

For School Use:

FULTON COUNTY SCHOOLS
STUDENT ENROLLMENT FORM

SIS-1
Revised 04/14
FORM #113

Entry Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Grade Assigned: \_\_\_
Homeroom/Advisement: \_\_\_

(1) STUDENT INFORMATION
Print All Information Clearly.
Student's Last Name, First Name, Middle Name, Generation (ex. JR,III)
Preferred Name, Month/ Day /Yr of Birth, Student's Social Sec. #
Home Address: Street # and Name, P.O. Box if App, Apt. #, City, Zip +4
Home Phone: ( ) Complex/Subdiv.Name:
School system of residence if other than Fulton: RESTRICT DIRECTORY INFORMATION? Y N
County of residence if other than Fulton:
Name of School Serving area in which student lives:
Circle One In This Group: SEX: M - Male, F - Female
Is this student Hispanic/Latino? (Choose only one)
What is the student's race? (Choose one or more)

(2) PARENT/GUARDIAN INFORMATION (Complete a box for each parent, step-parent, or guardian; add page if necessary)
Name: Last, First, MI Suff.
Home Address & Phone If Different From Student's Address:
City/State/Zip+4:
Home Phone: ( )
Alt/Cell Phone:
Occupation:
Business Name:
Business Address:
City/State/Zip+4:
Business Phone: ( )
Circle Relation to Student: Mother, Father, Stepmother, Stepfather, Legal Guardian, Other
Contact w/student is allowed? Y N
Resides with this parent/guardian? Y N
Parent/guardian is responsible for student? Y N
Works for federal gov't or on federal property? Y N
Email

(3) MEDICAL/EMERGENCY INFORMATION
Family Physician
First/Last Name: Physician's Phone: ( ) ext.
Insurance/Health Coverage:
Note medical problems, medication requirements, life-threatening allergies, and other special instructions:
The persons below have authorization to pick-up my child during school hours and can be reached at the numbers listed.
List Siblings in THIS school:

(4) ENROLLMENT INFORMATION
Has student ever attended a Fulton County School? Yes No
If no, Non-Ful.Co. prior school name:
City & State of prior school:
Enrolled from / / to / /
If yes, give name of school(s):
Country of Birth
Date first entered a USA School (mm/dd/yy)
Entry Codes: (Circle One)
C Continue in same school W Admitted under SB10
U From within system X Admitted under USCO
T From another GA public school A From a home school
O From another state or country N Never attended school
P From a private school S Re-entry after illness
B Previously WD from this school & year I Re-entry after incarceration
V Admitted under School Choice R Re-entry other

(5) REQUIRED INFORMATION
Active Military Yes No
Active Military indicates whether the student has a parent or guardian who is active in US Armed Forces, including the National Guard or Reserve Forces.

(6) MANDATORY FOR ALL STUDENTS

To provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child may be a candidate for additional English language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment.
\*\*Which language does your child most frequently speak at home? (Primary/Native Language)?
\*\*Which language do adults in your home most frequently use when speaking with your child? (Home Language)?
\*\*Which language(s) does your child currently understand or speak? (Correspondence Language)?
Has student ever received services in the following programs?
Gifted Yes No EIP Yes No
Title I Yes No ESOL Yes No
Remedial Ed Yes No Homeless Yes No
504 Yes No
Spec. Educ. Yes No If Yes, Area
Other Programs (Specify)
PreK Program Attended: Circle One
1. GA PK-Public School 5. Private Non-Profit PK
2. Public Sponsored PK (Title I) 6. Private For-Profit PK
3. Head Start 7. Did not attend PK
4. Other Public School 8. GA PK-Private School
Hardship Student (Circle one)
Childcare, Curriculum, Moving, Employee, Medical, Adm.Placement
Magnet Program Student (Circle one)
Art/Science, Math/Science International Studies,
Visual & Performing Arts, International Studies Tuition

(7) FOR SCHOOL USE ONLY
Immunization Code (Circle One)
E - Medical Exemption
N - GA Requirements Not Met
R - Religious Exemption
W - 30-Day, 90-Day, 180-Day Waiver
Follow-up Date: / /
Y - GA Requirements Met
Student has met the following requirements:
Ear Exam Yes No
Eye Exam Yes No
Dental Exam Yes No
Emer.Sig.Card Yes No
Birth Certificate Yes No
High School Course of Study/Graduation Track \* Valid only if student entered 9th grade prior to 2009
Circle One: \*\*Valid only if student entered 9th grade in 2009 or later
B - Both College Prep. And Career Tech\*
C - College Preparatory
D - College Prep w/Distinction
H - Career Tech Prep.\*\*
M - College Prep & Career Tech Prep w/Distinction
N - College Prep w/Distinction & Career Tech. Prep
Q - College Prep & Career Tech w/Distinction
S - Special Education
U - Career Tech Prep w/Distinction
Date 1st entered 9th grade (mm/dd/yy): / /
High School Only:
I have received a student handbook.
Student Signature:

PARENT SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Entry Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Grade Assigned: \_\_\_\_  
Homeroom/Advisement: \_\_\_\_

(1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO				Escriba toda la información, claramente, con letra de molde.	
Apellido del alumno	Primer nombre	Segundo nombre	Generación (ejemplo: JR,III)	Marque la respuesta con un círculo: SEXO: M - Masculino F - Femenino	
Nombre que prefiere _____					
Mes/Día/Año de nacim. ____/____/____		Nro. de Seguro Social del alumno _____		¿El alumno es hispano/latino? (Elija solo una respuesta) <input type="checkbox"/> No, no es hispano/latino <input type="checkbox"/> Si, es hispano/latino	
Dirección: _____					
Número y nombre de la calle		P.O. Box (si corresp.)	Número de Apt.	Ciudad	Código Postal +4
Teléfono: ( ) _____			Nombre de apart./subdivisión: _____		
Sistema escolar, si no reside en Fulton: _____			¿RESTRINGIR LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO? S N		
Condado donde vive, si no es Fulton: _____					
Nombre de la escuela que corresponde al área donde vive el alumno: _____					

(2) INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES (Completar info para cada uno de los padres, padrastros/madrastras o tutores legales; agregar una página por familia)					
Nombre: Apellido Primer nombre Inic.2 <sup>do</sup> nombre Dirección y teléfono, si son distintos a los del alumno Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Teléfono alternativo/Celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empresa: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Marque el parentesco con el alumno: madre, padre, madrastra, padrastro, tutor legal, otro ¿Puede contactar al alumno? S N ¿El alumno reside con esta persona? S N ¿Esta persona es responsable por el alumno? S N ¿Trabaja para el gob.fed. o en propiedad federal? S N Email _____	Nombre: Apellido Primer nombre Inic.2 <sup>do</sup> nombre Dirección y teléfono, si son distintos a los del alumno Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Teléfono alternativo/Celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empresa: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Marque el parentesco con el alumno: madre, padre, madrastra, padrastro, tutor legal, otro ¿Puede contactar al alumno? S N ¿El alumno reside con esta persona? S N ¿Esta persona es responsable por el alumno? S N ¿Trabaja para el gob.fed. o en propiedad federal? S N Email _____	Nombre: Apellido Primer nombre Inic.2 <sup>do</sup> nombre Dirección y teléfono, si son distintos a los del alumno Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Teléfono alternativo/Celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empresa: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod.Postal+4: _____ Teléfono: ( ) _____ Marque el parentesco con el alumno: madre, padre, madrastra, padrastro, tutor legal, otro ¿Puede contactar al alumno? S N ¿El alumno reside con esta persona? S N ¿Esta persona es responsable por el alumno? S N ¿Trabaja para el gob.fed. o en propiedad federal? S N Email _____			

(3) INFORMACIÓN MÉDICA/PARA CASOS DE EMERGENCIAS															
Médico Nombre y apellido: _____ Teléfono: ( ) _____ ext. _____ Seguro/Cobertura médica: _____ Indique problemas médicos, medicinas, alergias que pongan la vida en peligro, y otras instrucciones especiales: _____ _____ Las siguientes personas tienen autorización para retirar a mi hijo durante las horas de clases y se las puede contactar en los números: <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre y apellido</th> <th style="text-align: left;">Teléfono</th> <th style="text-align: left;">Ext.</th> <th style="text-align: left;">Parentesco</th> <th style="text-align: left;">¿Puede retirarlo de la escuela?</th> </tr> <tr> <td>_____ ( ) _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>S N</td> </tr> <tr> <td>_____ ( ) _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>S N</td> </tr> </table> Nombre de los hermanos en ESTA escuela: _____	Nombre y apellido	Teléfono	Ext.	Parentesco	¿Puede retirarlo de la escuela?	_____ ( ) _____	_____	_____	_____	S N	_____ ( ) _____	_____	_____	_____	S N
Nombre y apellido	Teléfono	Ext.	Parentesco	¿Puede retirarlo de la escuela?											
_____ ( ) _____	_____	_____	_____	S N											
_____ ( ) _____	_____	_____	_____	S N											

(4) INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN
¿El alumno asistió alguna vez a una escuela del condado de Fulton? S N Si no asistió, nombre de la escuela anterior: _____ Ciudad y estado de la escuela anterior: _____ Inscrito desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Si asistió, nombre de la escuela(s): _____ País de nacimiento _____ Fecha en que ingresó por primera vez a una escuela en Estados Unidos (mm/dd/aa) _____ Códigos de entrada: (Marque un círculo en uno) C Continúa en la misma escuela W Admitido bajo SB10 U Dentro del sistema X Admitido bajo USCO T De otra escuela pública de GA A De educación en casa O De otro estado o condado N Nunca asistió a la escuela P De una escuela privada S Reingreso después de enfermedad B WD previamente de esta escuela y año I Reingreso después de encarcelamiento V Admitido bajo Opción de Escuela R Reingreso, otro

(5) INFORMACION OBLIGATORIA
Militar activo Sí No Militar activo indica si uno de los padres o tutores legales del alumno está prestando servicios en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, inclusive la Guardia Nacional o las Fuerzas de Reserva

(6) OBLIGATORIO PARA TODOS LOS ALUMNOS:																														
Para poder ofrecerle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar cómo comprende y habla el idioma inglés. Esta encuesta ayuda al personal escolar a decidir si su hijo puede ser un candidato para recibir ayuda adicional en inglés. La calificación final para el apoyo de idioma se basará en los resultados de una evaluación de inglés. **¿Qué idioma habla su hijo en casa con mayor frecuencia? (Idioma nativo/principal)? _____ **¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos cuando hablan con su hijo en casa? (Idioma en el hogar) _____ **¿Qué idioma(s) habla o entiende su hijo actualmente? (Lengua de Correspondencia)? _____ ¿El alumno alguna vez recibió servicios en los siguientes programas? <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Alumnos con talento</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Intervención temprana</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><i>Title I</i></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>ESOL</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Ed. Remedial</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sin hogar</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>504</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Educ.Especial</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>¿En qué área?</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table> Otros programas (Especificar) _____ Programa de PreK al que asistió: Marque uno 1. GA PK-Escuela pública 5. PK privado, sin fines de lucro 2. PK público patrocinado ( <i>Title I</i> ) 6. PK privado, con fines de lucro 3. <i>Head Start</i> 7. No asistió a un PK 4. Otra escuela pública 8. GA PK-Escuela privada	Alumnos con talento	Sí	No	Intervención temprana	Sí	No	<i>Title I</i>	Sí	No	ESOL	Sí	No	Ed. Remedial	Sí	No	Sin hogar	Sí	No	504	Sí	No				Educ.Especial	Sí	No	¿En qué área?	_____	
Alumnos con talento	Sí	No	Intervención temprana	Sí	No																									
<i>Title I</i>	Sí	No	ESOL	Sí	No																									
Ed. Remedial	Sí	No	Sin hogar	Sí	No																									
504	Sí	No																												
Educ.Especial	Sí	No	¿En qué área?	_____																										

(7) FOR SCHOOL USE ONLY	
Immunization Code (Circle One) E - Medical Exemption N - GA Requirements Not Met R - Religious Exemption W - 30-Day, 90-Day, 180-Day Waiver Follow-up Date: ____/____/____ Y - GA Requirements Met	Student has met the following requirements: Ear Exam Yes ___ No ___ Eye Exam Yes ___ No ___ Dental Exam Yes ___ No ___ Emer.Sig.Card Yes ___ No ___ Birth Certificate Yes ___ No ___

High School Course of Study/Graduation Track Circle One: B - Both College Prep. And Career Tech* C - College Preparatory D - College Prep w/Distinction H - Career Tech Prep.** M - College Prep & Career Tech Prep w/Distinction N - College Prep w/Distinction & Career Tech. Prep Q - College Prep & Career Tech w/Distinction S - Special Education U - Career Tech Prep w/Distinction	* Valid only if student entered 9th grade prior to 2009 **Valid only if student entered 9th grade in 2009 or later Date 1st entered 9th grade (mm/dd/yy): ____/____/____ High School Only: I have received a student handbook. Student Signature: _____
--	--

Alumno con dificultades personales (Marque uno) Childcare, programa de estudios, mudanza, médico, ubicación.adm. Alumno del Programa Magnet (Marque uno) Arte/Ciencia, Matemática/Ciencia, Estudios Internacionales, Artes Visuales y Dramáticas, Estudios Internacionales, Matrícula
--