



2020-2021 Enrollment Application

Thank you for choosing TLC Public Charter School!
We are excited to have the opportunity to offer your child an
outstanding educational experience.

Families who wish to enroll for the 2020-2021 school year will need to complete the attached Admissions Packet and provide the following supporting documentation:

- ☐ Copy of Proof of Immunizations
- ☐ Copy of student's IEP or 504 Plan, if applicable
- ☐ Copy of most recent grade report and CAASPP test (incoming 4th & 5th graders only)
- ☐ Copy of (i.e., birth certificate, passport) Verification
- ☐ Proof of Residency (Utility Bill)

¡Gracias por escoger a la escuela TLC Public Charter School!
Estamos muy contentos de tener la oportunidad de ofrecerle a su hijo/a
una experiencia educativa excepcional.

Las familias que deseen inscribirse para el año escolar 2020-2021 tendrán que completar el paquete de admisiones y proporcionar la siguiente documentación:

- ☐ **COPIA** de comprobante de inmunizaciones
- ☐ **COPIA** de la IEP de los estudiantes o Plan 504, si es aplicable
- ☐ **COPIA** del reporte más reciente de grado y examen CAASPP (solo estudiantes entrantes de 4to y 5to grado)
- ☐ **COPIA** de verificación de edad (Acta de nacimiento, pasaporte)
- ☐ Prueba de residencia (factura de electricidad)



TLC Public Charter School

Please fill out this form completely and accurately.

PLEASE PRINT OR TYPE

STUDENT INFORMATION

Student Last Name:		Student First Name:		Student Middle Name:		
Student Address:	APT#	City	State:	Zip Code	Primary Phone:	
Student's Mailing Address	APT #	City	State:	Zip Code	Male	Female
Date of Birth	Place of Birth (City, State, Country)		Last year's grade level (2018-19)		Repeating last year's grade ____ Yes ____ No	
Is the Student a Foster Youth? ____ Yes ____ No			Has the student EVER been a Foster Youth? ____ Yes ____ No			
Is the student currently homeless? ____ Yes ____ No						

FAMILY INFORMATION-PERSON(S) WITH WHOM STUDENT RESIDES

Father's Name	Email Address	Cell Phone	Home Phone
Mother's Name	Email Address	Cell Phone	Home Phone
Guardian's Name (if needed)	Email Address	Cell Phone	Home Phone

SIBLING INFORMATION

Sibling 1 First and Last Name	Home Address if different	School Attending	Grade
Sibling 2 First and Last Name	Home Address if different	School Attending	Grade
Does student have sibling enrolling in TLC Public Charter? ____ Yes ____ No If yes, please fill out their information below.			
First Name	Last Name	Date of Birth	Grade
First Name	Last Name	Date of Birth	Grade
First Name	Last Name	Date of Birth	Grade

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

Signature	Date	Relationship to Student:
-----------	------	--------------------------

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ENROLLMENT PACKET RECEIVED: DATE: _____ STAFF: _____
 PROOF OF AGE DOCUMENTS RECEIVED: BIRTH CERTIFICATE, PASSPORT, AFFIDAVIT IN LIEU OF BC
 ADDRESS VERIFIED VIA: _____ DATE: _____
 FRLP VERIFIED VIA: _____ DATE: _____

ENTERING GRADE: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Alumno:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		
Domicilio del Estudiante	APT#	Ciudad	Estado:	Codigo Postal	Teléfono Principal:	
Domicilio postal del Estudiante:	APT#	Ciudad	Estado:	Codigo Postal	Masculino	Femenino
Fecha de Nacimiento	Lugar de nacimiento(ciudad,estado,país)		Nivel de grado del año pasado (2018-19)		Repitiendo el grado del año pasado ____ Sí (grado) ____ No	
¿Es el Estudiante un joven adoptivo? ____ Sí ____ No			¿Ha sido el estudiante ALGUNA VEZ un joven adoptivo? ____ Sí ____ No			
¿Está el Estudiante actualmente sin hogar? ____ Sí ____ No						

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA- Personas con que RESIDE

Nombre del Padre:	Correo Electrónico:	Teléfono móvil:	Teléfono de casa:
Nombre de la Madre:	Correo Electrónico:	Teléfono móvil:	Teléfono de casa:
Nombre del Tutor	Correo Electrónico:	Teléfono móvil:	Teléfono de casa:

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Nombre y Apellido del Hermano:	Domicilio: (si es diferente)	Escuela Actual:	Grado:
Nombre y Apellido del Hermano:	Domicilio: (si es diferente)	Escuela Actual:	Grado:
¿Tiene el estudiante un hermano matriculado en <i>TLC Public Charter</i> ? ____ Sí ____ No Si es así, por favor complete su información a continuación.			
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Grado:

