

School _____
Enrollment Date _____

**CARTHAGE R-9 SCHOOL DISTRICT
STUDENT ENROLLMENT FORM**

Student's Name: _____
Last First Middle

Birthdate: _____ Age: _____ Grade: _____ Gender: Male Female

Country of Birth: _____ Student Social Security #: _____ - _____ - _____

If born outside U.S., date moved to U.S.: _____ Race: White African-American
 Hispanic Indian Asian

Special Needs? Physical: _____

Educational: Does your child have an IEP? YES NO
Does your child have a Section 504 Plan? YES NO

Previously attended Carthage Schools? YES NO If yes, what year? _____

List names and addresses of previous schools attended, beginning with the most recent:

1. _____
2. _____
3. _____

Name	Address	City/State/Zip	Dates Attended From MM/YY to MM/YY
------	---------	----------------	---------------------------------------

Should Carthage R-9 need to activate our automated calling system (i.e., dismissing early due to weather conditions, or power outages, etc...) Please list the phone number our system will be able to contact (absolutely no business numbers, please!): _____ - _____ - _____

Child lives with (please circle one):

- Both Natural Parents Mother & Stepfather Father & Stepmother
 Grandparents Mother Only Father Only
 Other (please specify): _____

If child lives with someone other than natural parents, or if one parent has sole custody, custody documentation must be on file with this office.

Address: _____

Household Phone #: _____

Household Members:

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Employment: _____ Work Phone: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Employment: _____ Work Phone: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

In case of emergency, and a parent/household member cannot be located, whom should we contact:

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Non-Household Contacts (These people have permission to check your child out of school without contacting parent/guardian. This list will remain in effect until changes are submitted to school in writing). **Please list in the order of contact:**

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

In the event this child has an accident, or suddenly becomes ill at school, please name the physician or dentist to be called. (All reasonable effort will be made to contact you in advance)

Physician: _____ Address: _____ Phone: _____

Dentist: _____ Address: _____ Phone: _____

Escuela: _____

Fecha de Inscripción _____

**DISTRITO ESCOLAR CARTHAGE R-9
FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Género: Masculino Femenino

País de Nacimiento: _____ Seguro Social del Estudiante _____ - _____ - _____

Si nació fuera de los Estados Unidos, fecha en que llegó a los Estados Unidos: _____ Raza: Blanca Africano Americano Hispano Indio Asiático

Necesidades Especiales?

Físicas: _____

Educacional: Tiene su hijo(a) IEP? SI NO

Tiene su hijo(a) Sección Plan 504? SI NO

Anteriormente estuvo en alguna escuela de Carthage? SI NO Si, que año? _____

Anote nombres y direcciones de las escuelas anteriores, comenzando por la más reciente:

1. _____

2. _____

3. _____

Nombre	Dirección	Ciudad/Estado/Zona Postal	Fechas de asistencia De Mes/Año a Mes/Año
--------	-----------	---------------------------	--

En caso de que Carthage R-9 necesite activar nuestro sistema de llamadas (ejemplo: salida temprano debido a la condición del clima, o falta de electricidad, etc...) Por favor anote el teléfono para que nuestro sistema de llamadas le pueda contactar (de ninguna manera anotar números de trabajos!):

_____ - _____ - _____

El estudiante vive con (por favor anotar uno):

Ambos Padres Naturales Madre y Padrastro Padre y Madrastra

Abuelos Sólo con la Madre Sólo con el Padre

Otro (por favor especifique): _____

Si el estudiante vive con otra persona que no sean los padres naturales, o si un padre tiene custodia absoluta, documentos de custodia deben de ser presentados en esta oficina.

Dirección: _____

Número de Teléfono de la casa: _____

Personas que viven en la casa:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Trabajo: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Trabajo: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

En caso de emergencia, y no podemos contactar a los padres o persona que vive en la casa, a quien debemos contactar:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Contactos que no viven en la casa (Estas personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo(a) de la escuela sin llamar al padre o tutor. Esta lista estará vigente hasta en el momento que usted presente algún cambio por escrito a la escuela). **Por favor anote la lista de contactos:**

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

En caso de que su hijo(a) tenga algún accidente, o se enferme repentinamente en la escuela, por favor anote el nombre del doctor o dentista que debemos de llamar. (Se hará todo el esfuerzo posible de llamar a usted primero)

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____