



LIBERTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION

GRADE

Liberty HS Freedom HS Heritage HS La Paloma HS Independence HS Gateway

Student Last Name:

- PLEASE PRINT -

▶ Has student attended a school within Liberty Union High School District before? Yes No
 If Yes, which school: _____ Date(s) attended: _____

STUDENT'S LEGAL NAME:

Legal First Name	Legal Middle Name	Legal Last Name	Other Legal Name (if applicable)
------------------	-------------------	-----------------	----------------------------------

Male Female | Birth date: | | | | Nickname(s):
 Month Day Year

PARENT(S)/GUARDIAN(S) WITH WHOM THE STUDENT LIVES
 Are you the student's LEGAL guardian? Yes No If No, please complete a "Caregiver Affidavit"[#].
 If there is a legal custody agreement regarding this student, please check one: Joint Custody Sole Custody Guardian

First Name	Last Name	Home Phone	Work Phone	Cell Phone
------------	-----------	------------	------------	------------

Email
Relationship: Father Mother Step-Father Step-Mother Guardian Authorized Caregiver[#] Other _____

First Name	Last Name	Home Phone	Work Phone	Cell Phone
------------	-----------	------------	------------	------------

Email
Relationship: Father Mother Step-Father Step-Mother Guardian Authorized Caregiver[#] Other _____

Residence Address – House # & Street Name	Apt#	City	State	Zip
Mailing Address (IF DIFFERENT) – PO Box or House # & Street Name	Apt #	City	State	Zip

Current Living Situation (please check all boxes that apply)
 In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home)
 Homeless-“doubling up” (living with another family)* Homeless-sheltered* Homeless-unsheltered*
 Homeless-hotel/motel* Unaccompanied Youth Foster Family Home Foster Group Home
**Temporarily living situation due to financial hardship*

Has the student ever received special education services? (if so, please check all the following boxes that apply):

Special Education: Resource (RSP) Special Day Class (SDC) Speech/Language 504
 Other: Gifted (GATE) Other (Specify) _____

Military (check if applicable): Active Duty Dept of Defense

First Name:

Permanent ID:

In accordance with California Department of Education and Federal guidelines, collection of the following information is required.

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? – Please check one:

- Hispanic or Latino
 (Persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)
- Not Hispanic or Latino

WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? – Please check up to five racial categories:

The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (100)
(Persons having origins in any of the original people of North, Central, or South America) | <input type="checkbox"/> Asian Indian (205) | <input type="checkbox"/> Samoan (303) |
| <input type="checkbox"/> Chinese (201) | <input type="checkbox"/> Laotian (206) | <input type="checkbox"/> Tahitian (304) |
| <input type="checkbox"/> Japanese (202) | <input type="checkbox"/> Cambodian (207) | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (399) |
| <input type="checkbox"/> Korean (203) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese (204) | <input type="checkbox"/> Other Asian (299) | <input type="checkbox"/> African American or Black (600) |
| | <input type="checkbox"/> Hawaiian (301) | <input type="checkbox"/> White (700) (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East) |
| | <input type="checkbox"/> Guamanian (302) | |

BIRTHPLACE: City: _____ State: _____ Country: _____

PARENT EDUCATION –

Please check the response that describes the highest level of education obtained by any parent/guardian:

- Graduate Degree or Higher (10)
- College Graduate (11)
- Some College or Associate's Degree (12)
- High School Graduate (13)
- Not a High School Graduate (14)

Date your child first attended school in the U.S.

Month _____ Day _____ Year _____

Date your child first attended school in California

Month _____ Day _____ Year _____

LAST SCHOOLS ATTENDED:

 School Name _____ Grade Level(s) _____ / _____
 Date Student Left _____

 Street _____ City _____ State _____ Zip _____

 School Name _____ Grade Level(s) _____ / _____
 Date Student Left _____

 Street _____ City _____ State _____ Zip _____

Has your child been suspended? Yes No **Has your child ever been expelled?** Yes No

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Student Last Name:

First Name:

Permanent ID:



REGISTRO DE ESTUDIANTES DEL DISTRITO LIBERTY UNION HIGH SCHOOL

GRADO

Liberty HS Freedom HS Heritage HS La Paloma HS Independence HS Gateway

- POR FAVOR ESCRIBA CON LETRAS DE IMPRENTA -

▶ ¿El estudiante ha asistido anteriormente a una escuela del Distrito Liberty Union High School? Si No
Si es Si, a cuál escuela: _____ Fecha(s) en que
asistió: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:

Primer Nombre Legal Segundo Nombre Legal Apellido Legal Otro Nombre Legal (si es aplicable)

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: Apodo(s):
Mes Día Año

PADRE(S) O TUTOR(RES) CON QUIENES VIVE EL ESTUDIANTE

¿Es usted el tutor LEGAL del estudiante? Si No Si es No por favor complete la "Declaración Jurada de Cuidador"*.
Si hay un acuerdo legal de CUSTODIA con respecto a este estudiante, marque uno: Compartida Solitaria Tutor

Nombre Apellido () () ()
Teléfono del Hogar Teléfono Laboral Teléfono Celular

Email
Relación: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Cuidador Autorizado Otros

Nombre Apellido () () ()
Teléfono del Hogar Teléfono Laboral Teléfono Celular

Email
Relación: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Cuidador Autorizado Otros

Dirección de Residencia – Nombre de la calle y número de la casa Dpto.# Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (SI ES DIFERENTE) – Casilla de Correo o Dpto. # Ciudad Estado Código Postal
Nombre de la calle y numero de la casa

Situación Actual de Vida (marque todas las casillas que correspondan)

En una residencia permanente de una sola familia (casa, departamento, condominio, casa rodante)
 Sin Hogar- "compartiendo" (vive con otra familia) * Sin Hogar-protegido* Sin Hogar-Sin techo*
 Sin Hogar-hotel/motel* Joven no Acompañado Casa de Familia Adoptiva Hogar de Grupo Adoptivo
* Situación temporal debido a dificultades financieras

¿Ha recibido el estudiante servicios de educación especial? (si es así, por favor marque todas las casillas que aplican):

Educación especial: Recurso (RSP) Día Especial de Clase (SDC) Habla/Lenguaje 504
Otros: Superdotado (GATE) Otros (Especifique) _____

Militar (marque si es aplicable): Servicio Activo Departamento de Defensa

Apellido del Estudiante:

Nombre:

ID Permanente:

Apellido del Estudiante:

¿CUAL ES LA ETNIA DE SU HIJO? – Por favor marque una:

- Hispano o Latino
 (Personas de Cuba, México, Puerto Rico, América Central, Sudamérica u otra cultura u origen español, independientemente de su raza)
- No Hispano o Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO? – Por favor, marque hasta cinco categorías raciales:

La parte anterior de la pregunta es sobre la etnicidad, no la raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, siga respondiendo a lo siguiente marcando uno o más cuadros para indicar la que considera es su raza.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
<small>(Personas cuyo origen es alguno de los pueblos originales de América del Norte, Central, o Sudamérica)</small> | <input type="checkbox"/> Hindú (205) | <input type="checkbox"/> Samoano (303) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos (299) | <input type="checkbox"/> Americano Africano o Negro (600) |
| | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) <small>(Personas cuyo origen es alguno de los pueblos originales de Europa, Norte de África, o Medio Oriente)</small> |
| | <input type="checkbox"/> Guamanio (302) | |

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad: _____ Estado: _____
 País: _____

EDUCACION PATERNA

Por favor, marque la respuesta que describe el nivel más alto de educación obtenido por el padre/tutor:

- Título de Grado o Superior (10)
 Graduado de College (11)
 Algún Título Asociado (12)
 Graduado de Escuela Superior (13)
 No Graduado de la Escuela Superior (14)

Fecha en que su hijo asistió por primera vez a la escuela en EEUU

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha en que su hijo asistió por primera vez a la escuela en CA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre:

ULTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS:

_____	_____	_____ / _____
Nombre de la Escuela	Grado(s)	Fecha en que dejó
_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado Código Postal
_____	_____	_____ / _____
Nombre de la Escuela	Grado(s)	Fecha en que dejó
_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado Código Postal

ID Permanente:

¿Su hijo fue suspendido? Si No Su hijo fue expulsado alguna vez? Si No

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Liberty Union High School District

To assure each school attendance area serves its area residents, the District needs a verification of each student's home address. The District may deem it necessary to further verify a child's legal residence with a home visit by school officials. If a child is determined not to reside at the address claimed, parents will be required to register the child immediately at the school/district that corresponds with the actual address of the child.

The Liberty Union High School District requires three forms of documentation to verify residency within the school district. This also includes address changes, since new addresses must be verified as being within district attendance boundaries. To verify proof of residence, the following must be provided from each column:

<i>Picture ID (One required)</i>	<i>TWO of the following ORIGINAL DOCUMENTS with parent/guardian's name and CURRENT address</i>
Current California State Driver's License	Valid vehicle registration with current address
Current California ID Card	Property Tax Bill with parent/guardian's name and property address indicating home owner's exemption
Valid Passport or Consulate-Issued Picture ID	Rental/Lease Agreement with parent/guardian's name, student's name, and address, as well as manager or owner's name and phone number
Credencial Para Votar	Payroll stubs/checks Utility Bills
Military ID	State or Federal Tax Return (computerized or copy of original) filed within the past 12 months with W-2 forms attached. Business returns do not meet residency requirements
Other Picture ID	Other forms of communication from a government agency
	For new homeowners, close of escrow documents may be provided as evidence of residency. However, within 30 calendar days of registration with the district, two (2) of the documents listed above must be provided for continued enrollment.

Note: P.O. Box numbers are NOT VALID residency verification documents.

**DECLARATION OF RESIDENCE
2017 – 2018 School Year**

I understand that I am required by California State Law to send any person between the ages of 6 and 18 for whom I am parent or legal guardian to the full time day school or continuation school or classes provided by the school district where I reside, unless otherwise exempted. (Ed. Code 48200)

I further understand that under state law every person has only one residence which is the place where one remains when not called elsewhere for work or other special or temporary purposes and to which one returns at times of repose. (Ed Code 68062)

In light of these facts, I state that :

I am the parent or legal guardian of _____.

I am a resident of _____, CA, and my street address is

_____. I have been informed that my residence is within the

_____ High School boundaries within the District.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. Executed this

_____ day of _____, 20_____.

Signed: _____

LIBERTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY - English Version

Name of Student _____
Surname/Last Name First Given Name Second Given Name

School: _____ Age: _____ Grade Level: _____ Birth Date _____

Directions to Parents/Guardians:

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/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. (If you are not sure of your child's language status, the State of California has a data base which will provide us with your child's status from the time he/she entered school.)

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
3. Which language do you (the parents/guardians) most frequently use when speaking with your child: _____
4. Which language is most often spoken by adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adult.) _____

Signature of Parent/Guardian

Date

LIBERTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
ENCUESTA IDIOMA DEL HOGAR – Versión Español

Nombre del alumno _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Edad: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Instrucciones para Padres/Tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales por los cuales obliga a las escuelas a determinar qué idioma/s se habla en el hogar de cada alumno. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios educativos adecuados.

Como padres/tutores, se solicita su cooperación en el cumplimiento de este requisito legal. Por favor, responda a cada una de las cuatro preguntas que figuran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre/s del idioma/s que corresponda en el espacio proporcionado. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar. (Si no está seguro del nivel del idioma de su hijo, el Estado de California tiene una base de datos que nos proporcionará el nivel desde el momento en que él/ella ingreso a la escuela.)

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo cuando él /ella comenzó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma utilizan más frecuentemente (padres/tutores) cuando hablan con su hijo ? _____
4. ¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos de la casa? (padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto) _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Health History

Student's Name: _____ DOB _____ Grade _____ Date _____

Address: _____ Phone#: _____
Street City Zip

My Child has no health issues and does not carry medications at school.

PLEASE COMPLETE IF YOUR CHILD HAS ANY OF THE FOLLOWING:

Allergies:

Seasonal * If this requires medication to be taken at school please see the health clerk for a medication administration form.