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Firma:	Fecha:	Relación con el Estudiante:
--------	--------	-----------------------------

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

ENROLLMENT PACKET RECEIVED: DATE: _____ STAFF: _____
 PROOF OF AGE DOCUMENTS RECEIVED: BIRTH CERTIFICATE, PASSPORT, AFFIDAVIT IN LIEU OF BC
 ADDRESS VERIFIED VIA: _____ DATE: _____
 FRLP VERIFIED VIA: _____ DATE: _____

ENTERING GRADE: _____



TLC Public Charter

Enrollment Survey for New Students

Legal Name of Student _____
Last First Middle Birth Date Age

School Grade Previous School, City, State, and District (if known)

Several reports to state, federal, and local governments require information regarding home language (ED Code 62002), parent education and primary ethnicity. Please assist us by providing the information requested below.

HOME LANGUAGE

1. Which language did your child learn when he/she began to talk? _____
2. What language does your child most frequently speak at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your child? _____
4. What language is most often spoken by the adults at home? _____

PARENT/GUARDIAN EDUCATION

In order to provide the California Department of Education (CDE) with accurate “similar school characteristics,” please **circle** the highest level of education achieved in your immediate family:

not a high school graduate high school graduate some college/AA degree college graduate graduate school/post graduate training

MILITARY CONNECTED FAMILIES

In an effort to provide resources and support to military connected students and their families, please complete the following information:

Parent/Guardian Name: _____ Parent/Guardian Name: _____

Military Branch: _____ Military Branch: _____

Current Status

- ☐ ACTIVE DUTY-DEPLOYED ☐ RESERVE
☐ ACTIVE DUTY-FULLTIME ☐ RETIRED
☐ NATIONAL GUARD ☐ VETERAN

Current Status

- ☐ ACTIVE DUTY-DEPLOYED ☐ RESERVE
☐ ACTIVE DUTY-FULLTIME ☐ RETIRED
☐ NATIONAL GUARD ☐ VETERAN

PRIMARY ETHNICITY – please complete both sections of ethnicity and race

Ethnicity:

Is this student Hispanic or Latino? (Select only one)

- ☐ No, not Hispanic or Latino ☐ Yes, Hispanic or Latino

Race:

Please continue to answer the following by marking one or more of the boxes to indicate your student’s race.

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| _____ African American (not Hispanic) | _____ Asian (Asian Indian) | _____ Pacific Islander (Hawaiian) |
| _____ American Indian/Alaskan Native | _____ Asian (Laotian) | _____ Pacific Islander (Guamanian) |
| _____ Asian (Chinese) | _____ Asian (Cambodian) | _____ Pacific Islander (Samoan) |
| _____ Asian (Japanese) | _____ Asian (Other) | _____ Pacific Islander (Tahitian) |
| _____ Asian (Korean) | _____ Filipino | _____ Pacific Islander (Other) |
| _____ Asian (Vietnamese) | _____ Hmong | _____ Caucasian/White |

Date

Parent/Guardian Signature



TLC Public Charter

Encuesta de inscripción para nuevos estudiantes

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Escuela	Grado	Escuela anterior, ciudad, estado y distrito		

Varios informes a gobiernos estatales, federales y locales requieren información sobre el idioma del hogar (ED Code 62002), educación de los padres y origen étnico primario. Por favor ayúdenos proporcionando la información solicitada a continuación.

IDIOMAS DEL HOGAR

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar?? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo con mayor frecuencia en el hogar?? _____
3. ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia para hablar con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma hablan con más frecuencia los adultos en casa? _____

EDUCACIÓN DE PADRES / TUTORES

Para proporcionar al Departamento de Educación de California (CDE) "características similares de la escuela" precisas, circule El nivel más alto de educación alcanzado en su familia inmediata:

- ☐ No se graduado de la Preparatoria ☐ Graduado de la Preparatoria ☐ Un poco de Universidad
☐ Graduado de la Universidad ☐ Escuela de posgrado / posgrado de formación

FAMILIARES EN EL MILITAR

Para proporcionar recursos y apoyo a los estudiantes conectados con el ejército y sus familias, complete la siguiente información:

Nombre del padre / tutor: _____ Nombre del padre / tutor: _____

Rama militar: _____ Rama militar: _____

Estado actual:

- ☐ DERECHOS ACTIVOS/ DESPLEGADOS ☐ RESERVA
☐ DEBER ACTIVO A TIEMPO COMPLETO ☐ RETIRADO
☐ GUARDIA NACIONAL ☐ VETERANO

Estado actual:

- ☐ D DERECHOS ACTIVOS/ DESPLEGADOS ☐ RESERVA
☐ DEBER ACTIVO A TIEMPO COMPLETO ☐ RETIRADO
☐ GUARDIA NACIONAL ☐ VETERANO

ETNICIDAD PRIMARIA - complete ambas secciones de etnicidad y raza

Etnicidad: ¿Es este estudiante hispano o latino? (Seleccione solo una) ☐ No, no es Hispano o Latino ☐ Si, es Hispano o Latino
Continúe respondiendo lo siguiente marcando una o más de las casillas para indicar la raza de su estudiante.

