



School District of Osceola County, Florida

School Enrollment Information

The following documentation is required to register your student in an Osceola County school.

Verification of Legal Name and Guardianship of Student A parent must have 50% custody or more to register a student in Osceola County

- Birth Certificate

Verification of Age

- Birth Certificate – A certified Birth Certificate is required for Kindergarten and First Grade
To enter **Kindergarten**, a child must be 5 years old on or before September 1.
To enter **First Grade**, a child must be 6 years old on or before September 1.

Verification of Immunization and Physical Exam

- Florida Certification of Immunization, Florida Form 680 which can be obtained at the Osceola County Health Department located in Kissimmee or Poinciana or at a doctor's office.
- Proof of physical examination by a U.S. doctor within 12 months prior to the anticipated first day of school enrollment (i.e the first day the student attends school)
 - 30 day exemption will be granted for students who are previously enrolled in a Florida school

Verification of Academic History

- Last Report Card or
- Most current transcript
- Verification of Special Education Information (if applicable)
 - Current IEP
- Current 504 Plan (if applicable)

Verification of residence in Osceola County (one document from each category)

- Category 1: Mortgage document, current **properly executed*** rental or lease agreement, property tax records
- Category 2: Current utility bill or receipt of utilities turned on or income tax records or proof of receipt of government benefits.
 - If you do not have a lease or deed in your name a Verification of Address must be obtained. (Information available on District website or on Proof of Residency Information sheet)

If person registering is not on the birth certificate, one of the following must be provided:

- Court Custody Documentation (this includes divorce decree)
- Department of Children and Families Placement Letter
- Educational Guardianship (given only when parents or custodial parent lives outside of Osceola County or adjacent counties of Polk, Orange, Lake or Brevard). This document is available at Student Services
Supporting documentation is required.

*A Properly Executed Rental Agreement or Lease will include the name, signature and contact information of both the leasee and the leaser, contain all pages and be current at the time of registration.



School District of Osceola County, Florida

Información sobre Matrícula Escolar

Se requiere la siguiente documentación para matricular a su estudiante en una escuela del Condado de Osceola.

Verificación del Nombre Legal y Tutela de un Estudiante Un padre debe tener 50% o más de custodia para poder matricular a un estudiante en el Condado de Osceola.

- Certificado de Nacimiento

Verificación de Edad

- Certificado de Nacimiento – Se requiere un Certificado de Nacimiento certificado para Kindergarten y Primer Grado
Para entrar **Kindergarten**, un niño debe tener 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre.
Para entrar **Primer Grado**, un niño debe tener 6 años de edad en o antes del 1 de septiembre.

Verificación de Inmunización y Examen Físico

- Certificado de Inmunización de la Florida, Formulario 680 de la Florida, que se puede obtener en el Departamento de Salud del Condado de Osceola localizado en Kissimmee o Poinciana o en una oficina de un médico.
- Prueba de examen físico por un doctor en los Estados Unidos dentro de los 12 meses previos al día anticipado de matrícula (el primer día que el estudiante asiste a la escuela)
 - Se otorgará una exención de 30 días a estudiantes previamente matriculados en una escuela en la Florida

Verificación de Historial Académico

- Última Tarjeta de Calificaciones
- Transcripción de créditos más reciente
- Verificación de Información sobre Educación Especial (si aplica)
 - PEI Corriente
- Plan 504 Corriente (si aplica)

Verificación de residencia en el Condado de Osceola (un documento de cada categoría)

- Categoría 1: Documento de la hipoteca, contrato corriente de alquiler o arrendamiento, registro de impuestos de la propiedad
- ~~Categoría 2: Factura corriente o recibo de servicios públicos activados o impuestos sobre los ingresos o prueba de que recibe beneficios del gobierno~~
 - Si no tiene un ~~contrato o escritura a su nombre debe obtener una Verificación of Residencia (Información disponible en la página cibernética del Distrito Escolar o en el formulario de Información sobre Prueba de Residencia.)~~

Si la persona haciendo la matrícula no está en el certificado de nacimiento, debe proveer uno de los siguientes:

- Documentación de Custodia por Corte (esto incluye decreto de divorcio)
- Carta de Colocamiento del Departamento de Niños y Familia
- Tutela Educativa (dado solo cuando los padres o padre de custodia viven fuera del Condado de Osceola o condados adyacentes de Polk, Orange, Lake or Brevard). Este documento está disponible en Servicios Estudiantiles. Se requiere documentación de apoyo.

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

STUDENT REGISTRATION / MATRICULA DEL ESTUDIANTE

Please Print, COMPLETE BOTH SIDES, then sign form.
Por favor escriba en letra de molde, COMPLETE AMBOS LADOS, luego firme el formulario.

Date of Registration
Fecha de matricula

Please check here if your child has ever attended an Osceola County school. If yes, please list the name of the last school attended in Osceola County.
Favor de marcar si su hijo ha asistido alguna vez a una escuela en el condado Osceola. Si la respuesta es si, escriba el nombre de la última escuela a la que el estudiante asistió en el condado

School Use Only	
Entry Date <input type="text"/>	Student ID# <input type="text"/>
School Name <input type="text"/>	School # <input type="text"/>
Class <input type="text"/>	Bus Rt. <input type="text"/>
Enrollment Code <input type="text"/>	Grade <input type="text"/>

Student's Legal Name (First) (Middle) (Last)
Nombre legal del estudiante (Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Student's Date of Birth Age Student's Social Security (Optional)
Fecha de nacimiento Edad Número de Seguro Social (opcional)

Residential Address Apt. City, State Zip
Dirección residencial Ciudad, Estado, Código Postal

Mailing Address Apt. City, State Zip
Dirección postal Ciudad, Estado, Código Postal

Primary Contact #
Contacto principal #

Student resides at the above address with:
El estudiante reside en la dirección antes mencionada con Both Parents Mother Father Other*
*Ambos padres Madre Padre Otro** (Appropriate guardianship documents MUST be on file with the Student Services Department)
(Los documentos apropiados de custodia TIENEN que estar en el archivo del Departamento de Servicios Estudiantiles)

*Explain
**Explique*

Parents/Tutores	First and Last Name <input type="text"/>	Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian
	Phone: Home <input type="text"/> Cell <input type="text"/> Work <input type="text"/> <i>Teléfono: Casa Celular Trabajo</i>	
	E-mail <input type="text"/> <i>Correo electrónico</i>	

Parents/Guardians	First and Last Name <input type="text"/>	Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Stepmother <input type="checkbox"/> Stepfather
	Phone: Home <input type="text"/> Cell <input type="text"/> Work <input type="text"/> <i>Teléfono: Casa Celular Trabajo</i>	
	E-mail <input type="text"/> <i>Correo electrónico</i>	

List four emergency contacts authorized to pick-up and assume responsibility for student if the parent cannot be reached:
Enumere a cuatro personas a contactar en una emergencia que estén autorizados a recoger el estudiante y asumir la responsabilidad de éste si el padre no puede ser localizado:

Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>	Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Celular</i>

Please Print
Escriba en letra de molde

Student's legal name (first, middle, last)
Nombre legal del estudiante (nombre, segundo nombre y apellido)

Brother(s)/Sister(s) in Osceola County Schools
Hermano(s)/Hermana(s) en las escuelas del condado Osceola

Name / Nombre	Grade / Grado	Name / Nombre	Grade / Grado

Is your child Hispanic or Latino? (Please, check only one)
¿Es su niño hispano o latino? (Favor de marcar solo una opción) Yes Si No No

What is your child's race? (Please, check all that apply)
¿Cuál es la raza de su hijo? (Favor de marcar todas las opciones que correspondan) American Indian or Alaska Native Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Asian Asiático Black or African American Afroamericano o norteamericano de raza negra Native Hawaiian or Other Pacific Islander Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico White Blanco

Gender Género Male Masculino Female Femenino Place of Birth (City, State and Country) Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado y País)

Answering yes to one or more of the Home Language Survey questions, will require your child to be screened for English Language proficiency.
Si usted contesta "sí" a una o más preguntas de la Encuesta de Idiomas en el Hogar, será un requisito que su hijo sea evaluado para la habilidad del idioma inglés.

Is a language other than English used in the home?
¿Se habla en el hogar otro idioma que no es inglés? Yes Si No No If yes, language Si la respuesta es sí, escriba el idioma (HM)

Did the student have a first language other than English?
¿Tuvo el estudiante otro idioma natal que no es inglés? Yes Si No No If yes, language Si la respuesta es sí, escriba el idioma (PL)

Did the student most frequently speak a language other than English?
¿Habla el estudiante más frecuentemente un idioma que no es inglés? Yes Si No No If yes, language Si la respuesta es sí, escriba el idioma (SL)

Former/Other name(s) student has used
Nombre(s) anterior(es) u otro(s) usado(s) por el estudiante

Date student entered first U.S. school
Fecha en que entró por primera vez a una escuela en los Estados Unidos. (First school in one of the 50 states or District of Columbia) (Primera escuela en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia)

Is the student a child of a military family?
¿Es el estudiante hijo de una familia militar? Yes Si No No

