

Teacher/Advisor Number \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_ Home Room \_\_\_\_\_  
 Birth Certificate: Yes \_\_\_ No \_\_\_

**Roswell Independent School District  
 ENROLLMENT FORM**

Student # \_\_\_\_\_  
 Entry Code \_\_\_\_\_  
 Date of Entry \_\_\_\_\_

Sex: M \_\_\_ F \_\_\_

Student's Legal Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Nickname \_\_\_\_\_

Birth Date \_\_\_\_\_ Birth Place \_\_\_\_\_ Birth Country \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Unlisted Yes \_\_\_ No \_\_\_ Cell Phone Number \_\_\_\_\_

Transferred From Another Town/School \_\_\_\_\_ School Name/Address \_\_\_\_\_

Last Roswell School Attended \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Ethnic Group: Caucasian (C) \_\_\_ Black or African American (B) \_\_\_ Hispanic or Latino (H) \_\_\_ Asian (A) \_\_\_  
 American Indian/Alaskan Native (I) \_\_\_ Native Hawaiian or Other Pacific Islander (P) \_\_\_

Ethnic Group 1: \_\_\_ Ethnic Group 2: \_\_\_ Ethnic Group 3: \_\_\_ Ethnic Group 4: \_\_\_ Ethnic Group 5: \_\_\_  
 Language for telephone messages: English \_\_\_ Spanish \_\_\_

Special Education: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Migrant: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Homeless: Yes \_\_\_ No \_\_\_

Military Family Code Active: \_\_\_ National Guard: \_\_\_ Reserve: \_\_\_ Civilian: \_\_\_

Is Student Eligible for Bus Services? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Does Student Ride the Bus? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If so, Bus Number \_\_\_\_\_

Student Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Mailing Address if Different \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Father's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Phone Number/Extension \_\_\_\_\_

Mother's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Phone Number/Extension \_\_\_\_\_

Contact 1 Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Relation to Student \_\_\_\_\_ Contact Phone Number \_\_\_\_\_

Contact 2 Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Relation to Student \_\_\_\_\_ Contact Phone Number \_\_\_\_\_

Contact 3 Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Relation to Student \_\_\_\_\_ Contact Phone Number \_\_\_\_\_

Doctor's Name \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number \_\_\_\_\_

**Special Instructions:** (Information the school needs to be aware of for the safety and health of the child) \_\_\_\_\_

Parents must complete the attached Medical Form, in order for the Enrollment Form to be complete

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

**Only persons listed on this enrollment form, after showing identification, may remove a student from school.**

**If student lives with a Guardian or someone other than mother or father, please provide the following information:**

**Guardianship papers must be on file with the school office.**

Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Work Telephone Number: \_\_\_\_\_

Cell Number: \_\_\_\_\_

C Teacher/Advisor Number \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_ Home Room \_\_\_\_\_  
 Birth Certificate: Yes \_\_\_ No \_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ROSWELL**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Student # \_\_\_\_\_  
 Entry Code \_\_\_\_\_  
 Date of Entry \_\_\_\_\_

Apellido/s del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apodo/Sobrenombre \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_ F \_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ País de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ ¿Aparece en la guía telefónica? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ciudad/escuela de la que procede \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de la escuela \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió en Roswell \_\_\_\_\_ ¿A qué grado? \_\_\_\_\_

Etnia: Caucásica (C) \_\_\_ Negra o Afro-americana (B) \_\_\_ Hispana o Latina (H) \_\_\_ Asiática (A) \_\_\_  
 India Nativa Americana/ de Alaska (I) \_\_\_ Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico (P) \_\_\_\_\_

Etnia 1: \_\_\_ Etnia 2: \_\_\_ Etnia 3: \_\_\_ Etnia 4: \_\_\_ Etnia 5: \_\_\_ Idioma en que desea recibir los mensajes telefónicos: Inglés \_\_\_ Español \_\_\_

Educación especial: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Migrante: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Sin vivienda: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Código de Familia Militar En Activo: \_\_\_ Guardia nacional: \_\_\_ En Reserva: \_\_\_ Civil: \_\_\_

¿Califica para los servicios de autobús? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Utiliza el autobús? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si lo hace, número del autobús \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Apellido/s del padre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono/Extensión \_\_\_\_\_

Apellido/s de la madre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono/Extensión \_\_\_\_\_

Contacto 1: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto 2: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto 3: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor \_\_\_\_\_

**Advertencias:** (Información que debe ser conocida por la escuela por la seguridad y salud del niño): \_\_\_\_\_

**Para concluir con el formulario de inscripción, los padres necesitarán completar el cuestionario médico adjunto.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Sólo las personas que aparecen en este formulario de matrícula, después de identificarse, podrán recoger al estudiante de la escuela.**

**Si el estudiante vive con un tutor u otra persona que no sean, los padres por favor proporcione la siguiente información.**

**Toda la documentación sobre la custodia legal debe guardarse en los archivos de la oficina de la escuela**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Empresa/Patrón: \_\_\_\_\_  
 Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_

**RÖSWELL SCHOOLS HEALTH INFORMATION & EMERGENCY AUTHORIZATION FORM** Gr. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

**PURPOSE:** To enable parents/guardians to AUTHORIZE emergency treatment for a child who becomes ill or injured while under school authority, when parent's cannot be reached. Upon completion, this form must be returned to the school. The original form and any copies thereof may be used to identify the medical options of the undersigned parent/guardian. **PLEASE COMPLETE ALL THREE SECTIONS!**

Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Gender: M F	DOB:
------------	-------------	-----------------	-------------	------

**NAME OF SCHOOL ATTENDED LAST SCHOOL YEAR:**

**SECTION ONE - STUDENT EMERGENCY CONTACT INFORMATION**

In the event your child becomes sick or injured and needs to be sent home or to the ER, the school health office will always attempt to reach the Parent/Guardian listed below FIRST. Secondary contacts will be called if the parent/guardian can not be reached. **PLEASE KEEP THESE NUMBERS CURRENT!**

Parent/Guardian:	Address:	Phone #1
Check all that apply: <input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Legal Guardian		Phone #2
		Phone #3

Parent/Guardian:	Address:	Phone #1
Check all that apply: <input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Legal Guardian		Phone #2
		Phone #3

	Name	Relationship	Phone #1	Phone#2	Phone #3
1.					
2.					
3.					
4.					

**Siblings in RISD Schools**

	Name	School/Daycare	Grade	DOB
1.				
2.				
3.				

**SECTION TWO - STUDENT HEALTH HISTORY – Please check appropriate box**

My child has no health conditions including those listed below

Allergies: <input type="checkbox"/> Seasonal		<input type="checkbox"/> Food (List):		<input type="checkbox"/> Other Allergy (List):		<input type="checkbox"/> Has EpiPen prescription	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Congenital/Genetic	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat		<input type="checkbox"/> Pulmonary (Other than Asthma)			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Eye/Vision	<input type="checkbox"/> Diabetes (circle one)		<input type="checkbox"/> Cardiovascular (List) _____			
Needs Inhaler at School: Y N	Wears glasses/contacts: Y N	Type 1	Type 2	High Blood Pressure: Y N			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Dermatologic/Skin	<input type="checkbox"/> Stomach/GI		<input type="checkbox"/> Musculoskeletal			
Long Term Medications (List):	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	<input type="checkbox"/> Bladder/GU		<input type="checkbox"/> Dental/Oral			
	<input type="checkbox"/> Endocrine Other than Diabetes	<input type="checkbox"/> Hematology/Bleeding Disorders		<input type="checkbox"/> Psychiatric (List Meds):			
<input type="checkbox"/> Any Other Health Conditions:		<input type="checkbox"/> Migraines					

**SECTION THREE - INSURANCE INFORMATION**

Student's Insurance:	Name of insured parent/guardian:	ID#
----------------------	----------------------------------	-----

**TO GRANT CONSENT**

In case of an emergency involving my child AND I CANNOT BE REACHED, I understand emergency medical services will be contacted and my child may be transported to the following provider/hospital for emergency medical care:

Healthcare Provider:	Phone:
Dentist:	Phone:
Hospital:	Phone:

If, for any reason, NEITHER I NOR THE ABOVE LISTED MEDICAL CARE PROVIDERS OR HOSPITAL CANNOT BE REACHED, I give permission for appropriate transport and medical care of my child will be arranged to ANY appropriate medical care provider, hospital or medical facility. This authorization does not cover major surgery unless at least two licensed medical providers concur to the need. Nothing in this section shall be construed to impose liability on any school official or school employee, who in good faith, attempts to comply with this section. It is understood that I will be financially responsible for all emergency care. I authorize the school health office staff to contact my child's providers listed above regarding medical management of my child. I give permission to share my child's health information with appropriate school personnel when needed to assure the health, safety, and well-being of my child. I give permission for my child to participate in all school health screenings unless I provide the school health office with a separate written notification requesting exclusion from these screenings. I give permission to administer basic first aid to my child following school protocol including, but not limited, to topical antibiotic ointment, cough drops, eye wash, etc. unless contraindicated.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

PROPÓSITO: Permitir a los padres y apoderados el AUTORIZAR tratamiento de emergencia para los niños que se enferman o se hieren mientras están bajo la autoridad de la escuela, cuando los padres no pueden ser localizados. Al completarlo, este formulario debe devolverse a la escuela. El formulario original y otras copias relativas que puedan ser usadas para identificar las opciones médicas aprobadas por los padres y apoderados que firman más abajo. **[POR FAVOR COMPLETE LAS TRES SECCIONES!]**

Apellidos:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sexo: M F	Fecha de nacimiento:
------------	---------	-----------------------------	-----------	----------------------

**NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ EL AÑO PASADO:**

**PRIMERA SECCIÓN – INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

En caso que su niño (a) se enferme o sea herido(a) y necesite ser enviado a casa o a la emergencia, la oficina de salud de la escuela intentará siempre PRIMERO ubicar a los Padres y Apoderados que aparecen en la lista de abajo. Se llamará a los contactos secundarios si no se logra ubicar a los padres y apoderados. **[POR FAVOR MANTENGA ESTOS NÚMEROS TELEFÓNICOS AL DÍA!]**

Padres/Apoderados: <small>Marque todas las alternativas que apliquen: <input type="checkbox"/> Con quien vive    <input type="checkbox"/> Apoderado legal</small>	Dirección:	Teléfono #1
		Teléfono #2
		Teléfono #3
Padres/Apoderados: <small>Marque todas las alternativas que apliquen: <input type="checkbox"/> Con quien vive    <input type="checkbox"/> Apoderado legal</small>	Dirección:	Teléfono #1
		Teléfono #2
		Teléfono #3

	Nombre	Parentesco	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3
1.					
2.					
3.					
4.					

**Hermanos en las escuelas del Distrito Escolar Independiente de Roswell**

	Nombre	Escuela/Jardín de niños	Curso	Fecha de nacimiento
1.				
2.				
3.				

**SEGUNDA SECCIÓN – HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE – Por favor marque la información correspondiente**

**Mi niño (a) no tiene problemas de salud, tampoco ninguna de las condiciones mencionadas más abajo**

Alergias: <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/> Alimento (Anótelos): <input type="checkbox"/> Otras alergias (Anótelas): <input type="checkbox"/> Tiene receta médica de EpiPen (Auto-inyección de epinefrina)			
<input type="checkbox"/> Desorden atencional/Desorden atencional con hiperactividad	<input type="checkbox"/> Enfermedad congénita/Genética	<input type="checkbox"/> Oído/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (Aparte de asma)
<input type="checkbox"/> Asma Necesita inhalador en la escuela: Sí    No	<input type="checkbox"/> Ojos/Vista Usa lentes/lentes de contacto: Sí    No	<input type="checkbox"/> Diabetes (marque una) Tipo 1    Tipo 2	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (Anote) _____ Presión arterial alta:    Sí    No
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad dermatológica/Piel	<input type="checkbox"/> Estómago/Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Enfermedad Músculo esquelética
Medicinas de largo plazo (Anótelas):	<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Vejiga/Tracto urinario	<input type="checkbox"/> Dental/Oral
<input type="checkbox"/> Cualquier otras condiciones de salud:	<input type="checkbox"/> Enfermedad endocrina distinta de diabetes	<input type="checkbox"/> Hematológicas/Desorden de sangramiento	<input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica (Anote las medicinas):
		<input type="checkbox"/> Migrañas	

**TERCERA SECCIÓN – INFORMACIÓN DE SEGUROS**

Seguro de salud del estudiante:	Nombre del padre o apoderado con seguro:	Número de identificación
---------------------------------	--	--------------------------

**PARA OTORGAR EL CONSENTIMIENTO**

En caso de una emergencia que afecte a mi niño(a) Y YO NO PUEDA SER UBICADO (A), comprendo que se contactará servicios médicos de emergencia y mi niño (a) será transportado al siguiente proveedor de salud/hospital con atención médica de emergencia:

Proveedor de salud:	Teléfono:
Dentista:	Teléfono:
Hospital:	Teléfono:

Si por cualquier razón, NI YO NI LOS PROVEEDORES DE SALUD INDICADOS MÁS ARRIBA LOGRAN SER UBICADOS, autorizo para que ser de a mi niño (a) el transporte apropiado a CUALQUIER servicio médico, hospital o establecimiento médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que dos proveedores de salud con licencia médica estén de acuerdo que es necesaria. Ninguna parte de esta sección puede ser utilizada para imponer una responsabilidad a ninguna autoridad escolar o empleado de la escuela, quién en buena fe, trata de cumplir con lo establecido en esta sección. Comprendo que soy financieramente responsable por todos los servicios de emergencia recibidos. Autorizo al personal de salud de la escuela a contactar a los proveedores de salud mencionados más arriba respecto a el manejo médico de mi niño (a). Doy permiso para compartir la información de salud de mi niño (a) con el personal escolar apropiado cuando sea requerido para asegurar la salud, la seguridad, y el bienestar de mi niño (a). Doy permiso para que mi niño (a) participe en todas las pruebas de salud de la escuela a menos que yo provea a la oficina de salud de la escuela con una notificación por escrito aparte que solicite sea excluido (a) de estas pruebas de salud. Doy permiso para que se administre cuidados de primeros auxilios básicos a mi niño (a) siguiendo el protocolo escolar lo que incluye, pero no se limita, a cremas antibióticas tópicas, pastillas para la tos, enjuague para los ojos, etc., a menos que estén contraindicados.

Firma de los padres /apoderados: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Roswell Independent School District  
 Notice to Obtain Written Parental Consent  
 for Military or College Recruiters**

Name of Student: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Parent: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Dear Parent/Guardian:

The district has received a request by a military recruiter or college for secondary student information. You requested to be notified if such a request has been made so that you may provide us with your prior written parental consent to release such information.

The following group(s) have requested your secondary student's name, address and telephone:

- Military Recruiter  
 optional: \_\_\_\_\_ (branch of military service)
- College, University or an Institution of Higher Learning.  
 optional: \_\_\_\_\_ (name of college, university, etc.)

Complete the section below to provide us with *written parental consent* authorizing us to release this information or your decision to deny release of any of your child's information. Please return this form to your child's school as soon as possible.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
 Ruben Bolaños  
 Name

\_\_\_\_\_  
 Principal  
 Title

***Parent/Guardian: Please complete this section and return the entire form to your child's school.  
 Use a separate form for each child.***

**Military Recruiters (please check one):**

- Do not release my secondary student's information to military recruiters at any time.
- I consent to the district releasing my secondary student's information to a military recruiter.

**Colleges, Universities, or Institutions of Higher Learning (please check one):**

- Do not release my secondary student's information to colleges, universities or other institutions of higher learning at any time.
- I consent to the district releasing my secondary student's information to colleges, universities or other institutions of higher learning.

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adult Student Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

**Roswell Independent School District**

**Aviso para obtener consentimiento de los padres previo por escrito  
para encargados de reclutamiento militar o universitario**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Estimado padre/madre/apoderado:

**El distrito ha recibido una solicitud de parte de un encargado de reclutamiento militar o universitario para acceder a información de estudiantes secundarios. Usted solicitó que se le notificara de tal solicitud para que pudiera proporcionarnos un consentimiento de los padres previo por escrito para divulgar información.**

**El o los siguientes grupos han solicitado el nombre, la dirección y el número telefónico de su hijo/a.**

- Encargado de reclutamiento militar  
*opcional:* \_\_\_\_\_ (branch of military service)
- Universidad, instituto o institución de educación superior  
*opcional:* \_\_\_\_\_ (name of college, university, etc.)

Llene la siguiente sección para proporcionarnos un *consentimiento de los padres previo por escrito* para autorizar que divulguemos esta información o indicarnos que no desea que divulguemos ninguna información sobre su hijo/a. Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Atentamente,

\_\_\_\_\_ Ruben Bolaños \_\_\_\_\_ Director  
Nombre Título

**Padre/madre/apoderado: Por favor llene esta sección y devuelva todo el formulario a la escuela de su hijo/a.  
Use un formulario distinto para cada hijo/a.**

**Encargados de reclutamiento militar (marque una opción):**

- En ningún momento divulguen información sobre mi estudiante secundario a encargados de reclutamiento militar.
- Doy mi consentimiento para que el distrito divulgue información sobre mi estudiante secundario a un encargado de reclutamiento militar.

**Universidades y demás instituciones de educación superior (marque una opción):**

- En ningún momento divulguen información sobre mi estudiante secundario a universidades y demás instituciones de educación superior.
- Doy mi consentimiento para que el distrito divulgue información sobre mi estudiante secundario a universidades y demás instituciones de educación superior.

Firma de padre/madre/apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de estudiante adulto: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