☐ Afroamericano (no hispano)	☐ Asiático (laosiano)	☐ Asiático (japonés)
☐ Indio americano / nativo de Alaska	☐ Asiático (chino)	☐ Asiático (coreano)
☐ Asiático (vietnamita)	☐ Asiático (asiático indio)	☐ Asiática (camboyana)
☐ Asiático (Otro)	☐ Hmong	☐ Filipino
☐ Isleño del Pacífico (Hawai)	☐ Isleño del Pacífico (Guamanian)	
☐ Isleño del Pacífico (Samoa)	☐ Isleño del Pacífico (Tahitian)	
☐ Isleño del Pacífico (Otro)	☐ Caucásico / Blanco	

Fecha

Firma del padre / tutor



CONSENT TO RELEASE CONFIDENTIAL

STUDENT INFORMATION

For confidentiality reasons, the law requires a signed parental consent in order to allow anyone to observe, discuss your student or obtain records pertaining to your student. The purpose of requesting such information is that it will be used in evaluating and making informed decisions regarding the services your student may require. For confidentiality reasons, OCDE as well as private institutions, and providers require signed written release of information from a parent or legal guardian to release records regarding students' attending charter schools. Please complete, sign and return this form that will assist us in preparation to assimilate your student into our program. Thank you.

STUDENT'S NAME: _____

DOB: _____

DATE LAST ATTENDED: _____

I am the parent/legal guardian of the above-named student who is a non- emancipated student under the age of eighteen. I hereby consent to the release of confidential student information relating to the above-named student and authorize personnel to discuss information relating to this student, as well as allow authorized personnel from TLC to observe the above-named student. Documents may include but are not limited to: Current and/or previous IEPs, Section 504 Plans and cumulative records.

Name of Parent/Guardian (Print)

DATE

Signature of Parent/Guardian

DATE



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE

Por razones de confidencialidad, la ley requiere un consentimiento firmado de los padres para permitir que cualquier persona observe, discuta a su estudiante u obtenga los registros correspondientes a su estudiante. El propósito de solicitar dicha información es que se utilizará para evaluar y tomar decisiones informadas con respecto a los servicios que su estudiante puede requerir. Por razones de confidencialidad, tanto la OCDE como las instituciones privadas y los proveedores exigen que la información de un padre o tutor legal sea firmada y firmada para divulgar los registros relacionados con las escuelas charter que asisten a los estudiantes. Complete, firme y devuelva este formulario que nos ayudará a prepararnos para asimilar a su estudiante en nuestro programa. Gracias.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Soy el padre / tutor legal del estudiante mencionado anteriormente que es un estudiante no emancipado menor de dieciocho años. Por lo presente autorizo la divulgación de información confidencial del estudiante relacionada con el estudiante mencionado anteriormente y autorizo al personal a discutir la información relacionada con este estudiante, así como permitir que el personal autorizado de TLC observe al estudiante mencionado anteriormente. Los documentos pueden incluir, entre otros, IEP actuales y / o anteriores, Planes de la Sección 504 y registros acumulativos.

Nombre del padre / tutor _____ Fecha _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____



TLC Public Charter School

Release of Student Files Authorization Form

I hereby authorize TLC Public Charter School to request the following records for my child, named below:

- Cumulative File
- Official Transcripts
- Standardized Test Scores (CAASP, ELPAC, etc.)
- Withdrawal Grades
- Immunization/Medical Records
- Discipline Records
- 504 Plan
- Individual Education Plan (IEP) Records
- Others (Specify)

STUDENT INFORMATION:

First Name:	Last Name:	Middle Initial:
Date of Birth:	Grade Level(s) at former school:	

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION:

Name of Previous School:				
School Address:				
City:	State:	Zip Code:	Telephone #:	Fax #:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

For school use only



Please mail, email or fax documents to:

TLC Public Charter School

1130 E Walnut Ave, Orange, CA 92869

Email: info@tlccharter.org

Phone (657) 284-5228 Fax (714) 902-6992



TLC Public Charter School

Release of Student Files Authorization Form

Yo autorizo a TLC Public Charter School para que soliciten los siguientes documentos para mi hijo/a :

