

CIS ACADEMY-Returning Student  
***Address Verification Needed for Each School Year***

Enrollment Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Student Mobile: \_\_\_\_\_

(Please print clearly)

**Take a moment to make sure all forms are completed and signed.**

Thank you, in advance.

*Office Use:*

*Home address verified yes no*



PLEASE UPDATE & COMPLETE THIS EMERGENCY INFORMATION ON YOUR CHILD  
 POR FAVOR REVISE Y COMPLETE ESTA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DE SU NIÑO

SCIPID		STUDENT #		HOPTID		HIGHT#		DWEELLNG		DATE ENTERED INTO COMPUTER		
STUDENT'S NAME / NOMBRE DEL ALUMNO						GRADE / GRADO		ROOM #		TEACHER/COUNSELOR		
DATE / FECHA		CHANGES TO INFORMATION? / HAY CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN? YES/SI . NO		SPECIAL RELEASE INSTRUCTIONS / INSTRUCCIONES/RESTRICCIONES ESPECIALES PARA RECOGER EL ALUMNO								
STUDENT (LEGAL) NAME / NOMBRE (LEGAL) DEL ALUMNO						FIRST / PRIMERO NOMBRE				MI		
BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO		AGE / EDAD	SEX / SEXO	LANGUAGE SPOKEN / IDIOMA PREFERIDO			HOME TELEPHONE / TELÉFONO DEL HOGAR					
ADDRESS -- HOUSE #, DIRECTION (N S E W) STREET / DIRECCIÓN						APT # / NÚMERO DE APTO		CITY / CIUDAD			ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL	
MOTHER/GUARDIAN NAME: LAST / APELLIDO DE LA MADRE/TUTOR						FATHER/GUARDIAN NAME: LAST / APELLIDO DEL PADRE/TUTOR						
FIRST / PRIMER NOMBRE				MI		FIRST/ PRIMER NOMBRE				MI		
RELATIONSHIP TO CHILD / PARENTESCO AL NIÑO/A		LANGUAGE SPOKEN / IDIOMA PREFERIDO			RELATIONSHIP TO CHILD / PARENTESCO AL NIÑO/A			LANGUAGE SPOKEN / IDIOMA PREFERIDO				
ADDRESS (IF DIFFERENT) / DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE)				APT # / NÚMERO DE APTO		ADDRESS (IF DIFFERENT) / DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE)				APT # / NUMERO DE APTO		
CITY / CIUDAD			ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL			CITY / CIUDAD			ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL			
EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO						EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO						
HOME PHONE / TELÉFONO DEL HOGAR		CELL PHONE / TELÉFONO CELULAR				HOME PHONE / TELÉFONO DEL HOGAR		CELL PHONE / TELÉFONO CELULAR				
WORK PHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO		PAGER / BEEPER				WORK PHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO		PAGER / BEEPER				
EMPLOYER / NOMBRE DEL EMPLEADOR						EMPLOYER / NOMBRE DEL EMPLEADOR						
NAME OF DOCTOR / NOMBRE DEL MEDICO				ADDRESS / DIRECCIÓN				TELEPHONE / TELÉFONO				
NAME OF OTHER RELATIVE / NOMBRE DE OTRO PARIENTE				RELATIONSHIP TO CHILD / RELACIÓN AL NIÑO/A				TELEPHONE / TELÉFONO				
ADDRESS / DIRECCIÓN				CITY / CIUDAD				ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL				
NEIGHBOR TO BE CONTACTED / VECINO DE EMERGENCIA				ADDRESS / DIRECCIÓN				TELEPHONE / TELÉFONO				
NAME OF AUTHORIZED PERSON TO PICK UP STUDENT AT SCHOOL DURING AN EMERGENCY NOMBRE DE PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL ALUMNO/A DE LA ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA						TELEPHONE / TELÉFONO						
No treatment will be given other than in a serious emergency without contacting parent/guardian. No se dará tratamiento a menos que sea una emergencia, sin antes haberse comunicado con el padre/guardian.						SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN / FIRMA DE PADRES/TUTOR				DATE / FECHA		

CIS

**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HEALTH HISTORY and IMMUNIZATION RECORD for K-12**

To Parent/Guardian:

Please complete the HEALTH HISTORY and IMMUNIZATION RECORD at time of Registration. This information is required (by California Law) before enrollment.

