



STUDENT ENROLLMENT FORM  
 CROSBY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
 P.O. Box 2009  
 Crosby, Texas 77532

FOR OFFICE USE ONLY			
TODAY'S DATE		LOCAL ID #	
SCHOOL YEAR	2015-2016	CAMPUS	
		WD/DATE	

**STUDENT INFORMATION**

(PLEASE PRINT / USAR LETRA DE MOLDE)

GRADE / GRADO	SSN / NSS	STUDENT NAME / NOMBRE DE ESTUDIANTE			
		LAST / APELLIDO	FIRST / PRIMER NOMBRE	MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE	GENERATION / GENERACIÓN
RESIDENTIAL ADDRESS / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL			MAILING ADDRESS / LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
			COMPLETE ONLY IF DIFFERENT FROM RESIDENTIAL ADDRESS / COMPLETE SOLO SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCION RESIDENCIAL		
HOME PHONE / TELÉFONO	PHONE NUMBER PUBLISHED? / ¿TELÉFONO PRIVADO?	GENDER / EL GÉNERO	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	
	<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MALE / MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE / FEMENINO			

**PARENT / GUARDIAN INFORMATION**

1 <sup>ST</sup> PARENT / GUARDIAN NAME / EL NOMBRE DE PADRE O GUARDIÁN		RELATIONSHIP / RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	PLACE OF EMPLOYMENT / LUGAR DE EMPLEO
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		
RESIDENTIAL ADDRESS / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL		MAILING ADDRESS / LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
PHONE / TELÉFONO DE CASA	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO
2 <sup>ND</sup> PARENT / GUARDIAN NAME / EL NOMBRE DE MADRE O GUARDIÁN		RELATIONSHIP / RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	PLACE OF EMPLOYMENT / LUGAR DE EMPLEO
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		
RESIDENTIAL ADDRESS / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL		MAILING ADDRESS / LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
PHONE / TELÉFONO DE CASA	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO

**INFORMATION OF PERSON ENROLLING STUDENT / INFORMACIÓN DE LA PERSONA MATRICULANDO AL ESTUDIANTE**

NAME OF PERSON ENROLLING THE STUDENT / EL NOMBRE DE LA PERSONA MATRICULANDO AL ESTUDIANTE		RESIDENTIAL ADDRESS / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / NOMBRE	
RELATIONSHIP TO STUDENT / LA RELACIÓN AL ESTUDIANTE		SIGNATURE / FIRMA DE PERSONA QUE ESTA MATRICULANDO AL ESTUDIANTE

WITH WHOM DOES THE STUDENT LIVE? / ¿CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE?	<input type="checkbox"/> BOTH PARENTS / AMBOS PADRES <input type="checkbox"/> FATHER / PADRE <input type="checkbox"/> MOTHER / MADRE	<input type="checkbox"/> OTHER / OTRO • NAME AND RELATIONSHIP WITH STUDENT • EL NOMBRE Y LA RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE _____
---	--	---

RESTRICTIONS (CHOOSE ANY THAT APPLY) / RESTRICCIÓN (ELIJA CUALQUIERA QUE SE APLICA)					
RESTRAINING ORDER / ORDEN DE ALEJAMIENTO	<input type="checkbox"/>	COPY OF OFFICIAL DOCUMENTS WILL BE PROVIDED / PROVEER COPIA DE DOCUMENTOS OFICIALES	<input type="checkbox"/>	DIVORCE DECREE / DECRETO DEL DIVORCIO	
CUSTODY / CUSTODIA	<input type="checkbox"/>	COPY OF OFFICIAL DOCUMENTS WILL BE PROVIDED / PROVEER COPIA DE DOCUMENTOS OFICIALES	<input type="checkbox"/>	COURT ORDER DOCUMENTS / DOCUMENTOS DE LA CORTE	

EMERGENCY CONTACT PERSON (OTHER THAN PARENT/GUARDIAN) / LA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE PADRE / GUARDIAN)	RELATIONSHIP / RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	PHONE / TELÉFONO	ALLOW STUDENT PICKUP / PERMITEN RECOGIDA DE ESTUDIANTES
			<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO

**LIST OTHER STUDENTS LIVING IN HOUSEHOLD / NOMBRE LOS ESTUDIANTE QUE VIVEN EN SU RESIDENCIA**

NAME / NOMBRE	AGE / EDAD	GRADE / NIVEL	SCHOOL ATTENDING / ESCUELA

**SCHOOL / PROGRAM INFORMATION**

WAS STUDENT EVER ENROLLED IN SPECIAL PROGRAMS? / ¿HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE EN PROGRAMAS ESPECIALES?	DATE FIRST ENROLLED IN U.S. SCHOOLS? / ¿CUÁL ES LA FECHA ORIGINAL DE MATRICULACION EN LOS E.U.A.?	HAS STUDENT EVER PARTICIPATED IN THE MIGRANT PROGRAM? / ¿TOMÓ PARTE EL ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA MIGRATORIO?	HAS STUDENT EVER PARTICIPATED IN THE HOMELESS PROGRAM? / ¿TOMÓ PARTE EL ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA DE VIVIENDAS?		
<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO SPECIAL EDUCATION / LA EDUCACIÓN ESPECIAL <input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO BILINGUAL- ESL / BILINGÜE - ESL <input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO GIFTED AND TALENTED / PROGRAMA TALENTOSO <input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO 504 PROGRAM / PROGRAMA DE 504 <input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO OTHER / OTRO _____	DATE::	<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	ADDRESS / LA DIRECCIÓN DE ESCUELA	YEAR / AÑO	CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL

**Education Code 25.002(d)**

When accepting a child for enrollment, the District shall inform the parent or other person enrolling the child that presenting false information or false records for identification is a criminal offense under Penal Code 37.10 and that enrolling the child under false documents makes the person liable for tuition or other costs as provided below.

*Al aceptar a un niño para matricular, el distrito informará al padre o a la otra persona que matricula al niño que la presentación de información falsa o de los expedients falsos para la identificación es un delito bajo código penal 37.10 y si matricula a un niño con documentos falsos esta persona sera obligada pagar la cuota y otros gastos en la manera prevista abajo.*

**Education Code 25.001(h)**

A person who knowingly falsifies information on a form required for a student's enrollment in the District shall be liable to the District if the student is not eligible for enrollment, but is enrolled on the basis of false information. For the period during which the ineligible student is enrolled, the person is liable for the maximum tuition fee the District may charge (see FDA LEGAL)) or the amount the District has budgeted per student as maintenance and operating expense, whichever is greater.

*Una persona que falsifica con conocimiento la información sobre un estudiante requerida por el distrito, será obligada al distrito si el estudiante no es elegible para ser matriculado, pero se matriculo en base delfalsa información. Para el period durante el cual el estudiante estuvo matriculado ineligible, la persona es obligada pagar la matricula máxima que el distrito puede cargar (vea FDA LEGAL) o la cantidad el distrito ha presupuestado por estudiante como gastos del mantenimiento y de explotación, cualquiera que sea mayor.*

Parent / Guardian: (Initial below indicating that you have read the above education codes.)

Padre/Guardian o tutor legal (initial que indica que usted ha leído los códigos educacional)

Initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Exhibit 1A**

**Texas Education Agency  
Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire**

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

**Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)**

- Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

**Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)**

- American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

\_\_\_\_\_ Student/Staff Name (please print)

\_\_\_\_\_ (Parent/Guardian)/(Staff) Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

Student/Staff Identification Number

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.	
Ethnicity – choose only one: <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	Race – choose one or more: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White
Observer signature:	Campus and Date:

**Exhibit 1B**

**Agencia de Educación de Texas**

**Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas**

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

**Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)**

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

**Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)**

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o África-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante/Miembro de Personal  
(por favor use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Representante legal)  
/(Miembro de personal)

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del  
Estudiante/Miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:  
\_\_\_\_ Hispanic / Latino  
\_\_\_\_ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:  
\_\_\_\_ American Indian or Alaska Native  
\_\_\_\_ Asian  
\_\_\_\_ Black or African American  
\_\_\_\_ Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
\_\_\_\_ White

Observer signature:

Campus and Date:

**CROSBY ISD STUDENT HEALTH HISTORY**  
**INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **D.O.B:** \_\_\_\_\_ **Homeroom Teacher:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del estudiante* *Grado* *Fecha de Nac.* *Maestro*

Please circle the appropriate number, if any, of the following conditions that apply to the student. Give a brief explanation, if needed, in the space provided below.  
*Por favor escoje las condiciones medicas que le afectan a su hijo/hija. Si es necesario, explique con detalle en el area indicado.*

