



Winchester Public Schools  
12 N. Washington Street, Winchester, VA 22601  
STUDENT REGISTRATION FORM

**Student Information:** *Información Del Estudiante*

**School of Registration:** *Escuela de Registro*

**Has the student attended a VA School before?**  Yes  No  
*¿El estudiante ha asistido a una escuela de VA antes?*

John Handley High  
 Frederick Douglass Elementary  
 Virginia Avenue Charlotte DeHart Elementary

Daniel Morgan Middle  
 Garland Quarles Elementary  
 John Kerr Elementary

**Last school attended (School name, City & State):** \_\_\_\_\_  
*(últimas dos escuelas a las que ha asistido el estudiante: (Nombre de las escuela, Ciudad & Estado))*

Grade: \_\_\_\_\_ Primary Phone: \_\_\_\_\_  
*Grado Teléfono*

LAST (APELLIDO) FIRST (NOMBRE) MIDDLE (SEGUNDO NOMBRE)

**Address:** \_\_\_\_\_  
*Dirección:*

**Hispanic?** *(¿Su hijo -a es hispanio -a?)*  Yes *(Si)*  No

**Race** (Check all that apply) *Raza (marque todos las que aplican)*

- American Indian/Alaska Native *(Americano indígena)*
- Asian *(Asiático)*
- Black or African American *(Nego/Afro-Americano)*
- White *(Blanco)*
- Native Hawaiian/Other Pacific Islander *(De Hawaii o de las Islas del Pacifico)*

**Student is presently living in/with:** *El estudiante actualmente vive en / con*

- Parent(s)/Guardian in apartment or home  
*Con el (los) padre (s) / tutor (es) en el apartamento o en el hogar*
- Homeless Shelter  
*Refugio para indigentes*
- Motel/Car  
*Motel / Coche*
- Friends/Relatives  
*Con amigos / parientes*
- without Parents  
*Sin padres*

**Gender:**  Male  Female **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_  
*Sexo: Masc / Fem Fecha de nacimiento: mes / día / año Edad:*

**Has the student ever been expelled or suspended from school?**  Yes *(Si)*  No **For:**  Weapon  Injury to another individual  Drugs  Alcohol  
*¿Alguna vez el estudiante ha sido expulsado o suspendido de la escuela? Arma Lesión a otra persona Drogas*

**If student was suspended for a reason, other than those provided above, please provide an explanation:** \_\_\_\_\_  
*Si el estudiante fue sospechado por alguna razón, que no sea la proporcionada arriba, por favor proporcione una explicación*

**Have any suspensions been for a time period greater than 29 days?**  Yes *(Si)*  No  
*¿Se han suspendido durante un período de tiempo superior a 29 días?*

**Has the student ever been on court probation?**  Yes *(Si)*  No **If Yes, which court/probation officer?** \_\_\_\_\_  
*¿Ha estado el estudiante alguna vez en libertad condicional? En caso afirmativo, ¿cuál es el oficial de la corte / libertad condicional?*

**Birth Certificate Number:** \_\_\_\_\_  
*Número de certificado de nacimiento*

**Students Education History:** *(Historia De Educación Del Estu Diante)*

**Date of first entry into a:** *(Fecha de la primera entrada en un)* \_\_\_\_\_ **Total number of year's student has been in school, excluding this year:** \_\_\_\_\_  
*(Número total de años que el estudiante ha asistido a la escuela (aparte de este))*

**U.S. School:** *(Escuela de Estados Unidos)* \_\_\_\_\_

**Virginia School:** *(Escuela De Virginia)* \_\_\_\_\_

**Has student attended a Winchester Public School in the past?**  No  Yes *(Si)*  
*¿Ha el estudiante asistido alguna ve: en el pasado a alguna de las Escuelas Públicas de Winchester?*

**Check any of these programs in which the student has been enrolled:** *(Marque en cuál de estos programas ha participado el estudiante)*

- ESL  504 Plan  IEP Speech  IEP Other (please list) \_\_\_\_\_

**Medical Information & Permission for Treatment:** *Información Médica y Permiso para el Tratamiento*

**Has your child been treated for any significant health problems?**  Yes (Si)  No  
*¿Se le ha tratado a su hijo por algún problema de salud significativo?*

**Does your child have any allergies?**  Yes (Si)  No  
*¿Tiene su hijo alguna alergia?*

**Does your child require any medications?**  Yes (Si)  No  
*¿Necesita su niño algún medicamento?*

**Type of Allergy:** \_\_\_\_\_  
*Tipo de alergia*

**Does your child have any persistent health problems?**  Yes (Si)  No  
*¿Su hijo tiene problemas de salud persistentes?*

**Is your child under a physician's care?**  Yes (Si)  No  
*¿Su hijo está bajo el cuidado de un médico?*

**Please explain any "Yes" answers.** *Por favor explique cualquier respuesta de "Si".* \_\_\_\_\_

**Physician Name:** *Nombre del Médico* \_\_\_\_\_ **Phone:** *Teléfono* \_\_\_\_\_

**Insurance Company:** *Compañía de seguros* \_\_\_\_\_ **Policy #:** *Política* \_\_\_\_\_

**Subscriber Name:** *Nombre del Suscriptor* \_\_\_\_\_ **Group #:** *Grupo #* \_\_\_\_\_

**Medical Permission for Treatment** *(Permiso para tratamiento médico)*

**I hereby grant my permission to take whatever action you deem necessary for the health and welfare of my son/daughter in case of an emergency. (Please notify the school of any change in the given information.)** *Por este medio concedo mi permiso para tomar cualquier acción que usted considere necesaria para la salud y el bienestar de mi hijo / hija en caso de una emergencia. (Por favor notifique a la escuela de cualquier cambio en la información dada.)*

**I/We agree:** *Estoy de acuerdo:* \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature** *Firma del Padre / Tutor* **Fecha**

**If you are enrolling your child in PreK, KG, or First grade, please provide the following information:**  
*Si está inscribiendo a su hijo en PreK, KG o Primer grado, por favor proporcione la siguiente información*

**Has your child attended Pre-K, if so, check all that apply:** *¿Ha asistido su hijo Pre-K, si es así, marque todas las opciones que correspondan:*

- Head Start *Inicio* (01)
- Private Pre-School/Daycare *Preescolar Privado / Guardería* (03)
- Family Home Daycare Provider *Proveedor de cuidado de la casa de la familia* (05)
- Public Pre-School *Preescolar Público* (02)
- DOD Child Development Program *DOD Programa de Desarrollo Infantil* (04)
- No Pre-School Experience *No hay experiencia de preescolar* (06)

**How much time, per week, did your child receive Pre-K services?** *¿Cuánto tiempo, por semana, recibió su hijo / a servicios Pre-K?*

- No time in formal/instructional Pre-K program *No hay tiempo en el programa formal / instructivo Pre-K* (0)
- Less than 15 hours per week *Menos de 15 horas por semana* (01)
- 15 Hours or more, but less than 30 hours per week *15 horas o más, pero menos de 30 horas por semana* (15)
- 30 or more hours per week *30 o más horas por semana* (30)

**Sibling Information:** *Información del hermano (Please provide information for any minor siblings still living in the home. Proporcione información para cualquier hermano menor que todavía viva en el hogar)*

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>MES / DIA / AÑO</i>	<i>Sexo:</i>	<i>Masc / Fem</i>	<i>Esuela:</i>
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____
Name: _____	Birth Date: ____/____/____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		School: _____

Student's Name: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION:** Información del padre de la madre/aposderada

**Legal Custody:**  Father  Mother  Both  Other \_\_\_\_\_ **Resides With:** \_\_\_\_\_  
*Custodia Legal Padre Madre Ambos Otro El estudiante vive con:*

**If parents are separated or divorced, who has primary custody?**  Father  Mother  Both  Other \_\_\_\_\_  
*Si los padres están separados o divorciados, ¿quién tiene la custodia principal? Padre Madre Ambos Otro*

**Custody Awarded Via:**  Court  Separation Agreement **Does either document limit the non-custodial parent's rights?**  Yes (Si)  No  
*Premiado a través de Tribunal otorgado Acuerdo de Separación ¿Algún documento limita los derechos del padre que no tiene custodia?*

*If a court order or written separation agreement was created, you must provide a copy to your child's school.  
Si se creó una orden judicial o un acuerdo de separación por escrito, debe proporcionar una copia a la escuela de su hijo.*

**FATHER:** \_\_\_\_\_  **Other:** \_\_\_\_\_ **Require Interpreted Correspondence?**  Yes (Si)  No  
*Padre Otro ¿Requiere correspondencia interpretada?*

**Home Phone\*:** Telf. Del hogar \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** Telf. Celular \_\_\_\_\_  
*\*Home phone is the contact phone number used for general communication. Home, cell and business are called in case of an emergency.*

**Email:** \_\_\_\_\_ **Email Lunch Menus?**  Yes (Si)  No  
*Menús de almuerzo por correo electrónico*

**Are you a migrant worker?**  Yes (Si)  No **Migrant Occupation:** \_\_\_\_\_ **Receive Other School Mailings?**  Yes (Si)  No  
*¿Es usted un trabajador migrante? Ocupación migrante ¿Recive otros envíos?*

**Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad Estado Código Postal*

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_ **Business Phone:** \_\_\_\_\_  
*Empleador Profesión Telf. Del trabaju*

**MOTHER:** \_\_\_\_\_  **Other:** \_\_\_\_\_ **Require Interpreted Correspondence?**  Yes (Si)  No  
*Madre Otro ¿Requiere correspondencia interpretada?*

**Home Phone\*:** Telf. Del hogar \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** Telf. Celular \_\_\_\_\_  
*\*Home phone is the contact phone number used for general communication. Home, cell and business are called in case of an emergency.*

**Email:** \_\_\_\_\_ **Email Lunch Menus?**  Yes (Si)  No  
*Menús de almuerzo por correo electrónico*

**Are you a migrant worker?**  Yes (Si)  No **Migrant Occupation:** \_\_\_\_\_ **Receive Other School Mailings?**  Yes (Si)  No  
*¿Es usted un trabajador migrante? Ocupación migrante ¿Recive otros envíos?*

**Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad Estado Código Postal*

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_ **Business Phone:** \_\_\_\_\_  
*Empleador Profesión Telf. Del trabajo*

**EMERGENCY CONTACTS:** Contactos de emergencia

**Contacts below should not be mother, father, or legal guardian.** (Los contactos a continuación no deben ser madre, padre o tutor legal.)

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **This person may pick up child from school?**  Yes (Si)  No  
*Nombre Relacion ¿Esta persona puede recoger al niño de la escuela?*

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_ **Business Phone:** \_\_\_\_\_  
*Telf. Del hogar Telf. Celular Telf. Del trabaju*

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **This person may pick up child from school?**  Yes (Si)  No  
*Nombre Relacion ¿Esta persona puede recoger al niño de la escuela?*

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_ **Business Phone:** \_\_\_\_\_  
*Telf. Del hogar Telf. Celular Telf. Del trabajo*

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **This person may pick up child from school?**  Yes (Si)  No  
*Nombre Relacion ¿Esta persona puede recoger al niño de la escuela?*

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_ **Business Phone:** \_\_\_\_\_  
*Telf. Del hogar Telf. Celular Telf. Del trabajo*

**Pre-K Registrations Only**

*Inscripciones pre-K solamente*

**Mothers Race** (Check all that apply) Raza de la Madre (marque todos las que aplican)

**American Indian/Alaska Native** (Americano indigena)

**Asian** (Asiático)

**Black or African American** (Nego/Afro-Americano)

**White** (blanco)

**Native Hawaiian/Other Pacific Islander** (De Hawaii o de las Islas del)

**Mother's Education Level:**  1<sup>st</sup>  2<sup>nd</sup>  3<sup>rd</sup>  4<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>  6<sup>th</sup>  7<sup>th</sup>  8<sup>th</sup>  9<sup>th</sup>  10<sup>th</sup>  11<sup>th</sup>  12<sup>th</sup>  2yr College  4yr College  Some College

*Nivel De Educación De La Madre*



## Home Language Survey

Student's Name: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

WPS Staff: \_\_\_\_\_

**1) Was the student born in the United States?**

*¿El estudiante nació en los Estados Unidos?*

**Yes** - what State? \_\_\_\_\_  
*Si Que estado*

**No**- what Country? \_\_\_\_\_  
*Que país*

**2) What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?**

*¿Cuál es el idioma principal utilizado en el hogar, independientemente del idioma que habla el alumno?*

English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

**3) What language is most often spoken by the student?**

*¿Qué idioma es el que más habla el alumno?*

English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

**4) What is the first language the student acquired?**

*¿Cuál es el primer idioma que adquirió el alumno?*

English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:** to be completed and entered into Student Information System by the registrar:

*(Note: If birth country is other than US, student must be marked as an Immigrant in system. Birth country and home language **cannot** be marked as United States or English within the student information system.)*

Birth Country: \_\_\_\_\_

Home Language: \_\_\_\_\_

Date information entered into SIS: \_\_\_\_\_ Registrar Initials: \_\_\_\_\_