

ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
NEW STUDENT INFORMATION FORM

**OFFICE USE:**

DATE: \_\_\_\_\_ CAMPUS: \_\_\_\_\_ STUDENT ID#: \_\_\_\_\_

Records requested: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Records received: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**STUDENT INFORMATION:**

GRADE: \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY #: \_\_\_\_\_

**KINDERGARTEN ONLY - in which elementary is the student zoned when he goes to 1<sup>st</sup> grade?**

Northside  Southside  Westside  Rancho Isabella  Frontier

HAS STUDENT EVER ATTENDED SCHOOL IN THE ANGLETON ISD BEFORE: \_\_\_\_\_ If yes, where \_\_\_\_\_  
Campus

STUDENT'S LEGAL NAME: \_\_\_\_\_ SEX (M/F): \_\_\_\_\_  
Last First Middle

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ PLACE OF BIRTH: \_\_\_\_\_  
City State

STUDENT'S PHYSICAL ADDRESS: \_\_\_\_\_  
Number Street Name City State Zip code

PHYSICAL LOCATION OF STUDENT'S HOME: \_\_\_\_\_  
(If out of city limits, landmarks and/or county roads)

STUDENT'S MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_  
(Enter if different from physical address) Number/PO Box Street Name City State Zip code

NAME OF PREVIOUS SCHOOL ATTENDED: \_\_\_\_\_  
Number Street Name City State Zip code County

Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SPECIAL EDUCATION: \_\_\_\_\_ DISABILITY:  (P - Physical)  (M - Mental)  (E - Educational)

SPECIAL PROGRAMS:  BILINGUAL./ESL RETAINED:  YES  NO

MIGRANT: \_\_\_\_\_ ENGLISH SPEAKING: \_\_\_\_\_ LANGUAGE SPOKEN: \_\_\_\_\_  
(Enter if other than English)

WALKER  CAR RIDER  BUS RIDER: ( AM  PM)

**FAMILY #1 INFORMATION:**

FATHER  STEPFATHER  LEGAL GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

TELEPHONE #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

PLACE OF EMPLOYMENT: \_\_\_\_\_

MOTHER  STEPMOTHER  LEGAL GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

TELEPHONE #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

PLACE OF EMPLOYMENT: \_\_\_\_\_

**ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
FORMULARIO DE INFORMACION DEL NUEVO ESTUDIANTE**

**USO DE LA OFICINA:**

FECHA: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ ID# del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Expedientes solicitados: \_\_\_\_\_ Fecha Expedientes recibidos: \_\_\_\_\_ Fecha

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

GRADO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

**KINDERGARTEN SOLAMENTE - en cual escuela primaria está la zona que le pertenece al estudiante cuando el vaya al 1er grado?**

Northside  Southside  Westside  Rancho Isabella  Frontier

¿HA ESTADO ANTES EL ESTUDIANTE EN ANGLETON ISD?: \_\_\_\_\_ Si contesto sí, donde \_\_\_\_\_  
 Escuela

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ SEXO (M/F): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado

DIRECCIÓN FÍSICA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

LOCACION FÍSICA DE LA CASA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
(Si esta afuera de los límites de la ciudad, marcas y/o calles del condado)

DIRECCION DE CORRERO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
(Escribala si es diferente a la dirección de la casa) Número/ PO Box Calle Ciudad Estado Código Postal

NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR A LA QUE ASISTIO: \_\_\_\_\_

Número Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

TELÉFONO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

EDUCACION ESPECIAL: \_\_\_\_\_ DISCAPACIDAD:  (F-Física)  (M - Mental)  (E-Educacional)

PROGRAMAS ESPECIALES:  BILINGUAL/ESL RETENIDO/A:  SÍ  NO

MIGRANTE: \_\_\_\_\_ HABLA INGLESA: \_\_\_\_\_ IDIOMA QUE SE HABLA: \_\_\_\_\_  
(Escribalo si es diferente que inglés)

PEATÓN  EL ESTUDIANTE SE IRÁ EN CARRO  SE VA A IR EN EL CAMION ESCOLAR: ( AM  PM)

**INFORMACION FAMILIAR #1**

PADRE  PADRASTRO  GUARDIAN LEGAL: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELÉFONO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

MADRE  MADRASTRA  GUARDIAN LEGAL: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELÉFONO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

NAME OF NEAREST RELATIVE NOT LIVING IN THE HOME: \_\_\_\_\_

MAILING ADDRESS OF NEAREST RELATIVE: \_\_\_\_\_  
Number/PO Box Street Name City State Zip code