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allergy- Bee Sting (requires medication)<br/><i>Allergia- Abeja (requiere medicamento)</i></li> <li>2. Allergy- Food (list below)<br/><i>Allergia- Comida (lista abajo)</i></li> <li>3. Allergy- Medication<br/><i>Allergia- Medicamento</i></li> <li>4. Allergy- Pollen/Dust /Hay Fever<br/><i>Allergia- Polen/Polvo/Polinosis</i></li> <li>5. Allergy- Unknown Causes<br/><i>Allergia- Desconocida</i></li> <li>6. Anemia<br/><i>Anemia</i></li> <li>7. Arthritis<br/><i>Arthritis</i></li> <li>8. Asthma- Mild<br/><i>Asma- no severo</i></li> <li>9. Asthma- requires medication<br/><i>Asma-requiere medicamento</i></li> <li>10. Birth Defect/Chromosome Disorder<br/><i>Defecto cuando Nacido/Desorden de Cromosoma</i></li> <li>11. Blood Disorder<br/><i>Desorden de Sangre</i></li> <li>12. Blood/Blood Products (not to be given)<br/><i>Sangre/Productos de Sangre (que no se debe de dar)</i></li> <li>13. Cancer/Leukemia<br/><i>Cancer/Leucemia</i></li> <li>14. Cerebral Palsy<br/><i>Paralisis Cerebral</i></li> <li>15. Color Blindness<br/><i>No reconose color</i></li> <li>16. Cystic Fibrosis<br/><i>Fibrosis Cistica</i></li> <li>17. Diabetic<br/><i>Diabetico</i></li> <li>18. Eating Disorders/Under/Overweight<br/><i>Desorden de Comer/Sobre/Bajo Peso</i></li> <li>19. Endocrine Disorder<br/><i>Desorden Endocrino</i></li> <li>20. Epilepsy/Seizures<br/><i>Ataques de epilepsia</i></li> <li>21. Growth Disorder (explain below)<br/><i>Desorden de Crecimiento</i></li> <li>22. Hearing Loss (which ear _____)<br/><i>Perdimento de Escuchar (cual oido _____)</i></li> <li>23. Hearing Aid Used<br/><i>Oido Auditivo</i></li> <li>24. Heart Disease/Defect<br/><i>Enfermedad Cardiaca/Defecto en el Corazon</i></li> <li>25. Hemophilia<br/><i>Hemofilia</i></li> <li>26. Hyperactive (requires medication)<br/><i>Hiperactivo (requiere medicamento)</i></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>27. Kidney Disorder (explain below)<br/><i>Desorden de Riñon (explique abajo)</i></li> <li>28. Prescribed Medication (explain below)<br/><i>Medicamento de Prescripcion (explique abajo)</i></li> <li>29. Medication Needed at School (explain below)<br/><i>Medicina que tomara en la escuela (explique abajo)</i></li> <li>30. Menstrual Cramps (severe)<br/><i>Calambres Menstruales (severos)</i></li> <li>31. Migraine Headaches<br/><i>Migrañas</i></li> <li>32. Muscular Dystrophy<br/><i>Distrofia Muscular</i></li> <li>33. Nose Bleeds (frequent)<br/><i>La nariz sangra (frecuente)</i></li> <li>34. Osgood-Schlatter Disease<br/><i>Enfermedad de Osgood-Schlatter</i></li> <li>35. Physical Activity Limitations (requires Doctor's Note)<br/><i>Limitaciones Fisicas de Actividad (requiere nota de Doctor)</i></li> <li>36. Rheumatic Fever History<br/><i>Fiebre Reumatica</i></li> <li>37. Scoliosis<br/><i>Escoliosis</i></li> <li>38. Sickle Cell Anemia (explain below)<br/><i>Anemia de Celula de la hoz (explique abajo)</i></li> <li>39. Speech Problem<br/><i>Problemas de Lenguaje</i></li> <li>40. Tuberculosis<br/><i>Tuberculosis</i></li> <li>41. Ulcer<br/><i>Ulcera</i></li> <li>42. Vision Impairment (wears glasses/contact lenses)<br/><i>Problemas de Vista (usa lentes/contactos)</i></li> <li>43. Vision Impairment (visually handicapped)<br/><i>Problemas de Vista (visualmente disminuido)</i></li> <li>44. Vision Impairment (blind)<br/><i>Problemas de Vista (ciego)</i></li> <li>45. Other (explain below)<br/><i>Otra enfermedad (explique abajo)</i></li> <li>46. No Known Health Problems<br/><i>No tiene problemas de Salud</i></li> </ol> |
|--|---|

**Explain/Explique:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Routine Daily Medications Taken at Home/Medicinas que toma en casa:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**In the event my child becomes ill or injured at school and I cannot be reached, the Crosby Independent School District is authorized to contact any of the people listed as emergency contact previously provided or call 911 for emergency care depending on the severity of the illness or injury. THE DISTRICT IS NOT FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR EMERGENCY CARE AND OR TRANSPORTATION.**

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

**TB Questionnaire**  
**Cuestionario de Tuberculosis**

Organization administering questionnaire: Crosby ISD

Date \_\_\_\_\_

Organización

Fecha

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child. Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats. A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI). Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB.

