

KAHLOTUS SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION FORM

Kahlotus Elementary Kahlotus Junior High Kahlotus High School

School Entry Date:

Student District Number

STUDENT INFORMATION				
Legal Last Name	First	Middle	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Birthdate (Month/Day/Year)	Birthplace: City	State	Country	Grade Level
Primary Language spoken at home: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Other _____				
Ethnic Code: The district is <u>required</u> to report the following information to the state. (Categories are determined by the state and federal government).				
Question 1. Is your child of Hispanic or Latin origin? (Check all that apply)				
<input type="checkbox"/> Not Hispanic / Latino	<input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Central American	<input type="checkbox"/> Latin American	
<input type="checkbox"/> Cuban	<input type="checkbox"/> Mexican/Mexican American/Chicano	<input type="checkbox"/> South American	<input type="checkbox"/> Other Hispanic / Latino	
<input type="checkbox"/> Dominican	<input type="checkbox"/> Spaniard			
Question 2. What race do you consider your child? (Check all that apply)				
<input type="checkbox"/> African American / Black	<input type="checkbox"/> Pakistani	<input type="checkbox"/> Micronesian	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Shoalwater
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Singaporean	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Skokomish
<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Taiwanese	<input type="checkbox"/> Tongan	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Snoqualmie
<input type="checkbox"/> Cambodian	<input type="checkbox"/> Thai	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Spokane
<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Alaska Native	<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Squaxin Island
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Other Asian	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Stillaguamish
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Puyallup	<input type="checkbox"/> Swinomish
<input type="checkbox"/> Indonesian	<input type="checkbox"/> Fijian	<input type="checkbox"/> Cowitz	<input type="checkbox"/> Quileute	<input type="checkbox"/> Tulalip
<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Quinault	<input type="checkbox"/> Yakama
<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Mariana Islander	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Other Washington Indian
<input type="checkbox"/> Laotian	<input type="checkbox"/> Melanesian	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Other American Indian
<input type="checkbox"/> Malaysian				
My child has a known medical condition <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If Yes, please fill out Health Record and Life Threatening Conditions Form)				

PRIMARY HOUSEHOLD INFORMATION				
Parent/Guardian #1		Relationship:		
Last Name	First Name	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Unlisted	
		()		
Home Address:		Apt#		
City	State	Zip		
Mailing Address: (if different from above)		City	State	Zip
Email Address:		Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Unlisted	
Employer:		()		
Parent/Guardian #2		Relationship:		
Last Name	First Name	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Unlisted	
		()		
Email Address:		Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Unlisted	
Employer:		()		

Second Household Information – non custodial parent not residing with student

Parent/Guardian #1		Relationship:		
Last Name	First Name	Phone	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	
		()		
Street Address:		Apt#		
City	State	Zip		
Is there a Joint-Custody or Parenting Plan in effect? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, plan must be on file with the school for enforcement)				
Is there a restraining order in effect? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, legal papers must be on file with the school for enforcement)				

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

Have you ever been enrolled in KSD before? Yes No Previous School Attended _____ Location (City/State) _____

Has your child ever been in a Special Ed program? Yes No

Has your child ever qualified for or had a 504 plan? Yes No Has your child ever participated in: Title LAP Gifted ESL

Has your child ever been retained? Yes No If yes, at what grade level(s)? _____

How many times has the student been suspended? _____ Reasons: _____

Is the student on Probation or Parole? Yes No

Parole Officer's Name: _____ Phone #: _____

PLEASE LIST OTHER SIBLINGS ATTENDING SCHOOLS IN THIS DISTRICT

Last Name	First Name	School	Grade

IN CASE OF EMERGENCY

When injury, illness or other non-emergency situations occur involving your child, we want to be able to quickly reach families or other responsible adults. In the event we cannot reach a parent/guardian, please list persons you trust who are available during the day to provide care for your child (local area only please).

