



# GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION

**Dual Immersion**   
PLEASE COMPLETE SEPARATE APPLICATION

Student Name:			Birthdate:	Birthplace, State or Country	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Last	First	Middle	MEDICAL PROBLEM: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Grade level registering this year:
Mailing Address			City		Zip Code
Residence Address			City		Zip Code
			LIST PROBLEM: (Attach any additional Information)		School Year:

Primary Phone:	Emergency Contact- if responsible adult (parent, guardian) is unavailable	Month/Year Moved To Current Address:
	Name _____ Address _____ Phone _____	

Has this student attended Gilroy Unified Schools in the past? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  School: _____  Grade: _____ Year: _____	List any siblings living in the home attending Gilroy Schools: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Name</th> <th style="width: 40%;">School/Grade</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Name	School/Grade	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Has this student ever received any of the following services in this or any other District? GATE <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (ESL) (ELD) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Education* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No * (if yes identify services) Resource, Speech, Special Day, 504 Plan
Name	School/Grade									
_____	_____									
_____	_____									
_____	_____									

**PLEASE FILL OUT MOBILITY FORM**

Previous School (s) (List Pre-School if applicable)								
Grades Attended	Date Enrolled	Date Left	School	Public		State	City	County
				Yes	No			

**Home Language Survey**  
If you answer any language other than English for any of the questions below, your child will be required to take an (ESL) (ELD) Test..

1. What language did this student learn when first beginning to talk? _____  3. What language does this student <b>most frequently</b> use at home? _____	2. What language do you use <b>most frequently</b> to speak to this student? _____  4. What is the preferred language for your correspondence? _____
---	--

Check all that Apply <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____  Divorced/Legally Separated <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Joint Custody? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Emergency Contact?	Mother/Guardian <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Other _____  Address if different from student _____  Business Phone: _____ Ext. _____  Cell Phone: _____  Email: _____  Education Level, College Year or Degree Obtained: <input type="checkbox"/> Not high school graduate <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School <input type="checkbox"/> Some College
---	--

Check all that Apply <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____  Divorced/Legally Separated <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Joint Custody? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Emergency Contact?	Father/Guardian <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Other _____  Address if different from student _____  Business Phone: _____ Ext. _____  Cell Phone: _____  Email: _____  Education Level, College Year or Degree Obtained: <input type="checkbox"/> Not high school graduate <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School <input type="checkbox"/> Some College
---	--

**I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE FOREGOING IS TRUE AND THAT MY SUPPORTING DOCUMENTS ARE CORRECT.**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_**

**Office Use Only**

STUDENT ID:	SCH	REG-DATE	ENROLLED by	ETH	IMMUN	SPECIAL ED	HOME-SCH	Next School Code
Verification of Residence:		Documentation of Birthdate:		Referred to ELD _____		Primary Language _____		TRANSITIONAL KINDER <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deed <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Tax Card <input type="checkbox"/> Escrow Ltr <input type="checkbox"/> Lease <input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Baptismal Certificate <input type="checkbox"/> Military ID		ELD Status _____  Test Date _____				



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY INSCRIPCION DE ESTUDIANTES

**Doble Inmersión**   
POR FAVOR COMPLETE LA  
APLICACION INDEPENDIENTE

Nombre del Estudiante :			Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento Estado o País	Sexo	Grado para Que se esta Registrado:
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	PROBLEMA MEDICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			AÑO ESCOLAR:
Domicilio del correspondencia		Ciudad	Código Postal			
Domicilio de vivienda		Ciudad	Código Postal			

Teléfono de Casa	Información de Emergencia (si los padres no se encuentran) Nombre _____ Dirección _____ Tel. _____	¿Desde cuándo vive en ésta dirección? (fecha) _____
------------------	---	--

Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar Unificado de Gilroy anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  Escuela: _____  Grado: _____ Año: _____	Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  Nombre _____ Escuela/Grado _____  _____  _____	¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar?  GATE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inglés como 2º idioma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Educación Especial* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * (si es si identifique el servicio) Recursos, Habla, Clase de día Especial	<b>POR FAVOR DE LLENAR LA FORMA DE MOVILIDAD</b>
--	---	---	--

**Escuela (s) Previa (s) (Marque El Pre-escolar si Aplica )**

Grado Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Pública		Estado	Ciudad	Condado
				Si	No			

**Cuestionario sobre el idioma que se habla en casa.**

**Si en las preguntas su respuesta es otro idioma diferente al Inglés, su hijo tendrá que tomar un examen de colocación (ESL) (ELD).**

1. ¿En qué idioma aprendió a hablar? _____  3. ¿Cuál es el idioma que más utiliza en casa? _____	2. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza más con su hijo? _____  4. ¿Cuál es el idioma preferido para su correspondencia? _____
--	--

Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Familia Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)  Divorciados/Separados Legalmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Contacto de emergencia?	Madre/Guardián <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro _____  Dirección si es Diferente a la de su Hijo _____  Teléfono en el trabajo: _____ Ext. _____ Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido: Celular: _____ <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado / universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> Algo de Universidad
---	--

Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familia Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)  Divorciados/Separados Legalmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Contacto de emergencia?	Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Otro _____  Dirección si es Diferente a la de su Hijo _____  Teléfono en el trabajo: _____ Ext. _____ Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido: Celular: _____ <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado / universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> Algo de Universidad
---	--

**DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACION LEGAL.**

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

**Para uso de la Oficina Solamente (Office Use Only)**

ID	SCH	REG-DATE	ENROLLED by	ETH	IMMUN	SPECIAL ED	HOME-SCH	Next School Code
----	-----	----------	-------------	-----	-------	------------	----------	------------------

Verification of Residence <input type="checkbox"/> Deed <input type="checkbox"/> Tax Card <input type="checkbox"/> Lease  <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Escrow LTR <input type="checkbox"/> Other	Documentation of Birthdate: <input type="checkbox"/> Baptismal Record <input type="checkbox"/> Passport  <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Military ID	Referred to ELD _____ ELD Status _____ Test Date _____	Primary Language _____  TRANSITIONAL KINDER <input type="checkbox"/>
--	---	--	--