



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Support Services
 1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362
 (805) 497-9511

Student First Name	M.I.	Last Name
Teacher/Counselor	Name of School	Grade

EMERGENCY AUTHORIZATION

To Be Completed by Parent/Guardian Annually (please print)

Address _____
 Street Number and Name City Zip Code

Gender: M F Birthdate: _____ Student's Phone #: _____

Name of Parent/Guardian	Relation	Living with student? Y/N	E mail address	Cell Phone #
Address of Parent/Guardian if Different From Student	Home Phone	Fax, etc.	Place of Employment	Work Phone #

Name of Parent/Guardian	Relation	Living with student? Y/N	E mail address	Cell Phone #
Address of Parent/Guardian if Different From Student	Home Phone	Fax, etc.	Place of Employment	Work Phone

IMPORTANT: In the event that the primary guardian(s) above cannot be reached, an authorized school employee may call ONLY the following adult friends or relatives who may take responsibility for my child's care. I also authorize the school to release my child to any of the following in the event of a natural disaster or other such emergency. Please list one Out of State contact, if possible. Make sure that the people you choose know that they are on this list and remind them periodically throughout the school year. **I.D. must be shown in order to release a child to an adult.**

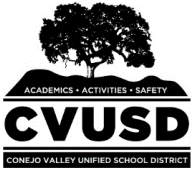
Name	Relation	Cell Phone	Release Contact? Y/N	Out of State? Y/N

Siblings/others living at home	Relation	School	Grade	Other

Serious or life-threatening allergies to drugs, food, insect stings: _____

Emergency medications taken at home and/or school: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Servicios de Apoyo Estudiantil
 1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362
 (805) 497-9511

Nombre del Estudiante	M.I.	Apellido
Maestro/Consejero	Nombre de la Escuela	Grado

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

Para ser completado por el padre / tutor anualmente (por favor imprima)

Dirección _____
 Numero de calle y Nombre _____ Ciudad _____ Código _____

Género: M H Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono del Estudiante _____

Nombre del Padre/Guardian	Relación	Vive con Estudiante? Y/N	Dirección de Correo Electrónico	Teléfono Celular
Dirección del Padre/Guardian si es diferente al Estudiante	Teléfono de Casa	Fax, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono de Trabajo

Nombre del Padre/Guardian	Relación	Vive con Estudiante? Y/N	Dirección de Correo Electrónico	Teléfono Celular
Dirección del Padre/Guardian si es diferente al Estudiante	Teléfono de Casa	Fax, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono de Trabajo

IMPORTANTE: En el caso de que no se pueda contactar con el tutor principal, un empleado escolar autorizado puede llamar SOLAMENTE a los siguientes amigos adultos o familiares que pueden asumir la responsabilidad del cuidado de mi hijo. También autorizo a la escuela a entregar a mi hijo a cualquiera de las siguientes situaciones en caso de un desastre natural u otra emergencia similar. Por favor indique un contacto fuera del estado, si es posible. Asegúrese de que las personas que elija sepan que están en esta lista y recuérdelos periódicamente durante el año escolar. CARNÉ DE IDENTIDAD. Debe mostrarse con el fin de liberar a un niño a un adulto.

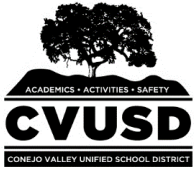
Nombre	Relación	Teléfono Celular	Contacto de Liberar? Sí/No	Fuera del Estado? Sí/No

Hermanos/Otros viviendo en Casa	Relación	Escuela	Grado	Otro

Alergias graves o potencialmente mortales a drogas, alimentos, picaduras de insectos: _____

Medicamentos de emergencia tomados en casa y / o en la escuela: _____

Firma del Padre/Guardian : _____ **Fecha:** _____



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Support Services
1400 East Janss Road, Thousand Oaks, CA 91362
(805) 497-9511