Primary Contact (other than parent/guardian)	Relationship to child:	Phone #1 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	Phone #2 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
Last Name _____ First Name _____		()	()
Primary Contact Address _____	City _____	State _____	Zip _____
Secondary Contact (other than parent/guardian)	Relationship to child:	Phone #1 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	Phone #2 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
Last Name _____ First Name _____		()	()
Secondary Contact Address _____	City _____	State _____	Zip _____
Third Contact (other than parent/guardian)	Relationship to child:	Phone #1 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	Phone #2 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
Last Name _____ First Name _____		()	()
Third Contact Address _____	City _____	State _____	Zip _____

Permission to photograph/publish
The school often takes pictures of students to use in district communications including newspaper, calendar, newsletter and web page.

Yes, I give the district permission to take photos and publish them.
 No, I do not give the district permission to take photos and publish them.

MILITARY FAMILY: Is guardian(s) a member of the U.S. Armed Forces? Yes No If Yes, duty _____

STUDENT RELEASE AUTHORIZATION: In the event that the school is unable to contact the parent/guardian, I authorize that my child may be released to the person(s) listed above.

VERIFICATION OF INFORMATION: The information on this form is true and accurate as of this date. I understand that falsification of information to achieve enrollment or assignment may be cause for revocation of the student's enrollment or assignment to a school in this district.

Parent/Guardian signature _____ Date _____

DISTRITO ESCOLAR DE KAHLOTUS FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Kahlotus Elementary Kahlotus Junior/Senior High School

School Entry Date:

Student District Number

INFORMACION DEL ESTUDIANTE				
Apellido Legal:	Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Lugar de Nacimiento: Ciudad	Estado	Pais	Grado:
Idioma Principal del hogar: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Otro _____				
Código Étnico: Se <u>requiere</u> que el distrito reporte la siguiente información al estado. (Categorías son determinadas por el estado y el gobierno federal)				
Pregunta #1. ¿Es su Hijo/a de origen Hispano o Latino? (Marque todos que le corresponde)				
<input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Centro Americano	<input type="checkbox"/> Latino Americano	
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano	<input type="checkbox"/> Sudamericano	<input type="checkbox"/> Otro Hispano / Latino	
<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Español			
Pregunta #2. (Marque todos que le corresponde)				
<input type="checkbox"/> Afro Americano/ Negro	<input type="checkbox"/> Paquistán	<input type="checkbox"/> Micronesiano	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Shoalwater
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Singapurense	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Skokomish
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Taiwanés	<input type="checkbox"/> Tongano	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Snoqualmie
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Spokane
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Squaxin Island
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Stillaguamish
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Swinomish
<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Fiyiano	<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Puyallup	<input type="checkbox"/> Tulalip
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Quileute	<input type="checkbox"/> Yakama
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> De las Islas Marianas	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Otro Indio de Washington
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Melanesiano	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Otro Indio Americano
<input type="checkbox"/> Malayo				
My child has a known medical condition <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If Yes, please fill out Health Record and Life Threatening Conditions Form)				

INFORMACION DEL HOGAR				
Información de Hogar Principal – Donde vive el Estudiante				
Padre/Guardián #1		Parentesco:		
Apellido	Primer Nombre	Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()		
Domicilio:		Apt#		
Ciudad:	Estado	Código Postal		
Dirección de Envío: (Si diferente del de arriba)		Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico:			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Empleador:			()	
Padre/Guardián #2		Parentesco:		
Apellido	Primer Nombre	Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()		
Correo Electrónico:		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Empleador:			()	

Información del Segundo Hogar – Padre sin custodia que no vive con estudiante				
Padre/Guardián #1		Parentesco:		
Apellido	Primer Nombre	Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()		
Domicilio		Apt#		
Ciudad	Estado	Código Postal		
¿Tiene la Custodia Compartida o Plan de Padres en efecto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si es si, el plan debe estar archivado con la escuela para su cumplimiento)				
¿Ay una Orden de Restricción en efecto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si es si, los papeles legales debe ser archivados en la escuela para su cumplimiento)				

INFORMACION DE LA ESCUELA ANTERIOR

¿Alguna vez ha sido inscrito en KSD antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escuela que asistió previamente _____	Ubicación (Ciudad/Estado) _____
¿Ha calificado su hijo para el programa de Educación Especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha calificado su hijo o tenido un Plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Su hijo a participado en: <input type="checkbox"/> Title <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Gifted <input type="checkbox"/> ESL	
¿Ha sido su hijo retenido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si es sí, en qué grado? _____		
¿Cuántas veces ha sido suspendido el estudiante? _____ Razón: _____		
¿Esta el estudiante bajo vigilancia en Libertad o Condicional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Agente de Libertad Condicional _____	Teléfono _____	
Nombre de otros hermanos que asisten a la escuela en este distrito		
Apellido	Primer Nombre	Escuela
		Grado

