

Howard Gardner Community Charter School Registration

School Year: _____

Grade Enrolling for: _____



IMPORTANT: This registration application cannot be processed until the parent/guardian has met with the registrar or other front office staff member to verify ORIGINAL residency documents, birth certificate/passport and immunization records. You must bring a copy of this completed application when you come to register your child/children

How did you hear about HGCS?

Student Information: Is student Hispanic or Latino? **Yes** **No** **Please Circle a Race Below**

Amer. Indian/Alaskan. Native Asian Hawaiian Guamanian Pacific Islander Filipino Black/African-American White Other : _____

Last Name First Name MI Sex F M

Street Address Zip Code Home Phone

Email Date of Birth (mm/dd/yy) City of Birth State of Birth Country of Birth

Last School Student Attended School Address Grade Completed

Student lives Both Parents Mother only Father only Grandparent(s) Legal Guardians/Caregiver Other

Father Parent Guardian (select one)

Name Email

Mailing Address (if different from Student Address) Home Phone

Work Phone

Legal G Yes No Highest Education Level? Cell Phone

Mother Parent Guardian (select one)

Name Email

Mailing Address (if different from Student Address) Home Phone

Work Phone

Legal G Yes No Highest Education Level? Cell Phone

Person to be Notified in Event of an Emergency Other Than Parent/Guardian

Name: Phone:

Children in Family (List oldest first, and include applicant)

Name	Sex	Birth Date	School	Grade

Grade entered: Circle Special Programs: IEP 504 SARB ELL Native Language:

Date/Grade first enrolled in the U.S: Date/Grade first enrolled in this state:

I certify that all the information on this application is true and understand that school officials may verify the information.

Signature of Parent/Guardia: Date:

FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY		ELL	IEP	504	If yes to IEP/504, do we have a copy on file?	Yes	No
Residency Verification		IEP reviewed and approved by RSP and/or Director?		Yes	No		
DOB Verification		Birth Certificate		Other			
Immunizations on file?		Yes	No	Emergency Health Info.?		Yes	No

Administrative Official Signature: Date:

Comments:

Registración de Howard Gardner Community Charter

Año Escolar: _____

Grado: _____



IMPORTANTE: esta solicitud de registro no se puede procesar hasta que el padre / tutor se haya reunido con el registrador u otro miembro del personal de la oficina principal para verificar los documentos de residencia **ORIGINALES**, el certificado de nacimiento / pasaporte y los registros de vacunación. Debe traer una copia de esta solicitud completa cuando registre a su hijo a hijos.

Como se Informó de HGCS? _____

Información del estudiante: es estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Por favor circule raza a continuación						
Blanco	Hispano	Negro / afroamericano	Indio Americano / Nativo de Alaska	Asiático	Hawaiano	Guamanian	Islas del Pacífico	Felipino
Otro: _____								
Apellido			Nombre		IN	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Domicilio					Código Postal		Numero de teléfono-CASA	
Correo Electrónico			Fecha de nacimiento (mm/dd/yy)		Ciudad de Nacimiento		Estado de Nacimiento	
Ultima escuela que asistió			Domicilio de la Escuela			Ultimo Grado		
Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro: _____								
Padre			Guardián (seleccione una)					
Nombre					Correo Electrónico			
Domicilio (si es diferente del estudiante)					Teléfono de Casa			
					Teléfono del Trabajo			
Guardián Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Mayor nivel de educación?		Celular			
Madre			Guardián (seleccione una)					
Nombre					Correo Electrónico			
Domicilio (si es diferente del estudiante)					Teléfono de Casa			
					Teléfono del Trabajo			
Guardián Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Mayor nivel de educación?		Celular			
Persona de notificar en caso de emergencia aparte de padres								
Nombre					Teléfono			
Niños en el hogar			Sexo		Fecha de Nacimiento		Grado	
Nombre, Apellido								
Grado Entrante:			Indique Programa Especial: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> SARB <input type="checkbox"/> ELL			Idioma Nativa:		
Fecha/Grado de inscripción por primera vez en los Estados Unidos:					Fecha/Grado de inscripción por primera vez en este estado:			
Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y entiendo que las autoridades escolares pueden verificar la información.								
Firma de Padre/Guardián: _____					Fecha: _____			

FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY	ELL	IEP	504	If yes to IEP/504, do we have a copy on file?	Yes	No
	Residency Verification			IEP reviewed and approved by RSP and/or Director?	Yes	No
				Immunizations on file?	Yes	No
	DOB Verification			Birth Certificate	Other	
			Emergency Health Info.? Yes No			

Administrative Official Signature: _____ **Date:** _____

Comments: