



# STUDENT REGISTRATION

## School District of Lee County

**DIRECTIONS: Shaded areas are to be filled in by office staff. Non-shaded areas are to be filled in by parent/guardian.**

STUDENT # _____		SCHOOL NAME _____	
ENROLLMENT CODE _____		ENROLLMENT DATE ____ / ____ / ____	
ALTERNATE SCHOOL _____		q NEW ENROLLMENT    q TRANSFER FROM SCHOOL _____	
q RE-ENROLLMENT TO LEE COUNTY		PRIOR SCHOOL DISTRICT _____	
PRIOR STATE _____		PRIOR COUNTRY _____	
STUDENT'S NAME AS IT APPEARS ON BIRTH CERTIFICATE:			
Last _____		First _____	Middle _____
AKA/NICKNAME _____			
q In Florida public school before?		q In Lee County public school before?	q First time in school in the United States?
<b>KINDERGARTEN STUDENTS</b>			
Did your child participate in a child-care program or family day-care the year prior to entering kindergarten?    q YES    q NO			
If Yes, was it Pre-K Early Intervention, Head Start, Pre-K Disabilities, or Migrant Pre-K?    q YES    q NO			
If it was not one of these programs, did you receive a government subsidy specifically to pay total or partial costs of child-care?    q YES    q NO			
<b>STUDENT'S SOCIAL SECURITY #</b>	<b>SEX</b>	<b>RACE OF STUDENT</b>	
	q MALE	q White, Non-Hispanic	q Hispanic
	q FEMALE	q Black, Non-Hispanic	q Multiracial
		q Asian or Pacific Islander	q Indian or Alaskan Native
			GRADE _____
			School Year _____ - _____
BIRTHDATE ____ / ____ / ____		BIRTHPLACE:	
		CITY _____	STATE _____
		COUNTRY _____	
WAS YOUR CHILD IN ANY SPECIAL EDUCATION PROGRAM AT THE PREVIOUS SCHOOL (Ex: Speech, SB, CT, IA, Gifted, etc.)?    q YES    q NO			
Has the student previously been expelled by a school board action?		q YES	q NO
Has the student had any arrests resulting in a criminal charge?		q YES	q NO
Has the student had any Juvenile Justice action taken against her/him?		q YES	q NO
ADDRESS WHERE STUDENT LIVES		MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT)	
STREET _____		STREET _____	
CITY/STATE _____		CITY/STATE _____	
ZIP CODE _____		ZIP CODE _____	
HOME PHONE _____		EMERGENCY PHONE _____	
WHO DOES THE STUDENT LIVE WITH?    q Both Natural Parents    q Mother    q Father    q Legal Guardian    q Other _____			
INFORMATION FOR FATHER / GUARDIAN / OTHER:		INFORMATION FOR MOTHER / GUARDIAN / OTHER:	
Name: _____		Name: _____	
q Father    q Guardian    q Other Relative _____		q Mother    q Guardian    q Other Relative _____	
Address: _____		Address: _____	
Hm. Phone _____ Cell _____		Hm. Phone _____ Cell _____	
Wk. Phone _____ Occupation _____		Wk. Phone _____ Occupation _____	
Is a language other than English used in the home?	Did the student have a first language other than English?	Does the student most frequently speak a language other than English?	Has your child been in attendance in a United States school for less than 3 full years?
q YES    q NO	q YES    q NO	q YES    q NO	q YES    q NO
If YES, what language? _____	If YES, what language? _____	If YES, what language? _____	If YES, date entered in United States? _____ / _____ / _____
IN WHICH LANGUAGE DO YOU PREFER TO BE CONTACTED EITHER IN WRITING OR BY PHONE?    q English    q Spanish    q Creole			
DOES YOUR CHILD HAVE A SEVERE MEDICAL PROBLEM THAT REQUIRES SPECIAL CARE?    q YES    q NO			
IF YES, YOU MUST CONTACT YOUR ASSIGNED SCHOOL TO MAKE SPECIAL ARRANGEMENTS BEFORE YOUR CHILD CAN ATTEND SCHOOL.			
NAME OF LAST SCHOOL ATTENDED		q PUBLIC	
STREET _____		q PRIVATE	
CITY _____		q ALTERNATE SCHOOL	
COUNTY _____		q HOME SCHOOL	
STATE _____		q CHARTER SCHOOL	
ZIP CODE _____		COUNTRY _____	

SIGNATURE OF PARENT / GUARDIAN / OTHER \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT YOUR NAME \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

# MATRICULA DEL ESTUDIANTE

**INSTRUCCIONES:** Las áreas oscurecidas deben ser llenadas por el personal de la oficina. Las áreas no oscurecidas deben ser llenadas por los padres.