EN CASO DE EMERGENCIA

En situaciones de lesión, enfermedad o otra situación no urgente que ocurran involucrando a su hijo/a, deseamos ser capaces de localizar rápidamente a las familias o a otros adultos responsables. En caso de que no podamos localizar a un padre/ guardián, por favor enliste a otras personas en cual usted confía para proveer cuidado para sus hijos.

Primer Contacto (otro aparte de padre/guardián) Apellido _____ Primer Nombre _____	Parentesco: _____	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()
Domicilio de Primer Contacto _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Segundo Contacto (otro aparte de padre/guardián) Apellido _____ Primer Nombre _____	Parentesco: _____	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()
Domicilio de Segundo Contacto _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Tercer Contacto (otro aparte de padre/guardián) Apellido _____ Primer Nombre _____	Parentesco: _____	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()
Domicilio de Tercer Contacto _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

Permiso para fotografiar/Publicar

La escuela a menudo toma fotografías de los estudiantes para su uso en comunicación del distrito, incluyendo el diario, calendario, boletín y pagina web.

- Si, doy permiso al distrito de tomar fotos y las publique
 No, doy permiso al distrito de tomar fotos y las publique

FAMILIA MILITAR: Padre(s) son miembros de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Si No Si es Si, Deber Militar _____

AUTORIZACION PARA ENTREGA DEL ESTUDIANTE: En el caso de que la escuela no pueda comunicarse con el padre/guardián, autorizo a que mi niño pueda ser entregado a la persona anteriormente mencionada

VERIFICACION DE INFORMACION: La información en este formulario es verdadera y exacta a partir de esta fecha. Entiendo que la falsificación de la información para lograr inscripción o asignación puede ser causa de revocación de la inscripción o de la asignación del estudiante a una escuela en este distrito

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____



The Home Language Survey is given to *all* students enrolling in Washington schools.

Student Name: _____		Grade: _____	Date: _____
Parent/Guardian Name _____		Parent/Guardian Signature _____	
<p>Right to Translation and Interpretation Services Indicate your language preference so we can provide an interpreter or translated documents, free of charge, when you need them.</p>	<p>All parents have the right to information about their child's education in a language they understand.</p> <p>1. In what language(s) would your family prefer to communicate with the school? _____</p>		
	<p>Eligibility for Language Development Support Information about the student's language helps us identify students who qualify for support to develop the language skills necessary for success in school. Testing may be necessary to determine if language supports are needed.</p> <p>2. What language did your child learn first? _____</p> <p>3. What language does your child use the most at home? _____</p> <p>4. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by your child? _____</p> <p>5. Has your child received English language development support in a previous school? Yes___ No___ Don't Know___</p>		
<p>Prior Education Your responses about your child's birth country and previous education:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Give us information about the knowledge and skills your child is bringing to school. • May enable the school district to receive additional federal funding to provide support to your child. <p><i>This form is not used to identify students' immigration status.</i></p>	<p>6. In what country was your child born? _____</p> <p>7. Has your child ever received formal education outside of the United States? (Kindergarten - 12th grade) ___Yes ___No</p> <p>If yes: Number of months: _____ Language of instruction: _____</p> <p>8. When did your child first attend a school in the United States? (Kindergarten - 12th grade)</p> <p>_____</p> <p>Month Day Year</p>		

Thank you for providing the information needed on the Home Language Survey. Contact your school district if you have further questions about this form or about services available at your child's school.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.





**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:	Grado:	Fecha:
<p>Nombre del padre, madre o tutor legal _____</p> <p>Firma del padre, madre o tutor legal _____</p>		
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>	
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>	
<p>Educación previa</p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>	

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.





Kahlotus School District No. 056

P.O. Box 69
Kahlotus, WA 99335

Phone (509) 282-3338
Fax (509) 282-3339

Student Housing Questionnaire

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Please see reverse side for more information)

If you own/rent your own home, you do not need to complete this form.

If you do not own/rent your own home, please check all that apply below. (Submit to District Homeless Liaison. Contact information can be found at the bottom of the page).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> In a motel location | <input type="checkbox"/> A car, park, campsite, or similar location |
| <input type="checkbox"/> In a shelter | <input type="checkbox"/> Transitional Housing |
| <input type="checkbox"/> Moving from place to place/couch surfing | <input type="checkbox"/> |
| Other _____ | |
| <input type="checkbox"/> In someone else's house or apartment with another family | |
| <input type="checkbox"/> In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.) | |

Name of Student: _____
First Middle Last

Name of School: _____ Grade: _____ Birthdate (Month/Day/Year): _____
Age: _____

Gender: _____
 Student is unaccompanied (not living with a parent or legal guardian)
 Student is living with a parent or legal guardian

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: _____

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: _____ NAME OF CONTACT: _____

Print name of parent(s)/legal guardian(s): _____
(Or unaccompanied youth)

*Signature of parent/legal guardian: _____ Date: _____
(Or unaccompanied youth)

*I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

Please return completed form to:

Mark F. Bitzer
District Liaison

509-282-3338 ext 101
Phone Number

District Office
Location

For School Personnel Only: For data collection purposes and student information system coding

(N) Not Homeless (A) Shelters (B) Doubled-Up (C) Unsheltered (D) Hotels/Motels

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINITIONS.

For purposes of this subtitle:

(1) The terms enroll' and enrollment' include attending classes and participating fully in school activities.

(2) The term homeless children and youths' —

(A) means individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and

(B) includes —

(i) children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;

(ii) children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));

(iii) children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and

(iv) migratory children (as such term is defined in section 1309 of the Elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).

(6) The term unaccompanied youth' includes a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

Additional Resources

Parent information and resources can be found at the following:

National Center for Homeless Education

National Association for the Education of Homeless Children and Youth (NAEHCY)

SchoolHouse Connection



Kahlotus School District No. 056

P.O. Box 69
Kahlotus, WA 99335

Phone (509) 282-3338
Fax (509) 282-3339

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- En un motel similar
- En un refugio
- Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos
- Otro _____
- En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- Vivienda de transición

Nombre del estudiante: _____

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____ Edad: _____

Género: _____ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: _____
(O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

Mark F Bitzer, Principal 509.282.3338 Main Office
Enlace del Distrito Número de teléfono Ubicación

We Are An Equal Opportunity Employer

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

- (N) No en situación de falta de vivienda (A) Refugios (B) Con otra familia (C) Sin refugio (D) Hoteles/Moteles

Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

- (1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.
- (2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —
 - (A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y
 - (B) incluye a —
 - (i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y
 - (iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)

Kahlotus School District No. 56
Medical Emergency Information and Waiver
SCHOOL YEAR _____

*****STUDENT INFORMATION*****

Name of Student _____ Grade _____ Age _____
Address _____ Birthdate _____
_____ Phone _____
Drug Allergies _____ Diabetic _____
Heart Problems _____ Respiratory _____ Epileptic _____

All medications currently being taken: _____
Concussion history: Please list date(s) of all occurrences: _____

*****PARENT AND INSURANCE INFORMATION*****

Parent/Guardian Name _____ Day Phone _____
Address (if different _____ Evening _____
Than student) _____
Insurance Company _____ Policy# _____
School Accident Coverage Plan _____

*****EMERGENCY INFORMATION*****

Emergency Contact _____ Phone _____
Relationship of Contact _____
Family Physician _____ Phone _____
Address _____

PARENTS READ CAREFULLY, CIRCLE THE ANSWER THAT APPLIES

Yes No As parent or legal guardian, I authorize a qualified physician to examine the above named student, and in the event of injury, to administer emergency care and to arrange for any consultation by a specialist, including a surgeon, he/she deems necessary to insure proper care of any injury. Every effort will be made to contact parent or guardian to explain the nature of the problem prior to any involved treatment.

Yes No I accept full responsibility for the cost of treatment for any injury which he/she may suffer while taking part in school activities.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