Is the student a child of a migratory agricultural worker?
¿Es el estudiante hijo de trabajadores agricultores migratorios? Yes Si No No

Does the student have any physical disabilities?
¿Tiene el estudiante alguna discapacidad física? Yes Si No No

Has student been in any of the following programs?
¿Ha estado el estudiante en cualquiera de los siguientes programas? Spec. Ed./ESE Educación Especial / ESE ESOL ESOL TITULO 1 Título 1

§504 §504 Gifted Superdotado Other Otro

Does your child have an Individual Education Plan (IEP)?
¿Tiene su hijo un Plan Individualizado de Educación (PIE)? Yes Si No No (Please attach a copy) (Favor de incluir una copia)

Please Print
Escriba en letra de molde

Student's legal name (first, middle, last)
Nombre legal del estudiante (nombre, segundo nombre y apellido)

If registering for KINDERGARTEN, complete the questions in this box, otherwise skip these questions.

Did your child attend a preschool program last year? Yes No If yes, check type of program:

Para la matricula en el JARDIN DE INFANTES, complete las preguntas en este cuadro. De otro modo, ignore estas preguntas.

¿Asistió su hijo a un programa pre-escolar el año pasado? Si No Si respondió si, favor de indicar el tipo de programa:

- School District Pre-K (F)
Pre-K del Distrito Escolar (F)
- Head Start (H)
Programa "Head Start" (H)
- Pre-K Disabilities ESE (D)
ESE de Pre-K con discapacidades (D)
- Migrant Pre-K (M)
Pre-K de emigrantes (M)
- Title 1 Pre-K (C)
Título 1 de Pre-K (C)
- Private Preschool (P)
Escuela pre-escolar privada (P)
- Teenage Parent Program Pre-K (T)
Pre-K para el Programa de Padres Adolescentes (T)
- Voluntary Pre-K (V)
Pre-K voluntario (V)

Name of Last School Attended
Nombre de la última escuela a la que asistió

When
Cuándo

Address of Last School Attended
Dirección de la última escuela a la que asistió

Public
Pública Private
Privada

Please check here if your child has ever attended any other Florida school.
Favor de marcar si su hijo alguna vez ha asistido a cualquier otra escuela en Florida.

When
Cuándo

School Name
Nombre de la escuela

County
Condado

Public
Pública Private
Privada

Has the student been expelled or referred to an alternative program for disciplinary reasons?
¿Ha sido el estudiante expulsado o referido a un programa alternativo por razones disciplinarias?

Yes
Si No
No

When
Cuándo

Reason
Razón

Has the student been arrested, charged, convicted or pled guilty to a felony?
¿Ha sido el estudiante arrestado, acusado, sentenciado o se ha declarado culpable de un delito grave?

Yes
Si No
No

When
Cuándo

County
Condado

State
Estado

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES, THEN SIGN BELOW. / FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS, LUEGO FIRME A CONTINUACIÓN

As the custodial (custody at least 50% of the time)/enrolling parent, I verify that the information provided on pages 1 & 2 is true and correct, and understand that The School District of Osceola County will rely upon this information as true and correct. Parent acknowledges that there are legal penalties, including possible criminal penalties, for intentionally providing false information to the School District. I further understand that providing false or misleading information may result in my child being excluded from school.

Como guardián (por lo menos con custodia de 50% del tiempo)/padre que matricula, verifico que la información provista en las páginas 1 y 2 es verdadera y correcta y entiendo que el Distrito Escolar del Condado Osceola confiará que esta información es verdadera y correcta. El padre reconoce que hay consecuencias legales, incluyendo posibles cargos criminales por proporcionar intencionalmente información falsa al Distrito Escolar. Además, entiendo que proveer información falsa o engañosa podría resultar en que mi hijo sea excluido de la escuela.

PARENT SIGNATURE (Enrolling Parent) _____ Date/Fecha _____
FIRMA DEL PADRE (Padre que matricula)

PARENT SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE _____ Date/Fecha _____

THIS SECTION IS FOR DISTRICT USE ONLY

ADMISSION REQUIREMENTS

1. PROOF OF RESIDENCE

- Mortgage doc., rental/lease agrmt., property tax docs.
- Current Utility bill
- Income Tax records
- Proof of receipt of government benefits
- Verification of Residency form

1A. EXCEPTIONS

- Homeless Individual
- Migratory agricultural worker
- Military personnel on active duty
- Other _____

