**WINSHIP-ROBBINS ESD STUDENT REGISTRATION**

**INSCRIPCION PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR WINSHIP- ROBBINS**

⧫Has this student attended the Winship-RobBins Elementary School District before?  Yes  No

⧫*¿Alguna vez ha asistido su hijo(a) el distrito escolar de Winship-Robbins?*   *Sí*  *No*

**STUDENT INFORMATION/INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

**PLEASE PRINT – STUDENTS LEGAL NAME *USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE***

LEGAL FIRST NAME LEGAL MIDDLE NAME LEGAL LAST NAME OTHER LEGAL NAME (IF APPLICABLE)

*PRIMER NOMBRE LEGAL SEGUNDO NOMBRE LEGAL APELLIDO LEGAL OTRO NOMBRE LEGAL (SI APLICA)*

MALE/MASCULINO

DATE OF BIRTH/*FECHA DE NACIEMENTO*: MONTH/*MES*: DAY/*DIA*: YEAR/*AÑO*:  FEMALE/ FEMENINA

CITY/*CIUDAD*: STATE/ *ESTADO*: COUNTRY/*PAIS*:

U.S. CITIZEN/ *ES CUIUDADANO DE LOS EE. UU.*  YES/*SI*  NO

DATE STUDENT FIRST ATTENDED SCHOOL IN **THE U.S.** DATE STUDENT FIRST ATTENDED SCHOOL IN **CALIFORNIA**

*FECHA EN LA QUE EL ESTUDIANTE ASISTIO POR PRIMERA VEZ A LA ESCUELA EN* ***EE. UU***FECHA EN LA QUE EL ESTUDIANTE ASISTIO POR PRIMERA VEZ A LA ESCUELA EN **CALIFORNIA**

MONTH/*MES* DAY/*DÍA* YEAR/*AÑO* MONTH/*MES* DAY/*DÍA* YEAR/*AÑO*

**WHAT IS YOUR CHILD’S ETHNICITY? *¿CUAL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO(A)?*** (PLEASE CHECK ONE/*MARQUE UNA*)

Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)

*Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, mexicano, Puerto Rico, Centro de Sudamérica, sin importar su raza)*

Not Hispanic or LATINO / *No ES Hispano o Latino*

**what is your child’s race? *¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO(A)?*** (Please check up to five racial categories/ *Por favor no marque más de cinco opciones*)

The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

*La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.*

American Indian or Alaskan Native/ Laotian/*Laos* (206)  Filipino/Filipino American/

*Indígena americano o nativo de Alaska*(100) Cambodian/*Camboyano* (207) *Filipino/Filipino Americano (400)*

(Persons having origins in any of the original people  Hmong /*Hmong* (208)  African American or Black/

of, North Central or South AMERICA)/(*Personas cuyo* Other Asían/*Otro asiático* (299) *Afro Americano o negro* (600)

*origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica*) Hawaiian/*Hawaiano* (301)  White/*Blanco* (700)

Chinese/*Chino* (201) Guamanian/*Guamás* (302) (Persons having origins in any of the original peoples of

Japanese/*Japonés* (202)Samoan/*Samoa* (303) Europe, North Africa, or Middle East)/(*Personas cuyo*

Korean/*Coreano* (203)Tahitian/*Tahitiano* (304) *origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte África*

Vietnamese/*Vietnamita* (204)Other Pacific Islander/*Otro grupo* *o el Medio Oriente*)

Asian Indian/*Indio de Asia (*205)*de las Islas Del Pacífico* (399)

**CELDT/ELPAC**

Has your child ever been given the CELDT/ELPAC Test (California English Language Development Test)?  **yES**  **NO**  **I DO NOT KNOW**

*¿Alguna vez ha tomado su hijo(a) el examen CELDT/ ELPAC (California desarrollo del idioma inglés de prueba)?* ***SI******NO******NO SÉ***

**Parent/Guardian Information/*Informacion del Padre/Guardian***

PARENT GUARDIAN FIRST NAME LAST NAME CELL PHONE EMAIL

*NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN APELLIDO TEL. CELULAR CORREO ELECTRONICO*

PARENT GUARDIAN FIRST NAME LAST NAME CELL PHONE EMAIL

*NOMBRE DE MADRE/GUARDIAN APELLIDO TEL. CELULAR CORREO ELECTRONICO*

**Parent/Guardianship Information (with whom the student lives): check all that apply**

***Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante: marque todas las que apliquen***

Father/*Padre*  Mother/*Madre*  Both/*Con los dos Padres*  Step-Father/*Padrastro*  Step-Mother/*Madrastra*

Guardian/*Guardián*  Foster/Group Home- Casa de Hogar/de cuidado temporal  Other/*Otro*