Grade

STUDENT ENROLLMENT

▶ OFFICE USE ONLY

Identification Number _____ Date of Enrollment _____

School: _____

PLEASE PRINT – STUDENT’S LEGAL NAME

Student’s Legal Last Name _____ Student’s Legal First Name _____ Student’s Legal Middle Name _____

Male _____ - _____ - _____
 Female Birthdate: Month Day Year _____ Student Cell Phone # _____

PLEASE PRINT – PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Last Name of Parent/Guardian #1 _____ First Name _____ Male Female _____ Home Phone # _____ Cell Phone # _____

Residence Address _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____

Employer _____ Employer’s Address _____ Employer’s Phone # _____

- Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or Associate’s Degree (12)
 High School Graduate (13) Not a High School Graduate (14) Decline to state (15)

Last Name of Parent/Guardian #2 _____ First Name _____ Male Female _____ Home Phone # _____ Cell Phone # _____

Residence Address _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____

Employer _____ Employer’s Address _____ Employer’s Phone # _____

- Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or Associate’s Degree (12)
 High School Graduate (13) Not a High School Graduate (14) Decline to state (15)

PREFERRED LANGUAGE FOR SCHOOL COMMUNICATION: _____

HAS YOUR CHILD PREVIOUSLY BEEN ENROLLED IN CVUSD? Yes No

DOES YOUR CHILD HAVE A SCHOOL CHOICE OR INTERDISTRICT TRANSFER APPROVED FOR THIS LOCATION? Yes No

STUDENT NAME _____

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one):

- Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)
 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
(Persons having origins in any of the original people of North, Central or South America) | <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Tahitian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Other Asian | <input type="checkbox"/> African American or Black |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Hawaiian | <input type="checkbox"/> White (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East) |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Guamanian | |
| | <input type="checkbox"/> Samoan | |

I CERTIFY THAT MY SON/DAUGHTER:

- Is NOT under an expulsion order or recommendation for expulsion from another school district.
- IS currently under expulsion order or has been recommended for expulsion from _____ school. I will contact the CVUSD Assistant Superintendent at 805-497-9511, extension 239, for a meeting to discuss his/her admission into the Conejo Valley Unified School District.
- Is NOT accessing any of the programs listed below.
- Has NEVER accessed any of the programs listed below.
- IS currently, or was previously accessing the program(s) checked below (check all that apply):
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Special Education (SAI services) | <input type="checkbox"/> Deaf and Hard of Hearing (DHH) | <input type="checkbox"/> Other (please specify below): |
| <input type="checkbox"/> Adapted Physical Education | <input type="checkbox"/> 504 Plan | _____ |
| <input type="checkbox"/> Speech and Language Program | <input type="checkbox"/> English Language Development (ELD) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Visual Impairment | <input type="checkbox"/> Gifted and Talented Education (GATE) | _____ |
- Has a physical disability (please explain): _____

I understand that my child will remain on campus for lunch unless specifically requested otherwise by the parent/guardian.

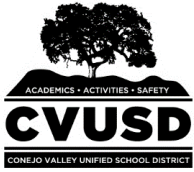
ACKNOWLEDGEMENT AND SIGNATURE:

I understand that falsifying an address in order to attend school may result in the student being referred back to his/her home school and that the student will not be permitted to participate in athletic or extracurricular activities for one (1) year from the date of discovery.

Parent/Guardian/Adult Student Name (printed)

Parent/Guardian/Adult Student Signature

Date



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Servicios de Apoyo Estudiantil
 1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362
 (805) 497-9511

<hr/> Grado

MATRÍCULA DE ESTUDIANTE

▶ **USO DE OFICINA SOLAMENTE**
 Identification Number _____ Date of Enrollment _____
 School: _____

FAVOR DE IMPRIMIR – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal del Estudiante	Primer Nombre Legal del Estudiante	Segundo Nombre Legal del Estudiante
<input type="checkbox"/> Hombre _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Mujer Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Número Celular del Estudiante		