Food / Nut My Child is allergic to _____.
 His/her reaction to this is _____.
 My child has a history of anaphylaxis: Yes No
 My child requires an Epi-pen per MD order: Yes No

Bees / insect My child is allergic to _____.
 This requires an Epi-pen per MD order: Yes No
 *If the reaction requires medication, other than an Epi-pen, that will be kept at school please see health clerk for a medication administration form.

Other Please describe _____.
 Does this require an Epi-pen? Yes No

Asthma:

Seasonal * Please see the health clerk for a medication administration form if an inhaler **will be** carried.

Chronic My child was diagnosed at age _____.
 My child requires & carries medications and/or inhalers year round, and during the school day: Yes No

Diabetes: My child has had a diabetic healthcare plan: Yes No
 * Please, complete new forms annually (required)

Epilepsy/Seizure Disorder My child's last seizure was when he/she was _____ years old
 His/her seizures are controlled with meds: Yes No
 My child has been on a seizure action plan: Yes No

Hearing/Vision loss: Corrected with _____ Last exam _____

A physical condition or recent injury that would alter/limit mobility on campus:
 Please explain _____

Heart disease / congenital heart defect: Please explain _____

Operation(s): Type: _____ How long ago _____

Does your child take any other medications **at school**? Yes No If yes, list medications*:

List anything else we should know about his/her health: _____

Does your child have any limitations in Physical Education? Yes No

- If yes, please provide a doctor's note. This needs to specify what activities he/she MAY participate in.
- If your child is ill or injured and cannot participate in P.E. for more than 1-week a doctor's note is required.

 Parent or Guardian Signature

 Date

Historial de Salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____ Fecha _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle Ciudad Cód. Postal

- Mi hijo/a no tiene problemas de salud y no trae medicinas a la escuela.**

FAVOR DE COMPLETAR SI SU HIJO/A PADECE DE:

- Alergias:***

Estacionales * Si requieren que tome medicinas en la escuela, favor de ir a ver al personal administrativo de salud y obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela.

Comida /Nueces Mi hijo/a es alérgico a _____.
Su reacción a esto es _____.
Mi hijo/a tiene un antecedente de anafilaxis. Sí No
Mi hijo/a requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí No

Abejas / insectos Mi hijo/a es alérgico a _____.
Esto requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí No
*Si la reacción requiere medicamentos, además de la "Epi-pen", que tiene que traer a la escuela, favor de obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela del administrativo de salud.

Otro: Favor describir _____.
¿Requiere el uso de una "Epi-pen"? Sí No

- Asma:***

Estacional * Favor de obtener un formulario para tomar medicamentos en la escuela si **cargará** un inhalador.

Crónica Mi hijo/a fue diagnosticado a la edad de _____.
Mi hijo/a requiere y carga consigo medicamentos y/o inhaladores todo el año, y a diario en la escuela. Sí No

- Diabetes:*** Mi hijo/a ha tenido un plan de salud para diabéticos Sí No
* Favor de completar un formulario nuevo anualmente (requerido)

- Epilepsia/ Convulsiones*** La última vez que tuvo convulsiones fue a los _____ años.
Sus convulsiones están controladas con medicinas Sí No
Mi hijo/a ha estado en un plan de acción para convulsiones. Sí No

- Pérdida de Oído/Vista Corregida con _____ último examen _____

- Una condición física/herida reciente que le modifica/limita la forma de moverse por el campus.
Favor de explicar _____

- Enfermedades o defectos congénitos del corazón: Favor de explicar _____

- Operaciones: ¿Dónde? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Toma su estudiante cualquier otra medicina en la **escuela**? _____ (razón)

¿Hay alguna otra cosa que nosotros deberíamos saber sobre su salud? _____

¿Tiene su estudiante limitaciones en educación física? Sí No

- Si contesta que sí, favor de proveer una nota del doctor. Debe especificar las actividades en las cuales PUEDE participar.
- Si su hijo/a está enfermo o herido y no puede participar en la educación física por más de una semana, se requiere una nota del doctor.

Firma del padre o tutor legal

fecha