Pupil \_\_\_\_\_  
 Last name \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Number \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_

FAMILY INFORMATION

Father \_\_\_\_\_ lives in home Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Last name \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 Mother \_\_\_\_\_ lives in home Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Last name \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 Brothers (ages) \_\_\_\_\_ Sisters (ages) \_\_\_\_\_ Others \_\_\_\_\_

IMMUNIZATION RECORD		Date Given
DTP	Diphtheria	1st _____
	Tetanus	2nd _____
	Pertussis	3rd _____
	<i>after age 4 for Kdg</i>	4th _____
	<i>after age 6 for 1-12</i>	Booster _____
Td	Tetanus	1st _____
	Diphtheria	2nd _____
		3rd _____
	<i>after age 6</i>	Booster _____
IPV/OPV Polio		1st _____
		2nd _____
	<i>after age 4 for Kdg</i>	3rd _____
	<i>after age 6 for 1-12</i>	Booster _____
MMR (Measles, Mumps, Rubella)	<i>2 doses for Kindergarten</i>	1st _____
	<i>and 7<sup>th</sup> grade entry</i>	2nd _____
	<i>1 dose grades 1-6, 8-12 given</i>	
	<i>after first birthday</i>	
Hepatitis B	<i>Kindergarten and 7<sup>th</sup> grade entry</i>	1st _____
		2nd _____
		3rd _____
Varicella	<i>1 dose for Kindergarten entry</i>	1st _____
Tb	PPD Mantoux Test	_____
	<i>registration for Kindergarten entry</i>	_____

MEDICAL HISTORY	No	Yes
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On Asthma Medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chickenpox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ear Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequent Colds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequent Sore Throats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sickle Cell Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other Illnesses*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalization*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgeries/Fractures*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wears Glasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speech Defect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing Difficulty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Explain \_\_\_\_\_

**Please bring an official record of your child's immunizations when you register.**

Do you have Health Insurance? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Do you have Medi-Cal? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Is your child taking prescription medicine for a chronic condition?  
 Yes \_\_\_\_\_

Does anyone in the family have:  
 Asthma \_\_\_\_\_ Seizures \_\_\_\_\_  
 Heart Disease \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
 Sickle Cell Disease \_\_\_\_\_

CIS

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA  
HISTORIA DE SALUD y DE VACUNACION para los grades K - 12**

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Por favor complete la HISTORIA DE SALUD y REGISTRO DE VACUNACIÓN al tiempo de matricular a su niño/a. Esta información es requerida (por la Ley de California) antes de matricularse.

Alumno/a \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Padre \_\_\_\_\_ ¿Vive en casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Madre \_\_\_\_\_ ¿Vive en casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Hermanos (edades) \_\_\_\_\_ Hermanas (edades) \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

REGISTRO DE VACUNACIÓN		Fecha
DTP	Difteria	1a _____
	Tétano	2a _____
	Tos Ferina	3a _____
	<i>Para Kinder, después de 4 años de edad</i>	4a _____
<i>Para 1°-12°, después de 6 años de edad</i>		Refuerzo _____
Td	Tétano	1a _____
	Difteria	2a _____
		3a _____
	<i>después de 6 años de edad</i>	Refuerzo _____
IPV/OPV Polio		1a _____
		2a _____
	<i>Para Kinder, después de 4 años de edad</i>	3a _____
	<i>Para 1°-12°, después de 6 años de edad</i>	Refuerzo _____
MMR	(Sarampión, Paperas, Sarampión Alemán)	1a _____
		2a _____
	<i>2 dosis para Kinder y 7º grado</i>	
	<i>1 dosis para 1°-6°, 8°-12º grados después del primer cumpleaños</i>	
Hepatitis B	<i>para Kinder y 7º grado</i>	1a _____
		2a _____
		3a _____
Varicella	<i>1 dosis para Kinder</i>	1a _____
Tb	PPD Prueba Mantoux	_____
<i>de matricularse para Kinder</i>		_____

