

ST. FRANCIS DE SALES HIGH SCHOOL

Re-REGISTRATION FORM

STUDENT INFORMATION

FIRST NAME _____ MIDDLE _____ LAST NAME _____

GENDER: MALE/FEMALE _____ GRADE ENTERING: 9 | 10 | 11 | 12

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

RELIGION OF STUDENT: _____ RESIDENTIAL HIGH SCHOOL DISTRICT _____

DATE OF BIRTH _____

DOES STUDENT HAVE AN INDIVIDUALIZED EDUCATION PLAN (IEP)? YES. ATTACH COPY / NO

MOTHER/FEMALE GUARDIAN

FIRST NAME _____ LAST NAME _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE (____) _____ EMAIL _____

Do you want us to send mail to this address? YES / NO

FATHER/MALE GUARDIAN

FIRST NAME _____ LAST NAME _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE (____) _____ EMAIL _____

Do you want us to send mail to this address? YES / NO

EMERGENCY CONTACT:

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE (____) _____

EMERGENCY CONTACT:

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE (____) _____

SIGNATURE _____

Father/Male Guardian

Mother/Female Guardian

DATE OF REGISTRATION _____	SFDS STAFF INITIALS: _____
----------------------------	----------------------------

If there is any additional information that you wish for us to know and place in the students' permanent file, please attach documents or write below.

ESCUELA SECUNDARIA ST. FRANCIS DE SALES

Formulario de Re-REGISTRO

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE _____ M: _____ APELLIDO _____

GÉNERO: HOMBRE/MUJER

ENTRANDO GRADO: 9 | 10 | 11 | 12

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ STATE _____ CÓDIGO POSTAL _____

RELIGIÓN DE ESTUDIANTE: _____ DISTRITO RESIDENCIAL DE SECUNDARIA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

¿TIENE EL ESTUDIANTE UN PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)? Sí. ADJUNTAR COPIA / NO

MADRE/TUTORA FEMENINA

PRIMERA NAME _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ STATE _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

¿Desea que enviemos correo a esta dirección? Sí / NO

PADRE/GUARDIÁN MASCULINO

PRIMERA NAME _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ STATE _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

¿Desea que enviemos correo a esta dirección? Sí / NO

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NAME _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO (_____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NAME _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO (_____) _____

FIRMA _____

Padre/Guardián Masculino

Madre/Tutora Femenina

FECHA DE REGISTRO _____ SFDS INICIALES DEL PERSONAL: _____

Si hay alguna información adicional que desee que sepamos y coloquemos en el archivo permanente de los estudiantes, adjunte documentos o escriba a continuación.