



The Vanguard School

Enrollment Office

T: 719.471.1999 x134 F: 719.634.4180

Jennifer.Blanchard@TheVanguardSchool.com

Janet.LaLone@TheVanguardSchool.com

Parent/Guardian(s)

Name of Previous School

Address

City, State, Zip

Fax Number or Email Address of Registrar

Legal Name of Student

Birth Date

Has been enrolled at The Vanguard School in the _____ grade.

Parent/Guardian Signature (if available)

The Family Educational Rights and Privacy Act (20 U.S.C.S. § 1232g: 34 CFR Part 99), as revised, states (a) An educational agency or institution may disclose personally identifiable information from an education record of a student without the written consent of the parent of the student or the eligible student if (1) The disclosure is to other school officials, including teachers, within the agency or institution has determined to have legitimate educational interests. (2) The disclosure is to officials of another school or school system in which the student seeks or intends to enroll.

Previous School

Please email the following records:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Withdrawal grades | <input type="checkbox"/> Test data/standardized test scores |
| <input type="checkbox"/> Unofficial transcript | <input type="checkbox"/> Learning plan if applicable |
| <input type="checkbox"/> Immunization records | <input type="checkbox"/> 504, ALP, IEP, RTI, etc |
| <input type="checkbox"/> Attendance records | <input type="checkbox"/> Threat assessment if applicable |
| <input type="checkbox"/> Discipline records | <input type="checkbox"/> Psychological/socialological records |

High School Only

If the school is in Colorado, please indicate whether or not the student has met Colorado State's Graduation Guidelines. If yes, please include how the guideline was met.

English: N or Y _____

Math: N or Y _____

Please **mail** the official transcript to:
(faxed and emailed transcripts will not be accepted as official)

Enrollment Office
The Vanguard School
1605 S. Corona Ave
Colorado Spring, CO 80905



HOME LANGUAGE IDENTIFICATION FORM



Date: _____

What language should the school use to communicate with you? _____

Student's Last Name: _____ First Name _____

M ____ F ____ Date of Birth: _____ School: The Vanguard School Grade: _____

Parent or Guardian's Name: _____

Address: _____ Telephone No. _____

1. What language(s) did your child use when he/she first began to talk? _____

2. What language(s) does your child speak with you at home? _____

3. Did your child ever receive English as a Second Language Instruction? _____

4. Is a language other than English spoken at home by a parent, sibling, or this child? YES or NO

If YES, please complete questions 5-7. If NO, proceed to question 8

5. What is the language? (other than English) _____

6. Who in the home communicates in this language? (Please respond to each statement)

- | | | | |
|------------------------------|--------------|-----------------|-------------|
| a. This child | _____ Always | _____ Sometimes | _____ Never |
| b. Mother/Guardian | _____ Always | _____ Sometimes | _____ Never |
| c. Father/Guardian | _____ Always | _____ Sometimes | _____ Never |
| d. Siblings (Brother/Sister) | _____ Always | _____ Sometimes | _____ Never |
| a. Others living in the home | _____ Always | _____ Sometimes | _____ Never |

7. This Child: (Please respond to all statements: circle one)

- | | | |
|--|-----|----|
| Understands and speaks English fluently | Yes | No |
| Reads in English | Yes | No |
| Writes in English | Yes | No |
| Needs help in understanding English | Yes | No |
| Needs help in speaking English | Yes | No |
| Needs help in reading and writing in English | Yes | No |

8. Did this child experience any problem or difficulty in learning to speak, read, or write in his/her first language? Yes or No

If YES, please explain: _____

Parent/Guardian Name (print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

This form is required for each new student enrolling

Revised April 20, 2021



IDENTIFICACIÓN DEL IDIOMA DEL HOGAR



Fecha: _____

Idioma de preferencia para llamadas y cartas de la escuela al hogar _____

Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre _____

M ____ F ____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: The Vanguard School Grado: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Dirección/Domicilio: _____ Teléfono: _____

1. ¿Qué idioma(s) hablo su hijo(a) cuando comenzó a hablar por primera vez? _____

2. ¿Qué idioma(s) habla su hijo(a) con usted en casa? _____

3. ¿Ha recibido su estudiante instrucción de inglés como segundo idioma? _____

4. ¿Hay algún otro idioma que no es inglés hablado en la casa por el padre o el estudiante? **SI** o **NO**

Si es **SI**, por favor complete las preguntas 5-7. Si es **NO**, pase a la pregunta numero 8

5. ¿Cuál es el idioma? (que no es inglés) _____

6. ¿Quién en la casa se comunica en este idioma? (Por favor responda cada una de las declaraciones)

- | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| a. Su hijo/hija | _____ Siempre | _____ A Veces | _____ Nunca |
| b. Madre/Tutor | _____ Siempre | _____ A Veces | _____ Nunca |
| c. Padre / Tutor | _____ Siempre | _____ A Veces | _____ Nunca |
| d. Hermanos/Hermanas | _____ Siempre | _____ A Veces | _____ Nunca |
| a. Otros viviendo en la casa | _____ Siempre | _____ A Veces | _____ Nunca |

7. Su estudiante: (Por favor responda a todas las declaraciones)

- | | | |
|---|----|----|
| Comprende inglés o lo habla con fluidez | Sí | No |
| Lee en inglés | Sí | No |
| Escribe en inglés | Sí | No |
| Necesita ayuda comprendiendo inglés | Sí | No |
| Necesita ayuda para hablar en inglés | Sí | No |
| Necesita ayuda para leer y escribir en inglés | Sí | No |

8. ¿Tuvo su hijo(a) problemas o dificultades al aprender, hablar, leer, o escribir en su primer idioma?

