

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

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

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

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

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

<p>Biological/Adoptive Parent's Information: Información del Padre biológica/adoptivo:</p> <p>Name: _____ <i>Nombre:</i> Birthdate / <i>Fecha de Nacimiento</i> _____ Address: _____ <i>Dirección:</i></p> <p>Cell Phone: _____ <i>Número celular:</i> Work Place: _____ <i>Lugar de trabajo:</i> Work Phone: _____ <i>Teléfono del trabajo:</i> E-Mail: _____ <i>Correo electrónico:</i></p>	<p>Biological/Adoptive Parent's Information: Información de la Madre biológica/adoptivo:</p> <p>Name: _____ <i>Nombre:</i> Birthdate / <i>Fecha de Nacimiento</i> _____ Address: _____ <i>Dirección:</i></p> <p>Cell Phone: _____ <i>Numero de celular:</i> Work Place: _____ <i>Lugar de trabajo:</i> Work Phone: _____ <i>Teléfono del trabajo:</i> E-Mail: _____ <i>Correo electrónico:</i></p>	<p>Other: Otro:</p> <p>Name: _____ <i>Nombre:</i> Birthdate / <i>Fecha de Nacimiento</i> _____ Address: _____ <i>Dirección</i></p> <p>Cell Phone: _____ <i>Numero de celular:</i> Work Place: _____ <i>Lugar de trabajo;</i> Work Phone: _____ <i>Teléfono del trabajo</i> E-Mail: _____ <i>Correo electrónico</i></p>
---	--	--

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: _____ Enrolled _____
 Teacher: _____ Grade: _____ T-Code: _____ Bus #: AM _____ 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