

USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)*

Student Last Name *Apellido del estudiante* _____ First Name *Nombre* _____ Middle Name *Segundo Nombre* _____

Birthdate *Fecha del nacimiento* _____ Gender *Genero* M F _____ Grade *Grado* _____ Main Phone # *teléfono principal* _____

Residence Address *Dirección de residencia* _____ City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

Mailing Address *Dirección de envío* _____ City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED *INFORMACIÓN DE LA ESCUELA QUE ATENDIO ANTERIORMENTE*

School name *Nombre de escuela* _____ Address *Dirección* _____

City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

School Phone *Teléfono de la escuela* _____ School Fax *Escuela Fax* _____

SPECIAL SERVICES *Servicios especiales*
 What special services has your child received?
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo?

Special Ed <i>Educación especial</i>	Other <i>Otro</i>
<input type="checkbox"/> Resource (RSP) <i>Recurso (RSP)</i>	<input type="checkbox"/> Gifted (GATE) <i>Dotado (GATE)</i>
<input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <i>Clase de Día Especial (SDC)</i>	<input type="checkbox"/> Intervention (reading/math) <i>Intervención (Leyendo/mates)</i>
<input type="checkbox"/> Speech/Language <i>Habla / Lenguaje</i>	<input type="checkbox"/> Counseling <i>Asesoramiento</i>
<input type="checkbox"/> IEP or 504 <i>IEP o 504</i>	<input type="checkbox"/> EL development <i>Desarrollo del idioma inglés</i>
	<input type="checkbox"/> Attended CUESD Preschool <i>Asistió a CUESD Preescolar</i>

ETHNICITY with which the student most closely identifies
ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica

Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race
Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza

Not Hispanic or Latino
No hispano o Latino

RACE RAZA: Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Selecciona hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*
 (Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)

Chinese (201) *Chino*

Japanese (202) *Japonés*

Korean (203) *Coreano*

Vietnamese (204) *Vietnamita*

Asian Indian (205) *Asiático Indio*

Laotian (206) *Laosiano*

Cambodian (207) *Camboyano*

Hmong (208) *Hmong*

Other Asian (299) *Otro Asiático*

Hawaiian (301) *Hawaiano*

Guamanian (302) *Guamanio*

Samoan (303) *Samoano*

Tahitian (304) *Tahitiano*

Other Pacific Islander (399) *Otros Iseño del pacifico*

African American or Black (600) *Afroamericano o negro*

White (700) *Blanco*
 (Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? *¿en el hogar de los estudiantes, se hablan otros idiomas aparte del inglés?*

YES *SÍ*

NO *NO*

If YES, what language and what family members?
Si es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?

PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / Tutor

 Mother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Father/Guardian (Last, first) *Padre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Mother/Guardian Residence *Residencia de la madre/tutor*

 Father/Guardian Residence *Residencia del padre/tutor*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mother/Guardian email *Correo electrónico de la madre/tutor*

 Father/Guardian email *Correo electrónico del padre/tutor*

 Mother/Guardian primary phone *Telefono principal de la madre/tutor*

 Father/Guardian primary phone *Telefono principal del padre/tutor*

 Mother/Guardian Employer *Empleador de la madre/tutor*

 Father/Guardian Employer *Empleador del padre/tutor*

 Mother/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo de la madre/tutor*

 Father/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo del padre/tutor*

WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE? *¿Con qué adultos vive el estudiante?* Shared custody *Custodia compartida*
 Father *Padre* Mother *Madre* Step-father *Padrastra* Step-mother *Madrastra* Guardian *Tutor* Other *Otro*

EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, seleccione el nivel educativo apropiado para el padre/tutor a continuación:*

- Non high school graduate *No graduado de preparatoria*
- High school graduate *Graduado de preparatoria*
- Some college (includes AA) *Un poco de Universidad (incl. AA)*
- College graduate *Graduado de la Universidad*
- Post-Grad/Higher *Escuela de posgrado/formación post grado*
- Decline to state *Declinar declara*

LEGAL ALERT ALERTA LEGAL

YES SÍ Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*

NO NO

Restraining order *Orden de restricción* **IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**

Custody order *Orden de custodia*

Adoption *Adopción*

Name change *Cambio de nombre*

Other *Otro* _____

EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: _____
 FECHA EFECTIVA: _____

MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty? YES NO
¿Esta el padre/tutor en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo? SÍ NO

I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.

Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y el comunicado para volver a las escuelas públicas.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

 Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*

 Date *Fecha*

OFFICE USE ONLY: Date Entered _____ Teacher _____ Grade _____ Bus Stop AM _____ Bus Stop PM _____
 Birth Verification: Birth cert/other _____ Shots confirmed YES NO Kinder dental YES NO 1st grade physical YES NO Lunch app YES NO
 INTRADISTRICT YES NO School _____ INTERDISTRICT YES NO School _____ ID# _____

STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Vivienda Estudiantil

CASCADE UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
1645 WEST MILL, ANDERSON, CA 96007
530-378-7000



Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.

Por favor haga una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Por favor devuelva a la oficina de registro de la escuela dentro de 14 días.

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>	
School <i>Escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>

Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435. *Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible a recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.*

- 1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?** *¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?*
YES *SÍ* NO *NO*
- 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?** *¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?*
YES *SÍ* NO *NO*
- 3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?** *¿Está este estudiante en una colocación temporaria de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?*
YES *SÍ* NO *NO*
- 4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?** *Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?*
YES *SÍ* NO *NO*

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Name <i>Nombre</i>	School <i>Escuela</i>

If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.

