



STUDENT INFORMATION

Student# _____

School: _____

Last name _____ **First name** _____ **Middle name** _____ **Suffix** _____

Date of Birth ____/____/____ **Gender:** MALE / FEMALE **Grade:** _____

Social Security Number: _____ **Birth Place:** _____

Is the student Hispanic or Latino? YES/ NO- **Please indicate a race (PLEASE CHOOSE AT LEAST ONE**

____ American Indian or Alaska Native ____ Asian ____ Black or African American
____ Native Hawaiian or other Pacific Islander ____ White

Date of first entry in U.S. School(if student was born out of the U.S.) _____

Is parent/guardian active in military? YES/NO **Is parent/guardian in Military Reserve?** YES/NO

Student lives with ____ Both Parents ____ Mother only ____ Father only ____ Mother/Stepfather ____ Father/Stepmother ____ Other _____

Parent's Marital Status: ____ Single ____ Married ____ Divorced ____ Separated ____ Other

1st Emergency Contact(other than parent(s)Name and Number) _____

2nd Emergency Contact(other than parent(s)Name and Number) _____

Adults authorized to check out student(list individual names) _____

If you are NOT in a PRZ(Parent Responsibility Zone, will your child ride the bus home? YES/ NO

If YES, child will ride the bus: In the morning/Afternoon/BOTH

On early release day, child will: ride the bus home, be a car rider, or walk

Medical Alerts _____ **Medications** _____

Health Concerns _____ **Past Surgeries** _____

Primary Doctor _____ **Pharmacy** _____

Can child participate in Physical Education(P.E. classes) YES/ NO

Note for restriction _____

OFFICE STAFF ONLY

INITIALS _____

DATE ENTERED _____



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Student# _____

School _____

Apellido _____ **Primero Nombre** _____ **Segundo Nombre** _____ **Sufijo** _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ **Genero:** Hombre o Mujer **Grado:** _____

Numero de Seguro Social _____ **Lugar de Nacimiento** _____

Fecha de la primera entrada a una escuela de los EE.UU.(Si el estudiante nació fuera de los EE.UU.) _____

¿Esta el padre/tutor activo con el ejercito? SI /NO Esta padre/tutor en la Reserva Militar? SI/ NO

Si contesto que SI, círcule: Implementado, No Implementado, Retirado, o Descargado

El estudiante vive con ___Ambos Padres ___Mama solamente ___Papa Solamente ___ Mama/Padrasto ___Papa/ Madrasta ___Tutor Legal ___Otro

Estado civil de los padres __Solteros __Casados __Divorciados ___Separados ___Otro _____

Contacto de emergencia(aparte de los padres)(Nombre y Numero) _____

Contacto de emergencia(aparte de los padres)(Nombre y Numero) _____

Personas autorizadas a recoger al estudiante dela escuela(lista de nombres individuales)

Si no es PRZ (zona de responsabilidad de los padres), ¿viajará su hijo en el autobús? SI/NO

Si contesto SI, mi hijo/a viajará en el autobús: mañana / tarde / AMBOS

En el dia de salida temprano, mi hijo/a: va ser recogido por carro, ir en autobus, o caminar a casa

Alertas Medicas _____ **Medicamentos** _____

Problemas de Salud _____ **Cirugías previas** _____

Doctor _____ **Pharmacia** _____

¿Puede el estudiante participar en Educación Física? SI/ NO

Razon por restricción _____

OFFICE STAFF ONLY

INITIALS _____

DATE ENTERED _____

Additional Information

Do your religious beliefs affect the student from receiving medical attention? YES / NO

Do your religious beliefs prevent the child from saluting the flag of the United States? YES/ NO

Enrollment History

Did student attend a 4 year old Pre-K program? If yes, what program? _____

Has the student previously attended another Georgia School? YES/ NO

Name of School: _____

Please list the last three schools the student has attended:

School Name	City/State	Years Attended
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Is the student CURRENTLY participating in any special programs, such as Special Education, Speech, ESOL, Gifted, EIP/IEP, SST/504, ETC? YES/NO

If yes, please specify _____

Has the student PREVIOUSLY participated in any special programs, such as Special Education, Speech, ESOL, Gifted, EIP/IEP, SST/504, ETC? YES/NO

If yes, please specify _____

Is the student currently SUSPENDED/EXPELLED from another public or private school? YES/ NO

