



註冊入學之要求

您需要攜帶以下的正本文件以完成註冊手續：

1. 居住證明：提供以下其中三張近時有效的文件(三個月之內)，該文件必須顯示父母或監護人之姓名及住址
 - a. 必須有的帳單(煤氣[瓦斯]，電，水，電話，電纜)
 - b. 必須有現居住址之駕駛執照或身份證
 - c. 以下任何其中之一文件：
 - 汽車，健康或房屋保險費之帳單
 - 醫療或其他醫療保險費之帳單
 - 汽車登記單
 - 輔助受撫養兒童文件(AFDC)
 - 雇主公司行號的信件
 - 薪資支票存根
 - 駕駛執照或身份證
 - 信用卡/銀行戶口對帳單
 - 房屋租賃合約書，包括房東之姓名及電話號碼
2. 學生的生日證明：
 - 出生證明書(首要的選擇)
 - 護照/永久居留證(綠卡)
3. 家長/監護人的身份證明：
 - 有效的照片身份證
4. 免疫注射記錄：(黃卡)
 - 只有小學一年級及幼稚園的新生需要身體及口腔檢查報告
 - 7年級和8年級的學生家長請注意：所有註冊入7年級至12年級的學生，在開學之前需要提供所謂的「Tdap/DTap」青少年百日咳加強免疫注射的證明。(最後一劑必須在學生七歲生日時或之後注射才被認為有效)
5. 學校轉學文件或最近之成績報告表(作適當編班之用)
6. 個別化教育計劃(IEP)：學生接受特殊教育服務的必要文件。

我們保留要求附加的證明權利。學校和/或學區的教職員可作家庭訪問，以確認貴子女的居住地址。如地址或電話號碼有何更改，您必須立即向辦公室通報。

欲資訊一般註冊入學的資料，請致電 (626) 943-3560 或 (626) 943-3561，傳真：(626) 308-4486 或遊覽網址 www.ausd.us 查詢

修訂於 2012 年 12 月

This page has been intentionally left blank.
Esta página ha sido expresamente dejada en blanco.
这页故意地被留下空白

OFFICE USE ONLY (仅供办公室用)

Permit | VOR | CGA | Home Language Survey

Processed By: _____


ALHAMBRA
 UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Date Completed: _____ Enrolling School: _____

Enrollment Date: _____ Student ID: _____

以下内容请用蓝色或黑色墨笔以英文填写

学生注册登记表

STUDENT INFORMATION/学生资讯

Last Name/(合法)姓 _____ First Name/(合法)名 _____ Middle/中间名 _____ 后缀(Jr., III,等) _____ Nickname/别名 _____
 Home Address/住址: 街道与门牌号 _____ City/城市 _____ State/州 _____ Zip/邮政编码 _____ Phone/主要联系人电话 _____
 GR年级 / M/男 / F/女 DOB/出生日期 _____ Birth City/出生城市 _____ Birth State/所在州/省 _____ Birth Country/国家 _____
(美国, 加拿大, 墨西哥出生者才填)

FAMILY INFORMATION/家庭资讯(非紧急联络的资讯)

学生与谁住在一起: Both Parents/父母 Father only/只和父亲住在一起 Mother only/只和母亲住在一起 Legal Guardian(s)/法定监护人
 Father & Stepmother/父亲和继母 Mother & Stepfather/母亲与继父 Foster Parents/养父母 Caregiver/照顾者
 其他人: _____

父亲/法定监护人/照顾者/其他: _____

姓名 _____ (_____) _____ Home/住宅 Cell/手机 (_____) _____ Home/住宅 Cell/手机
 Work/工作 Other/其它 次要电话号码 _____ Work/工作 Other/其它

母亲/法定监护人/照顾者/其他: _____

姓名 _____ (_____) _____ Home/住宅 Cell/手机 (_____) _____ Home/住宅 Cell/手机
 Work/工作 Other/其它 次要电话号码 _____ Work/工作 Other/其它

首要联系人(只选一位): Father/Legal Guardian (父亲/法定监护人) Mother/Legal Guardian (母亲/法定监护人)

家长电子邮箱:(一个): _____

家庭联络语言(供学区/学校通信): English(英语) Chinese(中文) Spanish(西班牙语) Vietnamese(越南语)

住宅电话语言(电话与家人联系): English(英语) Cantonese(粤语) Mandarin(国语) Spanish(西班牙语) Vietnamese(越南语)

STATE MANDATED INFORMATION/加州规定资讯(加州教育部要求)

您孩子所属族裔:(选一) Hispanic or Latino/西班牙族裔或拉丁族裔
(古巴、墨西哥、波多黎各、南美或中美州, 或其它西班牙文化或血统者, 不管种族)
 Not Hispanic or Latino/非西班牙族裔或拉丁族裔

您孩子所属种族:(所有学生都必须填写, 最多填五个)

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/ 美国印第安或阿拉斯加土著 <small>(带有北美, 南美或中美州原住民 血统并保留部落联系或社会配属者)</small>	<input type="checkbox"/> Black or African American/ 黑人或非洲裔美国	<input type="checkbox"/> White/白人 <small>(带有欧洲, 中东或北非原住民血统者)</small>
<input type="checkbox"/> Chinese/华裔人	<input type="checkbox"/> Filipino/菲律宾人	<input type="checkbox"/> Hawaiian/夏威夷人
<input type="checkbox"/> Korean/韩国人	<input type="checkbox"/> Japanese/日本人	<input type="checkbox"/> Samoan/沙摩亚人
<input type="checkbox"/> Asian Indian/印度人	<input type="checkbox"/> Vietnamese/越南人	<input type="checkbox"/> Guamanian/关岛人
<input type="checkbox"/> Hmong/苗族	<input type="checkbox"/> Laotian/老挝人	<input type="checkbox"/> Tahitian/塔希提人
	<input type="checkbox"/> Cambodian/柬埔寨人	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/其他太平洋岛屿人
	<input type="checkbox"/> Other Asian/其他亚裔	

您或您家任何人过去三年曾从事农业、渔业、或食品加工业? Yes(是) No(否)

您的孩子是否曾接受特殊教育服务? 资源专家课程(RSP) 特别日间班(SDC) 口语服务(Speech) 请指明: _____ 无

您孩子有504计划吗? Yes(是) No(否)

家长/监护人的文化程度(只列出家长/监护人一项最高的受教育程度):

Not a high school graduate/高中未毕业 Some college/大学一定程度修业(专科) Graduate school/学校毕业/毕业后培训
 High school graduate/高中毕业 College graduate/大学毕业 Declined to State or Unknown/拒绝透露

您的孩子上过学前班吗? Yes(是) No(否) 如果是, 请说出哪所学校? _____

您的孩子哪一年开始在美国学校读书(幼稚园至12年级)? (mm/dd/yy) _____ 年级 _____

您的孩子哪一年开始在加州学校读书(幼稚园至12年级)? (mm/dd/yy) _____ 年级 _____

上述地址的住宅是属于您所有或是租用的? Yes(是) No(否)

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME/同住在家的其他孩子

First and Last Name/姓名	Relationship/关系	DOB/出生日期	School/现读学校	Grade/年级
First and Last Name/姓名	Relationship/关系	DOB/出生日期	School/现读学校	Grade/年级
First and Last Name/姓名	Relationship/关系	DOB/出生日期	School/现读学校	Grade/年级
First and Last Name/姓名	Relationship/关系	DOB/出生日期	School/现读学校	Grade/年级

ACADEMIC HISTORY/读书经历

您的孩子是否曾在艾罕布拉联合学区下列学校读过书？(适用的全部打勾)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moor Field 早期教育中心 | <input type="checkbox"/> Marguerita | <input type="checkbox"/> Alhambra 高中 |
| <input type="checkbox"/> Baldwin | <input type="checkbox"/> Monterey Highlands | <input type="checkbox"/> Mark Keppel 高中 |
| <input type="checkbox"/> Brightwood | <input type="checkbox"/> Northrup | <input type="checkbox"/> San Gabriel 高中 |
| <input type="checkbox"/> Emery Park | <input type="checkbox"/> Park | <input type="checkbox"/> Century 高中 |
| <input type="checkbox"/> Fremont | <input type="checkbox"/> Ramona | <input type="checkbox"/> Independence 高中 |
| <input type="checkbox"/> Garfield | <input type="checkbox"/> Repetto | |
| <input type="checkbox"/> Granada | <input type="checkbox"/> Ynez | |

入读日期_____ 入读年级_____

您的孩子是否留级？ Yes(是) No(否) 如果是，请说明哪一年级_____

我的孩子：

- 不是被别的学区开除或建议开除的。
 最近被_____学区开除或建议开除。

原就读学校(请列出三所曾经就读的学校)：

Previous School/最后就读学校	School District/学区	City/城市	State/Country/州/国家	Grade(s)/年级
Previous School/最后就读学校	School District/学区	City/城市	State/Country/州/国家	Grade(s)/年级
Previous School/最后就读学校	School District/学区	City/城市	State/Country/州/国家	Grade(s)/年级

SCHOOL AND SPECIALIZED EDUCATION PROGRAMS/学校和特殊教育课程

我的孩子正在或接收以下服务(请全部列出)：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alternative/Bilingual Program (waiver)
代替/双语课程(免除者) | <input type="checkbox"/> English Language Development
英语语言发展 |
| <input type="checkbox"/> Gifted and Talented Education (GATE)
才智教育(GATE) | <input type="checkbox"/> Other, please specify
其它, 请说明:_____ |
| <input type="checkbox"/> My child has never been enrolled in any programs listed above.
我的孩子从未就读以上课程 | |

我签字表明以上陈述都是准确的。为了我孩子的安全起见，如有任何有关住址、电话或紧急情况的变化，我将在五天内通知学校。

Parent/Legal Guardian/Caregiver 家长/法定监护人/照顾者
Signature 签名

Date日期



Legal Last Name
Apellido Legal / (合法) 姓

Legal First Name
Nombre Legal / (合法) 名

Middle Name
Segundo Nombre / 中间名

Age
Edad / 年齡

Grade
Grado / 年級

HOME LANGUAGE SURVEY - ENGLISH

The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to determine the language(s) spoken in the home of each student. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with this legal requirement. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? _____
4. Which language is most often spoken by adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adults) _____

Signature of parent or guardian

Date

HOME LANGUAGE SURVEY - SPANISH

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer los programas y servicios educativos adecuados.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con este requisito legal. Responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda todas las preguntas.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)? _____

Firma del padre o tutor

Fecha



Legal Last Name
Apellido Legal/(合法)姓

Legal First Name
Nombre Legal/(合法)名

Middle Name
Segundo Nombre/中间名

Age
Edad/年齡

Grade
Grado/年級

HOME LANGUAGE SURVEY - CHINESE

加利福尼亚州《教育法》(Education Code) 含有法定要求，即各个学校必须确定每个学生在家中使用的口头语言。本信息对于各学校提供完善的辅导课程和服务来说至关重要。

作为家长或监护人，您必须给予配合，以便顺利执行这项法定要求。请尽可能准确地回答下列四个问题。请在每个问题所提供的空白处填写相应语言的名称。请勿遗漏任何问题。

1. 您的孩子开始学习说话时学的是哪种语言？

2. 您的孩子在家中最常讲的是哪种语言？

3. 您(家长或监护人)在与您的孩子交谈中最常使用哪种语言？

4. 家里的成人(家长、监护人、祖父母或任何其他成年人)
最常讲的是哪种语言？

(家长或监护人签名)

(日期)

HOME LANGUAGE SURVEY – VIETNAMESE

Luật Lệ Giáo Dục Tiểu Bang California qui định các trường học cần phải kiểm tra ngôn ngữ sử dụng trong gia đình của mỗi em học sinh. Chi tiết này rất thiết yếu cho nhà trường để trừ hoạch và cung cấp chương trình giáo huấn và dịch vụ thích đáng cho các em học sinh.

Xin quý vị phụ huynh hoặc giám hộ tuân theo qui định này, và vui lòng hoàn toàn trả lời chính xác bốn câu hỏi dưới đây. Xin viết rõ ngôn ngữ ở hàng trống của mỗi một câu hỏi.

