



# ISANA Cardinal Academy

## ENROLLMENT FORM (POST-LOTTERY) 2019-20

Place a check mark next to the appropriate word if your child will be attending our school next year.

- YES  
 NO

### 1. STUDENT INFORMATION

Legal Last Name	Legal First Name	Legal Middle Name	Other Name/Nickname	Grade Level in August 2019-20
Street Address		Apt # Unit #	City	Zip Code
Home Telephone # ( )	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /	Place of Birth (City, State and Country)	
The following is requested for CALPADS reporting: PLEASE INDICATE STUDENT'S ETHNICITY (CHECK ONE OR MORE): Is student Hispanic or Latino? <input type="checkbox"/> Yes, Hispanic or Latino				
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Decline to State				
Student lives with: (Check all that apply)				
<input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother/Stepparent <input type="checkbox"/> Father/Stepparent <input type="checkbox"/> Both parents alternately <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Relative _____ <input type="checkbox"/> Foster Home <input type="checkbox"/> Other _____				

### 2. FAMILY INFORMATION

Father/Legal Guardian		Mother/Legal Guardian	
Last Name	First Name	Last Name	First Name
Home Address (If different than student)		Home Address (If different than student)	
Home or evening Telephone ( )	Pager/Mobile Phone ( )	Home or evening Telephone ( )	Pager/Mobile Phone ( )
Email Address		Email Address	
Employer (Optional)	Day Telephone ( )	Employer (Optional)	Work Telephone ( )
Work Address (Optional)		Work Address (Optional)	

### 3. HOME LANGUAGE SURVEY

What language did this student learn when he or she first began to talk? \_\_\_\_\_

What language does this student most frequently use at home? \_\_\_\_\_

What language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking to your Child? \_\_\_\_\_

What language is most often used by the adults at home? \_\_\_\_\_

### 4. PREVIOUS SCHOOL/PROGRAM INFORMATION (including preschool, child care and early intervention if applicable)

Previous School/Programs Attended	City/State	Dates Attended	Grade Levels	LAUSD School?
1.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

### 5. SIBLING INFORMATION

Name	Age	Grade	School of Attendance	Applying to ISANA?
1.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No



**IN ORDER TO BEST SERVE THE NEEDS OF YOUR CHILD, PLEASE ENSURE THAT THIS INFORMATION IS COMPLETE AND ACCURATE**

**6. SPECIAL SERVICES**

If your child has ever received Special Education Services:		
Type of Services (e.g. speech therapy, special education, etc)	School, program, or agency that provided services	Dates of Service
1.		
2.		
3.		
4.		

A. Did this student receive special education services at his/her previous school?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
B. Did this student have an individualized Education Program (IEP) at his/her previous school? If "Yes", do you have a copy of the student's IEP with you?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
C. Did this student have a Section 504 Plan at his/her previous school? If "Yes", do you have a copy of the student's Section 504 Plan with you?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
D. Does this student have difficulties that interfere with his/her ability to go to school or to learn?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
E. Has this student been identified for gifted and talented educational services (GATE)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

**7. COURT ORDERS**

ARE THERE ANY COURT ORDERS RESTRICTING THE LEGAL RIGHTS OF EITHER PARENT? IF YOU ANSWERED "YES", PLEASE PROVIDE A COPY OF THE COURT ORDER.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
---	--

**8. EMERGENCY INFORMATION (Authorized person to care for student if parent/care provider(s) cannot be reached)**

Name _____ Evening or Home Tel. ( ) _____ Day or Work Tel. ( ) _____ Pager/Mobile ( ) _____ Relationship _____ Address _____
---

**9. SIGNATURE**

Please fill out this form completely and accurately. Any omissions or misstatements could result in rejection of the application and loss of placement in the school. I verify that this information is true and correct.	
X _____ Signature of: (Check one) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other _____	Date _____

ISANA Cardinal Academy does not discriminate on the basis of disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, religion, sexual orientation, age, citizenship status, or any other basis prohibited by law in the administration of its educational policies, admissions policies, and other school administered programs.

Return this application to: ISANA Cardinal Academy, 7330 Bakman Ave., Sun Valley, CA 91352  
Call (818) 759-5633 for information. Fax (323) 289-2133

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Received: _____ <input type="checkbox"/> Offered Enrollment/ <input type="checkbox"/> Offered Waitlist      PAR Received: _____
Records requested on: _____
Birth Verification: <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Baptismal Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> School Record <input type="checkbox"/> Immunization cleared
Comments: _____ _____





# ISANA Cardinal Academy

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (DESPUES DE LA LOTERIA) 2019-20

Coloque una marca de verificación al lado de la palabra apropiada si su hijo/a va a asistir a nuestra escuela el próximo año.