HISTORIA MÉDICA	No	Sí
Asma -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicina para asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viruelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriados Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Garganta Frec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Célula Falsiforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaciones/Fracturas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa Lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto del Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Explique _____		

Por favor presente un registro oficial de las vacunas de su niño cuando lo matricule.

¿Tiene seguro médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene Medi-Cal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

¿Está su niño tomando medicina prescrita por el médico para una enfermedad crónica?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, diga cual.  
 \_\_\_\_\_

Tiene alguien en la familia:  
 Asma \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_  
 Célula Falsiforme \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
 Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Universal Acknowledgement, Opt Out & Opt In Form**

Student Name: (Last Name, First Name)

Student ID Number:

Grade:

School:

Parent/Guardian Name: (Last Name, First Name)

Parent/Guardian Phone:

Parent/Guardian Email:

**After reviewing the Parent/Student Handbook, the parent/guardian/student must check each section, sign the last section, and return the completed form to the school office.**

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND REVIEW**

I acknowledge that that I have read and understand the information in the annual Parent/Student Handbook and agree to abide by the policies of the Pasadena Unified School District. The Parent/Student Handbook includes notifications for the following:

- Annual Notifications**
- Discipline
  - Attendance
  - Internet and Technology Use
  - Student Email
  - Pesticide Use
  - Electronic Report Cards
  - Student Information Release

**MILITARY PARENT/GUARDIAN AFFILIATION**

- Yes, at least one parent/guardian of this student is active in the United States Armed Forces
- No, this student does not have a parent/guardian who is active in the United States Armed Forces

**STUDENT EMAIL ACCESS**

**ELEMENTARY STUDENTS (TK - 5th)**

Yes, As the parent or guardian of the student, I have read this agreement and I DO consent for my student to have a PUSD email account.

**SECONDARY STUDENTS (6th - 12th)**

- I DO NOT allow my student to have access to a PUSD email account
- \*\*Student will not be able to access PUSD email which may limit his/her ability to communicate with peers/teacher in collaborative assignments.\*\*

**REQUEST FOR PESTICIDE NOTIFICATION**

- Yes, I would like to be notified every time a Pesticide application is to take place at the school

**ALL STUDENTS (only check those you are requesting to Opt-Out of)** 11<sup>th</sup> & 12<sup>th</sup> Grade Only

<input type="checkbox"/> Directory Release I DO NOT allow release of student directory information to the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• News Media</li> <li>• Colleges</li> <li>• Non Profit Organizations (PTA, Boosters)</li> <li>• Prospective Employers</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Directory Release: Military I DO NOT allow release of student directory information to military recruiters.	<input type="checkbox"/> News Media Access I DO NOT allow my student to be photographed, filmed or interviewed by members of the news media, organizations or agencies.	<input type="checkbox"/> PUSD Media Access I DO NOT allow my student to be photographed, filmed or interviewed by PUSD. During the school year, PUSD may photograph and/or video record students. Photos may be used on school and district websites, brochures, social media, etc.	<input type="checkbox"/> Electronic Report Card I WISH to receive a paper copy of my student's report card or progress report.	<input type="checkbox"/> Cal-Grant I DO NOT allow my student's GPA to be sent to the California Student Aid Commission.
---	---	--	--	---	--

Parent/Guardian Signature \*Students who are 18 years old must sign their own form

