

School Year _____ Grade Entering _____ Special Education Yes/No



504 Plan: Yes/No

Student Enrollment Form

ROCKFORD PUBLIC SCHOOLS ☆ WELCOME CENTER ☆ 501 7TH ST- 2ND FLOOR ☆ ROCKFORD, IL 61104 ☆ 815-967-8070

Student Information

Student's Legal First Name Student's Legal Middle Name Student's Legal Last Name

Date of Birth (MM/DD/YYYY) City/State of Birth Country of Birth

Gender: Female Male Special Education: Yes No 504 Health Plan: Yes No

Please indicate student's Ethnicity in Part A and student's Race in Part B:

Part A: Is this student Hispanic/Latino?

Part B : What is the Student's Race? (Choose one or more)

Yes, Hispanic/Latino

American Indian/Alaska Native (03)

Native Hawaiian or Other/Pacific (07)

No, not Hispanic/Latino

Asian (04)

White or Caucasian (02)

Black or African American (01)

Primary Guardian (Mother, Father, Appointed Legal Custodian) Information

Primary Guardian's Legal First Name Primary Guardian's Legal Last Name Relationship to Student

Home Address Apt # City State Zip Code

() () ()

Primary Phone Home/Cell Work Phone

Does this student reside with you at this address? Yes No

Email Address

Secondary Guardian (Mother, Father, Appointed Legal Custodian) Information

Secondary Guardian's Legal First Name Secondary Guardian's Legal Last Name Relationship to Student

Home Address Apt # City State Zip Code

() () ()

Primary Phone Home/Cell Work Phone

Does this student reside at this address? Yes No

Email Address

Emergency Contact (Other than Guardians) Information

Emergency Contact's Legal First Name Emergency Contact's Legal Last Name Relationship to Student

() () ()

Home Phone Cell Phone Work Phone

Student ID# Zone School Assigned School Returning New

Previous School Attended

Is this the first time entering a school in the U.S.A.? Yes No

Last Attended School Name

City State Phone School Secretary/Principal/Contact Person

- I hereby attest that the student is in good standing and not subject to an out-of-school suspension or expulsion from any public or private school.
 I hereby attest that the student is NOT in good standing due to an existing out-of-school suspension or expulsion for the dates _____ until _____.

Special Program Schools (Check If Desired)

- Yes, I would like to receive more information about Special Programs offered in the Rockford Public School District.
 No, thank you.

In order to qualify for any of the Gifted programs/Academies the student must pass the mandated test. Entrance into Special Program schools are based upon the individual program requirements/assessments and seat availability.

Residency Verification (If Applicable) Families In Transition (F.I.T.)

I am unable to provide two (2) of the required documents because: (check all that apply)

- Our family has not had a permanent residence since ____/____/____. Address of last permanent residence: _____ Last school attended: _____
 Living in a shelter Sharing housing with others due to loss of housing, economic hardship, or similar reason
 Living at a train or bus station, park or in a car Living in a hotel, motel, campground, or other similar situation
 Abandoned apartment/building Disaster victim Unaccompanied youth
 The child is temporarily housed, awaiting DCFS permanent foster care placement.
 Other _____
Your child may qualify for additional services—please ask the registration staff for more information or contact the District’s McKinney-Vento Liaison at 815-966-3163 or 815-966-3140. Please indicate any social service agency you are currently working with: _____

I understand that Illinois law has made it a crime, punishable by imprisonment and fine, to knowingly or willfully present any false information regarding the residency of a student for purposes of enabling that student to attend on a tuition-free basis or to knowingly enroll or attempt to enroll a student on a tuition-free basis when the student is known to be a non-resident of the district. Accordingly, I aver that the information I have provided in the “Residency Verification” section is true and correct. I understand that, under provisions of the Illinois School Code, 105 ILCS 5/10-20.12b, (e), and (f), the District is required to collect tuition from a person who misrepresents his or her residence for the purpose of school attendance is guilty of a Class C misdemeanor and that the District is required to collect tuition from any such person. I hereby authorize my landlord to provide the District a copy of my lease or rental agreement to verify my address.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

-----Office Use Only-----

Student ID# School Assigned WL Grade
WIDA Test Score Barbour Eligible REG REG/WAIVED TBE TPI Language
 F.I.T.
D.O.B. Verification Address Verification Intake Person Date (MM/DD/YYYY)
 Special Education C.A.P.A Gifted Haskell Year Round Other

School Year _____ Grade Entering _____ Special Education Yes/No

504 Plan: Yes/No



Formulario de Matrícula

ESCUELAS PUBLICAS DE ROCKFORD ☆ CENTRO DE BIENVENIDA ☆ 501 7TH ST- 2DO PIZO ☆ ROCKFORD, IL 61104 ☆ 815-967-8070

Información del Estudiante

Nombre Legal del Estudiante Segundo Nombre Legal del Estudiante Apellido Legal del Estudiante

Fecha de Nac. (MM/DD/AAAA) Ciudad/Estado de Nacimiento País de Nacimiento

Género: Femenino Masculino Educación Especial: Sí No 504 Plan: Sí No

Por favor, indique el origen étnico del estudiante en la Parte A y la raza en la Parte B:

Parte A: ¿Es el estudiante Hispano/Latino?