- Archivo Acumulativo
- Expediente Académico
- Resultados de los Exámenes Estandarizados (CAASP, ELPAC, etc.)
- Retiro de Calificaciones
- Documents de Inmunización/Medical
- Documentos de Disciplina
- 504 Plan
- Documento Individual de Educación (IEP) Records
- Otro (Especifique)

Información del Estudiante:

Primer Nombre:	Apellido:	Segundo Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Grado(s) en Escuela de la que proviene:	

Información de la escuela de la que:

Nombre de la escuela de la que proviene:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono #:	Fax #:

Firma de Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

For school use only



Please mail, email or fax documents to:

TLC Public Charter School

1130 E Walnut Ave, Orange, CA 92869

Email: info@tlccharter.org

School Phone (657) 284-5228 Fax (714) 902-6992



Prior Special Programs Affidavit

Please mark any of the following programs in which your child is currently enrolled.

☐ ELD Program ☐ Special Education ☐ Section 504
☐ Home-Based ☐ Independent Study ☐ Gifted/GATE

Did the student ever have an Individualized Education Program (IEP) at his/her School? (Yes/No)

My child HAS participated in the program(s) check below:

☐ Special Education Instruction
☐ Speech Therapy
☐ Adapted Physical Education
☐ Occupational Therapy (OT)
☐ Gifted and Talented Program (GATE)
☐ English Language Development (ELD)
☐ 504 Plan ☐ Suspension/Expulsions ☐ Other

☐ My child has had special testing at _____

☐ My child has not had special testing.

Does the student have difficulties that interfere with his/her ability to go to school or to learn? (Yes/No)

Has anyone ever suggested that your child be assessed or tested for learning difficulties? (Yes/No)

Has anyone ever suggested that your child be assessed or tested for learning difficulties? (Yes/No)

☐ My child HAS NOT participated in any special programs.

CHILD'S NAME: _____ **GRADE 2019/20 SCHOOL YEAR:** _____

PARENT SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

STAFF TO COMPLETE:

A copy of the IEP or other pertinent information has been given to:

Classroom Teacher Date: _____

☐ Principal Date: _____ ☐ ELD Coordinator Date: _____ ☐ Specialist(s) Date: _____



Declaracion jurada antes de Programas Especiales

Por favor marque los siguientes programas donde su hijo está inscrito actualmente:

____Programa ELD ____Educación Especial ____Sección 504

____Superdotado (Gifted) ____Estudios en casa ____Estudio Independiente

¿El estudiante ha tenido in (IEP) Programa de Educación Individualizado en su escuela? (SI/NO)

Mi hijo SI ha participado en el programa/s marcados abajo:

- ____ Instrucción Educación Especial
- ____ Terapia del Lenguaje
- ____ Educación Física Adaptada
- ____ Terapia Ocupacional (OT)
- ____ Programa de Dotados y Talentosos (GATE)
- ____ Desarrollo del Idioma Inglés (ELD)
- ____ Suspensiones/Expulsiones

____Mi hijo /a ha tornado examen especial en_

____Mi hij o/a no ha tornado exámenes especiales.

El estudiante tiene dificultades que interfieren en sus habilidades de ir a la escuela o aprender (SI/NO)

Alguien le ha sugerido que su hijo sea examinado por dificultades de aprendizaje (SI/NO) ____

____ Mi hijo NO ha participado en ningún programa especial.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

STAFF TO COMPLETE:

A copy of the IEP or other pertinent information has been given to:

Classroom Teacher Date: _____

____Principal Date: _____ □ ELD Coordinator Date: _____ □ Specialist(s) Date _____



PARENTAL CONSENT FOR PHOTOGRAPHY AND PARTICIPATION IN EVALUATIONS STUDIES

Please check the items below to indicate whether you give permission for your child to participate in these activities:

Photography:

- _____ YES, I give permission for my child to be photographed for the TLC Public Charter School, including still pictures, slides, CDs, DVDs and videotapes. I understand that photographs, slides, CDs, DVDs and videotapes will be used for educational purposes, fundraising, and/or to promote the school's mission.
- _____ NO, I do not give permission for my child to be photographed for the TLC Public Charter School.

Evaluation Studies:

- _____ YES, I hereby give permission for my child to participate in evaluation studies of the TLC Public Charter School. This includes observations of my child during regular activities in the program, anecdotal notes regarding his or her progress toward meeting objectives and use of developmental assessment and other evaluation results. I understand that this information will be treated confidentially and that my child's full name will not be used in any reports of the results, except in confidential reports required by the State or School District.
- _____ NO, I do not give permission for my child to participate in evaluation studies for the TLC Public Charter School.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Parent or Guardian: _____ Date: _____
(Signature)



CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA FOTOGRAFIA Y PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE EVALUACIONES.