Si contestó Sí a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.

Where is this student currently living? ¿Dónde vive el alumno actualmente?

- In a motel *En un motel*
- In a shelter *En un albergue*
- With more than one family in a house or apartment *Con más de una familia en una casa o apartamento*
- Moving from place to place *Moviéndose de un lugar a otro*
- In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite *En un lugar no diseñado para dormir como un coche, parque o acampando.*
- Traditional housing (through community agency) *Vivienda tradicional (a través de una agencia de la comunidad)*
- Awaiting Foster Care Placement *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o* Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o* Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth) *Nombre impreso del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)* Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)* Date *Fecha*

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

For School Staff Only: File CUM. If Q 1 response is YES, forward to DISTRICT HOMELESS LIAISON or fax to 530-378-7001.



EMERGENCY CONTACT INFORMATION *Información de Contacto en Caso Emergencia*

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

<input type="radio"/> ANDERSON HEIGHTS	<input type="radio"/> MEADOW LANE	<input type="radio"/> ANDERSON MIDDLE	<input type="radio"/> NORTH STATE ASPIRE ACADEMY
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--

Student Last Name *Apellido del estudiante* **First Name** *Nombre* **Middle** *Segundo Nombre* **Birthdate** *Fecha del nacimiento*

M F

Gender *Genero* **Main Phone** *Teléfono principal* **Teacher** *Maestro* **Grade** *Grado*

Student's Physical Street Address *Dirección de residencia* **City** *Ciudad* **Zip Code** *Código postal*

Student's Mailing Address *Dirección de envío* **City** *Ciudad* **Zip Code** *Código postal*

Interpreter Needed for [language] *Necesita un Intérprete [idioma]* **Preferred interpreter name/phone** *Teléfono o nombre de intérprete preferido*

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la información de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS *PADRES/GUARDIANES*

Child lives with **Father** **Mother** **Other**
Niño vive con *Padre* *Madre* *Otro*

Parent/Guardian Name *Nombre del Padre/Tutor* **Parent/Guardian Name** *Nombre de la Madre/Tutor*

Relationship *Relación* **Birthdate** *Fecha del nacimiento* **Relationship** *Relación* **Birthdate** *Fecha del nacimiento*

Address *Dirección* **Address** *Dirección*

City *Ciudad* **State** *Estado* **Zip** *Código postal* **City** *Ciudad* **State** *Estado* **Zip** *Código postal*

Place of Employment *Lugar de empleo* **Place of Employment** *Lugar de empleo*

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular* **Work/Cell Phone** *Trabajo/Celular*

Email address *Dirección de correo electrónico* **Email address** *Dirección de correo electrónico*

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below.
En caso de no llegar a contactar a los padres, se da permiso para dejar ir al estudiante con las personas que se enumeran a continuación.

Name *Nombre* **Relationship** *Relación* **Main Phone** *Telefono principal* **Work/Cell** *Trabajo/Celular*

Name *Nombre* **Relationship** *Relación* **Main Phone** *Telefono principal* **Work/Cell** *Trabajo/Celular*

Name *Nombre* **Relationship** *Relación* **Main Phone** *Telefono principal* **Work/Cell** *Trabajo/Celular*

Name *Nombre* **Relationship** *Relación* **Main Phone** *Telefono principal* **Work/Cell** *Trabajo/Celular*

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:
 Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre Address Dirección Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre	Gender Genero	Birthdate Fecha de nacimiento	School Escuela

STUDENT'S HEALTH CONDITIONS *CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE*

- Asthma *Asma*
 Epilepsy *Epilepsia*
 Diabetes *Diabetes*
 Heart Condition *Problemas Cardiacos*
 Seizures *Convulsiones*
 Allergy, foods *alergia, alimentos*
 Allergy, other than food *Alergia, distintos a los alimentos*
 Operation, serious injury, or illness *operación, lesión grave o enfermedad*
 Other *otros* _____

Details *Mas detalles:* _____

- YES *Sí* NO *NO* **Does your child take medication regularly? If so, what kind?** _____
¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿de qué clase? _____
 YES *Sí* NO *NO* **Does your child have a speech problem? If so, explain.** _____
¿Su hijo tiene un problema de habla? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO* **Does your child have an ear problem? If so, explain.** _____
¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO* **Does your child have a physical handicap? If so, explain.** _____
¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO* **Does your child have an eye problem? If so, explain.** _____
¿Su hijo tiene un problema de ojos? Si es así, explique. _____

Doctor *Médico* Phone *Teléfono* Dentist *Dentista* Phone *Teléfono* Hospital Preference *Hospital de preferencia*

Medical Insurance Company/Group Policy # *Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #*

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.
 Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transporte para tratamiento médico de emergencia.

PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. POR FAVOR, SELECCIONE UNA CAJA Y FIRME ABAJO.

I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: _____
NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo debido a sus creencias religiosas personales. Explicar: _____

I hereby authorize the staff of the Cascade Union Elementary School District to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.
Por la presente autorizo al personal del distrito escolar primario de Cascade de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y doy mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo al personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad de servicios para mi hijo en la escuela de las actividades relacionadas.

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.
 Según horarios del nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán un chequeo de la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y el habla. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, el chequeo de su hijo será sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor* Date *Fecha*