3. HEALTH RECORD ON FL FORM

- Immunizations up-to-date
- Physical

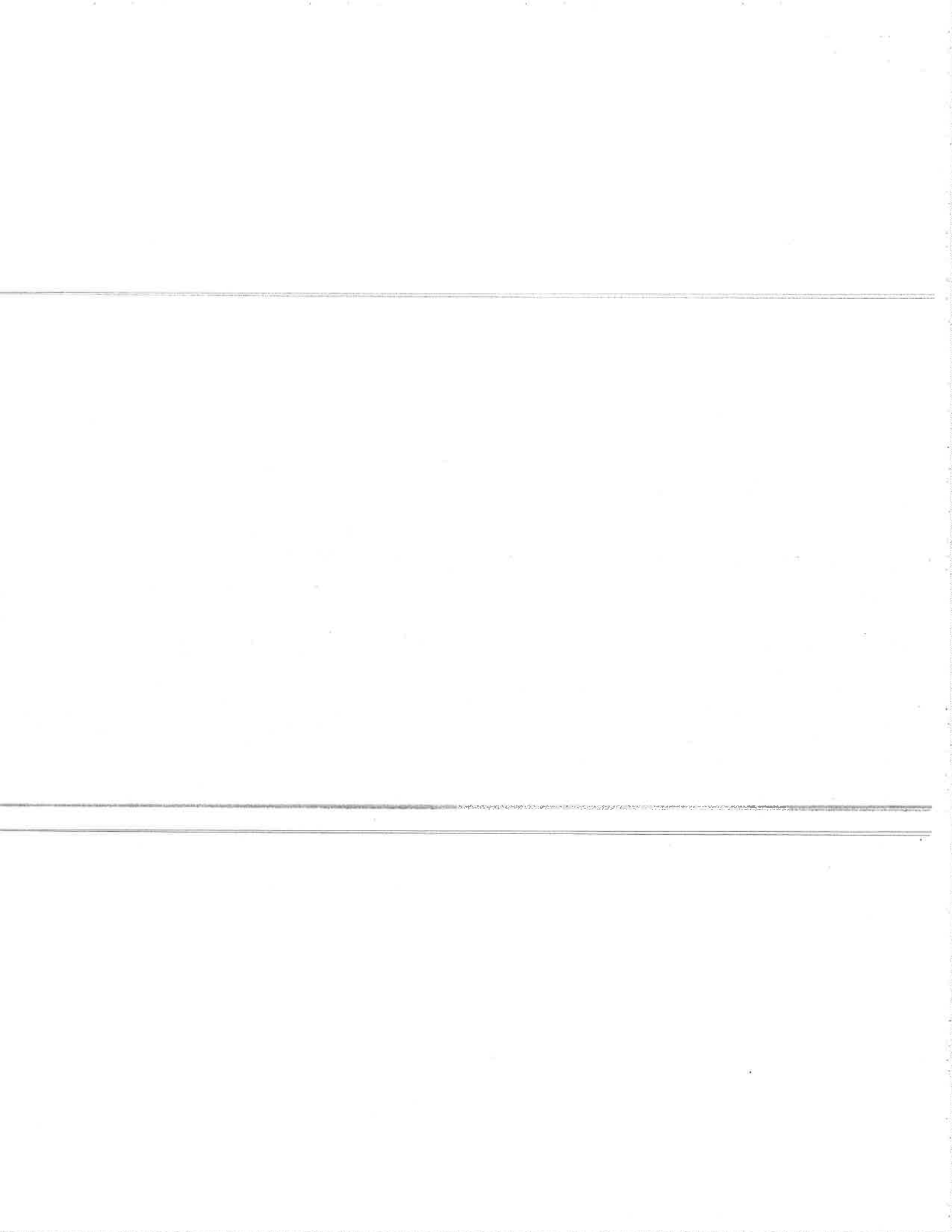
2. SCHOOL RECORDS

- Requested _____
- Received _____

4. PROOF OF BIRTH

- Birth Certificate (Certified for K-1)

Verified by _____



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Parent/Guardian: Please complete **both sides**, sign and return form to the school. The information you provide will be kept confidential in accordance with state and federal law. This form is valid for the current school year.

Padre/Tutor: Favor de llenar **ambos lados**, firmar y devolver el formulario a la escuela. La información que usted provea, se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Este formulario es válido para el año escolar actual.