Parte B : ¿Cuál es la Raza del estudiante? (Escoja uno o más)

Si, es Hispano/Latino

Nativo Americano/Nativo de Alaska (03) Asiático (04)

No, no es Hispano/Latino

Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico (07) Caucásico/Blanco (02)

Afro-Americano (01)

Información del Tutor Primario (Madre, Padre, Apoderado, ó Custodia Legal)

Nombre Legal del Tutor Primario Apellido Legal del Tutor Primario Relación con el Estudiante

Dirección de la Casa # Apt Ciudad Estado Código Postal

() () ()

Teléfono Primario Teléfono de Casa/Celular Teléfono de Trabajo

¿El Estudiante vive con usted en esta dirección? Si No

Dirección de Correo Electrónico

Información del Tutor Secundario (Madre, Padre, Apoderado, ó Custodia Legal)

Nombre Legal del Tutor Secundario Apellido Legal del Tutor Secundario Relación con el Estudiante

Dirección de la Casa # Apt Ciudad Estado Código Postal

() () ()

Teléfono Primario Teléfono de Casa/Celular Teléfono de Trabajo

¿El Estudiante vive en esta dirección? Si No

Dirección de Correo Electrónico

Información del Contacto de Emergencia (Que NO sea Padre, Apoderado ó tutor)

Nombre del Contacto de Emergencia Apellido del Contacto de Emergencia Relación con el Estudiante

() () ()

Teléfono de Casa Teléfono de Celular Teléfono de Trabajo

Student ID# Zone School Assigned School Returning New

Ultima Escuela Que Asistió

¿Es esta la primera vez que asiste una escuela en los Estados Unidos?

Si No

Nombre de la última escuela que asistió

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono de la Escuela _____ Secretaria/Director/Contaco _____

Yo certifico que el estudiante está en buena situación y no está sujeto a una suspensión o expulsión estraescolar de ninguna escuela pública o privada.

Yo certifico que el estudiante **NO** esta en buena situación debido a una suspensión o expulsión estraescolar en efecto en las fechas _____ hasta _____ .

Programas Especiales (Si Desea)

Si, me gustaría recibir más información de los Programas Especiales que ofrece el Distrito de Rockford.

No, Gracias.

**Para calificar para los Programas Especiales el estudiante tiene que pasar el examen obligatorio.*

*La admisión a los Programas Especiales están basadas en los requisitos de cada programa y disponibilidad de cupo.**

Verificación De Residencia (Si Aplica)

No puedo proveer (2) de los documentos requeridos porque: **(Marque los que apliquen.)**

Nuestra familia no ha tenido una residencia permanente desde ____/____/____.

Dirección de la ultima residencia permantente: _____

Ultima escuela a la que asistió: _____

Compartiendo la vivienda con otras personas debido a la perdida de vivienda por problemas económicos o razones similares. Viviendo en un refugio. Viviendo en una estación de tren o autobús, parque o en un automóvil.

Viviendo en un apartamento o edificio abandonado. Viviendo en un hotel, motel, zona de acampar u otra situación similar. Victima de un desastre. Joven sin acompañante

El niño/a esta temporalmente alojado, esperando una colocación permanente por DCFS en un hogar de crianza.

Otra: _____

Su hijo/a puede calificar para servicios adicionales. Por favor, pregunte al personal para mas información o comuníquese con los Coordinadores del Distrito de la Ley McKinney-Vento al 815-966-3163 o 815-966-3140.

Indique cualquier agencia de servicios sociales con la que este trabajando actualmente : _____

Yo entiendo que la ley de Illinois ha decretado que es un delito que se castiga con encarcelamiento y una multa el presentar información falsa, intencionalmente o a sabiendas, con respecto a la residencia de un estudiante con el propósito de permitirle al estudiante asistir a la escuela sin pagar la colegiatura o inscribir o intentar inscribir al estudiante en la escuela sin pagar la colegiatura, sabiendo que el estudiante no es residente del distrito. Por lo tanto, yo afirmo que la información que he proporcionado en la sección "Verificación de domicilio" es verdadera y correcta. Yo entiendo que, bajo las disposiciones del Código Escolar de Illinois, 105 ILCS 5/10-20.12b, (e) y (f), el Distrito está obligado a cobrarle la colegiatura a cualquier persona que falsifica su residencia con el propósito de asistir a una escuela; dicha persona es culpable de un delito menor de clase C y el Distrito tiene la obligación de cobrarle la colegiatura a tal persona. Por la presente, yo autorizo que mi propietario proporcione al Distrito una copia de mi contrato de arrendamiento o alquiler para verificar mi dirección.

Firma del Padre/Tutor(a): _____ **Fecha:** _____

----- Uso de Oficina -----

Student ID#	School Assigned	WL	Grade
WIDA Test Score	<input type="checkbox"/> Barbour Eligible	<input type="checkbox"/> REG	<input type="checkbox"/> REG/WAIVED
<input type="checkbox"/> F.I.T.	<input type="checkbox"/> TBE	<input type="checkbox"/> TPI	Language
D.O.B. Verification	Address Verification	Intake Person	Date (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Special Education	<input type="checkbox"/> C.A.P.A	<input type="checkbox"/> Gifted	<input type="checkbox"/> Haskell Year Round
			<input type="checkbox"/> Other