Is the above person(s) the student’s Legal Guardian? *¿Es la persona/s ESCRITA arriba el GUARDIAN LEGAL de EL/LA estudiante?*

Yes/*Si*  No If No, please complete a “Caregiver Affidavit”/*Si No, favor de llenar una declaración jurada de la persona encargada.*

If there is a Legal Custody agreement regarding this student/ *hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante*

please check one *por favor marque UNO*:  Joint Custody/ *Custodia Compartida*   Sole Custody/ *Custodia EXCLUSIVA*   Guardian/ e*ncargado*

**In which language do you wish to receive written communication from the SCHOOL? / *¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela*?**  English/*Inglés*  Spanish/*Español*

**PLEASE CHECK THIS BOX IF YOUR ADDRESS HAS CHANGED/ *POR FAVOR MARQUE ESTA CAJA SI SU DIRECCION HA CAMBIADO***

PHYSICAL ADDRESS (HOUSE # & STREET NAME) APT# CITY STATE ZIP CODE

*DIRECCION FISICA (# DE CASA Y NOMBRE DE CALLE) # DE APT CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL*

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) CITY STATE ZIP CODE

*DIRECCION DE CORREO (SI ES DIFFERENTE) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL*

**PLEASE COMPLETE INFORMATION BELOW FOR PARENT(S)/GUARDIAN WITH WHOM THE STUDENT LIVES:**

***FAVOR DE COMPLETAR LA INFORMACION DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE(S) O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:***

1. Father/*Padre*  Step Father/ *Padrastro* (check one/*marque uno*) **Full Name/*Nombre Completo*:**

**Employer/*Empleador*:** **City/*Cuidad*:**  **WORK PHONE/*Teléfono DE TRABAJO:***

1. Mother/*Madre*  Step Mother/*Madrastra* (check one/*marque uno*) **Full Name/*Nombre Completo*:**

**Employer/*Empleador*:**  **City/*Cuidad***: **WORK** **Phone/ *Teléfono DE TRABAJO:***

**DUPLICATE MAILING/CORREO DUPLICADO**:

If divorced/separated & joint custody allows duplicate mailing/information to be given to other parent, please include their name, address and phone number. *Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:*

**Full Name/Nombre Completo:** **Phone/Teléfono #**:

**Mailing Address/Dirección DE CORREO**: **City/Cuidad:**

**State/Estado: Zip Code/Código Postal**:

**PARENTS EDUCATION/ *EDUCACION DE AMBOS PADRES***

**FATHER*/PADRE* MOTHER*/MADRE***

Graduate Degree or Higher/*GRAUDADO UNIVERSITARIO* (10)

College Graduate/*Se graduó secundaria o preparatoria* (11)

Some College or Associate’s Degree/*Algo de colegió O ASOCIADO* (12)

High School Graduate/*Gradación de la preparatoria* (13)

Not a High School Graduate/*No se grado de la preparatoria* (14)

Graduate Degree or Higher/*GRAUDADO UNIVERSITARIO* (10)

College Graduate/*Se graduó secundaria o preparatoria* (11)

Some College or Associate’s Degree/*Algo de colegió O ASOCIADO* (12)

High School Graduate/*Gradación de la preparatoria* (13)

Not a High School Graduate/*No se grado de la preparatoria* (14)

**residence/*residencia*:**

where is your child/family currently living? (federally mandated information) please check appropriate box:

*¿DÓNDE VIVE ACTUALMENTE SU HIJO(A) O LA FAMILIA? (informacio pedida federalemente) favor marque la casilla correspondiente:*

In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile HOME)

*En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)*

Unsheltered (car/CAMPSITE) / *Sin residencia (carro o campamento)* (12)

Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or LOSS)/

*Con más de una familia en casa o apartamento DEBIDO A PÉRDIDA O DIFICULTAD ECONÓMICA* (11)

In a shelter or transitional housing program/ *En un refugio o programa de vivienda en transición* (10)

In a motel/hotel/ *En un motel/hotel* (09)

Other Specific/*Otra especifique* (15):

**ADDITIONAL Family INFORMATION/INFORMACION ADICIONAL DE FAMILIA(S)**

Names of Brothers and Sisters: M/F School: Birth Date:

*Nombre de Hermanas o Hermanos: Escuela: Fecha de Nacimiento:*

**PARENT RIGHTS/ DERECHOS DE PADRES**

* Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the

documents normally required at the time of enrollment.

* Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
* Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free

meals and Title I.

* Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

**ACTIVE MILITARY DUTY/ *ACTIVO EN MILITAR***

Is either Parent/Guardian a member of the Armed Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard) on active duty or full-time National Guard DUTY? / *¿ALGUN PADRE/GUARDIAN ES MIEMBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS (EJÉRCITO, MARINA, FUERZA AÉREA, CUERPO MARINO O GUARDIA COSTA) EN SERVICIO ACTIVO O GUARDIA NACIONAL DE TIEMPO COMPLETO?*  **YES/*SI***  **NO**

**EMERGENCY CONTACT/PERMISSION TO PICK UP YOUR STUDENT/*CONTACTO EMERGENCIA/PERMISO DE RECOGER A SU EL ESTUDIANTE:***

In the event of an **emergency** involving my child (student’s name), **and if the listed guardians are unable to be reached**, I name the following person(s) and/or hospital to initiate emergency treatment on my behalf, ***in order of notification.***  **They also have my authorization to pick my child up from school. *Add additional sheet(s) as necessary.* Anyone not listed MAY NOT pick up the child.**

*En el caso de una* ***emergencia*** *que INVOLUCRE a mi hijo/a (nombre del estudiante),* ***y si los padres o guardianas legales no PUEDEN SER CONTACTADOS****, nombro a laS siguienteS persona(s) y/o en el hospital para iniciar un tratamiento de emergencia en mi nombre,* ***con el fin de la notificación. Agregue otra hoja(s) según sea necesario.******Cualquier persona que NO ESTA en LA LISTA, no puede recoger a su hijo(a).***

nAME/*NOMBRE* RELATIONSHIP/*RELACION*  Phone #’s (home, work, cell)/*# de Teléfono (casa, trabajo, celular)*

nAME/*NOMBRE* RELATIONSHIP/*RELACION*  Phone #’s (home, work, cell)/*# de TELÉFONO (casa, trabajo, celular)*

nAME/*NOMBRE* RELATIONSHIP/*RELACION*  Phone #’s (home, work, cell)/*# de TELÉFONO (casa, trabajo, celular)*

nAME/*NOMBRE* RELATIONSHIP/*RELACION*  Phone #’s (home, work, cell)/*# de TELÉFONO (casa, trabajo, celular)*

nAME/*NOMBRE* RELATIONSHIP/*RELACION*  Phone #’s (home, work, cell)/*# de TELÉFONO (casa, trabajo, celular)*

I hereby authorize the staff of Robbins School to arrange for any necessary emergency medical/surgical treatment or procedure in my absence for  *(student’s name).*

*Yo autorizo al personal DE la escuela Robbins que hagA arreglos necesarios para cualquier emergencia médica/quirúrgica, tratamiento, o procedimiento, en mi ausencia para (nombre del estudiante).*

If emergency contacts are not available, ***all emergencies will be transported to Woodland Memorial Hospital Emergency Room. The school does not assume responsibility for medical expenses.***

*Si los contactos de emergencia no están disponibles****, todas las situaciones de emergencia serán transportadas al Hospital de Woodland Memorial cuarto de Emergencias. La escuela no asumirá la responsabilidad de los gastos médicos.***

***Insurance Carrier: Policy #***

Name of Doctor/*Nombre de Doctor and Phone #*: 

Please note any specific health problems/*ANotE algunos problemas de salud*:

Please list medications taken, if any/*aNote las medicinas que toma*:

Allergies/ALERGIAS? Yes/*Si*  No If so, what/Si tiene, cuales son?

Severity (Please choose one) Mild Moderate Serious Life threatening

Allergic to foods/*Alérgico a alguna(s) comida(s)?*  Yes/*Si*  No If so, what/Si tiene, cuales son?

Severity of allergy (Please choose one) Mild Moderate Serious Life threatening

Allergic to any medication/*Alérgico a algun medicamento*?  Yes/*Si*  No If so, what/Si tiene, cuales con?

Severity (Please choose one) Mild Moderate Serious Life threatening

Allergic to bee stings/ALÉRGICO A LAS PICADURAS DE ABEJAS?  Yes/*Si*  No If yes, does your child have an epipen?

Severity (Please choose one) Mild Moderate Serious Life threatening *Si tiene, su hijo/a tiene un epipen?*

ANy Surgeries/Alguna Cirugía?  Yes/Si  No if yes, please explain

**\* Please note any additional information regarding your childs condition on back of this form.**

***Please print name of Parent/Guardian /Favor de firmar Nombre en molde:***

***Signature of Parent/Guardian / Firma de Padre o Guardián:*** *date/FEcha:*

**FOR SCHOOL USE ONLY**

*EXIT DATE: EXIT REASON: TRANSFERING TO:  CA SCHOOL:  ANOTHER STATE:  ANOTHER COUNTRY*

*PUBLIC PRIVATE*

November 2021 WRESD – ROBBINS SCHOOL