10)
- College Graduate (11)
- Some College (12)
- High School Graduate (13)
- Not a High School Graduate (14)

EMERGENCY CONTACTS

Please list persons, other than parent or guardian. It is assumed that the emergency contacts can pick up student.

Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/>	Last Name:	First Name:
Relationship to student:	Address:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone: Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:
Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/>	Last Name:	First Name:
Relationship to student:	Address:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone: Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:
Call order in case of emergency: First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Third <input type="checkbox"/>	Last Name:	First Name:
Relationship to student:	Address:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone: Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:

List additional emergency contacts on a separate piece of paper

Person to Contact in the Event of an Emergency Closure

Last Name:	First Name:	Relationship to student:
Address:		
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone: Speaks English: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, list primary language:

Enrolling Record

Name of person enrolling student (Please print name):	Relationship to student:
Signature:	Date:

Nombre del estudiante: _____ # ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

PERSONA(S) NO AUTORIZADA(S) PARA TENER CONTACTO CON EL ESTUDIANTE O PARA RECIBIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ESTUDIANTE

¿Existe una orden de restricción/orden judicial **actual**, pertinente a este estudiante? * Sí No
 *Si existe una orden de restricción/orden judicial **actual** que limita el acceso parental al padre sin la custodia del estudiante, usted debe presentar una copia de esta orden a la escuela para poder limitar el contacto de este padre con el estudiante. Yo he presentado una orden de restricción/orden judicial: Sí No
 Si responde sí, firme: _____ Fecha: _____

Nombre:	Relación:	¿Orden de restricción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Orden judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:	Relación:	¿Orden de restricción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Orden judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

HERMANOS (Escribe los nombres de los hermanos, de los grados 9-12.)

Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de nacimiento:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____
Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de nacimiento:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____
Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de nacimiento:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____

SERVICIOS DE EDUCACIÓN TEMPRANA

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Educación temprana? Head Start OCDC Preescolar Cuidado infantil Otro : _____

SERVICIOS ESTUDIANTILES

¿Está el estudiante actualmente en un IEP? Sí No
 ¿Ha estado el estudiante matriculado en un programa especial en el pasado? Sí No Si contesta que sí, indique el o los programas:
 Educación especial (IEP) Título I: Lectura/Matemáticas Estudiante aprendiendo inglés Educación migrante Sección 504
 Otro : _____

EDUCACIÓN PARA PADRES

Por favor, marque el nivel de educación del padre más educado. **(Las regulaciones federales requieren una respuesta.)**

- | | |
|--|---|
| Escuela de Posgrado / Posgrado (10) <input type="checkbox"/> | Alguna Educación Superior (12) <input type="checkbox"/> |
| Graduado de la Universidad (11) <input type="checkbox"/> | No es un Graduado de Secundaria (14) <input type="checkbox"/> |
| Graduado de Preparatoria (13) <input type="checkbox"/> | |

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Favor de agregar otras personas que no sean los padres/tutores legales. Se asume que estos contactos están autorizados para recoger al estudiante.

Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Dirección:	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular: _____ ¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su idioma principal: _____
Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Dirección:	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular: _____ ¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su idioma principal: _____
Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Dirección:	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular: _____ ¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su idioma principal: _____

Puede agregar contactos de emergencia adicionales en una hoja de papel por separado

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE UN CIERRE DE EMERGENCIA

Apellido:	Nombre:	Relación con el estudiante:
Dirección:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular: _____ ¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su idioma principal: _____

MATRICULACIÓN

Nombre de la persona matriculando al estudiante (Favor de escribir en letra de molde):	Relación con el estudiante:
Firma:	Fecha:

Student Name:

Student I.D. (for office use only):

HEALTH CONDITION INFORMATION

List any health conditions that will or may affect your child while at school, such as heart disease, diabetes, seizure disorder, allergies, eye or ear problems, asthma, or any chronic condition:

1 _____
2 _____
3 _____

Do you anticipate your child will need accommodations at school related to the above medical condition? Yes No
If medication is to be given at school, parental instruction and permission is needed. The school has a permission form for this purpose available upon request.

MEDICATIONS

Please list any medications that are necessary for your child to take during school hours.

1 _____ Daily or As needed
2 _____ Daily or As needed
3 _____ Daily or As needed

IMMEDIATE MEDICATIONS

Nevada Joint Union High School District must have a medication authorization form completed by the parent granting permission for designated school personnel to administer medication in case of a life-threatening situation.

Please list any medications requiring immediate administrations:

1 _____
2 _____
3 _____

Please check all types of medication needed by student in case of emergency:

Oral Inhaled Injection Nasal Rectal

NUTRITION ALLERGY INFORMATION

Does your child need an allergy alert for any of the following?