If yes, please explain _____

I am authorized to enroll this student and understand that in compliance with OCGA 20-2-780 that having enrolled the student; I am the only person who can withdraw the student, unless a court order applies. I understand that it is against the law to lie or falsify on a legal document and that I may be prosecuted, held criminally liable, and punished by a fine of not more than \$1,000 or by imprisonment for not less than one or five years, or both, if I am found guilty of false swearing pursuant to O.C.G.A 16-10-71. I hereby certify that all the information contained on this form is true and accurate to the best of my knowledge. _____ INITIALS

Print Name: _____ Signature: _____

Date Registered: _____

Información Adicional

¿Sus creencias religiosas afectan al estudiante para que no reciba atención médica? SI/ NO

¿Sus creencias religiosas impiden que el niño salude la bandera de los Estados Unidos? SI/ NO

Historial de inscripciones

¿Asistió el estudiante a un programa de prekínder de 4 años? Si es así, ¿qué programa? SI / NO

¿El estudiante ha asistido anteriormente a otra escuela de Georgia? SI /NO

Nombre de Escuela: _____

Porfavor liste las últimas tres escuelas que el estuidante asistió

Nombre de escuela	Cuidad/Estado	Años que asistió
-------------------	---------------	------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está el estudiante participando ACTUALMENTE en algún programa especial como: Educación Especial, clases de habla, ESOL, IEP/EIP, SST/504, ETC? SI / NO

¿El estudiante ha participado ANTERIORMENTE en programas especiales como: Educación Especial, por empleo clases de alto nivel, clases de habla, ESOL, IEP/EIP,SST,504, ETC? SI / NO

¿El estudiante está actualmente SUSPENDIDO / EXPULSADO de otra escuela pública o privada? SI/ NO

Yo estoy autorizado(a) para matricular a este estudiante, y entiendo que en conforme a la ley OCGA 20-2-780 que al haber matriculado al estudiante, soy la unica persona que puede dar al estudiante de baja, al menos que una orden de corte se aplique. Comprendo que es contrala leymentir o falsificar en un documento legal y que puedo ser procesado y ser criminalmente responsable y condenado a una multa de mas de \$1,000.00 o por encarcelamiento por o menos de uno o ni mas de cinco años, o ambos, si soy declarado culpable de pretérito a O.C.G.A 16-10-71. El suscrito certifica que la informacion contendia en este formulario es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento _____ INICIALES

Nombre(letras legibles) _____ Firma _____

Fecha de matriculación _____

Mi relación con el estudiante es: ___ Madre/Padre ___ Tutor Legal ___ Persona con mandato judicial

Household Information Sheet

Home or Cell Phone:() -

Primary Physical Address:

Street Number/Name _____ Apt# _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Secondary Address(If Applicable):

Street Number/ Name _____ Apt # _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Mailing Address(if different)

Address/P.O. BOX _____ Apt # _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Mother/Female Guardian _____

Does this person live with student at his/her primary address? YES/ NO

Father/ Male Guardian _____

Does this person live with student at his/her primary address? YES/ NO

Please list all other household members and their relationship to the student:

Phone Messenger Preferences

You can receive messages/alerts from the Dalton Public School's messenger service through telephone, email, and text messages regarding events and news at your child's school. Messages are grouped according to their content and urgency. You can also select the type of messages you would like to be notified about.

GENERAL NOTIFICATION consists of notices regarding upcoming school events, PTA meetings, fundraisers, and etc.

HIGH PRIORITY consists of school closing, delays, or early dismissal due to weather or emergency situations.

Text messages can be sent to your cellphone when it is a **HIGH PRIORITY** alert. *(Note: ALL rates and fees with your cellphone provider will apply according to the terms and conditions of your carrier agreement)*

Mother/Guardian Cellphone _____

___ High Priority ___ General ___ Text

Email Address _____

___ High Priority ___ General ___ Text

Employer _____

Work Phone _____

___ High Priority ___ General ___ Text

Father/ Guardian Cellphone _____

___ High Priority ___ General ___ Text

Email Address _____

___ High Priority ___ General ___ Text

Employer _____

Work Phone _____

___ High Priority ___ General ___ Text

I would like my telephone and email messages in **ENGLISH**

SPANISH

INFORMACIÓN DE HOGAR

Teléfono de casa o de celular(_____) _____-

Dirección Física:

Dirrección _____ No. de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Hogar secundario(si corresponde):

Dirrección _____ No. de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirrección de Envío(si es diferente a su domicilio)

Dirrección/P.O. BOX _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Madre/Tutora legal _____

