

SCHOOL DISTRICT OF LANCASTER
STUDENT INFORMATION FORM

Today's Date: _____ Grade Currently Attending: _____

Name of Pupil: _____
(Last Name) (First Name) (Full Middle Name)

Address: _____ Phone Number: _____

Date of Birth: _____ Sex: M F Where Born: _____

Language spoken at home: _____ Does student have an IEP (individualized Education Plan)? Yes or No

Is student of Latino/Hispanic Ethnicity? Yes or No

Please select race(s) and number all that apply below (must select at least one)

Race: American Indian or Alaskan Native _____ Asian _____

Black or African American _____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander _____

White _____

Name of Father: _____
(Last Name) (First Name) (Middle) Living Deceased

Address (if different from child's): _____

Home Phone Number: _____ Work Number: _____ Cell Phone Number: _____

Name of Mother: _____
(Last Name) (First Name) (Middle) Living Deceased

Address (if different from child's): _____

Home Phone Number: _____ Work Number: _____ Cell Phone Number: _____

If child lives with someone other than parent(s) complete the following:

Name of Guardian : _____ Relationship: _____
(Include Step parent, Foster parent, Grand parents, etc)

Cell Phone Number: _____ Work Number: _____

EMERGENCY CONTACT: (PLEASE INDICATE SOMEONE OTHER THAN PARENTS/GUARDIAN):

Name: _____

Address: _____

Relationship to Student: _____ Telephone Number: _____

PREVIOUS EDUCATION:

Has the student attended any United States schools including Puerto Rico in any 3 years during his/her lifetime? If yes complete the following:

Name of School	City and State	Grade Attended	Dates Attended
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Was student expelled or suspended? Yes No

MEDICAL INFORMATION:

List any medical condition(s) your child has that we should be know about (including allergies):

Family Doctor: _____ Phone Number: _____

Dentist: _____ Phone Number: _____

DISTRITO ESCOLAR DE LANCASTER
FORMULARIO DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Fecha de hoy: _____ Grado al que asiste actualmente: _____

Nombre del estudiante: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre completo)

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F ¿Donde nació?: _____

Idioma que se habla en el hogar: _____ ¿Su estudiante tiene un PEI (Plan individualizado de Educación? Si o No

¿Es este estudiante Hispano/Latino Si o No

Favor de seleccionar la raza(s) e indique todo lo que aplique a continuación)

Raza: Americano Indio o Nativo de Alaska _____ Asiático _____

Negro o Negro Americano _____ Nativo Hawaiano o Islas del Pacifico _____

Blanco _____

Nombre del Padre: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) Vivo Fallecido

Dirección (si es diferente de la del niño): _____

Núm de teléfono del hogar: _____ Núm de teléfono del trabajo: _____ Núm de celular: _____

Nombre de la Madre: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) Vivo Fallecido

Dirección (si es diferente de la del niño): _____

Núm de teléfono del hogar: _____ Núm de teléfono del trabajo: _____ Núm de celular: _____

Si el niño(a) vive con alguien que no es el padre/madre, complete la siguiente información:

Nombre del encargado : _____ Relación: _____
(Include Step parent, Foster parent, Grand parents, etc)

Núm de celular: _____ Núm de teléfono del trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (POR FAVOR INDIQUE ALGUIEN QUE NO SEA EL PADRE/ENCARGADO):

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el estudiante: _____ Numero de Teléfono: _____

EDUCACIÓN PREVIA:

¿Ha atendido el estudiante alguna escuela en los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, durante los pasados 3 años de su vida? Si así es, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela	Ciudad y Estado	Grado que asistió	Fecha que asistió
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Ha sido el estudiante expulsado o suspendido? Si No

INFORMACIÓN MÉDICA:

Indique alguna condición(es) medica que su niño tenga que debemos saber (incluya alergias):

Doctor de familia: _____ Núm de telefono: _____

Dentista: _____ Núm de telefono: _____

