

LODI UNIFIED SCHOOL DISTRICT 2019/2020 NEW STUDENT AB699 FORM

1. Today's Date ____/____/____
2. Student Name _____

Last
First
Middle
Generation

 Nickname (if applicable) _____
3. Birth date ____/____/____
4. Birth City _____
5. Birth State _____
6. Birth Country ☐ USA ☐ Other _____
7. First Date Enrolled in US Public Schools ____/____/____
8. First Date Enrolled in CA Public Schools ____/____/____
If this is your student's first enrollment in CA Public Schools, please complete the Home Language Survey.
9. I verify that all of the above information is accurate.

 Parent/Guardian Signature

 Date

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LODI 2019/2020 FORMULARIO AB699 PARA NUEVO ESTUDIANTE

1. Fecha de Hoy ____/____/____
2. Nombre del Estudiante _____

Apellido
Nombre
Medio
Generación

 Apodo (si aplica) _____
3. Fecha de Nacimiento ____/____/____
4. Ciudad de Nacimiento _____
5. Estado de Nacimiento _____
6. País de Nacimiento ☐ USA ☐ Otro _____
7. Fecha de Primera Matricula en escuelas de E.U. ____/____/____
8. Fecha de Primera Matricula en escuelas de CA ____/____/____
Si esta es la primera vez que su estudiante se matricula en una escuela de CA, complete la Encuesta de Lenguaje del Hogar.
9. Yo verifico que toda la información anterior es correcta.

 Firma de Padre / Guardián Legal

 Fecha