

# 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