Por favor, marque los elementos a continuación para indicar si autoriza a su hijo a participar en estas actividades:

Fotografía:

- _____ Sí, doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado para la escuela TLC Public Charter School, incluyendo fotografías, diapositivas, CD, DVD y cintas de video. Entiendo que las fotografías, diapositivas, CD, DVD y cintas de video se utilizarán con fines educativos, para recaudar fondos y / o para promover la misión de la escuela.
- _____ NO, no doy permiso para que mi hijo sea fotografiado para la escuela TLC Public Charter School.

Estudios de evaluació:

- _____ Sí, doy permiso para que mi hijo (a) participe en los estudios de evaluación de la TLC Public Charter School. Esto incluye observaciones de mi hijo durante las actividades regulares en el programa, notas anecdóticas sobre su progreso hacia el cumplimiento de los objetivos y el uso de la evaluación del desarrollo y otros resultados de la evaluación. Entiendo que esta información se tratará de manera confidencial y que el nombre completo de mi hijo no se usará en ningún informe de los resultados, excepto en los informes confidenciales que exige el Estado o el Distrito Escolar.
- _____ NO, no le doy permiso a mi hijo para que participe en los estudios de evaluación para la Escuela TLC Public Charter School.

Nombre del Estudiante : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Padre o guardián: _____ Fecha: _____



HEALTH HISTORY FORM/ *Historia de la Salud*

Student First and Last Name:	Grade:	Date of Birth:

This information may be shared with school staff as necessary to protect your child's health and safety. *Esta información puede compartirse con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de su hijo / a.*

HAS YOUR CHILD EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING: TIENE SU HIJO/A HISTORIA DE LO SIGIENTE?

Allergies: <i>Alergias :</i>	If yes, what allergies does your child have? <i>Que alergias tiene?</i>

Are any allergies life-threatening? <i>¿Alguna alergia amenaza a su vida?</i> Yes/Si No

Which allergy is life-threatening? <i>¿Cual alergia amenaza su vida?</i>

Asthma? <i>¿Asma?</i>	Is the asthma severe? <i>El asma es severo?</i> Yes/Si No

Bee sting allergy? <i>¿Alergia a picadas de abeja?</i>	Is it life-threatening? <i>Podría causar la muerte?</i> Yes/Si No

Convulsive seizures? <i>Convulsiones?</i>	Date of last seizure/ <i>Fecha de la última convulsión:</i>

Diabetes?	Is the child insulin dependent? <i>¿Depende de insulina?</i> Yes/Si No

Fracture? <i>Fractura?</i>	Date of fracture/ <i>Fecha de Fractura:</i> _ Which bone(s)? <i>Cual/es hueso?</i>

Head injury? <i>Lesión de cabeza?</i>	Date of head injury/ <i>Fecha de lesión:</i>
	Was the child hospitalized? <i>¿Fue Hospitalizado?</i> Yes/Si No

Heart Condition? <i>Problemas del Corazón?</i>	Does the child have physical restrictions? <i>¿Tiene restricciones físicas?</i> Yes/Si No

Hearing Loss? <i>Problemas de oído?</i>	Does the child wear hearing aid(s)? <i>¿Su hijo/a necesita ayuda auditiva?</i> Yes/Si No

Orthopedic problems? <i>Problemas Ortopédicos?</i>	Please describe the orthopedic problem/ <i>Por favor describa:</i>

Surgery? <i>¿Alguna operación?</i>	Date of surgery/ <i>Fecha de operación:</i> _ Type of surgery? <i>¿Tipo de operación?</i>

Tuberculosis?	Date of last TB test? <i>Fecha de la última prueba?</i>

Urinary problems? <i>Problemas de orina?</i>	Does the child need accommodations? <i>¿Necesita cuidado especial?</i> Yes/Si No

Vision problems? <i>Problemas de la visión?</i>	Does the child wear glasses? <i>¿Usa Antojos?</i> Yes/Si No Contact lenses? <i>¿Lentes de Contacto?</i> Yes/Si No

Is there any condition/serious illness that would need special consideration by the school? <i>¿Existe una condición o enfermedad grave que necesita una consideración especial de la escuela?</i>

Please describe the details/ <i>Describa los detalles:</i>

Name all medication that your child takes on a regular basis/ <i>Nombre todas las medicinas que usa regularmente :</i>

