



APPLICATION FOR ENROLLMENT REQUIREMENTS

Please provide the following:

- Birth Certificate or Other Document Showing Proof of Age
- State of Alabama Immunization Record (Blue Shot Form)
- Social Security Number/Card (if available)
- Photo I.D. of Parent/Guardian Enrolling the Student

If inside city limits, please include the following:

- Deed or Current Lease Agreement (lease must be for a period of at least 12 months – signed by both parties; hand-written leases will not be accepted)
- Utility Bill (In Parent(s) or Guardian(s) name)

Please return all completed forms and attachments to:

**Russellville City Schools
Board of Education
1945 Waterloo Road
Russellville, AL 35653**

Para registrar a su hijo(a) traiga:

- Acta de Nacimiento
- Record de vacunas (de Alabama)
- Contrato de renta o escrituras de la casa, a nombre del padre o encargado legal.
- Recibo de la luz a nombre del padre o encargado legal.
- Tarjeta de Seguro Social (No es obligatoria)
- Identificación con foto del padre o encargado legal.
- Formulario completo y firmado

**Los formularios de inscripción están disponibles únicamente en las
Oficinas Centrales ubicadas en:**

BOARD OF EDUCATION

1945 Waterloo Road, Russellville AL 35653.

Horario:

De lunes a jueves 8:00 a 4:00

Viernes 8:00 a 3:30



RUSSELLVILLE CITY SCHOOLS

Enrollment Application for Russellville City Schools

Please Print Legibly - Must be completed by Parent or Legal Guardian - Please Print Legibly



Student Information		
Last Name	Number for school messages () - -	
First Name	Student's gender ☐ Male ☐ Female	
Preferred Name	Student lives with ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father	
Home Address	☐ Guardian (Relationship:)	
City	<i>Please list special information about custody:</i>	
County State Zip		
Date of Birth / /		
Mother/Guardian		
Last Name	Last Name	
First Name	First Name	
☐ Home address same as above ☐ Mailing address same as above Please complete section below for different address(es).		
Home Address		
Street	Street	
City State Zip	City State Zip	
Mailing Address		
Street	Street	
City State Zip	City State Zip	
Mobile Phone () - -	Mobile Phone () - -	
Work Phone () - -	Work Phone () - -	
Emergency Contact Information		
<i>Person(s) to be contacted only if parents cannot be reached. The listed people will have permission to check your child out of school.</i>		
Name	Phone () - -	Relationship
Name	Phone () - -	Relationship
Name	Phone () - -	Relationship
Additional Student Information		
Has this child ever attended Russellville City Schools? ☐ Yes ☐ No (Complete former school section below unless your child will be in Pre-K or Kindergarten)		
Name of former school		
Address of former school City/Country State Zip		
Will this child be a bus rider? ☐ Yes ☐ No Has this child ever been in foster care? ☐ Yes ☐ No		
Is this Child's family Active Duty Military? ☐ Yes ☐ No Is this Child's family Guard or Reserve Military? ☐ Yes ☐ No		
Has this child repeated any grade level? ☐ Yes ☐ No		
PLEASE COMPLETE OTHER SIDE		

Additional Student Information - Continued

Excluding Pre-K and Kindergarten, how many years has this child been in school?

Was this child receiving Special Education, Gifted, or 504 services at their previous school? ☐ Yes ☐ No ☐ Not ApplicableDoes this child have any pending disciplinary issues from their previous school? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Applicable

If yes, please provide details: _____

SiblingsDoes this child have any brothers or sisters currently enrolled or requesting enrollment in Russellville City Schools? ☐ Yes ☐ No**If yes please complete the following information****Currently Enrolled**

Name	Grade

Requesting Enrollment

Name	Grade

Nonresident Student Information

The Russellville City Board of Education may permit a student, whose parents are not legal residents within the jurisdiction of the Russellville City School System, to attend schools within the school system. The Board, however, shall have the prerogative of denying the admission of any nonresident pupil or of entering into mutually acceptable agreements with other agencies that would permit the attendance of nonresident pupils. Russellville City Schools is only obligated to provide services which are already included in its special education program and other school programs.

The following three conditions shall prevail for nonresident students:

1. Children of employees of the Russellville City School System who reside outside the City of Russellville shall be given first priority for enrollment over other nonresident children;
2. That adequate space, faculty, and facilities are available;
3. Any nonresident student that violates the Russellville City School's discipline Code of Conduct will be subject to removal from the school system at the end of the current scholastic school year. If the offense is such in nature, the nonresident student could be dismissed from Russellville City Schools immediately

It is the general policy of the Russellville City School System to admit nonresident students, provided there is adequate space and personnel to accommodate/teach such children within the accreditation standards to which the system is subject and to the extent the admission of such children does not violate any law, regulation, or court order otherwise restricting the admission of such children.

Nonresident Student Acceptance

Thank you for applying for the enrollment of your child into Russellville City Schools. Nonresident students, who are granted acceptance, will not be enrolled or placed in a class until tuition is paid and the following documents are received and verified: 1) **Certification of Immunization**; 2) **Certified Birth Certificate**; 3) **Custody papers** (if applicable); 4) **Photo ID of Parent or Guardian**. Any nonresident student who has not paid tuition and/or turned in all enrollment documents by July 30th will forfeit their enrollment acceptance. Providing false information is grounds for no acceptance into Russellville City Schools.

Nondiscrimination Policy

It shall be the policy of the Russellville City School System to provide nondiscriminatory basis educational opportunities for children. No person shall be denied the benefits of any education program or activity on the basis of race, color, disability, creed, national origin, age, or sex. Pursuant to the requirements of the 2001 No Child Left Behind Act and the McKinney-Vento Homeless Assistance Act, all homeless children, migrants, immigrants, foster care and English language learners must have equal access to the same free appropriate public education provided to other children and youth. All programs offered by schools within the School System shall be open to all students in compliance with statutory and judicial requirements. The enrollment of homeless, migratory, immigrant, foster care and English language learner children shall not be denied due to any of the following barriers: lack of birth certificate; lack of school records or transcripts; lack of immunization records; lack of proof of residency; lack of transportation; unaccompanied; no guardian.

Printed name of person completing _____

Signature of Person Completing _____

Relationship _____

Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

Rev 2.15.22

Date Received _____ School Year _____ Grade _____ Received by _____

Residence Status: ☐ In District ☐ Out of District Enrollment Status for Out of District Students: ☐ Approved ☐ DeniedTuition Paid ☐ Full amount ☐ Partial amount _____ Payment received by _____



RUSSELLVILLE CITY SCHOOLS

Ethnicity and Race

Please Print Legibly - Must be completed by Parent or Legal Guardian - Please Print Legibly



Student Information

Last Name _____

Grade _____

First Name _____

Date of Birth ____ / ____ / ____

Student Ethnicity - CHOOSE ONLY ONE (1)

Is this child Hispanic/Latino?

- ☐ NO, not Hispanic/Latino
- ☐ YES, Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

** The above question is about ethnicity not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following race question by marking one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be.*

Student Race - CHOOSE ONE (1) OR MORE

What is this child's race?

- ☐ AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE: A person having origins in any of the original peoples of North and South America (Including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
- ☐ ASIAN: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent, including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- ☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN: A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- ☐ NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER: A person having origins in any of the original people of Hawai'i, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- ☐ WHITE: A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
- ☐ TWO OR MORE RACES: A person having origins with a combination of any of the above races.

Printed name of person completing _____

Signature of person completing _____

Relationship _____

Date _____



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION



HEALTH ASSESSMENT RECORD

School Year: _____ - _____

To Parent or Guardian:

The purpose of this form is to provide the school nurse with additional information regarding your child's health needs. The school nurse may contact you for further information. The information requested is essential for the school nurse to meet the health needs of your child.

This information will be kept confidential.