SECTION 1 / Sección 1 -

Student Name _____
 Nombre del estudiante Las/Apellido First/Primer nombre M./Inicial ID#/ No. de ID

Male Female Date of Birth _____
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: Mo/ Mes Day/ Día Year/ Año School/Escuela Grade/Grado

List below the parent/guardian with whom the student lives: *Anote a continuación el padre/tutor con quien vive el estudiante.*

Parent/Guardian Full Name _____ Relationship _____
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco

Phone: Home _____ Work _____ Ext. _____ Cell/Other _____
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

Parent/Guardian Full Name _____ Relationship _____
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco

Phone: Home _____ Work _____ Ext. _____ Cell/Other _____
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

List two emergency contacts, (if the parent/guardian cannot be reached), authorized to pick-up and assume responsibility for student:
Escriba el nombre de dos personas a contactar en caso de una emergencia (si el padre/tutor no se puede localizar), que estén autorizadas para buscar y asumir la responsabilidad del estudiante:

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____ Work Phone/Teléfono del trabajo _____ Home Phone/Teléfono de la casa _____ Cell Phone/Teléfono celular _____

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____ Work Phone/Teléfono del trabajo _____ Home Phone/Teléfono de la casa _____ Cell Phone/Teléfono celular _____

Does student have health insurance? Yes/Sí - _____
 ¿Tiene el estudiante seguro médico? No Company / Provider Name Compañía / Nombre del proveedor Policy / Group # Póliza / # de Grupo

Is student currently in an ESE (Exceptional Student Education) program or does student have an IEP (Individual Education Plan)? Yes/Sí No
 ¿Está el estudiante actualmente en un programa de ESE (Educación de Estudiantes Excepcionales) o tiene el estudiante un IEP (Plan de Educación Individual)?

Student's Primary Physician / Médico Primario del Estudiante _____ Office Phone # / Teléfono de oficina _____ Office Fax # / No. de Fax de oficina _____

Office Address / Dirección de la oficina _____

Student's Specialist Physician / Médico Especialista del Estudiante _____ Office Phone # / Teléfono de oficina _____ Office Fax # / No. de Fax de oficina _____

Office Address / Dirección de la oficina _____

Children attending Osceola County Schools participate in the School Health Services Program. This means your child will receive health appraisal at school, which includes vision, hearing, scoliosis screenings, height, weight measurement. To request an exemption for your child, submit written letter to the school.

Los niños que asisten a las Escuelas del Condado Osceola participan en el Programa de Servicios de Salud de la Escuela. Esto significa que su hijo recibirá una evaluación médica en la escuela, que incluye exámenes de la vista, del oído, de escoliosis, medidas de estatura y peso. Para pedir una dispensa para su hijo, presente una carta escrita a la escuela.

Does student have a medical condition you would like the school to be aware of?

¿Tiene el estudiante alguna condición médica sobre la que usted desearía que la escuela tuviese conocimiento?

Yes/Sí – complete sections 2 & 3
 complete las secciones 2 y 3

No – complete section 3
 complete la sección 3

Continued on reverse - (Continúa al dorso)

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

SECTION 2 - Health Condition(s) / Sección 2 - Condición(es) de Salud

List any of your child's health problems or conditions: / Enumere cualquiera de los problemas o condiciones de salud de su hijo.

	<u>Date of last episode</u> <i>Fecha del último episodio</i>	<u>Observed symptoms</u> <i>Síntomas que se observaron</i>
<input type="checkbox"/> Seizures /Convulsiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes /Diabetes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asthma /Asma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other health/Otra condición	_____	_____

Does the student take medications for health condition(s) listed? / ¿Toma el estudiante medicamentos para la(s) condición(es) de salud enumerada(s)?
 Yes/Sí - list medications below / enumere abajo los medicamentos No

<u>Name of Medication</u> <i>Nombre del medicamento</i>	<u>Dosage</u> <i>Dosis</i>	<u>Time Taken</u> <i>Hora a que se toma</i>	<u>Taken at school?*</u> <i>¿Se toma en la escuela?*</i>	<u>Reason for Medication</u> <i>Razón por la cual toma el medicamento</i>
_____	_____	_____	<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"/> Allergy /Alergia	<u>Type of</u> <i>Tipo de</i>	<u>Date of last episode</u> <i>Fecha del último episodio</i>	<u>Observed symptoms</u> <i>Síntomas que se observaron</i>
Food /Comida	_____	_____	_____
Insect /Insecto	_____	_____	_____
Medication /Medicamento	_____	_____	_____
Other /Otro	_____	_____	_____

* A Medication Authorization Form must be obtained from the school health room and completed before medications can be dispensed at school. / Se debe obtener un **Formulario de Autorización de Medicamento** de la clínica de la escuela y completarlo antes de que se puedan dispensar las medicinas en la escuela.

If emergency treatment is required, emergency care will be coordinated through the local emergency system (911).
 Si se requiere un tratamiento de emergencia, el tratamiento será coordinado por medio del sistema de emergencia local (911).

