Moorpark Unified School District
Interim Placement Data Sheet

Name of Student _____ Sex ☐ Male ☐ Female

Living with ☐ Parent ☐ *Foster ☐ *LCI D.O.B _____

Parent/Guardian _____ Grade Registering for _____

Address _____ Home Phone _____

_____ Work Phone _____

Primary Language ☐ English ☐ Spanish Cell Phone _____

Previous School Information

Name _____ Phone _____

Address _____

_____ _____
Parent Signature Date

Enrollment Center Only

Home School _____ Requested School (parent):_____ IEP Included _____

School Year Registering for _____

_____ _____
Staff Signature Date

*Please have parent fill out the Consent for Release of Information on reverse side

---

SpEd Department Only

Services	Frequency	Time
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Next IEP :

☐ 30 Day review
☐ 60 Day from signed AP
*CM to generate AP
Annual _____
Triennial _____

IEP Date _____ Last Assessment _____

District _____ Person Spoken to_____ Date Contacted_____

Date Record Requested_____ _____
Name/Title

_____
Administrator's Signature

SpEd Use Only:

School:
Verified by Instructional Services.:
Case Manager:

Moorpark Unified School District
Interim Placement Data Sheet

Nombre de Estudiante _____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Viviendo con ☐ Padre ☐ *Foster ☐ *LCI Fecha de nacimiento _____

Padre/Tutor _____ Grado de inscripción _____

Dirección _____ Teléfono de Casa: _____

Idioma principal ☐ Inglés ☐ Español Teléfono celular: _____

Información sobre la escuela anterior Teléfono de trabajo: _____

Nombre _____ Número de teléfono: _____

Dirección _____

_____ _____
Fecha de firma de los padres Fecha

Enrollment Center Only

Home School _____ Requested School (parent):_____ IEP Included _____

School Year Registering for _____

_____ _____
Staff Signature Date

*Please have parent fill out the Consent for Release of Information on reverse side

---

SpEd Department Only

Services	Frequency	Time
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Next IEP :

☐ 30 Day review
☐ 60 Day from signed AP

*CM to generate AP

☐ Annual _____
☐ Triennial _____

IEP Date _____ Last Assessment _____

District _____ Person Spoken to_____ Date Contacted_____

Date Record Requested_____ _____
Name/Title

_____
Administrator's Signature

SpEd Use Only:

School:
Verified by Instructional Services.:
Case Manager:

Moorpark Unified School District
CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

Concerning: _____ _____
Name Date of Birth

I, the undersigned, hereby consent to, request, and authorize any and all persons or entities to release any or all medical, social, psychological, and educational information regarding the above-named person to the Moorpark Unified School District for inclusion in their records, which are to be used for planning an effective school program for this person.

I also consent to, request, and authorize Moorpark Unified School District to release the said information upon request to agencies or professionals listed below. A photocopy of this release is as valid as the original.

EDUCATIONAL

_____
Name Address City State Telephone

MEDICAL

_____
Name Address City State Telephone

AGENCY

_____
Name Address City State Telephone

Signature or Parent/Guardian_____ Date _____

Relationship of above-named person _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Respecto/a: _____ _____
Nombre Fecha de Nacimiento

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento, solicito y autorizo a todas las personas o entidades a que divulguen cualquier información médica, psicosocial y educativa relativa a la persona mencionada anteriormente al Distrito Escolar Unificado de Moorpark para su inclusión en sus archivos, los cuales se utilizarán para planificar un programa escolar eficaz para dicha persona.

También doy mi consentimiento, solicito y autorizo al Distrito Escolar Unificado de Moorpark a divulgar dicha información, previa solicitud, a las agencias o profesionales enumerados a continuación. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

EDUCACIONAL

_____
Nombre Dirección Ciudad Estado Teléfono

MEDICAL

_____
Nombre Dirección Ciudad Estado Teléfono

AGENCIA

_____
Nombre Dirección Ciudad Estado Teléfono

Firma de Padre/Guardian_____ Fecha _____

Relación a la persona mencionada _____