PLEASE complete both sides of this form (Return to the School Nurse)

Name of Student (Last, First, Middle)	Birth Date	Sex	School
---------------------------------------	------------	-----	--------

Address (Street)

Home Telephone Number:	Cell Phone Number:	Additional Phone Number:	Grade	Teacher/Homeroom
------------------------	--------------------	--------------------------	-------	------------------

Name of Parent/Guardian (Last, First Middle)	Work Phone Number:
--	--------------------

Transportation

☐ Bus Rider Bus Number: ☐ Car Rider ☐ Special Needs Bus ☐ After School

Part I – Health Information

Place your child receives health care:

Physician's Name: _____

Address: _____

Phone: _____

☐ Community Health Center

☐ Health Department

☐ Hospital Clinic

☐ No Regular Place

☐ Private Doctor /HMO

Your child's Insurance Information:

☐ ALL KIDS

☐ Medicaid

☐ No Insurance

☐ Other _____

☐ Private Insurance

Place your child receives dental care:

Dentist's Name: _____

Address: _____

Phone: _____

☐ Community Health Center

☐ Health Department

☐ Hospital Clinic

☐ No Regular Place

☐ Private Dentist /HMO

Preferred Hospital: _____

Part II – Medical History Medical Equipment /Procedures Required at School

☐ Catheter ☐ Gastric Tube ☐ Nebulizer Treatments ☐ Oxygen Supplement ☐ Tracheostomy

☐ Vagal Nerve Stimulator (VNS) ☐ Ventilator ☐ Wheelchair ☐ Walker

☐ Other *Please explain:*

Medications and Procedures at School require a Prescriber/Parent Authorization Form (one for each medication or procedure) Please see your school nurse.

Please Complete Back of Form (Signature Required)





ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION



HEALTH ASSESSMENT RECORD

School Year: _____ - _____

Name of Student

Part III – Medical History

☐ YES ☐ NO	KNOWN HEALTH PROBLEMS If NO , go directly to the bottom of the page and provide parent/guardian signature If YES , and diagnosed by a physician, answer each question below.	
☐ YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO	Attention Deficit Disorder (ADD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Requires medication ☐ At school ☐ At Home	
☐ YES ☐ NO	Allergies: ☐ Food _____ ☐ Insects _____ ☐ Environmental _____ ☐ Medications _____ ☐ Hives/rash ☐ Medications ☐ Breathing difficulty ☐ Epi-pen ☐ Other: _____	
☐ YES ☐ NO	Asthma ☐ Uses an inhaler at school ☐ Uses an inhaler at home	
☐ YES ☐ NO	Blood/Bleeding Problems: ☐ Hemophilia, ☐ Von Willebrand's, ☐ Other ☐ Requires medication <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Frequent Nose Bleeds: <i>Please explain</i>	
☐ YES ☐ NO	Cancer/Leukemia: <i>Please explain</i>	
☐ YES ☐ NO	Cerebral Palsy: <i>Please explain</i>	
☐ YES ☐ NO	Cystic Fibrosis: <i>Please explain</i>	
☐ YES ☐ NO	Dental Problems: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Diabetes ☐ Type 1 Diabetes ☐ Monitors Blood Sugars at school ☐ Requires Insulin at school ☐ Type 2 Diabetes ☐ Managed with diet ☐ Insulin pump ☐ Glucagon order ☐ Oral medication	
☐ YES ☐ NO	Emotional/Behavioral/Psychological: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Gastrointestinal/Stomach Problems: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Genetic / Rare Disorders: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Headaches: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Hearing Problems: ☐ Right Ear ☐ Left Ear ☐ Both ears ☐ Hearing loss ☐ Hearing aid ☐ Tubes ☐ Cochlear Implant	
☐ YES ☐ NO	Heart Condition: ☐ Activity restrictions: ☐ Medications taken at home: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Hypertension (High Blood Pressure): <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Juvenile Arthritis/Bone-Joint Problems: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Kidney/ Bladder/ Urinary Problems: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Scoliosis: ☐ No Treatment ☐ Wears Brace ☐ Surgery ☐ Family History	
☐ YES ☐ NO	Seizures/Convulsions: Type of seizure: _____ Medications: ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medication taken at home ☐ Other _____ <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Sickle Cell: ☐ Anemia ☐ Trait	
☐ YES ☐ NO	Shunt: ☐ VP shunt <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Spina Bifida:	
☐ YES ☐ NO	Special Diet: <i>Please explain:</i>	
☐ YES ☐ NO	Vision Problems: ☐ Wears glasses ☐ Wears contacts ☐ Other	
☐ YES ☐ NO	Other Medical Conditions: <i>Please include <u>any</u> medications taken at home only.</i>	

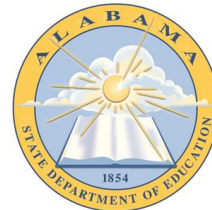
Required Signatures

(Electronic or Written) Parent(s) or Guardian Signature: _____ Date: _____

(Electronic or Written) School Nurse Signature: _____ Date: _____



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Record de Evaluación Médica

Año Escolar: _____ - _____

Para el Padre o Guardián:

El propósito de este formulario es proporcionarle a la enfermera escolar información adicional sobre las necesidades medicas de su hijo/a. la enfermera puede comunicarse con usted para obtener mas información. La información requerida es esencial para cumplir con las necesidades médicas de su hijo/a.

Esta información se mantendrá confidencial.

POR FAVOR complete ambos lados de este formulario (Entregue a la Enfermera Escolar)

Nombre de Estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de Nac.	Sexo	Escuela
--	---------------	------	---------

Dirección (Calle)

Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Numero de Teléfono Adicional	Grado	Maestro/a de Salón
----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------	--------------------

Nombre de Padre/Guardián (Apellido, Primer, Segundo)	Numero de Teléfono de Trabajo
--	-------------------------------

Transportación

☐ Camino Escolar Numero de Camino: ☐ Carro ☐ Camino de Necesidades Especiales ☐ Programa después de la escuela

Parte I – Información de Salud

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado médico:

Nombre de Doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

☐ Clínica Comunitaria de Salud

☐ Departamento de Salud

☐ Clínica de Hospital

☐ No tiene lugar regular

☐ Doctor Privado/HMO

Información de Seguro Medico de su hijo/a:

☐ ALL KIDS

☐ Medicaid

☐ No tiene seguro medico

☐ Otro _____

☐ Seguro Medico Privado

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental:

Nombre de Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

☐ Clínica Comunitaria de Salud

☐ Departamento de Salud

☐ Clínica de Hospital

☐ No tiene lugar regular

☐ Dentista Privado/HMO

Hospital de Preferencia: _____

Parte II – Historia Medico Equipo Medico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

- ☐ Catéter ☐ Tubo Gástrico ☐ Tratamientos Nebulizadores ☐ Suplemento de Oxigeno ☐ Traqueotomía
- ☐ Estimulador del Nervio Vagal (VNS) ☐ Ventilador ☐ Silla de Ruedas ☐ Caminadora
- ☐ Otro Por favor explique: _____

Medicamentos y Procedimientos en la escuela requieren una Forma de Receta/Autorización (una para cada medicamento o procedimiento) Por favor consulte con la enfermera escolar.

Por Favor Complete el Reverso de la Forma (Firma Requerida)





DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Record de Evaluación Médica

Año Escolar: _____ - _____

Parte III – Historia Medico

☐ SI ☐ NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si NO , vaya directamente al final de la hoja y proporcione la firma de padre/guardián Si SI , y diagnosticado por un doctor, conteste cada pregunta siguiente.
☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO	Trastorno de Déficit de Atención (ADD) Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento ☐ En la Escuela ☐ En la Casa
☐ SI ☐ NO	Alergias: ☐ Alimentos _____ ☐ Insectos _____ ☐ Ambiente _____ ☐ Medicamentos _____ ☐ Urticaria/Sarpullido ☐ Medicamentos ☐ Dificultad respiratoria ☐ Epi-pen ☐ Otro:
☐ SI ☐ NO	Asma ☐ Usa un inhalador en la escuela ☐ Usa un inhalador en la casa
☐ SI ☐ NO	Problemas de sangrado: ☐ Hemofilia, ☐ Requiere medicamento Por favor explique: ☐ Von Willebrand's ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Sangrado de nariz frecuente: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Cáncer/Leucemia: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Parálisis Cerebral: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Fibrosis Cística: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas Dentales: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Diabetes ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Monitorea azúcar en la sangre en la escuela ☐ Requiere Insulina en la escuela ☐ Bomba de Insulina ☐ Orden de Glucógeno ☐ Oral medicamento ☐ Diabético Tipo 2 ☐ Controla la dieta
☐ SI ☐ NO	Emocionales/Comportamiento/Psicológico: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas Gastrointestinales/Estomago: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Trastorno Genético / Raro: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Dolores de Cabeza: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Oír: ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Pérdida de Oír ☐ Ayuda Auditiva ☐ Tubos ☐ Implante Coclear
☐ SI ☐ NO	Condición del Corazón: ☐ Restricciones de Actividad: ☐ Medicamento tomado en casa: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Hipertensión (Alta Presión): Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Artritis Juvenil/ Problemas de Huesos-Articulaciones: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Riñones/ Vejiga/ Urinaria: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Escoliosis: ☐ NO Tratamiento ☐ Usa Soporte ☐ Cirugía ☐ Historia Familiar
☐ SI ☐ NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de Ataque: _____ Medicamento: ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medicamento en Casa ☐ Otro _____ Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Anemia de Células: ☐ Anemia ☐ Rasgo
☐ SI ☐ NO	Shunt (desviación de ventrículo cerebral): ☐ VP shunt Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Espina Bífida:
☐ SI ☐ NO	Dieta Especial: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Vista: ☐ Usa Lentes ☐ Usa Contactos ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Otras Condiciones Medicas: Por favor incluya <u>cualquier</u> medicamento tomado solamente en casa.

Firmas Requeridas

Firma de Padre(s) o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma de Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

Parent Survey

for Newly Enrolled Students



SCHOOL SYSTEM

SCHOOL NAME

DIRECTIONS

Please complete the following survey. Your child may be eligible for FREE additional educational services. If you answer yes to any of the questions below, an education representative may contact you to find out whether you, your child, or any member of your family is eligible for the migrant education program. All information will be kept confidential.

Please return the completed questionnaire to your child's school.

RELOCATION HISTORY

Have you ever traveled in or out of Alabama to work or find work in any of the pictures below in the past three (3) years?	☐ Yes	☐ No
Are you or your spouse currently working in agriculture, farming, fishing or any of the pictures below?	☐ Yes	☐ No
Mark all pictures of agriculture, farming, or fishing where you have worked in the past 3 years. See pictures below.	☐ Yes	☐ No

Other work you have done that is not shown in a picture below: _____

Fruit or Tomato Farms ☐ Yes 	Fish or Shrimp Farms ☐ Yes 	Nursery, greenhouse, sod farm ☐ Yes 	Planting / Harvesting Crops ☐ Yes 
Cattle Farms; Milk Products ☐ Yes 	Hatchery; feeding, processing chickens, gathering eggs ☐ Yes 	Working on a worm farm ☐ Yes 	Growing, tending, felling trees ☐ Yes 

PARENT INFORMATION

PARENT / GUARDIAN

ADDRESS	CITY	STATE	ZIP
PHONE NUMBER	PLACE OF EMPLOYMENT		
NUMBER OF CHILDREN IN HOME		DATE OF MOVE	



Encuesta para padres de nuevos estudiantes inscritos

SISTEMA ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA

INDICACIONES

Complete la siguiente encuesta. Puede que su hijo(a) sea elegible para recibir servicios educativos adicionales GRATIS. Si responde que sí a cualquiera de las preguntas de abajo, un representante de educación se podrá comunicar con usted para averiguar si usted, su hijo(a) o cualquiera de sus familiares es elegible para el programa de educación para migrantes. Toda la información se mantendrá bajo confidencialidad.

Complete este cuestionario y entréguelo a la escuela de su hijo(a).

ANTECEDENTES DE REUBICACIÓN

¿Ha viajado alguna vez dentro o fuera de Alabama para trabajar o buscar trabajo en cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo en los últimos tres (3) años?

☐ Sí

☐ No

¿Se dedica usted o su cónyuge actualmente a la agricultura, el trabajo en granjas, la pesca o cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo?

☐ Sí

☐ No

Marque todas las imágenes de agricultura, granjas o pesca donde haya trabajado en los últimos 3 años. Consulte las imágenes de abajo.

☐ Sí

☐ No

Otro tipo de trabajo que haya hecho y que no aparezca en las imágenes de abajo:

Granjas de frutas
o tomates

☐ Sí



Criaderos de peces
o camarones

☐ Sí



Vivero, invernadero, granja
de césped

☐ Sí



Plantación/cosecha
de cultivos

☐ Sí



Granjas para ganado;
productos lácteos

☐ Sí



Criadero para huevos;
alimentación,
procesamiento de pollos,
recolección de huevos

☐ Sí



Trabajo en granjas de
lombrices

☐ Sí



Plantación, cuidado, tala
de árboles

☐ Sí



INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE

PADRE/MADRE/TUTOR

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

LUGAR DE EMPLEO

CANTIDAD DE NIÑOS EN EL GRUPO FAMILIAR

FECHA EN QUE SE MUDARON

HOME LANGUAGE SURVEY

Student Name: _____ Birth Date: _____ Sex: ☐ Male ☐ Female

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

Home Telephone: _____ Work Telephone: _____

School: _____ Grade: _____ Date: _____

1. Was your child born in the United States? ☐ Yes ☐ No
If yes, in which state? _____
If no, in what other country? _____
2. Has your child attended any school in the United States for any three years during their lifetime? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide school name(s), state, and dates attended:
Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
3. What language is spoken by you and your family most of the time at home? _____
4. If available, in what language would you prefer to receive communication from the school? _____
5. Please check if your child is:
A. ☐ Native American Indian C. ☐ Native Pacific Islander
B. ☐ Alaska Native D. ☐ Native U.S. Virgin Islander
6. Is your child's first-learned or home language anything other than English? ☐ Yes ☐ No

If you responded "Yes" to question number 6 above, please answer the following questions:

7. What language did your child learn when he/she first began to talk? _____
8. What language does your child most frequently speak at home? _____
9. What language do you most frequently speak to your child? (Father) _____
(Mother) _____
10. Please describe the language understood by your child. (Check only one)
A. ☐ Understands only the home language and no English.
B. ☐ Understands mostly the home language and some English.
C. ☐ Understands the home language and English equally.
D. ☐ Understands mostly English and some of the home language.
E. ☐ Understands only English.

Parent or Guardian's Signature

Date

OFFICE USE ONLY

Student ID #	Date Distributed	Date Received	

Por favor responda
en inglés

ENCUESTA DE IDIOMA DOMESTICO

Spanish

Home Language Survey

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de los padres/apoderado: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

1. ¿Nació su hijo/a en Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿en qué estado? _____
De no ser así, ¿en qué país? _____
2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres años cualesquiera de su vida? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas de asistencia:
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
3. ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? _____
4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaría recibir la comunicación de la escuela? _____
5. Marque si su hijo(a) es:
A. ☐ Indio americano nativo C. ☐ Nativo de las islas del Pacífico
B. ☐ Nativo de Alaska D. ☐ Nativo de las Islas Vírgenes de EE.UU.
6. ¿Es el idioma primario de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta a la pregunta 6 es "Sí", responda las siguientes preguntas:

7. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando recién comenzó a hablar? _____
8. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____
9. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)? (Padre) _____
(Madre) _____
10. Describa el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque sólo uno)
A. ☐ Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.
B. ☐ Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.
C. ☐ Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
D. ☐ Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.
E. ☐ Entiende inglés solamente.

Firma del padre o tutor

Fecha

OFFICE USE ONLY

Student ID #	Date Distributed	Date Received	



STUDENT TRANSPORTATION RULES

1. Students will have access to use the sanitation station on the bus when entering and exiting.
2. Students will maintain proper conduct at all times while riding the bus.
3. Students will not use profanity, offensive or disrespectful language, or gestures.
4. Students will remain seated, facing forward, with feet on the floor and legs out of the aisle.
5. Students will keep all body parts inside the bus at all times.
6. Students will maintain a low level of conversation with only the person(s) in same seat.
7. Students will not spit or throw anything in the bus or out of the windows.
8. Students will not push, shove, intimidate, harass, fight, or make other students or staff uncomfortable.
9. Students will be at the designated stop (5) minutes before regular pick-up time.
10. Students will provide written permission from a parent/guardian to the principal and bus driver when riding a bus other than the regular bus or when planning to exit the bus at another stop. The principal may approve the request based on a space available basis.
11. Students will not damage the bus (Parents are financially responsible).
12. Students will not have any food, drink, gum, or balloons of any kind on Russellville City buses.
13. Students will respectfully follow the directions of the normal bus driver and substitute bus driver at all times. The bus driver can assign seats.
14. Students will not carry items on the bus which are not allowed at school such as matches, tobacco products, lighters, knives, guns, explosives, CD players, radios or tape recorders, live animals, glass of any kind, and large bulky items, etc.
15. Students will not open emergency doors or windows.
16. Students will demonstrate complete and total silence at railroad crossings till the bus clears the tracks. This is for your safety and the safety of others.
17. Students will not lay backpacks down by the driver due to safety issues. The backpack would be in the driver's way and could cause other students to trip while loading and unloading the bus.
18. The driver is not responsible for items lost or left on the bus.

The driver will immediately report any and all violations of rules to the principal for action. If the offense is serious enough for immediate action, the principal will decide the course of punishment.

Consequences:

- 1st Warning: Parent is notified by driver, student, and/or school administrator
- 2nd Warning: A copy of the Bus Conduct Report is sent home by the school administrator to be signed and returned.
- 3rd Warning: A copy of the Bus Conduct Report is sent home by the school administrator to be signed and returned. Additional consequences to be determined (i.e. ISS, detention, assigned seat, etc.)
- 4th Warning: A copy of the Bus Conduct Report is sent home by the school administrator to be signed and returned. Suspended from transportation privileges for a time period to be determined by school administration based on age, prior behavior, and infraction; up to one school week (5 total days).
- 5th Warning: A copy of the Bus Conduct Report is sent home by the school administrator to be signed and returned. Suspended from transportation privileges for a time period to be determined by school administration based on age, prior behavior, and infraction; up to the remainder of the current grading period and/or semester.
- 6th Warning: A copy of the Bus Conduct Report is sent home by the school administrator to be signed and returned. Suspended from transportation privileges for a time period to be determined by school administration based on age, prior behavior, and infraction; up to the remainder of the semester/academic year.

I, _____, have read and understand the above rules and consequences governing my child, _____, while he/she is riding RCS transportation.

Signature of Parent/Guardian

Date



REGLAS DE TRANSPORTE DE ESTUDIANTES

1. Los estudiantes tendrán acceso para usar la estación de saneamiento en el autobús al entrar y salir.
2. Los estudiantes mantendrán una conducta adecuada en todo momento mientras viajan en el autobús.
3. Los estudiantes no usarán lenguaje o gestos obscenos, ofensivos o irrespetuosos.
4. Los estudiantes permanecerán sentados, mirando hacia adelante, con los pies en el piso y las piernas fuera del pasillo.
5. Los estudiantes mantendrán todas las partes del cuerpo dentro del autobús en todo momento.
6. Los estudiantes mantendrán un nivel bajo de conversación solo con la (s) persona (s) en el mismo asiento.
7. Los estudiantes no escupirán ni arrojarán nada en el autobús o por las ventanas.
8. Los estudiantes no empujarán, intimidarán, acosarán, pelearán o harán que otros estudiantes o el personal se sientan incómodos.
9. Los estudiantes estarán en la parada designada (5) minutos antes de la hora regular de recogida.
10. Los estudiantes necesitan proveer un permiso por escrito de un padre / tutor al director y al conductor del autobús cuando viajen en un autobús que no sea el autobús regular o cuando planeen bajarse del autobús en otra parada. El director aprobará la solicitud según el espacio disponible.
11. Los estudiantes no dañarán el autobús (los padres son económicamente responsables).
12. Los estudiantes no tendrán comida, bebida, chicle o globos de ningún tipo en los autobuses de Russellville City.
13. Los estudiantes seguirán respetuosamente las instrucciones del conductor regular y del conductor sustituto del autobús en todo momento. El conductor del autobús puede asignar asientos.
14. Los estudiantes no llevarán artículos en el autobús que no estén permitidos en la escuela, como fósforos, productos de tabaco, encendedores, cuchillos, pistolas, explosivos, reproductores de CD, radios o grabadoras, animales vivos, vidrio de ningún tipo y artículos grandes y voluminosos. etc.
15. Los estudiantes no abrirán puertas o ventanas de emergencia.
16. Los estudiantes demostrarán un silencio total y completo en los cruces de ferrocarril (las villas de tren) hasta que el autobús despeje las vías. Esto es por su seguridad y la seguridad de los demás.
17. Los estudiantes no dejarán las mochilas al lado del conductor debido a problemas de seguridad. La mochila estaría en el camino del conductor y podría hacer que otros estudiantes se tropiecen mientras suben y bajan del autobús.
18. El conductor no es responsable por artículos perdidos o dejados en el autobús.

El conductor del bus reportará inmediatamente cualquier falta en contra de las reglas al señor director. Si la falta fuera lo suficientemente grave para tomar acción inmediata, el señor director decidirá el castigo.

Consecuencias:

1ra Advertencia: El padre será notificado por el conductor, el estudiante y/o el administrador de la escuela.

2da Advertencia: El administrador de la escuela envía a casa una copia del Informe de Conducta en el Autobús para que lo firme el padre y lo mande de regreso a la escuela.

3ra Advertencia: El administrador de la escuela envía a casa una copia del Informe de conducta en el autobús para que lo firme el padre y lo mande de regreso a la escuela. Habrá consecuencias adicionales (Ejemplo: ISS, castigo, asignación de asiento en el bus, etc.).

4ta Advertencia: El administrador de la escuela envía a casa una copia del Informe de conducta en el autobús para que lo firme el padre y lo mande de regreso a la escuela. Se suspende el uso del bus por un período de tiempo determinado por la administración de la escuela de hasta una semana escolar (5 días), depende de la edad del estudiante, su comportamiento anterior y el tipo de falta.

5ta Advertencia: El administrador de la escuela envía a casa una copia del Informe de conducta en el autobús para que lo firme el padre y lo mande de regreso a la escuela. Se suspende el uso del bus por un período de tiempo determinado por la administración de la escuela de hasta el resto del semestre, depende de la edad del estudiante, su comportamiento anterior y el tipo de falta.

6ta Advertencia: El administrador de la escuela envía a casa una copia del informe de conducta en el autobús para que la firme el padre y la mande de regreso a la escuela. Se suspende el uso del bus por un período de tiempo determinado por la administración de la escuela, de hasta el resto del semestre o del año académico, depende de la edad del estudiante, su comportamiento anterior y el tipo de falta.

Yo, _____, leí y entiendo las reglas y consecuencias arriba explicadas las

cuales debe seguir mi hijo(a), _____, mientras esté en los buses de RCS.

Firma del Padre o Encargado

Fecha