

OFFICE USE ONLY!! Students 1st day of School: _____ Student #: _____
 BC O/F IMZ COM INC PROV H.L.S. O/F Comp. Agr. O/F UIC # _____
 Hot Lunch MIG MCIR SOC: App Release District: _____ School Year: _____
 Race/Ethnicity Address/Residency Verified

INFORMACION del ALUMNO

Nombre Legal de estudiante _____
 Grado _____ M F Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
 Código de Salud: Asma Visión Oír Alergia a abejas Epiléptico Diabetes Medicación Otros _____
 Servicios de la Educación Especial: Sí No Si marcó "sí", explique _____
 Alumno vive con: Padre Madre Madrastra/Padrastra Guardián Relativo _____

INFORMACION FAMILIAR

Dirección Calle (requerida) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Dirección de Buzón (PO si es diferente) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 # de teléfono de su casa _____ Condado de Residencia _____

Padre /guardián _____	Madre /guardián _____	Step-Parent _____
# celular _____	# celular _____	# celular _____
Correo electrónico _____	Correo electrónico _____	Correo electrónico _____
Patron _____	Patron _____	Patron _____
# de teléfono _____	# de teléfono _____	# de teléfono _____
¿En Unidad familiar? si no	¿En Unidad familiar? si no	
Si No, Reciba Envíos si no	Si No, Reciba Envíos si no	
Si Sí, por favor ponga la dirección _____	Si Sí, por favor ponga la dirección _____	

Marque uno: Educación: HS 9th 10th 11th 12th
 Colegio 1 2 3 4 +

Marque uno: Educación: HS 9th 10th 11th 12th
 Colegio 1 2 3 4 +

Otros niños en la familia:

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONTACTO en caso de EMERGINCIA– Si padre/guardián no puede ser alcanzado: :

Nombre: _____ Relación al Alumno: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación al Alumno: _____ # de teléfono: _____

Nombre del Médico: _____ # de teléfono: _____

dentista nombre: _____ # de teléfono: _____

Nombre del hospital: _____ # de teléfono: _____

Certifico que, la información arriba es correcta y veraz, incluyendo la dirección en donde vivimos.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

WALKERVILLE PUBLIC SCHOOLS

High School/Middle School Grades 6-12

145 East Lathrop St. Walkerville, MI 49459

Phone (231) 873-3652

Fax (231) 873-5615

Elementary School Grades Pre K-5

170 North St. Walkerville, MI 49459

Phone (231) 873-5727

Fax (231) 873-5642

PERMISO PARA OBTENER ARCHIVOS OFICIALES

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Escuela Previa _____

Direccion de la escuela _____

Numero de Telefono de la escuela _____ Fax de la escuela _____

Please send the above named student's complete school records including:

- Cumulative school record/file
- Achievement test, aptitude & intelligence test scores
- Attendance records
- Grades
- Special Education records (IEPC, diagnostic reports, medical records, etc.)
- Immunization records

UIC NUMBER: _____

This release is in accordance with the provisions of the family Educational Rights and Privacy Act of 1976.

Parent/Guardian/Student (if 18 years of age)

Signature _____

Today's Date _____

(not required)

Records are to be sent to:

_____ Walkerville High School/Middle School
145 E. Lathrop St.
Walkerville, MI 49459

_____ Walkerville Elementary School
170 North St.
Walkerville, MI 49459

Please return a copy of this release form with the student records.

THIS SPACE FOR OFFICE USE ONLY:

1ST request

Date sent _____ Date received _____

2ND request

Date sent _____ Date received _____

**Escuelas Publicas de Walkerville
Encuesta de Residencia de los estudiantes**

Esta encuesta esta establecida para cubrir el McKinney – Vento Homeless Assitance Act, U.S.C.A. 42 section 11302(a). Sus respuestsas nos ayudara determinar los documentos necesarios para matricular este alumno.

Nombre de alumno: _____ Fecha: _____
 Fecha de nacimiento (mes/dia/ano): _____ Edad: _____
 Escuela: WES WM/HS WHS Grado: _____

1. El alumno vive.....

Seccion A	O	Seccion B
<input type="checkbox"/> en un hogar de refugio? <input type="checkbox"/> con mas de un familia en casa o apartamento debido a dificultad economica? <input type="checkbox"/> en un hotel, carro, o tienda? <input type="checkbox"/> en casa de alguien que no es padre o guardian legal? <input type="checkbox"/> algo mas: _____		<input type="checkbox"/> Selecciones en seccion A no aplican <u>Alto:</u> Si ud. marco seccion B, no necesita completar el resto de esta forma

2. El alumno/a vive con ... Padre(s), relativo, amigo, guardian, solo(a), otro (marque uno)

Nombre: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____
 Numero de telefono (casa, trabajo, celular, etc.): _____

Nombre de Padres o Guardianes legales: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____
 Numero de telefono (casa, trabajo, celular, etc.): _____

Comentario: _____

SCHOOL USE ONLY

If box B in Seccion B is checked, completion of this form is not required.
 For any choices in Section A, form must be completed and homeless status determined. Please involve the WPS homeless Liaison as needed for determining homeless status.

The student is homeless according to the McKinney Hoemless Assistance Act ___ Yes ___ No

If YES, the following enrollment requirements are waived under the McKinney Homeless Assistance Act:

- ___ Proof of residency [Section 721 (1)]
- ___ Supervision of parent/legal guardian [Section 722(e)(4)]
- ___ proof of immunizations (attendance may be delayed until proof is produced or 1st round of shots is administered)
- ___ proof of birth record (must be obtained within 30 days of enrollment)
- ___ student records and transcripts [Section 722(5)]

*Please send this completed form to the WPS Homeless Liaison. Original form will be returned for student's CA60.

 WPS Homeless Liaison

 Date

The above named student will receive the following services: <input type="checkbox"/> Continue in school, regardless of district <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Free Lunch <input type="checkbox"/> Title I (K-12)	Additional Comments:
--	----------------------