

**RAVENSWOOD CITY SCHOOL DISTRICT**  
**New Student Registration Information (Información para matriculación de nuevo alumno)**

**NEW STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL NUEVO ALUMNO)**

Student Name

Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Last Name (Apellido)

\_\_\_\_\_  
First Name (Primer nombre)

\_\_\_\_\_  
Middle Name (Segundo nombre)

Birthdate

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Gender

Sexo

M  F

Grade

Grado

TK  K  1  2  3  4  5  6  7  8

**PREVIOUS SCHOOL INFORMATION (INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR)**

Previous School or

Preschool Attended

Escuela o preescolar anterior

\_\_\_\_\_

Last Grade Attended

Último grado que asistió

\_\_\_\_\_

Address

Domicilio

\_\_\_\_\_

City

Ciudad

\_\_\_\_\_

State

Estado

\_\_\_\_\_

Zip Code

C. Postal

\_\_\_\_\_

**STUDENT EDUCATIONAL HISTORY (HISTORIAL EDUCATIVO DEL ALUMNO)**

Has this student ever been expelled? (¿Ha sido este estudiante expulsado alguna vez?)

Yes (sí)  No (no)

Was your child retained in a prior grade level? (¿Ha reprobado su hijo/a algún grado anterior?)

Yes (sí)  No (no)

**Please check any programs in which the student has participated.**

**Favor de marcar la casilla de los programas en los cuales el/la estudiante ha participado.**

Special Education Services – IEP

504 Plan

Special day class, resource or speech, etc.

(Servicios de Educación Especial - IEP

Gifted & Talented Education

Clase especial diurna, de recurso o del habla, etc.)

(Programa para alumnos talentosos y superdotados)

**ETHNICITY (ETNICIDAD)**

**Part 1 (Parte 1)** Is the student Hispanic/Latino?

(¿Es el/la estudiante hispano/a o latino/a?)

Yes, Hispanic/Latino (Sí, es hispano/a o latino/a)

No, not Hispanic/Latino (No es hispano/a o latino/a)

**Part 2 (Parte 2)** Please indicate student's race

(favor de indicar la raza del estudiante)

Hispanic/Latino / American Indian or Alaskan Native

Asian (Asiático)

Chinese  Japanese  Korean  Vietnamese

Asian Indian  Laotian  Cambodian  Filipino

Hmong  Other Asian

Native Hawaiian/Other Pacific Islander (Hawaiano/polinesio)

Hawaiian  Guamanian  Samoan  Tahitian

Other Pacific Islander

African American/Black

White

**HIGHEST LEVEL OF EDUCATION (NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN)**

**Mother (madre)**

Post Graduate (Posgrado)

College Graduate (Licenciatura Universitaria)

Some College (Algo de universidad)

High School Graduate (Graduado de la preparatoria)

Non-High School Graduate (No preparatoria)

**Father (padre)**

Post Graduate (Posgrado)

College Graduate (Licenciatura Universitaria)

Some College (Algo de universidad)

High School Graduate (Graduado de la preparatoria)

Non-High School Graduate (No preparatoria)

**RESIDENTIAL INFORMATION (INFORMACIÓN RESIDENCIAL)**

**Does the student's family... (La familia del estudiante...)**

Live with friends or family members temporarily? (¿Vive temporalmente con amistades o familiares?)

Yes (sí)  No (no)

Live with more than one family in a house/apartment? (¿Vive con más de una familia en una casa/apartamento?)

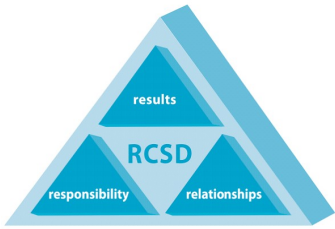
Yes (sí)  No (no)

Live in a shelter, motel, vehicle, or trailer? (¿Vive en un albergue temporal, motel, automóvil o tráila?)

Yes (sí)  No (no)

Child in foster care placement? (¿Niño/a en cuidado de crianza temporal?)

Yes (sí)  No (no)



**Ravenswood City School District**  
**ADMINISTRATIVE OFFICE**  
 2120 Euclid Avenue, East Palo Alto, California 94303  
 (650) 329-2800

“OUR CHILDREN – OUR FUTURE”

**HOME LANGUAGE SURVEY / ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR**

Student Name/*Nombre del estudiante* \_\_\_\_\_  
 (Last Name/*Apellido*) (First Name/*Primer Nombre*) (Middle Name/*Segundo Nombre*)

*Birthdate/Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_ *Grade Level/Grado* \_\_\_\_\_

**Directions for Parents and Guardians/ Instrucciones para los padres y tutores:**

The California Education Code contains legal requirements which direct schools to determine the language(s) spoken in the home of each student. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services. As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with this legal requirement. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered.

*El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer los programas y servicios educativos adecuados. Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con este requisito legal. Responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escribe el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio indicado. Por favor, conteste todas las preguntas.*

| <b>Questions/Preguntas</b>   | <b>Responses/Respuestas</b> |
|--|-----------------------------|
| Which language did your child learn when he/she first began to talk?<br><i>¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?</i>  |                             |
| Which language does your child most frequently speak at home?<br><i>¿Qué idioma habla su hijo/a en casa con mayor frecuencia?</i>  |                             |
| Which language do you (parent or guardians) most frequently use when speaking with your child? / <i>¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con mayor frecuencia cuando hablan con su hijo/a?</i>  |                             |
| Which language is most often spoken by adults in the home (parents, guardians, grandparents, or any other adults)?<br><i>¿Qué idioma se habla con mayor frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?</i> |                             |

Please sign and date this form in the spaces provided below. Thank you for your cooperation.  
*Por favor, firme y escriba la fecha en los espacios indicados a continuación. Gracias por su cooperación.*

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent or Guardian/*Firma del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
 Date/*Fecha*

**RAVENSWOOD CITY SCHOOL DISTRICT**  
**Household Registration Information**

**NEW STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE NUEVO ALUMNO)**

Student Name

Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Last Name (Apellido)

\_\_\_\_\_  
First Name (Primer nombre)

\_\_\_\_\_  
Middle Name (Segundo nombre)

Birthdate

Fecha de nacimiento

Gender

Sexo

M

F

Grade

Grado

TK

K

1

2

3

4

5

6

7

8

**SIBLING INFORMATION QUESTIONNAIRE (QUESTIONARIO SOBRE HERMANOS(AS))**

List other children currently attending school in the Ravenswood City School District

Enliste abajo los nombres de sus otros hijos que actualmente asisten al Distrito Escolar de Ravenswood:

1. Name

Nombre

New student (Estudiante nuevo)

Existing student (Estudiante existente)

Birthdate

Fecha de nacimiento

School

Escuela

Grade

Grado

2. Name

Nombre

New student (Estudiante nuevo)

Existing student (Estudiante existente)

Birthdate

Fecha de nacimiento

School

Escuela

Grade

Grado

3. Name

Nombre

New student (Estudiante nuevo)

Existing student (Estudiante existente)

Birthdate

Fecha de nacimiento

School

Escuela

Grade

Grado

**PRIMARY HOUSEHOLD (VIVIENDA PRINCIPAL)**

Physical Address (Domicilio de la vivienda principal)

Address

Domicilio

City

Ciudad

State

Estado

Zip Code

Código postal

Mailing Address (Dirección donde recibe el correo)

Same as above / igual al domicilio de vivienda

Address

Domicilio

City

Ciudad

State

Estado

Zip Code

Código postal

**PARENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE LOS PADRES)**

Parent (Padre/madre)  Legal Guardian (Tutor legal)  Stepparent (Padrastro/madrastra)  Foster Parent (Padre/Madre temporal)

Name

Nombre

Cell Phone

Teléfono celular

Employer

Empleador

Work Phone

Teléfono del trabajo

Email

Correo electrónico

Home Phone

Teléfono de casa

Parent (Padre/madre)  Legal Guardian (tutor legal)  Stepparent (Padrastro/madrastra)  Foster Parent (Padre/Madre temporal)

Name

Nombre

Cell Phone

Teléfono celular

Employer

Empleador

Work Phone

Teléfono del trabajo

Email

Correo electrónico

Home Phone

Teléfono de casa

**FILL IN NEXT PARENT SECTION IF BOTH PARENTS DO NOT LIVE IN SAME HOUSEHOLD**

**(COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI AMBOS PADRES NO VIVEN EN LA MISMA VIVIENDA)**

Parent (Padre/madre)  Legal Guardian (Tutor legal)  Stepparent (Padrastro/madrastra)  Foster Parent (Padre/Madre temporal)

Name

Nombre

Cell Phone

Teléfono celular

Email

Correo electrónico

Home Phone

Teléfono de casa

Address

Domicilio

City

Ciudad

State

Estado

Zip Code

Código Postal

**RAVENSWOOD CITY SCHOOL DISTRICT**  
**New Student Registration Information (Información para matriculación de nuevo alumno)**

**CURRENT HEALTH INFORMATION (INFORMACIÓN DE SALUD RECIENTE)**

Student Name

Nombre del estudiante

Last Name (Apellido)

First Name (Primer Nombre)

Middle Name (Segundo Nombre)

Birthdate

Fecha de nacimiento

Gender

Sexo

M

F

Grade

Grado

TK

K

1

2

3

4

5

6

7

8

**MY CHILD HAS THE FOLLOWING HEALTH CONDITIONS (PLEASE CHECK ALL THAT APPLY):**

**MI HIJO/A TIENE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN):**

Asthma (Asma)

Heart conditions with no restrictions (Afecciones cardíacas sin restricciones)

Diagnosed ADD/ADHD (Diagnosticado/a con Trastorno de Hiperactividad o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)

Hearing Loss (Pérdida auditiva)

Hearing Aid (Usa un audifono)

Bladder Problems (Problemas de la vejiga)

Bleeding Disorders (Trastorno hemorrágico-sangramiento)

Migraines (Migrañas)

Diabetes (Diabetes)

Wears Contact Lenses (Usa lentes de contacto)

Eczema/Skin Problems (Eczema/Problemas de la piel)

Wears Glasses (Usa lentes)

Allergies to (Alergias a): \_\_\_\_\_

Anaphylactic reaction to (Reacción anafiláctica a): \_\_\_\_\_

Other (Otra condición): \_\_\_\_\_

**NONE (NO TIENE NINGUNA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS NOMBRADAS ARRIBA)**

If my child has symptoms of the above condition(s), please take the following action at school (Si mi hijo/a presenta síntomas de alguna de las condiciones anteriormente descritas, por favor tome los siguientes pasos en la escuela):

**INSURANCE INFORMATION (INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA)**

Does your child have health insurance? (¿Tiene su hijo/a cobertura médica?)  Yes (sí)  No (no)

Type of Health Insurance (tipo de cobertura médica):

MediCal

Emergency MediCal

Healthy Families

Healthy Kids

Employer Insurance (cobertura médica por medio del trabajo)

Physician/Clinic

Doctor/Clinica

Phone

Teléfono

**Is your child on a continuing medication program that requires medication at school (this includes inhalers)? (¿Está su hijo/a en un programa de medicamento continuo (esto incluye inhaladores)?)  Yes (sí)  No (no)**

**If yes, please fill out attached medication form, and return to the Health Services Department. (Si sí, llene el formulario de Autorización para administrar medicamentos y envíelo al Departamento de Servicios de Salud).**

**Medication and inhalers taken during school hours require parent and doctor's written permission.** Medication is not provided by the school. This includes non-prescription drugs such as nose drops, Tylenol, etc. If your child takes medication during the school day, please fill out the Authorization for Medication form. This form must be filled out **each year** (required by state law). Regular participation will be expected in physical education unless a doctor's excuse is turned in to the school office. Parents may submit a written excuse for 3 days. Please contact the school if changes in the above information occur during the school year.

