

# छात्र रजिस्ट्रेशन फॉर्म

स्कूल \_\_\_\_\_ आज की तारीख \_\_\_\_\_

## छात्र की जानकारी

कानूनी उपनाम	कानूनी प्रथम नाम	कानूनी मध्य नाम	इस नाम से भी जाना जाता है
जन्मदिन (M/D/Y)	लिंग	जन्मस्थान: शहर	राज्य देश ग्रेड स्तर
क्या आपका बच्चा कभी भी इस तरह के प्रोग्राम में गया है:			
<input type="checkbox"/> बहुत काबिल <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा <input type="checkbox"/> 504 रहने की जगह			
<input type="checkbox"/> अंग्रेज़ी भाषा सीखने वाले <input type="checkbox"/> व्यावसायिक चिकित्सा <input type="checkbox"/> बातचीत/भाषा			
<input type="checkbox"/> शारीरिक चिकित्सा <input type="checkbox"/> अन्य _____			
क्या स्टूडेंट के माता-पिता/अभिभावक अभी सेना में हैं?		अगर हाँ:	
<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ: सेना में माता-पिता/अभिभावक की संख्या _____		<input type="checkbox"/> सशस्त्र सेना, सक्रिय ड्यूटी <input type="checkbox"/> सशस्त्र सेना, रक्षित जगह <input type="checkbox"/> वाशिंगटन राष्ट्रीय रक्षक	
एथनिक कोड: डिस्ट्रिक्ट को राज्य को नीचे दी गई जानकारी की रिपोर्ट देनी होगी। (श्रेणियों को राज्य और संघीय सरकार की ओर से निर्धारित किया जाता है।)			
<b>प्रश्न 1: क्या आपका बच्चा स्पेनी या लेटिन मूल का है? (उन सभी की जाँच करें जो लागू होते हैं)</b>			
<input type="checkbox"/> स्पेनी/लेटिन नहीं <input type="checkbox"/> क्यूबन <input type="checkbox"/> डॉमिनिकन <input type="checkbox"/> स्पेनियाई			
<input type="checkbox"/> प्योर्टो रिकन <input type="checkbox"/> मेक्सिकन/मेक्सिकन अमेरिकन/ चिकानो <input type="checkbox"/> सेंट्रल अमेरिकन			
<input type="checkbox"/> साउथ अमेरिकन <input type="checkbox"/> लेटिन-अमेरिकन <input type="checkbox"/> अन्य स्पेनी/लेटिन			
<b>प्रश्न 2: आपके बच्चे की जाति क्या है? (उन सभी की जाँच करें जो लागू होते हैं)</b>			
<input type="checkbox"/> अफ्रीकी अमेरिकी/ब्लैक <input type="checkbox"/> व्हाइट			
<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय <input type="checkbox"/> कंबोडियन <input type="checkbox"/> चीनी <input type="checkbox"/> फिलिपीनो <input type="checkbox"/> मोंग <input type="checkbox"/> इंडोनेशियन <input type="checkbox"/> जापानी <input type="checkbox"/> कोरियन <input type="checkbox"/> लाओशन <input type="checkbox"/> मलेशियन <input type="checkbox"/> पाकिस्तानी <input type="checkbox"/> सिंगापुरियन <input type="checkbox"/> ताईवानीज़ <input type="checkbox"/> थाई <input type="checkbox"/> वियतनामीज़ <input type="checkbox"/> अन्य एशियन			
<input type="checkbox"/> मूल हवाईयन <input type="checkbox"/> फ़िज़ीयन <input type="checkbox"/> ग्वामेनियान या चमोरो <input type="checkbox"/> मरियाना आइलैंडर <input type="checkbox"/> मेलेनेशियन <input type="checkbox"/> माइक्रोनेशियन <input type="checkbox"/> समोअन <input type="checkbox"/> टोंगन <input type="checkbox"/> अन्य पैसिफिक आइलैंडर			
<input type="checkbox"/> अलास्का मूल निवासी <input type="checkbox"/> चेहलिस <input type="checkbox"/> काल्विल <input type="checkbox"/> कोव्बिटज़ <input type="checkbox"/> होह <input type="checkbox"/> जेम्सटाउन <input type="checkbox"/> कैलिस्पल <input type="checkbox"/> लोअर एल्वा <input type="checkbox"/> लुम्बी <input type="checkbox"/> मकलशूट <input type="checkbox"/> निस्कली <input type="checkbox"/> नूकसैक <input type="checkbox"/> पोर्ट गेम्बल क्ललम <input type="checkbox"/> पाइलप <input type="checkbox"/> मकलशूट			
<input type="checkbox"/> किल्यूट <input type="checkbox"/> किनोल्ट <input type="checkbox"/> समिश <input type="checkbox"/> सौक सुइएटल <input type="checkbox"/> शोथ जल <input type="checkbox"/> स्कोकोमिश <input type="checkbox"/> स्त्रोक्काल्मी <input type="checkbox"/> स्पोकन <input type="checkbox"/> स्केक्सन आइलैंड <input type="checkbox"/> स्टिलएग्वामिश <input type="checkbox"/> सुकूएमिश <input type="checkbox"/> स्वीनोमिश <input type="checkbox"/> ट्यूललिय <input type="checkbox"/> यकामा			
<input type="checkbox"/> अन्य वाशिंगटन इंडियन <input type="checkbox"/> अन्य अमेरिकन इंडियन			