Sí o No

Si es SI por favor explique _____

Nombre del Padre/Tutor (Imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Este formulario es requerido para cada nuevo estudiante registrándose

Your child may qualify to receive supplemental educational services at no cost, such as tutoring, transportation, school supplies, and other services. Please answer the following questions to assist in determining your child's eligibility. Once completed, please return this form to the school or your Regional MEP Office listed at the bottom of the document.

CHILD'S FIRST NAME:	CHILD'S LAST NAME:	BIRTHDATE:
PARENT/GUARDIAN NAME:		How many children under the age of 22 live with you in your household?
CITY:	STATE:	ZIP CODE:
BEST DAY AND TIME TO CALL:		PREFERRED LANGUAGE:

- In the past three years, has your family moved to another state, city, school district, and/or county?
 YES NO
- Do you or anyone in your immediate family currently work, or have worked, in the past three years, in any of the following occupations related to agricultural or fishing work?
 YES NO

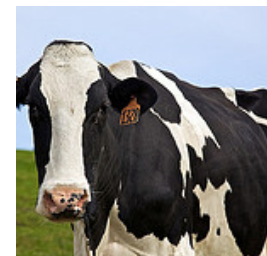
CIRCLE all that apply below, even if the work was only for a short period of time.



Processing & Packing
(fruit, vegetables, chicken, eggs, pork, beef, lamb or other livestock)



Agriculture or Field Work
(planting, picking, sorting crops, soil preparation, irrigation, fumigation)



Dairy & Cattle Raising
(feeding, milking, rounding up)



Nursery or Greenhouse
(planting, potting, pruning, watering, harvesting)



Forestry
(soil preparation, planting, growing, cutting trees)



Fishing & Fish Processing
(catching, sorting, packing, transporting fish)

This form and the data recorded within are protected to maintain family and child confidentiality. If you have any questions, please contact:

Southeast Regional MEP Office
24951 E. US Hwy 50
Pueblo, CO 81006

Cece Garcia - 719-695-2664, Harriet Roman - 719-696-2657, Maria De Lara - 719-696-2658, Amparo Briggs - 719-696-2660



Encuesta Ocupacional del Colorado MEP



Su hijo puede ser candidato para recibir servicios suplementarios gratuitos, como tutoría, transporte y útiles escolares, además de otros servicios. Le agradeceríamos responder las siguientes preguntas para poder determinar su elegibilidad. Una vez contestada, envíela a la escuela o a la oficina regional de MEP que se detalla al pie de la página.

NOMBRE DEL MENOR:		APELLIDO DEL MENOR:		FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:		¿Cuántas personas de menos de 22 años viven en su domicilio?			
CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	
DÍA Y HORA PARA COMUNICARNOS CON USTED:		IDIOMA PREFERIDO:			

- ¿Durante los últimos tres años, su familia se ha cambiado a otro estado, ciudad, escuela, y/o condado?
 SÍ NO
- ¿Usted o alguien de su familia directa está trabajando o ha trabajado durante los últimos tres años, en alguna de las siguientes ocupaciones relacionadas con el trabajo agrícola o pesquero?
 SÍ NO

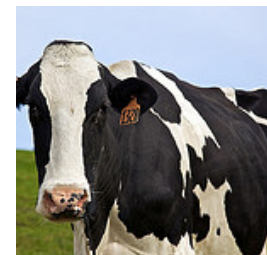
CIRCULE todo lo que corresponda, incluso si el trabajo fue por un período corto.



Procesamiento & Empaquetado
(fruta, vegetales, huevos, carne de pollo, cerdo, res, o cualquier otro tipo de ganado)



Agricultura o Trabajo de Campo
(cosecha, recolección y clasificación de cultivo, preparación del suelo, riego, fumigación)



Lechería & Cría de Ganado
(alimentar, ordeñar, acorralar/arrear)



Vivero o Invernadero
(cultivar, plantar, podar, regar, cosechar)



Silvicultura
(preparación del suelo, cosecha y crecimiento, corte de árboles)



Pesca & Procesamiento de Pescado
(capturar, clasificar, empacar, transportar pescado)

Esta encuesta y los datos registrados en la misma están protegidos para mantener la confidencialidad de la familia y los menores.

Si tiene preguntas, comuníquese a:

Southeast Regional MEP Office

24951 E. US Hwy 50

Pueblo, CO 81006

Cece Garcia - 719-695-2664, Harriet Roman - 719-696-2657, Maria De Lara - 719-696-2658, Amparo Briggs - 719-696-2660