SECTION 3 - Authorization: I authorize designated Osceola County School District Personnel and Osceola County Health Department School Health Personnel to provide emergency care for my child and to exchange medical information as necessary to support the continuity of care of my child. If my child is covered under Medicaid insurance and receives exceptional student education services, including health services, under an Individual Education Plan (IEP), I consent for the Osceola County School District to bill Medicaid for those services. I authorize the School District of Osceola County to release and exchange my child's confidential student information to Florida State agencies, which would allow Osceola County Public Schools to receive Medicaid funding for services it provides my child while at school. I understand that my child will continue to receive services referenced on his/her IEP whether or not I give consent. By my signature below, I acknowledge the above and the Physician(s) named above is authorized to provide the information requested to the appropriate representative by: (1) hand delivery to the representative, (2) regular delivery via US Postal Service, (3) faxing the information directly to the representative. I understand that these records will not be released to any other agency without prior approval of the Parent/Guardian.

Sección 3 - Autorización: Autorizo al Personal designado del Distrito Escolar del Condado Osceola y al Personal de Salud Escolar del Departamento de Salud del Condado Osceola a proporcionar cuidados médicos de emergencia a mi hijo y a intercambiar información médica a medida que sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo. Si mi hijo tiene cobertura bajo el seguro de Medicaid y recibe servicios de educación para estudiantes excepcionales, incluyendo servicios médicos, bajo un Plan de Educación Individual (IEP), doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado Osceola le facture a Medicaid por estos servicios. Autorizo al Distrito Escolar del Condado Osceola a divulgar e intercambiar la información estudiantil confidencial de mi hijo con las agencias del Estado de Florida, lo cual permitiría que las Escuelas Públicas del Condado Osceola puedan recibir fondos de Medicaid por los servicios que le proporcione a mi hijo cuando esté en la escuela. Entiendo que mi hijo continuará recibiendo los servicios referidos en su formulario IEP, con o sin mi consentimiento. Con mi firma abajo, reconozco lo anterior, y el(los) Médico(s) arriba mencionado(s) está(n) autorizado(s) para proporcionar la información que requiera el representante apropiado al: (1) entregar personalmente al representante, (2) enviar de forma regular por el Servicio Postal de E.E.U.U., (3) enviar por fax la información directamente al representante. Entiendo que estos archivos o información no serán divulgados a ninguna otra agencia sin la aprobación previa del Padre/Tutor.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date** _____
Firma del Padre/Tutor _____ *Fecha* _____

FOR RN USE ONLY / Sólo para uso del enfermero:

Care Plan: Yes No Update Nurse Signature _____ Date _____

Celebration High School
Special Education Information Form
(Forma de Informacion de Educaci3n Especial)

Date/Fecha: _____

Student Name/Nombre del Estudiante _____

Grade/Grado: _____ Transferring from: _____
(Transferencia De): _____ City/Cuidad, State/Estado _____

Previous School / Escuela Anterior: _____

School Phone Number/N3mero de Tel3fono Escolar: _____

Does your child receive any special education services? If so, explain.

Recibe su Ni3o algun servicio de educaci3n especial? De ser asi, explique.

Does your child have a current IEP (Individualized Education Plan) or GEP (Gifted Education Plan)?

