

MOORPARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date: _____	Assigned Grade: _____	Permanent ID: _____
--	--	---	--------------------	-----------------------	---------------------

- Has your student ever attended MUSD public schools before? ☐ Yes Grade _____ ☐ No
- What grade are you enrolling your student into? _____

PLEASE PRINT – STUDENT'S LEGAL NAME

Legal Last Name		Legal First Name		Legal Middle Name		Other Nickname (if applicable)	
☐ Male	☐ Female	Birth date:	Month	Day	Year	STUDENTS' BIRTHPLACE: City: _____ State: _____ Country: _____	
Student Home Phone _____							
Student Residence Address				Apt#	City	State	Zip
Student Mailing Address (IF DIFFERENT)				Apt #	City	State	Zip

Federal law requires the collection of the following information:

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one): ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (Please check all that apply)

The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ American Indian or Alaskan Native(100) | ☐ Laotian (206) | ☐ Samoan (303) |
| ☐ Chinese (201) | ☐ Cambodian (207) | ☐ Tahitian (304) |
| ☐ Japanese (202) | ☐ Hmong (208) | ☐ Other Pacific Islander (399) |
| ☐ Korean (203) | ☐ Other Asian (299) | ☐ Filipino/Filipino American (400) |
| ☐ Vietnamese (204) | ☐ Hawaiian (301) | ☐ African American or Black (600) |
| ☐ Asian Indian (205) | ☐ Guamanian (302) | ☐ White (700) |

Date student first attended school in the U.S.			Date student first attended school in California		
Month	Day	Year	Month	Day	Year

MOST RECENT SCHOOL ATTENDED (Student): For Kindergarten students, please list preschool attended

School	Address/City/State/Zip	Grade(s)	Date(s)

- Are there psychological or confidential reports available from your child's former school? ☐ Yes ☐ No
- Has your child been suspended? ☐ Yes ☐ No Has your child ever been expelled? ☐ Yes ☐ No
- Has your child been retained? ☐ Yes ☐ No What grade? _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – FORMA DE MATRICULA

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date: _____	Assigned Grade: _____	Permanent ID: _____
--	--	---	--------------------	-----------------------	---------------------

▶ ¿Ha asistido su hijo/a una escuela en Moorpark previamente? ☐ Sí Grado _____ ☐ No

▶ ¿En qué grado está matriculando a su estudiante? _____

FAVOR DE USAR LETRA DE IMPRENTA – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido (legal)	Primer Nombre (legal)	Segundo Nombre(legal)	Otro Nombre Legal (si aplica)
------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------

☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento	Mes _____ Día _____ Año _____	Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____
--	---------------------	--	---

Teléfono de la casa del estudiante _____

Domicilio residencial del estudiante	Apt#	Ciudad	Estado	Zona Postal
--------------------------------------	------	--------	--------	-------------

Domicilio de correo del estudiante (si es diferente)	Apt #	Ciudad	Estado	Zona Postal
--	-------	--------	--------	-------------

La ley federal requiere la siguiente información:

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO/A? (Marque uno solamente): ☐ Hispano o latino ☐ NO es hispano o latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Marque todos los que apliquen)

La pregunta anterior era sobre la etnicidad, no su raza. No importa lo que seleccionó anterior, continúe con su respuesta marcando una o más de las cajas para indicar la raza que usted considera representa a su hijo/a.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska (100)
☐ Chino (201)
☐ Japonés (202)
☐ Coreano (203)
☐ Vietnamés (204)
☐ Indio Asiático (205) | ☐ Laosiano (206)
☐ Camboyano (207)
☐ Hmong (208)
☐ Otro Asiático (299)
☐ Hawaiano (301)
☐ Guameño (302) | ☐ Samoano (303)
☐ Tahitiano (304)
☐ Otra Isla del Pacífico (399)
☐ Filipino/Filipino Americano (400)
☐ Negro Americano o Negro (600)
☐ Blanco (700) |
|--|--|--|

Fecha que primero asistió a la escuela <u>en los EEUU</u>	Fecha que primero asistió a la escuela <u>en California</u>
Mes _____ Día _____ Año _____	Mes _____ Día _____ Año _____

ESCUELA MÁS RECIENTE que asistió (Estudiante): Para los estudiantes de Kindergarten, por favor nombre la escuela pre-escolar que asistió

Escuela	Domicilio/ciudad/estado/zona postal	Grado	Fecha

¿Hay algún expediente psicológico o confidencial de la escuela previa de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