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

**FAMILY INFORMATION (CONTINUED):** List all children through age 18 and adults living with the family:

Name	M	F	School Attending	Grade	Age

**FAMILY #2 INFORMATION (if applicable):**

FATHER  STEPFATHER: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

ADDRESS: \_\_\_\_\_  
Number Street Name City State Zip code

PLACE OF EMPLOYMENT: \_\_\_\_\_

MOTHER  STEPMOTHER: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

PLACE OF EMPLOYMENT: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACTS:** (Other than parents)

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

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

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

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

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

TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Home Cell Work

NAME OF BABYSITTER: \_\_\_\_\_ TELEPHONE #: ( ) \_\_\_\_\_

ADDRESS OF BABYSITTER: \_\_\_\_\_  
Number Street name City State Zip code

FAMILY DOCTOR: \_\_\_\_\_ Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA EN LA CASA: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORRERO DEL PARIENTE MÁS CERCANO: \_\_\_\_\_  
Número/ PO Box Calle Ciudad Estado Código Postal

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabaj

**INFORMACIÓN FAMILIAR (CONTINUACION):** Haga una lista de todos los niños/as hasta la edad de 18 años y de los adultos que vivan con la familia:

Nombre	M	F	Escuela a la que Asisten	Grado	Edad

**INFORMACION FAMILIAR #2 (Si es aplicable):**

PADRE  PADRASTRO: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

MADRE  MADRASTRA: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA: (Otras personas que no sean los padres de familia)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Numero De Teléfono de la casa Teléfono Celular Numero De Teléfono En El Trabajo

NOMBRE DE NIÑERA: \_\_\_\_\_ TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA NIERA: \_\_\_\_\_  
Número/ PO Box Calle Ciudad Estado Código Postal

DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELEFNO #: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

In case of an accident or serious illness, I request school personnel to contact me. If I cannot be reached, I authorize the school administration to arrange for all necessary medical services for my child on my behalf and I will be responsible for all medical costs incurred. In the case of a medical emergency, I agree that my child will be transported to the nearest hospital emergency room by ambulance or private vehicle. I give my consent for the exchange of confidential medical information contained in my child's school health records with EMS personnel and/or hospital personnel. I also give my consent for the exchange of information contained on this form and in my child's school health record with other school personnel involved with the care of my child as needed.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/legal guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**SPECIAL NEEDS:** Please list any health or medical conditions that may affect your child in school:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/legal guardian

\_\_\_\_\_  
Date

The Angleton Independent School District and its career and technology education program does not discriminate on the basis of sex, disability, race, color, age or national origin in its educational program, activities or employment as required by Title IX, Section 504 and Title VI.

Este distrito escolar y su programa educacional de carrera y tecnología no discriminan en base a sexo, discapacidad, raza, color, edad u origen nacional en sus programas educativos, actividades, o empleo como lo requiere el Título IX, Sección 504, y Título VI.

En caso de algún accidente o de alguna enfermedad seria, Yo le pido al personal de la escuela a que se comuniquen conmigo. Si no puedo ser localizado/a, Yo autorizo a la administración de la escuela a que arregle todos los servicios médicos necesarios para mi hijo/a de mi parte y yo seré responsable por todos los gastos médicos incurridos. En caso de una emergencia médica, Yo estoy de acuerdo que mi hijo/a va a ser transportado a la sala de urgencias del hospital más cercano por ambulancia o por vehículo privado. Yo doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica confidencial, contenida en los expedientes de salud escolares de mi hijo/a con el personal de EMS y/o con el personal del hospital. Yo también doy mi consentimiento para el intercambio de información contenida en este formulario y en el expediente de salud escolar de mi hijo/a con otro personal escolar involucrado con el cuidado de mi hijo/a a como sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NECESIDADES ESPECIALES:** Por favor haga una lista de las condiciones de salud o médicas que puedan afectar a su hijo/a en la escuela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

The Angleton Independent School District and its career and technology education program does not discriminate on the basis of sex, disability, race, color, age or national origin in its educational program, activities or employment as required by Title IX, Section 504 and Title VI.

Este distrito escolar y su programa educacional de carrera y tecnología no discriminan en base a sexo, discapacidad, raza, color, edad u origen nacional en sus programas educativos, actividades, o empleo como lo requiere el Título IX, Sección 504, y Título VI.