1. Con em quý vị mới bắt đầu tập nói dùng ngôn ngữ gì?

2. Con em quý vị ở nhà thường nói ngôn ngữ gì?

3. Quý vị (phụ huynh hoặc giám hộ) thường dùng ngôn ngữ gì để nói chuyện với con em?

4. Các thành viên gia đình ở nhà thường dùng ngôn ngữ gì?
(phụ huynh, giám hộ, ông bà nội [ngoại], hoặc bất cứ các thành viên khác)

(Chữ ký của phụ huynh hoặc giám hộ)

Ngày



ALHAMBRA

UNIFIED SCHOOL DISTRICT

1515 West Mission Road, Alhambra, CA 91803

Phone: 626-943-3440 Fax: 626-943-8036

Enrollment Health History - 新生註冊健康調查表

請回答下列有關貴子女的健康問題。這些資料是供健康辦公室用，及協助教學計劃。

日期: _____ 年級: _____

姓名: _____ 男: _____ 女: _____

出生日期: _____ 出生地點: _____

家庭醫生姓名: _____ 診所電話: _____

該學生是否經常在服藥? _____是 _____否

有無任何原因不能參加體育課? _____有 _____沒有 如有, 請解釋原因: _____

該學生是否戴眼鏡? 是: _____否: _____

是否使用助聽器? 是: _____否: _____

有發生過意外嗎? (那種/時間): _____

頭部受傷? (時間/有無昏迷?): _____

手術? (請寫日期): _____

骨折: _____

其他疾病或健康問題 (請說明): _____

何時發生

何時發生

何時發生

- 敏感 _____
- 季節性 _____
- 昆蟲 _____
- 食物 _____
- 藥物 _____
- 其他 _____
- EpiPen _____
- 氣喘 _____
- 支氣管炎 _____
- 水痘 _____
- 痲疹 _____
- 糖尿病 _____

- 耳痛 _____
- 癲癇 _____
- 片刻昏厥 _____
- 經常性流鼻血 _____
- 經常性腿關節痛: _____
- 花粉症 _____
- 頭痛 _____
- 心臟病 _____
- 肝炎 _____
- 疝氣 _____
- 麻疹 _____
- 腦膜炎 _____

- 腮腺炎 _____
- 胸膜炎 _____
- 肺炎 _____
- 風濕熱 _____
- 風疹 _____
- 猩紅熱 _____
- 肚痛 _____
- 鏈球菌性咽喉炎 _____
- 接觸結核病 _____
- 服用抗結核藥物 _____
- 扁桃體炎 _____
- 尿路感染 _____

有無特種飲食控制? _____

行爲的問題? _____

家長/法定監護人簽名: _____

This page has been intentionally left blank.
Esta página ha sido expresamente dejada en blanco.
这页故意地被留下空白

Alhambra Unified School District Emergency Contact Information - Temporary

Alhambra Unified School District collects emergency contact information online through the Parent Portal at:
<http://family.ausd.us>
 Each parent account is tied to only one student. Please provide your home phone and email so you can be contacted when the system is available.

Student Name		
Gender	Grade	Date of Birth
Home Phone/Primary Contact Number		Student ID#
Email		

I have reviewed a copy of the Handbook for Parents and Students informing me of my rights regarding certain school activities authorized by the California Education Code and the District/School Code of Conduct (CEC Sections 49980). I have also reviewed information from my child's school explaining proper procedures if a disaster occurs during school hours.

Parent/Guardian Name (Please Print)	Parent/Guardian Name	Today's Date
-------------------------------------	----------------------	--------------

Medical Info

Other Emergency Contacts Information (Up To Five Contacts)

Physician Name	Phone #
----------------	---------

Allergies	Medications or Additional Health Information
-----------	--

Emergency Contact #1 Name (Last, First)	Relationship	Phone #
---	--------------	---------

Street	City & State	Zip
--------	--------------	-----

Emergency Contact #2 Name (Last, First)	Relationship	Phone #
---	--------------	---------

Street	City & State	Zip
--------	--------------	-----

Emergency Contact #3 Name (Last, First)	Relationship	Phone #
---	--------------	---------

Street	City & State	Zip
--------	--------------	-----

Emergency Contact #4 Name (Last, First)	Relationship	Phone #
---	--------------	---------

Street	City & State	Zip
--------	--------------	-----

Emergency Contact #5 Name (Last, First)	Relationship	Phone #
---	--------------	---------

Street	City & State	Zip
--------	--------------	-----

This page has been intentionally left blank.
Esta página ha sido expresamente dejada en blanco.
这页故意地被留下空白