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños. Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés). La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.  
 Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes Sí	No	Don't Know No se sabe
TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or has your child had any of these symptoms or problems? or has your child been around anyone sick with TB?  La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?  ¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks?  ¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas?  If so, specify which country/countries? _____ Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?  ¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

Has your child been tested for TB? Yes\_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) No\_\_\_  
 ¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí (si sí, especifique la fecha) No

Has your child ever had a positive TB skin test? Yes\_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) No\_\_\_  
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí (si sí, especifique la fecha) No

# CROSBY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT



## Diet Modifications for Children with Disabilities, Food Allergies, and Lactose Intolerance *Las Modificaciones de la dieta de los niños con discapacidades a los alimentos y en la Intolerancia a La Lactosa*

Student's Full Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre completo de estudiante*

Grade: \_\_\_\_\_  
*Grado de estudiante*

Campus/Escuela: \_\_\_\_\_

### Disability/Discapacidad

If your child has a *disability* that requires diet modifications please select **YES** and you will be given a physician modification form and section B will need to be filled out by a licensed physician. *Si su hijo tiene una discapacidad que requiere las modificaciones de la dieta, por favor seleccione YES (SÍ) y se le da forma a un médico y modificación sección B tendrá que ser llenada por un Doctor con licencia.*

Yes/Si       No

### Food Allergy/Alergia a los alimentos

If your child has a *food allergy* please select **YES** and you will be given a physician modification form and section A will need to be filled out by a licensed physician. *Si su hijo tiene una alergia a los alimentos, por favor seleccione YES (SÍ) y se le da un médico modificación forma y sección A necesidad de ser llenada por un Doctor con licencia*

Yes/Si       No

### Lactose Intolerance/Intolerancia a la lactosa

If your child has *lactose intolerance* please select **YES** and you will be given a physician modification form and section C will need to be filled out by a licensed physician. *Si su niño tiene intolerancia a la lactosa por favor, seleccione YES (SÍ) y se le asignará un médico modificación forma y en la sección C se deberá cumplimentar por un Doctor con licencia.*

Yes/Si       No

\_\_\_\_\_  
Print Parent/Guardian Name  
*Escriba el nombre del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha de hoy*

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature  
*firma de Padre o guardian en cursivo*

# Crosby Independent School District

## Registration for Transportation Services

School Year: 2015-16

Please fill out the information below. If you need more room, please use the back of the page. Sign and return to your child's school or to the Transportation Department the following day.

### Student Information

Student's Name: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Residence Address: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Parent/Guardian Information

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Custody:

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Pickup:

Alternate Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Custody:

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Pickup:

Alternate Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

### Student Release Information/Pickup List

**PLEASE INDICATE IF STUDENT MAY BE RELEASED FROM SCHOOL, SCHOOL BUS STOP, OR CROSBY ISD OPERATIONS CENTER TO THOSE LISTED BELOW. I UNDERSTAND THAT NO OTHER PERSONS WILL BE ALLOWED TO PICK UP MY STUDENT UNLESS INDICATED BELOW. PERSONS PICKING UP STUDENTS WILL BE REQUIRED TO SHOW A GOVERNMENT ISSUED PICTURE ID.**

Contact	Primary Phone	Secondary Phone	Relationship	Pickup Allowed
---------	---------------	-----------------	--------------	----------------

### Daycare Provider Information

If your child will be picked up or dropped off at a daycare provider, please provide that information here.

Day Care Name: \_\_\_\_\_ Bus No. \_\_\_\_\_

Day Care Name: \_\_\_\_\_ Bus No. \_\_\_\_\_

### Alternate Service Location

If your child will be picked up or dropped off at an alternate location, please provide that information here. Alternate pick up or drop off may not be at a business.

Pickup Address: \_\_\_\_\_ Bus No. \_\_\_\_\_

Drop-off Address: \_\_\_\_\_ Bus No. \_\_\_\_\_

### Special Information

If there are any special instructions/medical information that you would like to share, please let us know.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Signature

I have verified the above information is correct.