## पिछले स्कूल की जानकारी

उन स्कूल की संख्या जिनमें पहले गए थे: _____	आखिरी स्कूल जिसमें स्टूडेंट गया था (साल, ग्रेड, और पिछले स्कूल का पता शामिल करें): _____
क्या आपके बच्चे का नाम कभी स्कूल या वाशिंगटन राज्य के स्कूल में लिखा गया है?	
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं अगर हाँ, तो किस स्कूल या साल में गए थे? _____	
क्या आपका बच्चा कभी लेक वाशिंगटन स्कूल डिस्ट्रिक्ट में गया है (हेड स्टार्ट, रेडी स्टार्ट या प्री-स्कूल सहित)?	
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं अगर हाँ, तो किस स्कूल या साल में गए थे? _____	

<b>For Office Use Only</b>	School Entry Date	Advisor Name	Student 1D #	B/D Verified (initial)
----------------------------	-------------------	--------------	--------------	------------------------

**प्रमुख घर की जानकारी - निवास स्थान - कहाँ और रहने की जगह**

गली		अपार्टमेंट#		For Office Use Only	
शहर	राज्य	ज़िप	हाउसिंग डेवलपमेंट (अगर लागू हो तो)		
मेलिंग पता (अगर ऊपर वाले से अलग है तो)					
गली		पीओ बॉक्स		अपार्टमेंट#	
शहर	राज्य	ज़िप			
प्रमुख फ़ोन: (____) _____ <input type="checkbox"/> लिस्ट में न होने पर जाँचें <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य					
<b>माता-पिता/अभिभावक #1</b>		<input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> स्टेपमदर <input type="checkbox"/> स्टेपफादर <input type="checkbox"/> अन्य _____		फ़ोन 2: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य फ़ोन 3: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य ईमेल पता: _____	
उपनाम _____					
प्रथम नाम _____					
मालिक _____					
<b>माता-पिता/अभिभावक #2</b>		<input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> स्टेपमदर <input type="checkbox"/> स्टेपफादर <input type="checkbox"/> अन्य _____		फ़ोन 2: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य फ़ोन 3: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य ईमेल पता: _____	
उपनाम _____					
प्रथम नाम _____					
मालिक _____					

**दूसरे घर के मेलिंग की जानकारी**

गली		अपार्टमेंट#			
शहर	राज्य	ज़िप	हाउसिंग डेवलपमेंट (अगर लागू हो तो)		
मेलिंग पता (अगर ऊपर वाले से अलग है तो)					
गली		पीओ बॉक्स		अपार्टमेंट#	
शहर	राज्य	ज़िप			
प्रमुख फ़ोन: (____) _____ <input type="checkbox"/> लिस्ट में न होने पर जाँचें <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य					
<b>माता-पिता/अभिभावक #3</b>		<input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> स्टेपमदर <input type="checkbox"/> स्टेपफादर <input type="checkbox"/> अन्य _____		फ़ोन 2: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य फ़ोन 3: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य ईमेल पता: _____	
उपनाम _____					
प्रथम नाम _____					
मालिक _____					
<b>माता-पिता/अभिभावक #4</b>		<input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> स्टेपमदर <input type="checkbox"/> स्टेपफादर <input type="checkbox"/> अन्य _____		फ़ोन 2: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य फ़ोन 3: (____) _____ <input type="checkbox"/> घर का <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> अन्य ईमेल पता: _____	
उपनाम _____					
प्रथम नाम _____					
मालिक _____					

जानकारी का सत्यापन: इस तारीख तक इस फॉर्म के अंदर की जानकारी सच और सही है। मैं समझता हूँ कि नाम लिखवाने या काम लेने के लिए गलत जानकारी देने से लेकर वाशिंगटन स्कूल डिस्ट्रिक्ट में स्टूडेंट का नाम काटा जा सकता है या काम वापस लिया जा सकता है।

कानूनी माता-पिता/अभिभावक हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख हौसहोल्डओल्ड \_\_\_\_\_