**Se requiere el permiso de los padres y del doctor para poder tomar medicamentos en la escuela.** La escuela no provee medicamentos. Esto incluye medicinas que se venden sin receta como las gotas para la nariz, Tylenol, etc. Si su hijo/a necesita tomar medicina en la escuela, por favor vaya a la oficina de la escuela inmediatamente para obtener un formulario de Autorización para administrar medicamentos. Este formulario se tiene que renovar **anualmente** (requerido por la ley estatal). Se espera que los niños participen en las clases de educación física a no ser que presenten una excusa médica, por parte del doctor, en la oficina de la escuela. Una justificación escrita entregada por los padres solo es válida por un máximo de 3 días. Por favor comuníquese con la escuela si la información de salud cambia durante el año escolar.

**RAVENSWOOD CITY SCHOOL DISTRICT**  
**Household Registration Information**

**NEW STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL NUEVO ALUMNO)**

Student Name

*Nombre del estudiante*

\_\_\_\_\_  
Last Name (*Apellido*)

\_\_\_\_\_  
First Name (*Primer nombre*)

\_\_\_\_\_  
Middle Name (*Segundo nombre*)

Birthdate

*Fecha de nacimiento*

Gender

*Sexo*

M

F

Grade

*Grado*

TK

K

1

2

3

4

5

6

7

8

---

**EMERGENCY INFORMATION (INFORMACIÓN DE EMERGENCIA)**

Emergency Contacts **Other than Parents and Guardians** (*Contactos de emergencia aparte de los padres y tutores*)

Aunt (Tía)  Uncle (Tío)  Grandparent (abuelo/a)  Sibling over 18 yrs. old (hermano/a mayor de edad)  Other (otro/a)

Name

*Nombre*

Cell Phone

*Teléfono celular*

Address

*Domicilio*

Home Phone

*Teléfono de casa*

Emergency Contacts **Other than Parents and Guardians** (*Contactos de emergencia aparte de los padres y tutores*)

Aunt (Tía)  Uncle (Tío)  Grandparent (abuelo/a)  Sibling over 18 yrs. old (hermano/a mayor de edad)  Other (otro/a)

Name

*Nombre*

Cell Phone

*Teléfono celular*

Address

*Domicilio*

Home Phone

*Teléfono de casa*

---

In the event of a medical emergency, the Ravenswood City School District is authorized to contact the child's physician and/or to call emergency services to have this child transported to the nearest medical facility for emergency treatment. This notice will serve as authorization for the doctor, emergency personnel, or medical facility to take whatever steps are deemed necessary for the welfare of the child.  Yes  No

*En caso de una emergencia médica, el Distrito Escolar de Ravenswood está autorizado a llamar al doctor del estudiante y/o llamar a los servicios de urgencia médica para transportar al estudiante al hospital más cercano para que se le trate. Este formulario servirá como autorización para que el doctor, el personal de emergencia, o para que cualquier oficina médica tome los pasos necesarios para que se le brinde atención médica al estudiante.  Sí  No*

---

**FREE/REDUCED LUNCH (COMIDA GRATUITA/REDUCIDA)**

Applications for Free and Reduced Priced Meals are given to all students, each August, in their Back to School Packet from the school. All students are required to pay for their meals. If you would like to apply for Free or Reduced lunch, you must fill out an application. Until your application is approved, the student is charged for their lunch. You must fill out a new application at the beginning of each school year.

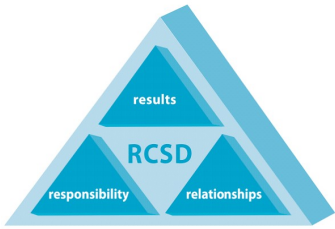
*Solicitudes para comida gratis o a precio reducido son distribuidas a todos los estudiantes cada mes de agosto. La escuela lo incluye en el paquete De Regreso a la Escuela. Es requerido que todos los estudiantes paguen por sus comidas. Si usted solicita almuerzo gratis o a precio reducido, debe llenar una solicitud. Hasta que la solicitud sea aprobada, el estudiante debe pagar por su almuerzo. Debe llenarse una nueva solicitud al comienzo de cada año escolar*

