



## APPLICATION FOR ENROLLMENT

<b>Student ID#:</b> _____		<b>STUDENT INFORMATION</b>				<b>State ID#:</b> _____							
Last Name		First Name		Middle Name		Gender Male      Female		Date of Birth (MM/DD/YYYY)					
Birth City:		Birth State:		Birth Country:		Date of Entry in US:							
Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other:													
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <small>*Ethnicity data is required of all NJ public schools for the completion of state and federal reports.</small>													
Legal Residence:				City:		State: NJ		Zip Code:					
Name of School(s) Previously Attended				Town, State			Date(s) Attended						
<b>Was student ever evaluated for Special Education related services?</b> _____ <b>NO</b> _____ <b>YES</b> Supporting documentation attached (please check all that apply):    _____ IEP    _____ IFSP    _____ ISP    _____ 504    _____ Evaluations _____ Doctor's Note    _____ Teacher/School Correspondence    Other: _____													
Sibling(s) attending a Hackensack Public School?		Name		School		Grade		Name		School		Grade	
<b>PARENT/GUARDIAN INFORMATION</b>													
Parent/Guardian 1 Primary Contact		First Name:				Last Name:				Relationship:			
		Street:				Apt:		City:		State: NJ   Zip Code:			
Home Phone:			Cell Phone:			Work Phone:			Email:				
Parent/Guardian 2		First Name:				Last Name:				Relationship:			
		Street:				Apt:		City:		State:   Zip Code:			
Home Phone:			Cell Phone:			Work Phone:			Email:				

I certify that the information made by me is true, I am aware that if any of the foregoing statements made by me are false, I am subject to punishment under the law.

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

<b>OFFICE USE ONLY</b>							
Home School:		Program Type:		Entry Code:			
Registration Date:		School Entry Date:		Grade/HR:		Class Year/HS Graduation:	
Birthdate Verified:		Residency Verified:		Medical Forms Cleared by School Nurse:			



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Student ID#: _____		INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				State ID#: _____	
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Genero		Fecha de Nacimiento		
			M	F			
Ciudad de Nacimiento:		Estado de Nacimiento:		País de Nacimiento:		Fecha de entrada a los EU:	
Origen etnico: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alascao <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro:							
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <small>*Datos de origen etnico se requiere de todas las escuelas públicas de NJ para la realización de informes estatales y federales.</small>							
Residencia Legal:			Ciudad:		Estado: NJ Zip Code:		
Nombre de escuela anterior			Ciudad, Estado		Fecha de asistencia		
<b>¿Fue alguna vez el estudiante evaluado para los servicios relacionados con la educación especial? ___NO ___SI</b> Documentación de respaldo (por favor marque lo que corresponda): ___IEP ___IFSP ___ISP ___504 ___Evaluación ___Nota del Doctor ___Maestro/Escuela de correspondencia Otro: _____							
Hermano(s) asistiendo las escuelas públicas de Hackensack	Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado	
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR							
Padre/Tutor 1 Contacto Primario	Primer Nombre:		Apellido:		Relacion:		
	Calle:		Apto:	Ciudad:	Estado: NJ Zip Code:		
Teléfono de la casa:		Cellular:		Teléfono del trabajo:		Email:	
Padre/Tutor 2	Primer Nombre:		Apellido:		Relacion:		
	Calle:		Apto:	Ciudad:	Estado: Zip Code:		
Teléfono de la casa:		Cellular:		Teléfono del trabajo:		Email:	

Certifico que la información dada por mi es verdadera, soy consciente de que si cualquiera de las declaraciones hechas por mi son falsas, estoy sujeto(a) a castigo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

SOLO USO DE OFICINA		
Home School:	Program Type:	Entry Code:
Registration Date:	School Entry Date:	Grade/HR: Class Year/HS Graduation:
Birthdate Verified:	Residency Verified:	Medical Forms Cleared by School Nurse: