

WCPS Student Registration Form / Formulario de Inscripción

PERSONAL INFORMATION (Regarding Pre-School: KRS 157.3175 requires no duplication of services with Head Start)

INFORMACION PERSONAL (En cuanto al pre-escolar: KRS 157.3175 requiere la no duplicación de servicios con Head Start)

Student's Legal Name: Nombre legal del estudiante: (Last) / Apellido, (First) / Primer nombre, (Middle) / Segundo nombre SS#(not required) / # de seguro social (no se requiere)

Residence Address: Dirección: Street / Calle Apt. # Fire Gate # / # de Apt. / # de entrada al rancho City / Ciudad Zip Code / Código postal County / Condado

Mailing Address (if different from above): Dirección postal (si difiere del anterior) (include P.O. Box # if applicable Incluye P.O. Cuadro # en su casa)

Home Phone: Número de teléfono: Birth Date: Fecha de Nacimiento: Age: Edad Sex: M F Sexo

Ethnicity Select one: Origen Étnico: Hispanic / Hispano Non Hispanic / No Hispano Grade / Grado

Race: Select all that apply: Raza: Seleccione todo lo que es aplicable: Caucasian/White / Caucásico/Blanco African American/Black / Americano africano Asian / Asiático American Indian or Alaskan Native / Indio americano o Nativo de Alaska Native Hawaiian or other Pacific Islander / Hawaiano u otra isla del pacifico

Last school Attended: Escuela anterior City/State: Ciudad/Estado

Person Completing this form - Must be parent or legal guardian (please print) Persona que ha llenado este formulario deben ser los Padres o apoderados Date Completed Fecha

Photo ID Provided: Mostrar identificación con fotografía:

FAMILY INFORMATION: INFORMACION FAMILIAR

Student Lives With / El estudiante vive con:

- Mother / Father / Madre y Padre Mother / Madre Father / Padre Grandparents / Abuelos Guardian / Apoderado Stepfather / Mother / Padrastro y Madre Stepmother / Father / Madrastra y Padre Foster Parents / Padres adoptivos Other / Otros

Biological/Adoptive Parent's Information: Información del Padre biológica/adoptivo: Name: Nombre: Birthdate / Fecha de Nacimiento Address: Dirección: Cell Phone: Número celular: Work Place: Lugar de trabajo: Work Phone: Teléfono del trabajo: E-Mail: Correo electrónico: Other: Otro: Name: Nombre: Birthdate / Fecha de Nacimiento Address: Dirección: Cell Phone: Número celular: Work Place: Lugar de trabajo: Work Phone: Teléfono del trabajo: E-Mail: Correo electrónico: One Call Now An automated calling system for School Cancellation, etc. List numbers you would like included in this service. Sistema de llamado automático - Por favor escriba los números de teléfono que desea sean incluidos en este servicio.

CONTINUE ON BACK-CONTINUA DETRAS

OFFICE USE ONLY / Solo para uso oficial: School: School: Enrolled Enrolled Teacher: Teacher: Grade: Grade: T-Code: T-Code: Bus #: Bus #: AM AM PM PM

It is the responsibility of the parent or guardian to inform the school as changes occur to information on this document. Es responsabilidad de los padres o apoderados informar a la escuela si ocurren cambios en la información de este documento

**VERY IMPORTANT List ALL people living in the household / MUY IMPORTANTE: Escriba el nombre de todos los gente que viven en el hogar**

Name <i>Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>	School Attending ( if applicable) <i>Escuela (si es aplicable)</i>	Relationship to Student (if applicable) <i>Relación con el estudiante (si corresponde)</i>

**REQUIRED CONTACT INFORMATION - List at least two (OTHER THAN PARENTS) and additional contacts who may pick up your child in the event you cannot be reached: / Información de contacto necesaria - Lista al menos dos contactos (aparte de los padres) que puedan recoger a su hijo en el caso de que no se puede llegar.**

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Alt. Phone: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Alt. Phone: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Alt. Phone: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Alt. Phone: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Pick up restrictions: (Note: If biological parent is restricted, court documentation is required.)**  
*Restricciones para recoger: (Si uno de los padres biológicos tiene orden de restricción es necesario presentar documentación)*

**CHILD CARE INFORMATION (If applicable)**

*INFORMACION ACERCA DE LA GUARDERIA (Si es aplicable)*

Before school / *Antes de la escuela*       After school / *Después de la escuela?*

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HEALTH INFORMATION / Información De Salud**

Family Doctor / *Doctor familiar:* \_\_\_\_\_ Phone / *Teléfono:* \_\_\_\_\_

Family Dentist / *Dentista familiar:* \_\_\_\_\_ Phone / *Teléfono:* \_\_\_\_\_

List any health problems or allergic reactions / *Mencione cualquier tipo de problema de salud o reacciones alérgicas:*

List medications your child will need to take while at school (contact school office for guidelines):

*Mencione los medicamentos que su hijo(a) está tomando (esto debe registrarse en la oficina):*

**EMERGENCY RELEASE /EN CASO DE EMERGENCIA**

I give permission for \_\_\_\_\_ to be taken by school personnel, nurse, or by ambulance, if necessary, to Dr. \_\_\_\_\_ or the hospital for EMERGENCY treatment in the event I cannot be located. I will be responsible for all fees incurred.

*Doy permiso para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ sea atendido(a) por el personal de la escuela, enfermera o recogido(a) por la ambulancia si es necesario y llevado(a) al Dr. \_\_\_\_\_, o al hospital en caso que necesite asistencia de EMERGENCIA, y yo no pueda ser localizado. Me haré responsable por todos los gastos.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre o apoderado*

**ADDITIONAL INFORMATION NEEDED / SE NECESITA INFORMACION ADICIONAL**

Resident of Woodford County / *Reside en el Condado de Woodford de*  0-3 years / *años*       4 or more years / *o más años*

Is any parent/guardian employed in an agricultural related field / *Alguno de los padres trabaja en el campo (tabaco, uvas etc)?*  Y / *Si*  N

List any activities to be restricted because of religious reasons / *Nombre actividades que deben ser restringidas por razones religiosas:*

Was the most recent school attended either an alternative school or alternative program?  Y  N

Fue la más reciente se reúnen a una escuela alternativa o programa alternativo?  Y  N

It is the responsibility of the parent or guardian to inform the school as changes occur to information on this document.  
 Es responsabilidad de los padres o apoderados informar a la escuela si ocurren cambios en la información de este documento