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

\_\_\_\_\_  
Relationship to Student

\_\_\_\_\_  
Date



**NEW INFO REQUIRED BY  
TEXAS SCHOOLS  
GRADES PK-12**

Beginning with the 2013-2014 school year, Senate Bill 525 and 833 enacted by the Texas Legislature requires all school districts to collect the following information on each student:

**FOSTER CARE**

Is the student currently in the conservatorship of the DFPS - Department of Family and Protective Services (foster care):

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Return this form to your campus front office. **If YES is checked, send a copy of the Texas DFPS Placement Authorization Form (Form 2085) or court order as verification.**

---

**MILITARY CONNECTED STUDENT**

Check **ONE** of the options below:

- 0 \_\_\_\_\_ Not a military-connected student
- 1 \_\_\_\_\_ Student is a dependent of a member of the Army, Navy, Air force, Marine Corps, or Coast Guard on Active Duty
- 2 \_\_\_\_\_ Student is a dependent of a member of the Texas National Guard (Army, Air Guard, or State Guard)
- 3 \_\_\_\_\_ Student is a dependent of a member of a reserve force in the United States military (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard)
- 4 \_\_\_\_\_ Pre-kindergarten student is a dependent of: 1) an active duty uniformed member of the Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard, 2) activated/mobilized uniformed member of the Texas National Guard (Army, Air Guard, or State Guard), or 3) activated/mobilized members of the Reserve components of the Army, Navy, Marine Corps, Air Force, or Coast Guard; who are currently on active duty or who were injured or killed while serving on active duty.

Return this form to your campus front office. **If you checked number 1-4, please bring this form to your campus front office along with the Department of Defense photo identification for children of active duty service members.** If the student has not been issued such an ID, please provide other proof of the family member's active duty status. **Campus officials are NOT to make a copy of the DoD identification.**

*The term "dependent" with respect to a member of a uniformed service, means the spouse of the member, an unmarried child of the member, an unmarried person who is placed in the legal custody of the member and is dependent on the member for over one-half of the person's support, resides with the member unless separated by the necessity of military service or to receive institutional care as a result of disability or incapacitation, or under such other circumstances as the Secretary concerned may by regulation prescribe and is not a dependent of a member under any other paragraph (37 USC Sec. 401)*

\_\_\_\_\_  
Print Student Name

\_\_\_\_\_  
Grade

\_\_\_\_\_  
Campus

\_\_\_\_\_  
Print Parent Name

\_\_\_\_\_  
Parent Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# CROSBY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT



## MCKINNEY-VENTO HOMELESS FORM

Student's Full Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre completo de estudiante*

Grade: \_\_\_\_\_  
*Grado de estudiante*

Campus/Escuela: \_\_\_\_\_

- Student lives in a home with a parent or a legal guardian that the parent or a legal guardian owns or rents.  
*El estudiante vive en un hogar con un padre o tutor legal y el padre o tutor legal es dueño o alquila esa vivienda*
- Student does not live with and not in the physical custody of the parent or a guardian, however, the student lives in fixed, regular and adequate housing that is intended to be a nighttime residence.  
*El estudiante no vive con un padre o tutor legal ni está bajo la custodia de un padre o tutor legal; sin embargo, el estudiante vive en una vivienda fija, regular y adecuada, con la intención de que sea su lugar de residencia, donde pasa las noches.*

If one or both of these descriptions fit you and your child's living situation, please continue completing this online registration packet. Si una o ambas opciones corresponden a la situación de vivienda suya y de su hijo/a por favor, continúe completando este paquete de registraci3n en línea.

**If neither one of these descriptions applies to your living situation, you will be given an additional form to complete at the end of the registration process. This form will require you to specifically describe the child's living circumstances. Si ninguna de estas opciones corresponde a su situaci3n de vivienda, por favor, complete el formulario vinculado a continuaci3n. El formulario requerirá que describa específicamente la situaci3n de vivienda de su hijo/a.**

The child will be considered homeless if any of the following conditions exist:  
*El ni3o/la ni3a será considerado a sin hogar si existe alguna de las siguientes condiciones:*

The student lives....  
*El estudiante vive....*

1. In a shelter, transitional housing or is awaiting foster care;  
*En un refugio, en una vivienda transitoria o está esperando un cuidado adoptivo;*
2. Doubled-up (living with another family) for some reason such as loss of housing/economic hardship;  
*Con otros (vive con otra familia por algun motivo, como por ejemplo, debido la perdida de su vivienda/problemas económicas);*
3. Somewhere that is unsheltered (i.e., lives on the street, lives in cars, parks, campgrounds or temporary trailers;  
*En un lugar sin resguardo (es decir que vive en la calle, en automóviles, parques, sitios de camping o en remolques temporales);*
4. In a motel/hotel (*en un motel o hotel*);
5. Somewhere not identified above, but the child does live in a place characterized as temporary, transitional or any location that is not considered as traditional, permanent or stable.  
*En ninguno de los anteriores, pero vive en un lugar considerado temporal, transitorio o en un lugar no considerado tradicional, permanente o estable.*

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature  
*Firma de Padre o Guardian*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha de hoy*