

Rocketship Education

ROCKETSHIP EDUCATION

Mateo Sheedy Elementary: 788 Locust Street, San Jose, CA 95110 Phone: 408-286-3330 Fax: 408-286-3331
 Si Se Puede Academy: 2249 Dobern Avenue, San Jose, CA 95116 Phone: 408-824-5180 Fax: 408-449-5988
 Rocketship Three (opening August 2010): P.O. Box 595, San Jose, CA 95106-3595 Phone: 877-806-0920 ext. 303 email: rs3@rsed.org



New Student Registration Form

Student Last Name	Student First Name	MI	Birth Date	Gender	Grade Registering For
				M F	K 1 2 3 4 5
Street Address		City	Zip Code	Birth City	Birth State Birth Country
Primary Phone	Work Phone	Cell Phone		Email Address	

Parent / Guardian Information

Parent / Guardian #1: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other:	Parent / Guardian #2: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other:
First & Last Name: Address (if different than child): Work Phone: Cell Phone:	First & Last Name: Address (if different than child): Work Phone: Cell Phone:
<i>Highest Level of Education Completed:</i>	
<input type="checkbox"/> Not High School Graduate <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School <input type="checkbox"/> Decline to State	<input type="checkbox"/> Not High School Graduate <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School <input type="checkbox"/> Decline to State

Family Information

ROCKETSHIP SIBLING INFORMATION: Sibling Applying to Rocketship Sibling Attending Rocketship

Name: _____ Grade: _____

Name: _____ Grade: _____

Emergency Contacts: I am/we are the parent/guardian of the above named student. In case I am/we are unable to be reached during any emergency, I/we hereby authorize a representative of the school, pursuant to the provisions of Family Code Section 6910, to act as any agent to consent to the giving of any and all medical, dental, hospital or surgical care to the above named student.

Name	Relationship	Phone Number
Name	Relationship	Phone Number

Previous School Information

Name of Last School Attended	School District	Grade(s) Attended	Home School & District

Special Programs

Has your child received assistance from or participate in any of the following programs:

- Individualized Education Program (IEP) English Learner (EL) Student Services Team (SST) Gifted & Talented (GATE)
 Modified/Adaptive Physical Ed (APE, 504) Special Day Class (SDC) Speech (SLI) Occupational Therapy (OT)

* Important: If you selected one or more boxes, you must provide a copy of the Special Program Evaluation given by current school *

What is your child's ETHNICITY? (Please check one) Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

What is your child's RACE? (Please check up to five racial categories) * The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (100) | <input type="checkbox"/> Laotian (206) | <input type="checkbox"/> Tahitian (304) | <input type="checkbox"/> Cambodian (207) | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (399) |
| <input type="checkbox"/> Chinese (201) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino or Filipino American (400) | <input type="checkbox"/> Japanese (202) | <input type="checkbox"/> White (700) |
| <input type="checkbox"/> Other Asian (299) | <input type="checkbox"/> African American or Black (600) | <input type="checkbox"/> Korean (203) | <input type="checkbox"/> Hawaiian (301) | <input type="checkbox"/> Declined to State (999) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese (204) | <input type="checkbox"/> Guamanian (302) | <input type="checkbox"/> Asian Indian (205) | <input type="checkbox"/> Samoan (303) | |

RESIDENCE . where is your child/family currently living? (Federally mandated by NCLB: Please check appropriate box)

- In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) In a motel/hotel Unsheltered (car/campsite)
 Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship, loss, or other reasons) In a sheltered or transitional housing program
 Other _____

I / We have reviewed this one page document and to the best of my/our knowledge, the information contained herein is true and complete. The undersigned declares under penalty of perjury that they are the parents or legal guardians of the above-named student and grant the above authorizations.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Rocketship Education



Mateo Sheedy Elementary: 788 Locust Street, San Jose, CA 95110 Phone: 408-286-3330 Fax: 408-286-3331
 Si Se Puede Academy: 2249 Dobern Avenue, San Jose, CA 95116 Phone: 408-824-5180 Fax: 408-449-5988
 Rocketship Three (opening August 2010): P.O. Box 595, San Jose, CA 95106-3595 Phone: 877-806-0920 ext. 303 email: rs3@rsed.org



Matriculación de Nuevo Estudiante

Apellido de Estudiante	Primer Nombre de Estudiante	Inicial	Fecha de Nacimiento	Género M F	Para que año esta registrando K 1 2 3 4 5
Domicilio	Ciudad	Zona Postal	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento
Número de teléfono de casa	Número de teléfono de trabajo	Número de celular	Correo electrónico		

Información de Padres/Guardianes

Padre/Tutor Legal #1: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: Nombre (Primer y Apellido): Domicilio (Si es diferente del estudiante): Teléfono de Trabajo: Teléfono Celular:	Padre/Tutor Legal #1: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: Nombre (Primer y Apellido): Domicilio (Si es diferente del estudiante): Teléfono de Trabajo: Teléfono Celular:
Nivel Completado más alto de educación de padre: <input type="checkbox"/> Primaria/Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios <input type="checkbox"/> Recibido de la universidad <input type="checkbox"/> Estudios Posgraduado <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar	Nivel Completado más alto de educación de padre: <input type="checkbox"/> Primaria/Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios <input type="checkbox"/> Recibido de la universidad <input type="checkbox"/> Estudios Posgraduado <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar

Información Familiar

INFORMACION DE HERMANOS DE ROCKETSHIP: Hermano/a esta aplicando para matricularse en Rocketship Hermano/a asiste a Rocketship

Nombre: _____ Año: _____

Nombre: _____ Año: _____

Información de Emergencia: Yo so el padre/tutor legal del estudiante nombrado antemano. En caso de que no se me pueda localizar durante una emergencia, yo do la autorización a un representante de la escuela, según la provisión de Family Code Section 6910, de actual como un agente para dar consentimiento de que reciba cuidado medical, dental, de hospital o quirúrgico al estudiante mencionado antemano

Nombre	Relación	Teléfono(s)
Nombre	Relación	Teléfono(s)

Información de la Escuela Previa

Nombre de la escuela a la cual asiste/asistió últimamente:	Distrito Escolar	Grados que asistió	Distrito y Escuela a la que pertenece
--	------------------	--------------------	---------------------------------------

Programas Especiales

Recibe su hijo/a asistencia o participa en algunos de los siguientes programas:

- Plan de Educación Individual (IEP) Aprender de ingles (EL) Equipo de Servicios Estudiantiles (SST) Dotado & Talentoso (GATE)
 Educación física modificada (APE, 504) Día Completo en Clase Especial Terapia del Habla (SPEECH) Terapia Ocupacional (OT)

* IMPORTANTE: Si usted marca una de estos, este preparado para proveer una copia del informe hecho de la escuela previa *

Que es la **ETNICIDAD** del estudiante? (Por favor marque solo uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino

Que es la **RAZA** de su hijo/a? (Por favor marque de una a cinco categorías raciales) * Esta pregunta es sobre su RAZA no su etnicidad. No importa la selección de arriba, por favor continúe a contestar esta pregunta marcando una o mas de las opciones que indique su RAZA.

- Persona indígena de EE.UU. o Nativo de Alaska (100) Laosiano (206) Tahitiano (304) Camboyano (207) Otros habitantes de las islas del pacifico (399)
 Chino (201) Hmong (208) Filipino o Filipino Americano (400) Japonés (202)
 Otro Asiático (299) Afroamericano (600) Coreano (203) Hawaiano (301) Blanco (700)
 Vietnamita (204) Guamanian (302) Indio asiático (205) Samoano (303) Prefiero no especificar (999)

RESIDENCIA . en donde esta viviendo su hijo/a y su familia actualmente? (Por favor marque una opción . pregunta es mandato federal por el NCLB)

En una residencia permanente (casa, departamento, condominio, trailer fijo) En un hotel/motel Sin vivienda (auto/campamento)
 Vivienda compartida con otras familias/personas a resultado de apuros económicos, pérdida de trabajo, o por alguna otra razón
 Programa de transición vivienda Otro _____

Yo he revisado este documento y declaro que a lo mejor de mi conocimiento, la información presente es verdad y esta completa. El abajo firmante declara bajo la pena de perjurio que es la madre/el padre o tutor legal de el estudiante mencionado antemano y concede las autorizaciones mencionadas antemano.

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____