If your child will be taking any type of medicine at school or school activities, please ask for the Parent and Physician Request for Administration of Medication form. This must be on file before medication can be given or carried at school/ school activities. This includes over-the-counter as well as prescription medication.	
Si su hijo va a tomar cualquier tipo de medicina en la escuela o actividades escolares, por favor pregunte por el padre y el medico Solicitud de Administraci6n de Medicaci6n. Esto debe estar en el archivo antes de la medicaci6n se puede dar o durante actividades de la escuela / escuela. Esto incluye mas de venta libre, asi como medicamentos de prescripci6n	
Do you give the school permission to administer first aid to your child in the event of an emergency? ILe da el permiso a la escuela de administrar los primeros auxilios a su hijo/a en el caso de una emer- gencia? Yes/No Si/No	
Does your child have health insurance/ ISU hijo/a tiene seguro de salud? Yes/Si No	
If you would like information on various health plans, please contact the school's Office.	
Si desea informaci6n sobre los varios planes de seguro, por favor, comunfquese con la oficina de salud de la escuela.	
Parent/Guardian Signature:	Date/Feeha:



TLC Public Charter School

Emergency Card/Emergency Medical Authorization

STUDENT PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Student last Name	Student First name	Middle Initial
Date of Birth	Student Grade	Home Language
Student Home Address	Student's Home Phone ()	
City	Zip Code	
Parent/Guardian Last Name	First name	Relationship
Parent/Guardian Address	City	Zip
Parent/Guardian Home Phone ()	Work Phone ()	Cell Phone ()
Email Address	Signature of Parent/Guardian	
Parent/Guardian Last Name	First name	Relationship
Parent/Guardian Address	City	Zip
Parent/Guardian Home Phone	Work Phone ()	Cell Phone ()
Email Address	Signature of Parent/Guardian	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

To the Principal/Administrator: In case you are unable to reach me during any emergency, you are authorized to contact, and if necessary, release my child to any of the following people:

Emergency Contact Name	Relationship to Student	
Home phone number	Work phone	Cell Phone
Emergency Contact Name	Relationship to Student	
Home phone number	Work phone	Cell Phone
Emergency Contact Name	Relationship to Student	
Home phone number	Work phone	Cell Phone

Are there any court orders restricting the legal rights of either parents?

☐ YES

☐ NO

If you answered yes, please provide a copy of the court order.

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

The undersigned, legal custodian of _____, a minor, hereby authorizes the principal or designee, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to said minor upon the advice of any licensed physician and/or dentist.

It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the aforementioned agents to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary.

This authorization is given provisions of Section 25.8 of the California Civil Code, and shall remain effective for the full school year unless revoked in writing and delivered to said agents. I understand that the Orange County Department of Education, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the said minor. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be borne by the undersigned.

Medical Care Provider/Insurance Information

Doctor Name	Doctor Phone
Insurance Company	Group Number
Allergies (Indicate all that apply) Penicillin _____ Bees _____ Foods _____ Medication Allergies _____ Other Allergies _____	Medical Conditions (Check all that apply) Heart Defect/Disease _____ Asthma _____ Diabetes _____ Type _____ Other _____ _____ _____

Does your student currently take any prescription medication?

YES ☐

NO ☐

If yes, please indicate name of medication and dosage

Medication _____

Dosage _____

Medication _____

Dosage _____

Medication _____

Dosage _____

Will your student need to keep or take medication on while campus?

YES ☐

NO ☐

*If yes, please see office staff regarding procedures to take medication at school.

TLC Public Charter School Policy with Regard to Dispensing Medication

In accordance with state law, for TLC Public Charter School to dispense any medication to students, we must have both written permission from the child's parent/guardian and written permission from the child's doctor. This is true not only for prescription medications but also for over the counter medication. TLC Public Charter School does not stock any medication for use by students, except for medication left by parents/guardians for the use of the student in question.

Parent/Guardian

Parent/Guardian

Date



INFORMACION DE LOS PADRES/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante		Nombre del Estudiante		Inicial del Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento		Grado		Lenguaje en la Casa	
Dirección del Domicilio del Estudiante				Teléfono del Domicilio del Estudiante () ()	
Ciudad				Código Postal	
Apellido del Padre o Guardian		Nombre		Relación	
Dirección		Ciudad		Código Postal	
Teléfono de la Casa ()		Teléfono del Trabajo ()		Número de Celular ()	
Email		Firma del Padre/Guardián			
Apellido de la Madre o Guardián		Nombre		Relación	
Dirección		Ciudad		Código Postal	
Teléfono de la Casa		Teléfono del Trabajo ()		Número de Celular ()	
Email		Firma de la Madre/Guardián			

INFORMACION DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Al director / administrador: En caso de que no pueda comunicarse conmigo en caso de emergencia, usted está autorizado para contactar y, de ser necesario, dejar a mi hijo con cualquiera de las siguientes personas:

Nombre del Contacto de Emergencia	Relación con el Estudiante
-----------------------------------	----------------------------