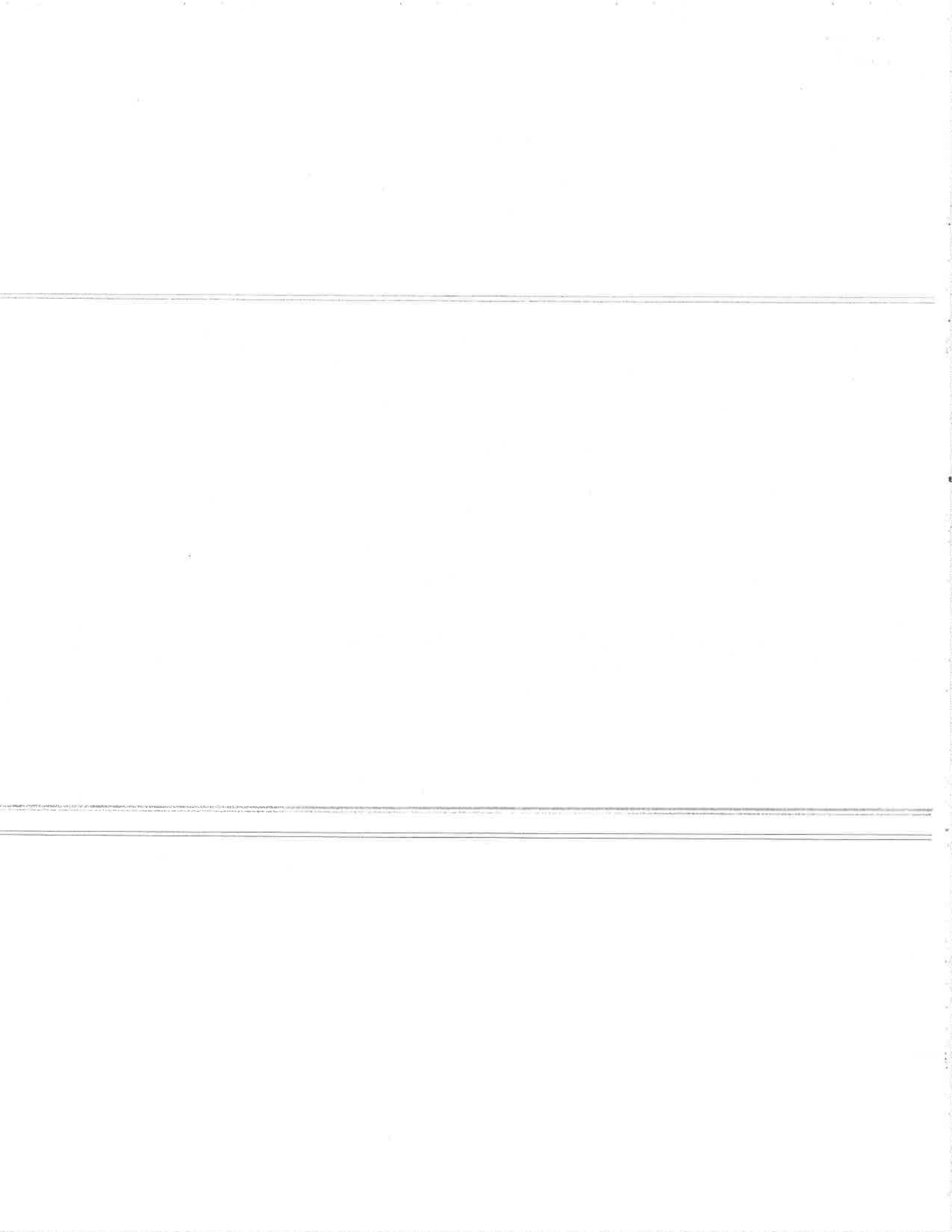
Tiene su ni3o un IEP correinte (Plan de Educaci3n Individualizado) o GEP (Plan Dotado Educativo)?

Yes/Si _____ No/No _____ Unsure/Inseguro _____

If yes, please provide a copy. / Si si, por favor proporcione una copia.

Yes/Si _____ No/No _____

Thank you for providing this information.
Gracias proporcionar esta informaci3n.



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

New
Renewal

VERIFICATION OF RESIDENCY

(Families Residing With Other Families)

Florida Statutes 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree and punishable by up to 60 days in jail and/or a fine of up to \$500.00. If you falsify any information when enrolling your child, you can be referred to law enforcement for prosecution.

TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN

I understand that falsification of this information may lead to the immediate withdrawal of my child from this school. I also understand that this form is valid for one (1) school year ONLY and it is my responsibility, as parent, to renew this form no later than June 30th for the next school year. Note: Any student's residence information not renewed by the time allotted will result in the student being withdrawn from school until residence information is verified.

Please initial

Please check ONE:

- Sharing Housing (temporarily with another family due to loss of housing, economic hardship, or similar reason)
- Other Housing (temporarily in a hotel due to loss of housing, economic hardship, or similar reason)
- Sharing Housing (with another family or relative by choice)
- Do not have a formal lease agreement (Not Sharing Housing)

Name of Parent: _____ Telephone Number(s): _____

Name(s) of student(s) enrolling in school: _____

_____ DOB _____ School _____

_____ DOB _____ School _____

I hereby swear/attest that my child (ren) and I are currently residing with or in the home of _____,

(Print name of homeowner or lessee)

at _____,

(Street Address)

(City, State, Zip Code)

Note: A copy of one of the following items must be attached: A valid Florida Driver's License (or DMV picture ID), government benefits or auto registration with the Osceola County street address shown above.

If a family either: Provides false information on any SDOC form, uses false documentation, or does not notify the school of an address change to a different school zone, the student will forfeit athletic and extracurricular eligibility for one (1) calendar year from the date of discovery of the violation.

