



King City Union School District
 104 South Vanderhurst Avenue
 King City, CA 93930
 (831) 385-2940

New Student Registration Form

Forma de Matrícula

OFFICE USE ONLY School: Chalone Peaks Del Rey KC Magnet Santa Lucia Teacher _____
 Copy of Registration to Migrant Copies of Reg, HLS, Flowchart to CRT, Kristin Purple file for CELDT Student ID _____

Student name: _____
 Nombre de Estudiante Last Name/ Apellido First Name/ Primer Nombre Middle Name/ Nombre Segundo

Birthdate: _____ **Birthplace:** _____
 Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento City/Ciudad State/Estado Country/Pais

What is your child's ethnicity? (Please check one) **Hispanic or Latino**
 ¿Cual es la etnicidad de su hijo o hija? (marque una) **Not Hispanic or Latino** (no Hispano o Latino)

What is your child's race? (check up to five racial categories)
 ¿Cual es la raza de su hijo o hija? (Por favor no marque más de cinco opciones)

Hispanic descent having origins in any of the original people of Europe (such as Spain, France, Portugal, Italy) (700)
 Personas con descendencia hispano con procedencia de pueblos nativos de Europa (España, Francia, Portugal, Italia)

Hispanic descent having origins in any of the original people of North, Central or South America (100)
 Personas con descendencia hispano con procedencia de pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica

White (700) **American Indian or Alaskan Native (100)**
 Chinese (201) **Hmong (208)** **Other Asian (299)** **Vietnamese (204)**
 Asian Indian (205) **Filipino (400)** **Japanese (202)** **Other Pacific Islander (399)**
 Black/African American (600) **Guamanian (302)** **Korean (203)** **Samoan (303)**
 Cambodian (207) **Hawaiian (301)** **Laotian (206)** **Tahitian (304)**

Gender: Male Female **Home Phone/ Número de Teléfono** _____ **Grade/Grado:** _____
 Género Masculino Femenino **Emergency Day Phone/ Día de teléfono de emergencia** _____

Student's Physical Address: _____
 Domicilio del estudiante City/Ciudad

Student's mailing address (if different from physical): _____
 Correspondencia de correo/apartado postal City/Ciudad

List below the NAME, EMPLOYER and DAYTIME PHONE NUMBERS OF PARENT(S) AND/OR GUARDIAN(S)
 Lista de debajo del nombre, el empleador, y el teléfono durante el día de padres(s) o tutor(s)

	Name/Nombre	Employer/Empleador	Day Phone Teléfono	✓=Lives w/ Student ✓=Viva con Estudiante
Father/Padre				
Mother/Madre				
Stepfather/Padraastro				
Stepmother/Madrastra				
Guardian/Tutor				

Parent/Guardian Email (optional) _____ Padre/madre/tutor Dirección de correo electrónico(opcional)

Highest Education Level of Parent/Guardian
 Nivel de educación del padre

___ Not a high school graduate/Sin Diploma de la Preparatoria(14)
 ___ High school graduate/Diploma de la Preparatoria (13)
 ___ Some college (includes AA degree)/Algo de Universidad (12)
 ___ College graduate/Graduado Universitario (11)
 ___ Post graduate school or training/Maestria avanzada (10)

Language spoken by parents/guardian
 Idioma que habla el padre anotado arriba

English Spanish Other _____
 Inglés Español Otro

Prefer notes sent home in English Spanish
 Prefiero correspondencia en Inglés Español

Translator needed by parent/guardian? yes no
 Ocupa traductor el padre anotado si no

Does your child/family live in a permanent single family residence (house, apartment, mobile home)?

Yes (200) No → If 'Yes' stop here. If 'No' please choose below:

Live with more than one family in a house, apartment or mobile home due to economic hardship (120)

Temporarily in a motel/hotel until adequate housing is found (110)

Living in a car, RV, park, campsite, or any other inadequate housing (130)

In a shelter (family, domestic violence, or transitional living program); OR awaiting temporary foster care (100)

Foster family home/Kinship placement (210)

Other (please specify) _____

¿Su hijo/familia viven en una residencia unifamiliar permanente (casa, apartamento, casa móvil)?

Si (200) No → En caso afirmativo parar aquí. En caso negativo, por favor seleccione a continuación:

Vive con más de una familia en una casa, apartamento o móvil, debido a las dificultades económicas (120)

Temporalmente en un hotel/motel hasta que se encuentre una vivienda adecuada (110)

Vivir en un auto, RV, parque, camping, o cualquier otra vivienda inadecuada (130)

En un refugio (la familia, la violencia doméstica, o un programa de vivienda de transición), o en espera de cuidado de crianza temporal (100)

Casa de acogida/parentesco colocación familiar (210)

Otra especifique _____

Brothers/Sisters:

Hermanos/as

Birthdate

Fecha de Nacimiento

Attend which school:

¿Asistir a qué escuela?

