

**Center for Community Adjustment
Student Information Form (2024-2025)**

PLEASE PRINT

Student's Name _____ **Date of Birth** _____ **School District** _____
(last) (first) (middle)

Address _____ **Home Phone** _____
(# & Street) (Apt #) (City) (State) (Zip)

Languages spoken in home (in order of preference) _____ ASP operator – enter in order listed

1. Parent/Guardian Information - Foster Parents: complete section 2 below, instead

	Parent/Guardian (Primary contact)	Additional Parent/Guardian (Alternate Contact)
Name	<small>(First) (Last)</small>	<small>(First) (Last)</small>
Address	<small>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</small>	<small>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</small>
Relationship to Student	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____
Home Phone		
Work Phone		
Cell Phone		

Email Addresses: Mother _____ Father _____

2. Foster Parent /Agency Responsible - ONLY for students in foster care, group homes, etc.

Name	<small>(First) (Last)</small>
Address	<small>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</small>
Relationship to Student	<input type="checkbox"/> Foster Mother <input type="checkbox"/> Foster Father
Home Phone	Cell Phone
	Work Phone

Email Addresses:

Agency Information

Agency Name	Contact Person	Title
Work Phone	Cell Phone	

3. Other Emergency Contact - as designated by the parent(s)/guardian(s)

	Contact Information	Contact Information
Name	<small>(First) (Last)</small>	<small>(First) (Last)</small>
Address	<small>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</small>	<small>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</small>
Relationship to Student	<input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Adult sibling <input type="checkbox"/> Other relative <input type="checkbox"/> Family friend <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Adult sibling <input type="checkbox"/> Other relative <input type="checkbox"/> Family friend <input type="checkbox"/> Other
Home Phone		
Work Phone		
Cell Phone		

4. Completed By

_____ **Print Name** _____ **Signature** _____ **Relationship to Student** _____ **Date**

 For BOCES Office Use Only – To Be Completed by BOCES staff member reviewing the information:

Change in address? No Yes *(Building administrator: Fax form to district of previous record if there is any change in address)*

Nassau BOCES is collecting your phone number for communications purposes. By providing the number(s) and signing this document, you agree that the school may contact you by phone or text, including with auto-dialed and/or prerecorded messages regarding school emergencies, school events and any other school-related communications, as well as other information deemed relevant by Nassau BOCES.

Center for Community Adjustment
Información del Estudiante (2024-2025)
Letra de imprenta

Nombre del Alumno _____ **Fecha del nacimiento** _____ **Distrito Escolar** _____
(apellido) (nombre de pila) (middle)

Dirección _____ **Teléfono de casa** _____
(# y calle) (apartamento #) (ciudad) (estado) (código postal)

Idiomas hablados en el hogar (en orden de preferencia) _____ ASP operator – enter in order listed

1. Información de Padres / Tutores - Padres de Crianza: complete la Sección 2 abajo, en lugar

	Tutor Primario	Tutor Alterno
Nombre	<i>(nombre de pila) (apellido)</i>	<i>(nombre de pila) (apellido)</i>
Dirección	<i>(# y calle) (apartamento #) (ciudad) (estado) (código postal)</i>	<i>(# y calle) (apartamento #) (ciudad) (estado) (código postal)</i>
Relación con el estudiante	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra: _____
Teléfono de casa		
Teléfono del trabajo		
Teléfono celular		

2. Padres de Crianza/Agencia Responsable - SOLO para los estudiantes en hogares de crecimiento, hogares de grupo, etc.

Nombre _____ *(First) (Last)*

Dirección _____ *(# y calle) (apartamento #) (ciudad) (estado) (código postal)*

Relación con el estudiante
 Madre de Crianza Padre de Crianza

Teléfono de casa _____ **Teléfono del trabajo** _____ **Teléfono celular** _____

Información de Agencia

Agencia	Persona de Contacto	Title
Teléfono del trabajo	Teléfono celular	

3. Otra Contacto de Emergencia - designadas por los padre(s) / tutor(es)

	Información de Contacto Persona	Información de Contacto Persona
Nombre	<i>(First) (Last)</i>	<i>(First) (Last)</i>
Dirección	<i>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</i>	<i>(# & street) (Apt #) (City) (State) (Zip)</i>
Relación con el estudiante	<input type="checkbox"/> Padrastro (s) <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Hermano Adulto (sobre 21 años) <input type="checkbox"/> Miembro de familia <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo de la familia <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Padrastro (s) <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Hermano Adulto (sobre 21 años) <input type="checkbox"/> Miembro de familia <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo de la familia <input type="checkbox"/> Otra
Teléfono de casa		
Teléfono del trabajo		
Teléfono celular		

4. Completada por: _____
Escriba el nombre
Escriba el nombre
Relación con el estudiante
Fecha

For BOCES Office Use Only – To Be Completed by BOCES staff member reviewing the information:
Change in address? No Yes **(Building administrator: Fax form to district of previous record if there is any change in address)**
 Nassau BOCES está recolectando su número de teléfono para fines de comunicación. Al proporcionar el (los) número(s) y firmar este documento, usted acepta que la escuela puede comunicarse con usted por teléfono o por texto, incluyendo mensajes auto-marcados y/o programados sobre emergencias escolares, eventos escolares y cualquier otra comunicación relacionado con la escuela, así como otra información considerada relevante por Nassau BOCES.