Parent/Guardian Signature

*Firma del padre o tutor*

Date

*Fecha*



***Ravenswood City School District***  
**ADMINISTRATIVE OFFICE**  
2120 Euclid Avenue, East Palo Alto, California 94303  
(650) 329-2800

“OUR CHILDREN – OUR FUTURE”

## ***Understanding School Assignment Form / Entendimiento de Asignación de Escuelas***

I understand that my child is not necessarily guaranteed enrollment in his/her ***designated school of attendance***. If there is not space available in his/her designated school, my child will be assigned to an overload school in the district. I understand that my child’s designated school of attendance is determined by the date and time in which required enrollment documents were submitted and considered complete during central registration.

I understand that if a grade at my child’s designated school of attendance reaches capacity, the student(s) selected to be assigned to another District school will be determined on a “***last in***, first out” basis.

I understand that if my child does not attend class on the first day of school he/she may lose placement in the class/school and may be assigned to another school within the District.

**Designated School of Attendance** is defined as a school designated by the District for your specific residence area.

**Last in** is defined by the date and time the completed enrollment packet is received by the district.

---

Entiendo que a mi hijo/a no necesariamente se le garantiza la matrícula en su **escuela designada de asistencia**. Si no hay espacio disponible en su escuela designada, a mi hijo/a se le asignara otra escuela del distrito. Entiendo que la escuela de asistencia designada para mi hijo/a es determinada por la fecha y hora en la que se entregaron los documentos requeridos y se completó la matriculación.

Entiendo que si un grado en la escuela designada de mi niño/a se llena a capacidad, los estudiantes seleccionados para ser asignados a otra escuela del Distrito será determinado de manera que el “**último en entrar** será el primero en salir”.

Entiendo que si mi hijo/a no asiste a clases el primer día de escuela él o ella podrían perder su lugar en la clase/escuela y podrían ser asignados a otra escuela en el Distrito.

**Escuela Designada de Asistencia** se define como una escuela designada por el Distrito para su área de residencia específica.

**Ultimo en entrar** es definido por la fecha y hora en la que el paquete de matriculación completo es recibido por el distrito.

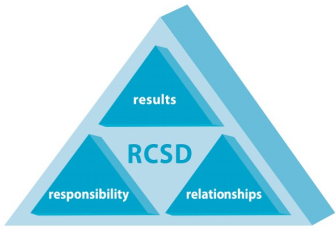
Please sign and date this form in the spaces provided below. Thank you for your cooperation.  
Por favor, firme y escriba la fecha en los espacios indicados a continuación. Gracias por su cooperación.

---

Signature of Parent or Guardian/ Firma del padre o tutor

---

Date/ Fecha



**Ravenswood City School District**  
**ADMINISTRATIVE OFFICE**  
 2120 Euclid Avenue, East Palo Alto, California 94303  
 (650) 329-2800

“OUR CHILDREN – OUR FUTURE”

**STUDENT ADDITIONAL INFORMATION**  
**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE**

Student Name/*Nombre del Estudiante* \_\_\_\_\_  
 (Last Name/*Apellido*) (First Name/*Primer nombre*) (Middle Name/*Segundo nombre*)

Birthdate/*Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_ Grade Level/*Grado* \_\_\_\_\_

*This information will be used to generate additional funding for the Ravenswood City School District. Esta información se utilizará para generar fondos adicionales para el Distrito Escolar de Ravenswood.*

Birthplace/Country  
*Lugar de nacimiento/país* \_\_\_\_\_  
 City (*Ciudad*) State (*Estado*) Country (*País*)

U.S. School Entry Date  
*Fecha de entrada a la escuela en los EE.UU.* \_\_\_\_\_ California School Entry Date  
*Fecha de entrada a la escuela en California* \_\_\_\_\_

Please sign and date this form in the spaces provided below. Thank you for your cooperation.  
*Por favor, firme y escriba la fecha en los espacios indicados a continuación. Gracias por su cooperación.*

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent or Guardian/*Firma del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
 Date/*Fecha*