Eggs Fish Milk Peanut Shellfish Soy Tree Nut Wheat

(If your child has multiple allergies, additional paperwork will be required)

MEDICAL INFORMATION

School staff needs to know when your child has a current ongoing health problem for which he or she may require help during the school day. Remember to advise your school of any changes in information.

Doctor's Name:	Phone Number: ()
Dentist's Name:	Phone Number: ()
Health Insurance/Medicaid Number:	Insurance Carrier (Optional):

Hospital Preference:

MEDICAL TREATMENT

I, the undersigned, do hereby authorize officials of Nevada Joint Union High School District to contact directly the persons named on this form, and do authorize the named physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child.

In the event physicians, other persons named on this form, or parents cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary, in their judgment, for the health of the aforesaid child.

I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child.

Signature of Parent/Guardian/Eligible Student: (Eligible Student indicates any student who is 18 years or older, or emancipated.)

Signature: _____ Date: _____

MEDICAL EMERGENCY TRANSPORTATION

I authorize school personnel to arrange for ambulance transportation, if necessary, and give permission for emergency personnel and the hospital of my choice, under the supervision of the attending physician, to treat my child in an emergency situation when I cannot be located.

Signature: _____ Date: _____

Nombre del estudiante: _____ # ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE SALUD

Enumere cualquier condición de salud que afectará o que pudiera afectar a su estudiante mientras esté en la escuela, tales como: enfermedades del corazón, diabetes, trastornos convulsivos, alergias, problemas de la vista o audición, asma o cualquier otra condición crónica:

1 _____
2 _____
3 _____

¿Cree usted que su estudiante necesitará acomodaciones especiales en la escuela relacionadas con la condición médica indicada arriba? Sí No
Si hay que administrar medicamentos en la escuela, se necesita tener instrucciones y el permiso de los padres. La escuela tiene un formulario para este propósito que está disponible si lo solicitan.

MEDICAMENTOS

Por favor, escriba cualquier medicamento que necesita ser tomado en la escuela.

1 _____ Diariamente o Cuando sea necesario
2 _____ Diariamente o Cuando sea necesario
3 _____ Diariamente o Cuando sea necesario

MEDICAMENTOS INMEDIATOS

El Distrito Escolar de Nevada Joint Union High School District debe tener un formulario de autorización de medicamentos completado por los padres, concediendo permiso para que el personal designado de la escuela administre medicamentos en caso de una situación que ponga en peligro la vida del estudiante.

Por favor, escriba cualquier medicamento que requiera administración inmediata:

1 _____
2 _____
3 _____

Por favor, marque todo tipo de medicamento que el estudiante necesite en caso de emergencia:

Oral Inhalado Inyectado Nasal Rectal

INFORMACIÓN DE NUTRICIÓN

¿Necesita su estudiante una alerta de alergia en su cuenta de comida escolar?

Huevos Pescado Leche Cacahuates Marisco Soya Nueces de árbol Trigo
(Si su estudiante tiene múltiples alergias, se requiere documentación adicional.)

INFORMACIÓN MÉDICA

El personal escolar necesita saber si su estudiante tiene un problema de salud continuo que pudiera requerir asistencia durante el día escolar. Recuerde notificar a la escuela cuando ocurran cambios en la información médica.

Nombre del doctor:	Número de teléfono: ()
Nombre del dentista:	Número de teléfono: ()
Número de seguro médico/ Medicaid:	Nombre de la compañía aseguradora (Opcional):
Hospital de preferencia:	

TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, el abajo firmante, por medio de la presente autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar de Nevada Joint Union High School, a contactar directamente a las personas que he nombrado en este formulario, y autorizo a los médicos nombrados para prestar los servicios que se crean necesarios en caso de una emergencia por el bien de la salud del susodicho estudiante.

En caso de que los médicos, otras personas nombradas en este formulario o los padres, no puedan ser contactados, los funcionarios de la escuela quedan autorizados por medio de la presente, para tomar cualquier acción que crean necesaria según su juicio, por el bien de la salud del susodicho estudiante.

Yo no responsabilizaré al distrito escolar de los gastos financieros por el cuidado y/o el transporte de emergencia del susodicho estudiante.

Firma de los padres/tutor legal/estudiante elegible: (Por *estudiante elegible* se entiende, cualquier estudiante de 18 años de edad o mayor o emancipado).

Firma: _____ Fecha: _____

TRANSPORTE EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo autorizo al personal escolar para hacer los arreglos de transporte en ambulancia, de ser necesario, y doy permiso al personal de emergencia y al hospital de mi elección, bajo la supervisión del médico de turno, para proporcionar tratamiento a mi estudiante en una situación de emergencia, cuando yo no pueda ser localizado.

Firma: _____ Fecha: _____