Teléfono del Domicilio	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Nombre del Contacto de Emergencia		Relación con el Estudiante
Teléfono del Domicilio	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Nombre del Contacto de Emergencia		Relación con el Estudiante
Teléfono del Domicilio	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
¿Hay alguna orden judicial que restrinja los derechos legales de cualquiera de los padres?		
	☐ SI	☐ NO
Si respondió que sí, proporcione una copia de la orden judicial.		
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA		
El abajo firmante, custodio legal de _____, un menor de edad, autoriza al Director o a la persona designada, a cargo de la cual se ha confiado al alumno menor mencionado, para consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, o diagnóstico quirúrgico, tratamiento y/o la atención hospitalaria que se prestará a dicho menor bajo el asesoramiento de cualquier médico y/o dentista con licencia. Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento u hospitalización requeridos y proporciona autoridad y poder a los administradores antes mencionados para dar su consentimiento específico a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico o dentista con licencia puede considerar necesario. Esta autorización tiene disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California y se mantendrá vigente durante todo el año escolar, a no ser que sea revocado por escrito y entregado a dichos agentes. Entiendo que el Departamento de Educación del Condado de Orange, sus funcionarios y sus empleados no asumen ninguna responsabilidad en relación con el transporte de dicho menor. Además, entiendo que todos los costos de paramédicos, el transporte, la hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización correrán a cargo del abajofirmante.		

Información del Proveedor de Atención Médica / Seguro Médico									
Nombre del Médico		Teléfono							
Compañía de Seguro		Número de Grupo							
Alergias (Indique todo lo que corresponda) Penicilina _____ Abejas _____		Condiciones médicas (marque todas las que apliquen) Problemas del Corazón _____ Asma _____							
Comida _____ Diabetes _____ Tipo _____									
Medicamentos para Alergias _____		Otros _____							
Otras Alergias _____		_____							
Actualmente su hijo/hija toma algún medicamento recetado? SI ☐ NO ☐									
En caso afirmativo, indique el nombre del medicamento y la dosis: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Medicamento _____</td> <td style="width: 20%;">Dosis _____</td> </tr> <tr> <td>Medicamento _____</td> <td>Dosis _____</td> </tr> <tr> <td>Medicamento _____</td> <td>Dosis _____</td> </tr> </table>				Medicamento _____	Dosis _____	Medicamento _____	Dosis _____	Medicamento _____	Dosis _____
Medicamento _____	Dosis _____								
Medicamento _____	Dosis _____								
Medicamento _____	Dosis _____								
Necesitará su hijo tomar medicamentos o tenerlos en el campus? SI ☐ NO ☐									
* En caso afirmativo, consulte al personal de la oficina sobre los procedimientos para tomar medicamentos en la escuela.									
TLC Póliza de la escuela pública autónoma con respecto a la dispensación de medicamentos De acuerdo con la Ley Estatal, para que TLC Public Charter School distribuya cualquier medicamento a los estudiantes, debemos tener permisos por escrito del padre/tutor del niño y permiso por escrito del médico del niño. Esto aplica no solo para los medicamentos recetados pero tambien para medicamentos de venta libre. TLC Public Charter School no provee ningún medicamento para uso de los estudiantes, a excepción de los que los padres/guardianes dejaron para los estudiantes en cuestión.									
Firma del Padre/Guardián		Firma del Padre/Guardián							
		Fecha							
Parent/Guardian		Parent/Guardian							
		Date							

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date			

Return this form to the school *no later than May 31* of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) tenga un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional de salud dental licenciado por el estado de California y operando dentro del alcance de su práctica debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si su hijo(a) ha tenido un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerle el examen dental, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Unidad:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del Padre o Tutor:	Raza u Origen Étnico del(a) Niño(a): ☐ Blanco ☐ Negro/Afro Americano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Hawaiano/Isleño Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

(Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: <i>(fecha de evaluación)</i>	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i> ☐ Yes <i>(sí)</i> ☐ No <i>(no)</i>	Visible Decay Present: <i>(caries visibles presentes)</i> ☐ Yes <i>(sí)</i> ☐ No <i>(no)</i>	Treatment Urgency <i>(urgencia de tratamiento):</i> ☐ No obvious problem found <i>(no se encuentra ningún problema obvio)</i> ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <i>(se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional)</i> ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) <i>(se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)</i>
Licensed Dental Professional Signature <i>(Firma del Profesional de Salud Dental)</i> CA License Number <i>(Número de Licencia de California)</i> Date <i>(Fecha)</i>			

Sección 3: Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Dental

A ser completado por el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito

Por favor excuse a mi hijo(a) de tener el examen dental ya que: (Marque el encasillado que mejor describa la razón)

- ☐ No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno
- ☐ No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).
- ☐ No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.
- Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental: _____

Si quiere ser excusado de éste requisito: ► _____
Firma del padre o tutor **Fecha**

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún reporte hecho a consecuencia de dicha ley. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
El original será guardado en el registro escolar del estudiante.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Local Educational Agencies' Guidance for Completing the Housing Questionnaire

California Department of Education – March 2020

Purpose of a Housing Questionnaire

A Housing Questionnaire is a highly recommended best practice to assist local educational agencies (LEAs) with the identification of homeless children and youth. The Education for Homeless Children and Youth program states that all LEAs and their homeless liaisons must ensure that homeless children and youth are identified by school personnel through outreach and coordination with other agencies. LEAs are defined as county offices of education (COEs), school districts, and charter schools. The California Department of Education is encouraging the use of a Housing Questionnaire.