(Parent/Legal Guardian Signature)

(Date)

State of Florida County of Osceola

Signed and sworn (or affirmed) before me on _____ day of _____, _____ by _____

Print Name

Identification

Notary Signature or SDOC employee

TO BE COMPLETED BY HOME OWNER/LESSEE

I _____, hereby swear/attest that the above statement is true and accurate and the

(Print name of Legal Osceola County Resident)

above named individuals are indeed residing at my permanent residence.

Note: A copy of a mortgage document, properly executed rental/lease agreement or property tax record and a copy of a current utility bill or proof of government benefits showing the Osceola County street address must be attached as evidence of residence.

(Signature)

(Telephone Numbers)

State of Florida County of Osceola

Signed and sworn (or affirmed) before me on _____ day of _____, _____ by _____

Print Name

Identification

Notary Signature or SDOC employee

* Notary not required if witnessed by SDOC employee of registering school

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

Nueva
Renovación

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
(Familias que Residen con Otras Familias)

El Estatuto de Florida 837.06 estipula que, cualquiera que escriba una declaración falsa a sabiendas, con la intención de engañar a un servidor público durante el desempeño de sus deberes oficiales, será culpable de un delito menor en segundo grado y penalizado con hasta 60 días de cárcel y/o una multa de hasta \$500.00. Si al momento de matricular a su hijo usted falsifica cualquier información, usted puede ser referido a las autoridades del orden público para ser procesado.

PARA SER LLENADO POR EL PADRE/TUTOR LEGAL

Entiendo que la falsificación de esta información puede tener como resultado que mi hijo sea dado de baja inmediatamente de esta escuela. También entiendo que, este formulario es válido por un (1) año académico SOLAMENTE y es mi responsabilidad, como padre, renovar el formulario no más tarde del 30 de junio para el próximo año académico. Aviso: Cualquier información de residencia del estudiante que no sea renovada durante el tiempo permitido, tendrá como resultado que el estudiante sea dado de baja de la escuela hasta que la información de residencia sea verificada. Favor de iniciar.

Favor de marcar UNO:

- Compartiendo Vivienda (temporalmente con otra familia debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, o razón similar)
- Otra Vivienda (temporalmente en un hotel debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas, o razón similar)
- Compartiendo Vivienda (con otra familia o pariente por opción)
- No tenemos un contrato formal (No Compartimos Alojamiento)

Nombre del padre: _____ Número(s) de Teléfono(s): _____

Nombre(s) del(los) estudiante(s) matriculándose en la escuela:

_____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

_____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Por la presente juro/certifico que mi(s) hijo(s) y yo actualmente residimos con o en el hogar de _____,
(Escribir en letra de molde el nombre del dueño de la casa o arrendatario)

en _____ (Dirección de la calle) _____ (Ciudad, Estado, Código Postal)

Aviso: Una copia de uno de los siguientes artículos debe estar incluida: Licencia de conducir válida de Florida (o identificación con retrato de la División de Vehículos de Motor - DMV, por sus siglas en inglés), beneficios del gobierno o inscripción del automóvil con la dirección de la calle del condado Osceola mostrada a continuación.

Si un familiar: Provee información falsa en cualquier formulario del Distrito Escolar del Condado Osceola, utiliza documentación falsa o no notifica a la escuela cualquier cambio de dirección a una zona escolar diferente, el estudiante perderá el derecho de ser elegible para participar en atletismo y actividades extracurriculares por un (1) año desde el día que se descubrió la infracción.

Firma del padre/tutor legal Fecha

Estado de Florida Condado Osceola
Firmado y jurado (o afirmado) ante mí el día ____ de ____ de ____ por

Nombre en letra de molde Identificación

* Firma del notario o empleado de SDOC

PARA SER LLENADO POR EL DUEÑO DE LA RESIDENCIA / ARRENDATARIO

Yo _____, por la presente juro/testifico que la declaración anterior es
(Escriba en letra de molde el nombre del residente legal del condado Osceola)

verdadera y precisa y que las personas antes mencionadas verdaderamente están viviendo en mi residencia permanente.

Aviso: Una copia del documento de la hipoteca, el acuerdo de alquiler/arrendamiento propiamente llevado a efecto y una copia actual de la factura de servicios públicos o prueba de beneficios de gobierno mostrando la dirección de la calle en el condado Osceola.

(firma) (números de teléfonos)

Estado de Florida Condado Osceola
Firmado y jurado (o afirmado) ante mí el día ____ de ____ de ____ por

Nombre en letra de molde Identificación

*Firma del Notario o empleado de SDOC (Distrito Escolar del Condado Osceola)

*No se necesita notario, si el testigo es el empleado de SDOC que inscribe al estudiante.