Date

**UPON COMPLETION OF THIS FORM, PLEASE RETURN IT TO YOUR CHILD'S SCHOOL OFFICE**  
 ALL Selections are only valid for CURRENT school year



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA**  
**Forma Universal de Reconocimiento, Exclusión y Suscripción**

Nombre del estudiante: (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono padre / tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre / tutor: \_\_\_\_\_

**Después de revisar el Manual para Padres / Estudiantes el padre / tutor debe verificar cada sección, firmar la última sección y devolver el formulario completo a la oficina de la escuela.**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y REVISIÓN**

Reconozco que he leído y entiendo la información en el Manual anual para padres / estudiantes y acepto cumplir con las políticas del Distrito Escolar Unificado de Pasadena.  
 El Manual para padres / estudiantes incluye notificaciones anuales como

- Notificaciones anuales**
- Disciplina
  - Asistencia
  - Uso del Internet y tecnología
  - Correo electrónico del estudiante
  - Uso de pesticidas
  - Boletas de calificaciones electrónicas
  - Divulgación de información del directorio del estudiante

**AFILIACIÓN MILITAR DE PADRE / TUTOR**

- Si, al menos uno de los padres/tutores de este estudiante está activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
- No, este estudiante no tiene un padre / tutor que esté activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos

**ACCESO DE LOS ESTUDIANTES A CORREO ELECTRÓNICO**

**ESTUDIANTES DE ESCUELA PRIMARIA (TK-5<sup>o</sup>)**

- Si, como padre o tutor del alumno, he leído este acuerdo y ACEPTO que mi hijo tenga una cuenta de correo electrónico del PUSD.

**ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS (6 - 12<sup>o</sup>)**

- NO PERMITO que mi estudiante tenga acceso a una cuenta de correo electrónico del distrito
- \*\* El alumno no podrá acceder al correo electrónico de PUSD, que puede limitar su capacidad para comunicarse con compañeros / maestros en tareas colaborativas. \*\*

**SOLICITUD DE NOTIFICACIÓN DE PLAGUICIDAS**

- Si, me gustaría recibir notificaciones cada vez que se realice una aplicación de pesticidas en la escuela

**TODOS LOS ESTUDIANTES (Marque solo aquellos si está optando por no participar)**

<input type="checkbox"/> Divulgación de información de directorio	<input type="checkbox"/> Divulgación de información militar	<input type="checkbox"/> Acceso de los medios de comunicación	<input type="checkbox"/> Acceso de medios de comunicación del PUSD	<input type="checkbox"/> Boletas de calificaciones electrónicas	<input type="checkbox"/> Cal-Grant
NO autorizo la divulgación de la información del directorio del estudiante a lo siguiente: • Medios de noticias • Colegios • Organizaciones sin fines de lucro (PTA, Boosters) • Empleadores potenciales	NO PERMITO la divulgación de información de directorio de estudiantes a los reclutadores militares.	NO PERMITO que mi estudiante sea fotografiado, filmado o entrevistado por miembros de los medios de comunicación, organizaciones o agencias.	NO PERMITO que mi estudiante sea fotografiado, filmado o entrevistado por el PUSD. Durante el año escolar, PUSD puede fotografiar y / o grabar videos a los estudiantes. Las fotos se pueden usar en sitios web de escuelas y distritos, folletos, redes sociales, etc.	DESEO recibir una copia en papel de la boleta de calificaciones de mi hijo o informe de progreso.	NO AUTORIZO el envío del promedio de calificaciones de mi estudiante a la Comisión de Ayuda Estudiantil de California.  ** Es posible que Cal Grant no pueda determinar la elegibilidad del estudiante para otorgar los premios de ayuda financiera apropiados para la universidad. **

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*\*Students who are 18 years old must sign their own form*  
 UPON COMPLETION OF THIS FORM, PLEASE RETURN IT TO YOUR CHILD'S SCHOOL OFFICE  
 ALL Selections are only valid for CURRENT school year