

**Algoma School District Student Registration/Emergency Form**

**Student Information**

**Registration Fee:** *Please make checks payable to Algoma School District*  
 K-8th Grade \$10.00  9th-12th Grade \$50.00

Student Start Date \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_

Student's Name \_\_\_\_\_ Circle One: Female Male  
(Last) (First) (M.I.)

Address \_\_\_\_\_  
(Street) (City) (State) (Zip)

DOB \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_ Primary Phone Number \_\_\_\_\_  
(Month-Day-Year) (City) (State) (County)

**Ethnicity: Part 1—Must choose one:**  Yes, Hispanic/Latino  No, not Hispanic/Latino

**Part 2—Must choose one:** Choose one or more. You must select at least one.  American Indian or Alaska Native (Tribal Affiliation 1 \_\_\_\_\_ Affiliation 2 \_\_\_\_\_ Affiliation 3 \_\_\_\_\_),  Asian,  Black or African American,  Native Hawaiian or Other Pacific Islander,  White

**Father** \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Address (If different than student address above) \_\_\_\_\_ Father's Employer \_\_\_\_\_  
(Street) (City) (State) (Zip) Daytime Phone \_\_\_\_\_

Father's Email Address \_\_\_\_\_

**Mother** \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Address (If different than student address above) \_\_\_\_\_ Mother's Employer \_\_\_\_\_  
(Street) (City) (State) (Zip) Daytime Phone \_\_\_\_\_

Mother's Email Address \_\_\_\_\_

**Guardian/Step Father/Step Mother/Other (Please circle one that applies) me-**

**Guardian Name:** \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Daytime Phone \_\_\_\_\_

Address (If different than student address above) \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
(Street) (City) (State) (Zip)

**With whom does this child reside?** \_\_\_\_\_ **Who has custody?** \_\_\_\_\_

Please list those parents/guardians listed above who should receive school mailings.

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Last School Attended \_\_\_\_\_  
(Name of School) (Address) (City) (State) (Zip)

Does your child require any special education or other services?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Primary Language other than English \_\_\_\_\_

Other children in household—ages birth to 19: (List DOB, circle M or F)

(1) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M F (3) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M F

(2) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M F (4) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M F

**Emergency Contact/Medical**—In an EMERGENCY situation when we cannot reach you at home or at work, please list people who have agreed to take responsibility for your child.

**Contact #1:** Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

**Contact #2:** Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

**Contact #3:** Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

### Guardian Alert

Is there someone who should NOT pick up your child at school?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_

### Medical Treatment Release

Doctor Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Dentist Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Special Medical Considerations/Medical Alert Text: \_\_\_\_\_

If deemed necessary your child will be sent to your family doctor or emergency room at parental/guardian's expense.

As a parent/guardian, I authorize medical personnel to render necessary medical treatment to my child and to release to the school the medical facilities to which my child is transferred to and/or admitted.

I give my permission to share the information on the Registration/Emergency Information sheet with appropriate Algoma School District personnel to promote the health and safety of my child, thus enhancing his/her ability to learn.

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

### Automobile Information (High School Students Only)

Car License # \_\_\_\_\_ Make \_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ Vehicle Insured:  Yes  No Insurance Company \_\_\_\_\_

# Registro de estudiante del distrito escolar de Algoma

## La información del estudiante

**Registration Fee: Please make checks payable to Algoma School District**  
 K-8th Grade \$10.00  9th-12th Grade \$50.00

Fecha de inicio del estudiante \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Elige uno: mujer hombre  
(apellido) (primero) (Segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mes-día-año) (ciudad) (estado) (país) Teléfono principal \_\_\_\_\_

**Etnicidad: Parte 1—Debe elegir uno:**  Sí, Hispano/Latino  No, no Hispano/Latino

**Parte 2—Debe elegir:** Elegir uno o mas. Debe elegir al menos uno.  Indio americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái o Otros Isleños del Pacífico  Blanco

**Padre** \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la dirección del estudiante anterior) \_\_\_\_\_ Empleado del padre \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (código postal) Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre \_\_\_\_\_

**Madre** \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la dirección del estudiante anterior) \_\_\_\_\_ Empleado de la madre \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (código postal) Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la madre \_\_\_\_\_

**Guardián/Padraastro/Madrastra/Otro (Por favor, marque con un círculo lo que corresponda) me-**

**Nombre del Guardián:** \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la dirección del estudiante anterior) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

**¿Con quién vive este niño?** \_\_\_\_\_ **¿Quién tiene la custodia?** \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los padres/guardiáns de la lista anterior que deben recibir el correo de la escuela.  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela) (Dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

¿Necesita su hijo algún tipo de educación especial u otros servicios?  Sí  No En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

Idioma principal que no sea el inglés \_\_\_\_\_

Otros niños en el hogar—Edades desde el Nacimiento hasta los 19 años: (Indique la fecha de nacimiento, marque hombre o mujer)  
(1) \_\_\_\_\_ FdeN \_\_\_\_\_ H M (3) \_\_\_\_\_ FdeN \_\_\_\_\_ H M  
(2) \_\_\_\_\_ FdeN \_\_\_\_\_ H M (4) \_\_\_\_\_ FdeN \_\_\_\_\_ H M

**Contacto de emergencia/Médico**—En una situación de EMERGENCIA cuando no podamos hablar con usted en su casa o en su trabajo, por favor, enumere las personas que han aceptado responsabilizarse de su hijo.

**Contacto #1:** Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
**Contacto #2:** Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
**Contacto #3:** Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

**Alerta de los Guardianes**

¿Hay alguien que NO deba recoger a su hijo en la escuela?  Sí  No En caso afirmativo, explique por favor: \_\_\_\_\_

**Liberación de Tratamiento médico**

Nombre de médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Las consideraciones médicas especiales/Texto de alerta médica: \_\_\_\_\_

Si se considera necesario, su hijo será enviado a su médico o a la sala de emergencias, corriendo los padres o guardianes con los gastos.

Como padre/guardián, autorizo al personal médico a prestar el tratamiento médico necesario a mi hijo y a ceder a la escuela las instalaciones médicas a las que mi hijo sea trasladado y/o admitido.

Doy mi permiso para compartir la información sobre el registro/hoja de información de emergencia con el personal apropiado del Distrito de Algoma para promover la salud y la seguridad de mi hijo, mejorando así su capacidad de aprendizaje.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Información sobre el coche (Solo para estudiantes de colegio)**

Matrícula de coche # \_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Color \_\_\_\_\_ Vehículo asegurado:  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_