FAVOR DE IMPRIMIR – INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

Apellido del Padre/Guardian #1	Primer Nombre	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			
Dirección de Residencia	Apt #	Ciudad	Estado Código
Empleo	Dirección de Empleo	Teléfono de Empleo	
<input type="checkbox"/> Título de posgrado o superior (10) <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad (11) <input type="checkbox"/> Algún colegio o Grado Asociado (12) <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria (13) <input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria (14) <input type="checkbox"/> Declino a Responder (15)			

Apellido del Padre/Guardian #2	Primer Nombre	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			
Dirección de Residencia	Apt #	Ciudad	Estado Código
Empleo	Dirección de Empleo	Teléfono de Empleo	
<input type="checkbox"/> Título de posgrado o superior (10)) <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad (11) <input type="checkbox"/> Algún colegio o Grado Asociado (12) <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria (13) <input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria (14) <input type="checkbox"/> Declino a Responder (15)			

LENGUAJE PREFERIDO PARA LA COMUNICACIÓN ESCOLAR: _____

¿HA INSCRITO A SU HIJO ANTERIORMENTE EN CVUSD? Sí No

¿SU NIÑO TIENE UNA ELECCIÓN ESCOLAR O UNA TRANSFERENCIA INTERDISTRICA APROBADA PARA ESTA UBICACIÓN? Sí No

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO? (Por favor, marque uno):

- Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura española, independientemente de su raza)
 NO Hispano o Latino

¿QUÉ RAZA ES TU HIJO? *La parte anterior de la pregunta es acerca de la etnicidad, no de la raza. Independientemente de lo que seleccionó anteriormente, continúe respondiendo a lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es su raza.*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> indio Americano o Nativo de Alaska
<small>(Personas que tienen orígenes en cualquiera de los Pueblos originarios de América del Norte, Central, Súr)</small> | <input type="checkbox"/> Laosiano
<input type="checkbox"/> Camboyano
<input type="checkbox"/> Hmong
<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/> Hawaiano
<input type="checkbox"/> Guamaniano
<input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Tahitian
<input type="checkbox"/> Otro Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano
<input type="checkbox"/> Africano Americano o Negro
<input type="checkbox"/> Blanco (Personas que tienen origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Africa del Norte o Medio Oriente) |
| <input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Japones
<input type="checkbox"/> Koreano
<input type="checkbox"/> Vietnamese
<input type="checkbox"/> Indio Asiático | | |

CERTIFICO QUE MI HIJO / HIJA:

- NO está bajo una orden de expulsión o recomendación de expulsión de otro distrito escolar.
- Se encuentra actualmente en orden de expulsión o ha sido recomendado para expulsión de la escuela _____
- Me pondré en contacto con el Superintendente Asistente de CVUSD al 805-497-9511, extensión 239, para una reunión para discutir su admisión al Distrito Escolar Unificado del Valle de Conejo.
- NO está accediendo a ninguno de los programas listados abajo
- NUNCA ha accedido a ninguno de los programas enumerados a continuación.
- ES actualmente, o estaba accediendo anteriormente a los programas marcados a continuación (marque todos los que correspondan):
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educación Especial (servicios SAI) | <input type="checkbox"/> Sordos y con problemas de audición (DHH) | <input type="checkbox"/> Otro (Favor de Verificar Abajo): |
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada | <input type="checkbox"/> Plan 504 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> English Language Development (ELD) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Educación para Superdotados y Talentosos (GATE) | _____ |
- Tiene una discapacidad física (por favor explique): _____

Entiendo que mi hijo permanecerá en el campus para el almuerzo a menos que el padre / tutor lo solicite específicamente.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA:

Entiendo que falsificar una dirección para asistir a la escuela puede hacer que el estudiante sea remitido a su escuela de origen y que no se le permitirá al estudiante participar en actividades deportivas o extracurriculares por un (1) año a partir de la fecha de descubrimiento.

Nombre del Padre/Guardian / Estudiante Adulto (imprimir)

Firma del Padre/Guardian /Estudiante Adulto

Fecha