Emergency Phone Numbers (if parent cannot be reached) / Telefono de emergencia (si el padre no puede ser alcanzado)

Name

Nombre

Address

Domicilio

Cell/Daytime Phone

Celular/Teléfono de día

Relation to student

Parentesco

1. _____

2. _____

3. _____

Is either parent/guardian on active duty in the U.S. armed forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard) or on full-time National Guard duty? Yes No

¿Trabaja usted o su cónyuge en el militar? Sí No

Do you or your spouse work in agriculture? Yes No **If yes, has your child recently moved because of this work?** Yes No

¿Trabaja usted o su cónyuge en la agricultura? Si No Si respondió sí: ¿se ha mudado recientemente el estudiante por causa de su trabajo en la agricultura? Sí No

Is this student enrolled in the Migrant Education Program? Yes No Don't know

¿Participa el estudiante en el Programa de Educación Migrante? Sí No No sabe

I declare under penalty of perjury under the laws of this state that the information provided here is true and correct and of my own personal knowledge. / Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de este estado que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta, y de mi propio conocimiento personal.

Parent/Guardian Signature _____

Firma del Padre/Tutor

Date _____

Fecha

Items below to be completed by school personnel [Artículos abajo solamente completados por el personal de la escuela.]

How long did student attend previous school? _____ Last grade attended: _____

Is this the student's **first entry** in a school in the **United States**? _____ → if **NO** the first date enrolled in a **US** school _____

Is this the student's **first entry** in a school in **California**? _____ → if **NO** the first date enrolled in a **CA** school _____

Special programs (check all that apply):

SDC RSP subjects _____ Speech Inter-district agreement with _____

Birthdate Verification Birth Certificate Baptismal Certificate Other _____ Has this student ever been expelled? Yes No

School personnel completing lower part of this form _____ Date Received _____

REV 6/17



King City Union School District
435 Pearl Street
King City, CA 93930

Student Health History

Student's Name _____

Teacher's Name _____

1. Has your child had any of the following? Allergy (ies)

- | | | | | | | |
|-------------------|-----|-----|----|-----|----------|-------|
| ALLERGY(IES) | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| Serious Illness | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| Serious Injury | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| Operation(s) | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| Seizure Disorders | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| ADD/ADHD | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |
| Premature Birth | Yes | ___ | No | ___ | Explain: | _____ |

2. Is your child subject to any condition which may result in a classroom emergency, i.e., epilepsy, fainting, diabetes, heart problems, allergies, (food, insect, seasonal, etc.)? Yes ___ No ___ If yes, please explain:

3. Are there any physical behavioral problems which limit your child's participating in classroom activities and/or physical education? Yes ___ No ___ If yes, please explain:

4. Does your child take any daily medication? Yes ___ No ___ If yes, please list:

5. Does your child wear glasses? Yes ___ No ___

Screenings

To aid in the health of children, the State requires health screenings for certain grade levels by health professionals.

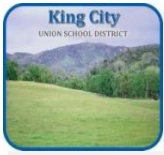
- First grade boy's colorblind screening
- All Kinder, Second, Fifth and Eighth Grade students receive Vision Screening.
- All Kinder, Second, Fifth and Eighth Grade students receive Hearing Screening.
- All Seventh Grade girls and Eighth Grade boys receive Scoliosis Screening.

To receive more information about these screenings or to *keep your child from being screened*, please contact the District Nurse.

Parent's Signature _____ **Date** _____

If he/she is to take ongoing medication at school at any time, we will need a letter stating this from his/her Doctor.





King City Union School District
 435 Pearl Street
 King City, CA 93930

Historia de Salud del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Maestro(a): _____

1. ¿ Ha padecido su niño alguno de los siguientes?

- Alergia (s) Si _____ No _____ Explique: _____
 Enfermedades graves Si _____ No _____ Explique: _____
 Herida (s) graves Si _____ No _____ Explique: _____
 Operación (s) Si _____ No _____ Explique: _____
 Ataques Cerebrales Si _____ No _____ Explique: _____
 Desorden de Deficiencia de Atención
 ó Desorden de Deficiencia de Atención Hiperactiva Si _____ No _____

Explique: _____

Nacimiento Prematuro: Si _____ No _____ Explique: _____

2. ¿Tiene su niño(a) alguna condición que puede resultar en una emergencia en la clase: Por ejemplo: epilepsia, desmayos, diabetes, enfermedades del corazón alergias, (alimentos, insecto, estación, etc)?

Si _____ No _____ Si la respuesta es "Sí" explique:

3. ¿Hay algún problema físico o de comportamiento que limite la participación de su niño(a) en el salón de clases o en la clase de educación física?

Si ___ No ___ Si la respuesta es "Sí " explique:

4. ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento diariamente? Si _____ No _____

Si la repuesta es "Sí" explique:

5. ¿Usa lentes su niño(a)? Si _____ No _____

Revisiones

Para ayudar en la salud de los niños(as) el estado requiere que la escuela haga revisiones administradas por profesionales de la salud a estudiantes en los siguientes grados.

- Evaluacion de colores niños de primer grado
- Todos los estudiantes del grado Kinder, Segundo, Quinto y Octavo recibirán revisiones de visión.
- Todos los estudiantes del grado Kinder, Segundo, Quinto y Octavo recibirán revisiones de audio.
- Todas las jovencitas del grado Séptimo y los jovencitos del grado Octavo recibirán revisiones de escoliosis.

Para más información sobre las revisiones o si usted no desea que se revise a su niño(a) por favor póngase en contacto con la oficinista de salud de la escuela donde asiste su niño(a).

Las revisiones son gratuitas.

Firma de padre _____ Fecha _____

Si el niño(a) necesita tomar medicamentos a diario en la escuela, necesitamos una nota de su Doctor.