¿Esta persona vive en casa con el estudiante? SI / NO

Padre/Tutor legal _____

¿Esta persona vive en casa con el estudiante? SI / NO

Por favor nombre cualquier otra persona que vive en este hogar y la relación que tiene con el estudiante:

Preferencias de Mensajes de Teléfono

Usted puede recibir alertas y mensajes por teléfono, correo electrónico, o mensajes de texto, sobre eventos y noticias de la escuela de su hijo(a) por parte del servicio de las Escuelas Publicas de Dalton. Los mensajes son agrupados dependiendo de su contenido y urgencia. Usted puede seleccionar el tipo de mensajes que desea recibir.

INFORMACIÓN GENERAL: consiste de noticias sobre eventos, juntas, funciones para recaudar fondos.

ALTA PRIORIDAD: consiste de noticias sobre cancelaciones, retrasos, o salida temprana de clases por cause de emergencia o mal tiempo.

Mensajes de texto pueden ser enviados a su celular cuando sean de alta priodidad. *(Nota: Se aplicaran cargos y tarifas de mensajes según sea su plan de teléfono celular)*

Madre/tutora			
Tel de Celular _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto
Correo electrónico _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto
Lugar de empresa _____			
Tel de trabajo _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto

Padre/tutor			
Tel de celular _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto
Correro electrónico _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto
Lugar de empresa _____			
Tel de trabajo _____	____ Alta Prioridad	____ General	____ Texto

Deseo recibir mensajes de teléfono y correo electronico en *INGLES* *ESPAÑOL*

**Georgia Department of Education
ESOL & Title III Unit
Required Home Language Survey**



Dear Parent/Guardian:

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he/she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child **MAY** be a candidate for additional English Language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment. Thank you.

Student Name(required information)

Language Background(required information):

1. Which language does your child BEST understand and speak?

2. Which language does your child MOST frequently speak at home?

3. Which language do adults in your home FREQUENTLY use when speaking with your child?

Language for School Communication(not required):

4. In which language would you prefer to receive all school information?

Signature of Parent/Guardian

Date

Departamento de Educación de Georgia
UNIDAD ESOL
Encuesta obligatoria en el idioma nativo



Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo/a la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a decidir si su hijo **PUEDE** ser candidato para recibir apoyo adicional en el idioma inglés. La calificación final para el apoyo lingüístico se basa en los resultados de una evaluación del idioma inglés. Gracias.

Nombre del estudiante(Información obligatoria):

Antecedentes del idioma (información requerida):

1. ¿Qué idioma entiende y habla MEJOR su hijo?

2. ¿Qué idioma habla su hijo con MÁS frecuencia en casa?

3. ¿Qué idioma usan los adultos en su hogar con FRECUENCIA cuando hablan con su hijo?

Idioma para la comunicación escolar (no requerido):

4. ¿En qué idioma preferiría recibir toda la información de la escuela?

Firma del padre/tutor

Fecha



STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

This questionnaire is intended address the McKinney-Vento Act 42 U.S.C 11435. The answers to this, help us determine the services the student(s) may be eligible to receive.
(ONE FORM PER FAMILY)

NAME OF STUDENT MALE/FEMALE DATE OF BIRTH SCHOOL GRADE STUDENT#

Please list any other children in home and their age _____

PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS:

1. Is your current address a temporary living arrangement? ___ YES ___ NO
2. Is your living situation due to loss of housing or economic hardship? ___ YES ___ NO
3. Have you been evicted in the past 12 months? ___ YES ___ NO
4. Is the student currently under state care or state custody? ___ YES ___ NO
If YES, which county? _____ Date child entered state care _____

If you answered YES to any of the questions above, please complete the remainder of this form. If you answered NO to all questions above you may stop here.

Where is the student(s) presently living?

- ___ In a motel
- ___ In a shelter
- ___ With more than ONE family in a house or apartment
- ___ Moving from place to place
- ___ In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as car, park, or campsite
- ___ In a foster home

Name of Parent/Legal Guardian _____ Street Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____ Phone# _____

Presenting a false record or falsifying records is an offense under OCGA 16-10-20

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

TO BE FILLED OUT BY THE MCKINNEY-VENTO LIAISON

Please send a fax (706-226-5457) and send original through inter-office mail to Jackie Taylor, School Social Worker at City Park. I certify the above named student(s) qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the Mckinney-Vento Act.