¿Han suspendido a su hijo/a? ☐ Sí ☐ No ¿Han expulsado a su hijo/a de la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo/a ha sido retenido? ☐ Sí ☐ No ¿En qué grado? _____

What special services has your child received? (please check all boxes that apply)

☐ Special Education ☐ GATE ☐ 504 ☐ Other (Specify) _____

HOME LANGUAGE SURVEY: Indicate only one language (most frequently used) per line:

1. Which language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? _____
2. Which language does your son/daughter most frequently speak at home? _____
3. Which language do you (parents/guardians) most frequently use to speak to your child? _____
4. Which language is most often spoken by adults (parents/guardians/grandparents) in the home? _____

In which language do you wish to receive written communications from the school? ☐ English ☐ Spanish

Parent/Guardianship Information (with whom the student lives) – check all that apply

☐ Father ☐ Mother ☐ Both ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian ☐ Foster/Group Home

☐ Other _____

Is the above (checked) person (s) the student's LEGAL guardian? ☐ Yes ☐ No

If No, please complete a "Caregiver Affidavit"

If there is a legal custody agreement regarding this student, please check one:

☐ Joint Custody ☐ Sole Custody ☐ Guardian

(Please provide a copy of the court order)

HEALTH INFORMATION

Does the student have any of the following:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Eye problems | ☐ Wears glasses/contacts | ☐ Hearing loss | ☐ Wears hearing aids |
| ☐ Diabetes | ☐ Asthma | ☐ Seizure disorder/epilepsy | ☐ Serious bee sting allergy |
| ☐ Peanut allergy | | | |
| ☐ Other Significant Health Problems: _____ | | | |
| ☐ Limited Physical Activity (please explain): _____ | | | |

(Doctor verification Required)

☐ Does the student take medication regularly? If so, what medication(s)?

(Documentation must be on file in school office)

Physician's Name: _____

Phone: _____

¿Cuáles servicios especiales ha recibido su hijo/a? (favor de marcar todos lo que aplican)

☐ Educación Especial ☐ GATE ☐ 504 ☐ Otro (Especifique) _____

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR: Solo indique un idioma por línea: (el que usa más frecuentemente)

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores)? _____

Indique en qué idioma desea que se le envíe la correspondencia a la casa. ☐ Inglés ☐ Español

Información del Padre/Tutor (con quien vive el estudiante) – marque los que apliquen:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Ambos ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo/Casa de grupo ☐ Otro _____

¿Es la persona indicada el guardián LEGAL del estudiante? ☐ Sí ☐ No

Si No, favor de completar la forma "Declaración Jurada para el Adulto Encargado"

Si hay un documento legal respecto a la custodia del estudiante es responsabilidad del padre o madre de presentar este documento al momento de la matrícula

Favor de indicar cual: ☐ Custodia compartida ☐ Custodia Individual ☐ Guardián

INFORMACION DE SALUD

Indique si su hijo/a tiene alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Problemas con los ojos | ☐ Usa espejuelos o lentes de contacto | ☐ Pérdida de audición | ☐ Usa receptor auditivo |
| ☐ Diabetes | ☐ Asma | ☐ Convulsiones /epilepsia | ☐ Alergia a piquetes de abejas |
| | | | ☐ Alergia al cacahuete (maní) |
| ☐ Otro problema de salud: _____ | | | |

☐ Limitada actividad física (favor de explicar): _____

(Se requiere verificación médica)

☐ El estudiante, ¿toma medicina regularmente? Si es así, ¿cuál medicina(s)? _____

(Toda medicina tiene que tener la documentación en la oficina)

Nombre del Doctor :

Teléfono:

MOORPARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT PARENT INFORMATION

(Complete this page once per family)

		()	()
Mother Last Name	First Name	Home Phone	Cell Phone
Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____			
Employer: _____		City: _____ Work Phone # () _____	
Occupation: _____		Email: _____	
☐ In addition to receiving notifications via telephone and email, I would like to receive text messages to my cell phone.			

		()	()
Father Last Name	First Name	Home Phone	Cell Phone
Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____			
Employer: _____		City: _____ Work Phone # () _____	
Occupation: _____		Email: _____	
☐ In addition to receiving notifications via telephone and email, I would like to receive text messages to my cell phone.			

☐ Step Mother	☐ Step Father	☐ Guardian	
		()	()
First Name	Last Name	Home Phone	Cell Phone
Employer: _____		City: _____ Work Phone # () _____	
Occupation: _____		Email: _____	
☐ In addition to receiving notifications via telephone and email, I would like to receive text messages to my cell phone.			

Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____

PARENT EDUCATION – Check the response that describes the education level of the most educated parent.

- ☐ Father or ☐ Mother
- ☐ Graduate Degree or Higher (10) ☐ Some College or Associate's Degree (12) ☐ Not a High School Graduate (14)
- ☐ College Graduate (11) ☐ High School Graduate (13)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – PADRES INFORMACION

(Complete la página una vez para la familia)

		()	()
Madre: Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Domicilio de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____			
Empresa _____		Ciudad _____ Teléfono de trabajo (____) _____	
Ocupación _____		Email _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

		()	()
Padre: Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Domicilio de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____			
Empresa _____		Ciudad _____ Teléfono de trabajo (____) _____	
Ocupación: _____		Email: _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

☐ Madrastra	☐ Padrastro	☐ Guardián	
		()	()
Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Empresa: _____		Ciudad: _____ Teléfono de trabajo # (____) _____	
Ocupación: _____		Email: _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE – Favor de marcar la respuesta que describe el nivel de educación del padre más educado.

- ☐ Padre or ☐ Madre
- ☐ Estudios post-graduados (10) ☐ Unos años de colegio o grado asociado (12) ☐ No se graduó de la escuela secundaria (14)
- ☐ Graduado de la Universidad (11) ☐ Graduado de la escuela secundaria (13)

MOORPARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT PARENT INFORMATION

(Complete this page once per family)

Residence – where is your child/family currently living? (federally mandated by NCLB) – Please check appropriate box:

- ☐ In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home)
- ☐ Affidavit of residence completed (Office use only)
- ☐ Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (11)
- ☐ In a shelter or transitional housing program (10)
- ☐ In a motel/hotel (09)
- ☐ Unsheltered (car/campsite) (12)
- ☐ Other (15) (please specify) _____

In case you are not able to reach me during an illness or emergency, including evacuation, I hereby authorize any employee of Moorpark Unified School District to release my child to only the following *(In addition to previously listed parent/guardians):

* Person listed must be over 18 years old

Name (Local if possible)	Relationship to student	Address	Contact Phone Number
--------------------------	-------------------------	---------	----------------------

Name (Local if possible)	Relationship to student	Address	Contact Phone number
--------------------------	-------------------------	---------	----------------------

Name (Local if possible)	Relationship to student	Address	Contact Phone number
--------------------------	-------------------------	---------	----------------------

I also give my consent for emergency medical or dental treatment; including transportation to the nearest emergency aid facility if I or the person(s) listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____

STUDENT INFORMATION – Please list children in the family.

Name	Gender	Grade	School	Birthdate

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – PADRES INFORMACION

(Complete la página una vez para la familia)

Residencia-¿Dónde está viviendo su hijo/a y familia? (mandato federal de la ley NCLB) – Plea Favor de indicar su lugar de vivienda:

- ☐ En una residencia individual (casa, apartamento, condominio, casa movable)
- ☐ Affidavit de residencia complete (uso de oficina solamente)
- ☐ En pares (compartiendo una casa con otras familias o individuos debido a situación económica o pérdida) (11)
- ☐ En un albergue o programa de vivienda transitoria (10)
- ☐ En un motel/hotel (09)
- ☐ Sin albergue (carro/campamento) (12)
- ☐ Otro (15) (favor de indicar) _____

Si no pueden localisarme en el caso de una enfermedad o emergencia (incluyendo evacuación), autorizo a cualquier empleado del Distrito Escolar Unificado de Moorpark que entregue a mi hijo/a a las siguientes personas (además de los padres/guardianes ya mencionados) * Las personas tienen que ser mayores de 18 años.

Nombre (Local si es posible)	Relación	Domicilio	Teléfono
------------------------------	----------	-----------	----------

Nombre (Local si es posible)	Relación	Domicilio	Teléfono
------------------------------	----------	-----------	----------

Nombre (Local si es posible)	Relación	Domicilio	Teléfono
------------------------------	----------	-----------	----------

También doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia médico o dental; incluyendo transportación a la facilidad de emergencia mas cercana si no se pueden comunicar conmigo o las personas en la lista de arriba.

Firma del Padre/Guardián legal: _____ **Fecha:** _____

HERMANOS/HERMANAS – Haga una lista de todos los niños en su familia

Nombre	Género	Grado	Escuela	Fecha de Nacimiento