STUDENT # _____ SCHOOL NAME _____	
ENROLLMENT CODE _____ ENROLLMENT DATE ____/____/____ ALTERNATE SCHOOL _____	
<input type="checkbox"/> NEW ENROLLMENT <input type="checkbox"/> TRANSFER FROM SCHOOL: _____ <input type="checkbox"/> RE ENROLLMENT TO LEE COUNTY	
PRIOR SCH. DISTRICT: _____ PRIOR STATE: _____ PRIOR COUNTRY _____	
APELLIDO DEL ESTUDIANTE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO	
APELLIDO _____	NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
APODO _____	
<input type="checkbox"/> En una escuela publica de la Florida antes <input type="checkbox"/> Primera vez en una escuela de U.S.A <input type="checkbox"/> En una escuela publica del Condado de Lee antes	
<b>ESTUDIANTES DE KINDERGARDEN</b> Indique si su niño asistió a guardería el año antes de ingresar a kinder <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto SI, indique si fue en Prekinder de Temprana Enseñanza, Head Start, Pre-Kinder para incapacitados, o Pre-Kinder Migratorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no participó en uno de estos programas, ¿Recibió Ud. un subsidio del gobierno específicamente para pagar el costo total o parcial para el cuidado del niño? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NÚM. SEGURO SOCIAL _____	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. RAZA <input type="checkbox"/> Blanco, No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro, No-Hispano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Indio o Nativo de Alaska GRADO _____ Año Esc. ____-____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD _____ ESTADO _____ PAIS _____
ESTABA SU HIJO(A) EN CLASES DE EDUCACION ESPECIAL EN LA ESCUELA ANTERIOR (Terapia de lenguaje, clases de educación especial) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha sido expulsado el estudiante anteriormente por el distrito escolar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ha sido arrestado el estudiante, dando por resultado un cargo criminal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto que si, nombre de la escuela _____ ¿Ha tenido el estudiante acción de la justicia juvenil tomada contra el/ella? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCION DONDE VIVE EL ESTUDIANTE _____	DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) _____
CALLE _____	CALLE _____
CIUDAD/ESTADO _____	CIUDAD/ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____	CODIGO POSTAL _____
TELEFONO DEL HOGAR _____	TELEFONO DE EMERGENCIA _____
<b>INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN/OTRO:</b> Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro Familiar Direccion: _____ Tel.Casa: _____ Celular _____ Tel.Trabajo: _____ Ocupación _____	
<b>MADRE/GUARDIAN</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro Familiar Direccion: _____ Tel.Casa: _____ Celular _____ Tel.Trabajo: _____ Ocupación _____	
EL ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Se usa otro idioma además del ingles en la casa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contestó "SÍ," ¿Qué idioma? _____	¿Ha tenido el estudiante otro idioma antes que el ingles? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contestó "SÍ," ¿Qué idioma? _____
¿Habla el estudiante otro idioma con más frecuencia que el ingles? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto "SÍ," ¿Qué idioma? _____	¿Su hijo(a) ha estudiado en los Estados Unidos menos de 3 años? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es Si, fecha en que entro a los Estados Unidos. ____/____/____
EN QUE IDIOMA PREFIERE USTED QUE SE LE COMUNIQUE POR ESCRITO O POR TELEFONO? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creole	
¿TIENE SU HIJO(A) ALGUN PROBLEMA MEDICO SEVERO QUE REQUIERA ALGUN CUIDADO ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTO QUE SI, USTED DEBE COMUNICARSE CON SU ESCUELA ASIGNADA PARA HACER ARREGLOS ESPECIALES ANTES DE QUE EL ESTUDIANTE PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA.	
ULTIMA ESCUELA A LA CUAL ASISTIO	
DIRECCION _____ CIUDAD _____ CONDADO _____	<input type="checkbox"/> PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> ESCUELA ALTERNA <input type="checkbox"/> HOME SCHOOL <input type="checkbox"/> ESCUELA CHARTER
ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ PAIS _____	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LOS PADRES/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA