

FAMILY DATA FOR SCHOOL RECORDS-BLOOMINGDALE PUBLIC SCHOOLS 2020-21

Name of Student first: _____ Middle: _____ Last: _____ M _____ F _____
 Birthdate: _____ City of Birth: _____ Age: _____ Grade: _____
 Home Phone- _____ Cell- _____ Does your son/daughter wear glasses: Yes / No
 Address: _____
 Address Mail: _____ Do you have internet access? __ Yes __ No
 Please Check race of student: White _____ Hispanic _____ African American _____ Other _____

Person to call in case of emergency. Please indicate the relationship status of the adult you are naming. Put them in order that you would like to be called. **DO NOT list parents here.**

Name: _____ - Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ - Relationship: _____ Phone: _____

Preschool Experience: i.e. Headstart, MSRP Preschool: _____

Name of Last School Attended _____ City, & State _____

Who does the child live with: (ie. Birthparent, Mother/Stepfather, Father Only, Guardian) _____

Is there a parent living outside of the home that should receive mailings and education information? _____

If yes, please provide contact information: _____

Please Fill out Family Data Information listed below:

| Family Data | Mother (Maiden) | Father | Stepparent/Guardian |
|---------------------|-----------------|--------|---------------------|
| First and Last Name | | | |
| Birthdate | | | |
| Educational Status | | | |
| Occupation | | | |
| Where Employed | | | |
| Work Phone Number | | | |
| Cell Phone Number | | | |

Please list all children in the family beginning with the oldest:

| Name | Age | Grade | Sex | Date of Birth |
|------|-----|-------|-----|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Has this pupil received Special Education Services in the past? _____ Yes _____ No If this pupil has received Special Education services in the past, please describe: _____

If this pupil has a Physical Handicap, Chronic Medical Problem, allergies or other special Health conditions, please describe: _____

If your child is to receive any MEDICATION PRESCRIBED BY YOUR PHYSICIAN, we must have a signed statement from you before any medication will be dispensed at school. Forms may be obtained at the school office.

If a parent cannot be reached, I give the school permission to call any doctor available to obtain whatever medical help is needed. _____ Yes _____ No. By signing this form I signify that all information is correct and that my children live in the Bloomington School District or have met the qualifications for and have been accepted by the Schools or Choice Application process.

Signed: _____ Date: _____

Township You Live in: _____ Bus Rider? ___YES ___ NO

**INFORMACION DE LA FAMILIA PARA LOS RECORDS
DEL DISTRITO ESCOLAR DE BLOOMINGDALE 2020-21**

Primer nombre de estudiante: _____ Medio: _____ Apellido: _____ Niño: _____ Niña: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Número de Teléfono de Casa: _____ Numero de Celular _____ Usa su hijo/a lentes: Si / No

Dirección: _____ Dirección Postal: _____ Tiene acceso a Internet? Si No

Cheque la raza del estudiante: Blanco Hispano Afroamericano Otro

Persona a quién debemos llamar en caso de emergencia. Indica la relación del adulto al estudiante que nombro. Ponga los en la orden que desea les llamemos. **(No incluya a los padres aquí):**

Nombre: _____ - Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ - Relación: _____ Teléfono: _____

Experiencia Preescolar; "Headstart", "MSRP Preeschool": _____

Nombre de la Escuela a que Asistió Anteriormente: _____ Ciudad y Estado _____

Con quién vive el Niño/a (Ej.: Padres biológicos, Madrastra/Padrastro, Madre o Padre solamente, Guardián...): _____

¿Tiene el estudiante un Padre/Madre que vive fuera del hogar y debe recibir correspondencia e información académica del estudiante?
Si la respuesta es Sí, favor de proveer la Información Postal correspondiente: _____

Por for de llenar la Informaicon de Familia que esta abajo:

| Información de la Familia | Madre (nombre de soltera) | Padre | Madrastra/Padrastro/Guardián |
|---------------------------|---------------------------|-------|------------------------------|
| Nombre y Apellido | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | |
| Nivel Educativo | | | |
| Ocupación | | | |
| Lugar de Empleo | | | |
| Teléfono del Trabajo | | | |
| Teléfono Celular | | | |

De una lista de otros niños en la familia comenzando con el mayor:

Nombre _____ Edad _____ Grado _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Ha recibido este alumno Servicios de Educación Especial en el Pasado? Sí No Si la respuesta es Sí, por favor describa los servicios: _____

Si este alumno tiene Limitaciones Físicas, Problemas Médicos Crónicos, Alergias u otras Condiciones Médicas, por favor descríbalas: _____

Si este alumno tiene que recibir algunas MEDICINAS CON RECETA MEDICA durante horas escolares, tiene que proveer una autorización firmada antes de que podamos administrar la medicina a su niño/a en la escuela. Puede obtener las formas en la Oficina de la Escuela.

EMERGENCIAS MEDICAS:

En caso de que no podamos comunicarnos con el Padre/Madre/Guardián, doy mi permiso para que la escuela llame a cualquier doctor que esté disponible para proveer la ayuda médica necesaria. Sí _____ No _____ .

Al firmar esta forma doy fe de que la información provista es correcta y de que mi niño/a vive en el Distrito Escolar de Bloomington o ha cumplido con los requisitos y ha sido aceptado/a por el proceso de Solicitud de la Escuela de Elección conocida en Inglés como "School of Choice".

Firma: _____

Fecha: _____

Municipio en que Reside: _____

Pasajero en el Autobús: Sí _____ No _____