LEAs need to take a proactive approach to identify homeless children and youth. It is the first step to connecting these students and their families with information, resources, and supports necessary to ensure that they have equal access to the same free, appropriate public education, including public preschool education, as is provided to other children and youth.

Who Should Complete the Housing Questionnaire?

Every student, preschool through 12th grade, should complete the Housing Questionnaire, at least annually, upon enrollment. The Housing Questionnaire can be completed by the child's parent/guardian, caregiver, or in the case of an unaccompanied youth, by the student directly. If needed, the homeless liaison should be available to assist. Preschool programs include any LEA-administered, LEA-funded, and state preschool program, such as Head Start.

Information Sharing

Please inform parents/guardians, caregivers, and unaccompanied youth that this information will be kept confidential and will only be shared with those LEA/school staff that are responsible for providing services to the student and their families, as well as those staff responsible for keeping track of how many homeless students are identified in the LEA.

LEAs may share this information to LEA/school staff such as:

- Homeless liaisons;
- Enrollment staff or registrars;
- Student's teachers;

- Guidance counselors; and,
- Staff members that are responsible for reporting student-level data

Housing Questionnaires, and/or the information, gathered should not be a part of the student's permanent records such as Cumulative Folders.

Discussing the Housing Questionnaire with Students and Families

In reviewing the Housing Questionnaire with parents/guardians, caregivers, and unaccompanied youth, LEAs should emphasize that the purpose of gathering this information is to ensure that children and youth who are experiencing homelessness are provided the rights and services to which they are entitled to under the McKinney-Vento Act. These rights may include:

- Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where they are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.
- Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

It is also important for the LEA to explain that the information provided on the Housing Questionnaire should be accurate and true. Verification is not always necessary. Homeless families or unaccompanied youth do not need to have the necessary paperwork required at registration. This includes proof of residency, medical records/immunizations, educational records, etc. However, if for some reason, the LEA needs to verify such information, the LEA will not contact a landlord or building superintendent without prior consent. Lastly, if the parent/guardian, caregiver, or unaccompanied youth declines to complete the Housing Questionnaire, the LEA should indicate that on the form.

Completing the Housing Questionnaire

If the parents/guardians, caregivers, and unaccompanied youth enrolling in school indicates that the student is living in one of the four categories (sheltered, doubled-up, unsheltered, or motel/hotel), the school/school district does not need to have proof that verifies their living arrangement. However, it is important that the school/school district have some sort of contact information for the parent/guardian, caregiver, or unaccompanied youth, especially for emergency situations.

It is essential to ask the parent/guardian, caregiver, and even the unaccompanied youth to indicate the other children that might be living with them. School and school districts

need to be identifying and serving preschool-age children, and this is the best opportunity to find out if there are younger children.

If you have any questions regarding this subject, please contact the CDE Homeless Education Program within the Integrated Student Support and Programs Office by phone at 866-856-8214 or by email at HOMELESSED@cde.ca.gov.

Local Educational Agency Name Housing Questionnaire

California Department of Education

March 2020

The form should be included at the top page of registration materials that the local educational agency (LEA) shares with families.

Student Last Name	First	Middle
-------------------	-------	--------

Name of School: _____

The information provided below will help the LEA determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations? *Check all that apply.*

Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or Federal Emergency Management Agency (FEMA) trailer

Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing, or similar reason

Living in a car, park, campground, abandoned building, or other inadequate accommodations (i.e. lack of water, electricity, or heat)

Temporarily living in a motel or hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, or similar reason

Living in a single-home residence that is permanent

I am a student under the age of 18 and living apart from parent(s) or guardian

The undersigned parent/guardian certifies that the information provided above is correct and accurate.

Print Parent/Guardian Name	Signature	Date
----------------------------	-----------	------

(Area Code) Phone Number	Street Address	City	State	Zip
--------------------------	----------------	------	-------	-----

Your child or children may have the right to:

Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.

Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.

Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.

Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

Please list all children currently living with you.

Name	M/F	Birthdate	Grade	School

If you have any questions about these rights, please contact the local homeless liaison, (insert homeless liaison name), by phone at (insert phone number) or by email at (insert email).