- SI  
 NO

### 1. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Apellido Legal	Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Otro Nombre/Apodo	Nivel de Grado en Agosto 2019-20
Domicilio		No. de Apto	Ciudad	Código Postal
Numero de Teléfono del hogar ( )	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)	
La siguiente información es solicitada para el reporte de CALPADS: FAVOR INDICAR LA ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (MARQUE UNA): El Estudiante es Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si, Hispano o Latino				
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar				
El estudiante vive con: (Marque todo lo que aplica)				
<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre/Madastra <input type="checkbox"/> Padre/Padrastro <input type="checkbox"/> Ambos padres se alternan <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Parientes _____ <input type="checkbox"/> Casa Provisional <input type="checkbox"/> Otro _____				

### 2. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Padre/Tutor Legal		Madre/Tutora Legal	
Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
Domicilio (Si es distinto al del estudiante)		Domicilio (Si es distinto al del estudiante)	
Teléfono de casa o de noche ( )	Teléfono móvil ( )	Teléfono de casa o de noche ( )	Teléfono móvil ( )
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
Empleador (Opcional)	Teléfono del día ( )	Empleador (Opcional)	Teléfono del día ( )
Dirección de trabajo (opcional)		Dirección de trabajo (opcional)	

### 3. ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA

¿Qué idioma aprendió este estudiante cuando comenzó a hablar por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia en casa este estudiante? \_\_\_\_\_

¿Idioma que usted (los padres o tutores) utiliza con mayor frecuencia al hablar a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utilizan con mayor frecuencia los adultos en casa? \_\_\_\_\_

### 4. INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR (incluya preescolar, e intervencion temprana si aplica)

Nombre de la escuela anterior	Ciudad/Estado	Fecha de asistencia	Nivel de grado	Escuela de LAUSD?
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### 5. INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS

Nombre	Edad	Grado	Escuela donde Asiste	Aplica a ISANA
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**PARA SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SU HIJO/A, POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE ESTA INFORMACIÓN ESTÉ COMPLETA Y SEA CORRECTA**

**6. SERVICIOS ESPECIALES**

Si su hijo/a alguna vez ha recibido Servicios de Educación Especial:		
Tipo de Servicios (ejemplo: terapia del lenguaje, educación especial, etc.)	Escuela, programa, agencia que suministró los servicios	Fechas de Servicio
1.		
2.		
3.		
4.		

A. ¿Recibió este estudiante los servicios de Educación Especial en su escuela anterior?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
B. ¿Participó este estudiante en el Programa de Educación Individualizada (IEP) en su escuela anterior? Si respondió "Sí" a esta pregunta, ¿Trajo una copia del IEP consigo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
C. ¿Participó este estudiante en el Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? Si respondió "Sí" a esta pregunta, ¿Trajo una copia del Plan de la Sección 504 consigo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
D. ¿Tiene dificultades este estudiante que interfieren con su capacidad de asistir a la escuela o de aprender?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
E. ¿Se le ha identificado a este estudiante como candidato para los servicios educativos para alumnos dotados y talentosos (GATE)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**7. ÓRDENES JUDICIALES**

¿Existe alguna orden judicial que restrinja los derechos legales de cualquiera de los padres? SI CONTESTÓ "SI", FAVOR ADJUNTAR UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---

**8. INFORMACION PARA EMERGENCIAS (Persona autorizada para cuidar al estudiante en caso de no poder comunicarse con los padres)**

Nombre _____ Teléfono de casa o de noche ( ) _____ Teléfono del día ( ) _____
Bíper/Celular ( ) _____ Parentesco _____ Domicilio _____

**9. FIRMA**

Por favor llene esta forma completa y certeramente. Cualquier omisión o datos incorrectos en esta forma pueden resultar en el rechazo de la aplicación o la pérdida del lugar en la escuela. Yo confirmo que esta información es verdadera y correcta.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma de (Marque uno):  Padre/Madre  Tutor Legal  Otro \_\_\_\_\_

ISANA Cardinal Academy no discrimina por motivos de discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza u origen étnico, religión, orientación sexual, edad, estatus de ciudadanía o cualquier otra base prohibida por la ley en la administración de sus políticas educativas, políticas de admisión y otros programas administrados por la escuela.

Regrese esta aplicación a: ISANA Cardinal Academy, 7330 Bakman Ave., Sun Valley, CA 91352  
Llame al (818) 759-5633 para más información. Fax (323) 289-2133

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Received: _____ <input type="checkbox"/> Offered Enrollment/ <input type="checkbox"/> Offered Waitlist PAR Received: _____
Records requested on: _____
Birth Verification: <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Baptismal Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> School Record <input type="checkbox"/> Immunization cleared
Comments: _____ _____