Date _____ Signature of McKinney-Vento Liaison _____



Dalton Public Schools

CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario intenta cumplir con la Ley Mckinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas de este formulario ayudarán a determinar para qué servicios es elegible el estudiante.
(LLENE UN FORMULARIO POR FAMILIA)

NOMBRE DE ESTUDIANTE HOMBRE/MUJER FECHA DE NACIMIENTO GRADO # DE ESTUDIANTE

Por favor escriba los nombres y edades de los otros niños que viven en casa _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS SIGUINETES PREGUNTAS:

1. ¿La dirección actual donde vive es temporal?(por corto tiempo) ___SI ___NO
2. ¿Su situación de vivienda se debe a que perdió su vivienda o situación económica difícil? ___SI ___NO
3. ¿Ha sido desalojado en los últimos 12 meses? ___SI ___NO
4. ¿Está el estudiante actualmente bajo cuidado o custodia del estado? ___SI ___NO

Si contesto que SI, de que condado _____ Fecha de ingreso en el cuidado de estado _____

Si contesto SI a una o más de las preguntas de arriba, llene el resto de este formulario. Si contesto NO a todas las preguntas, puede para aquí.

- ___ En un motel
- ___ En un refugio
- ___ Con más de una familia en una casa o apartamento
- ___ Mudándose de lugar en lugar
- ___ En un lugar no diseñado para dormir, como un carro, un parque, o un campamento
- ___ Bajo cuidado o custodia del estado

Nombre del Padre(s)/Tutor Legal _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ # de Teléfono _____

Presentar información falsa es una ofensa, según OCGA 16-10-20.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de padre adoptivo _____ Fecha _____

TO BE FILLED OUT BY THE MCKINNEY-VENTO LIAISON

Please send a fax (706-226-5457) and send original through inter-office mail to City Park for Jackie Taylor, School Social Worker. I certify the above student(s) qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the Mckinney-Vento Act.

Date _____ Signature of McKinney-Vento Liaison _____



1854 Twin Towers East
205 Jesse Hill Jr Dr
Atlanta, GA 30334
www.gadoe.org

Educating Georgia's Future

School District: DALTON PUBLIC SCHOOLS

DATE _____

PARENT OCCUPATIONAL SURVEY

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive supplemental services under Title I, Part C

NAME OF STUDENT(S)	NAME OF SCHOOL	GRADE

1. Has anyone in your household moved in order to work in another city, county, or state, in the last three(3) years? ___ YES ___ NO

2. Has anyone in your household been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? ___ YES ___ NO

If you answer YES, check all that applies:

___ Planting/picking vegetables (tomatoes, squash, onions, etc) or fruits (grapes, strawberries, blueberries, etc)

___ Planting, growing, cutting, processing trees (pulpwood), or raking pine straw

3. ___ Processing/Packing agricultural products

4. ___ Packing/Processing meats (beef, poultry, or seafood)

5. ___ Commercial fishing or fish farms

6. ___ Other (please specify) _____

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Phone # _____

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contract for your school/district.

NON-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "YES" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district.

GA DOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415. GA DOE Region 2 MEP, 221 N Robinson Street, Lenox, GA 31637 Toll Free (800) 621-5217

Fax (912) 842-5440 | Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Family contacted/attempt date _____

Sent to Regional office on _____



1854 Twin Towers East
205 Jesse Hill Jr Dr
Atlanta, GA 30334
Www.gadoe.org

Districto Escolar: DALTON PUBLIC SCHOOLS

FECHA _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título 1, Parte C

NOMBRE DEL/LOS ESTUDIANTES

ESCUELA

GRADO

- 1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o, estado, en los ultimos tres(3) años? ___SI ___NO
- 2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres(3) años? ___SI ___NO

Si la respuesta es "SI", marque todo trabajo que aplique:

- ___1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc) o frutas (uvas, fresas, arándanos,etc)
- 3. ___ Procesando/ Empacando productos agrícolas
- 4. ___ Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. ___ Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. ___ Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, criadero de pescados)
- 7. ___ Otra actividad. Explique _____

Nombre de los padres o guardianes legales _____

Dirección donde vive _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Teléfono** _____

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contract for your school/district.

NON-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "YES" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district.

GA DOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415. GA DOE Region 2 MEP, 221 N Robinson Street, Lenox, GA 31637 Toll

Free(800)621-5217|Fax (912) 842-5440| Toll Free (866) 505-3182 Fax (229)546-3251

Family contacted/attempt date _____

Date _____