

Formulario de Inscripción de Estudiante - PARTE 1

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL

Apellido del Estudiante		Nombre del estudiante		Segundo nombre del estudiante		Suffix	Grado	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Edad	Ciudad natal			Estado natal	País de nacimiento		
Domicilio Primario del Estudiante (REQUERIDO)					Ciudad		Estado	Código postal	
Dirección de correo del estudiante (si es diferente de la dirección de casa)					Ciudad		Estado	Código postal	
Número de teléfono principal (REQUERIDO) <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo					Numero de telefono secundario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo				
Grupo Étnico (MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			Raza (Marque UNO o MÁS, independientemente de su origen étnico) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico						

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁNES - DEBEN SER LISTADOS EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTACIÓN DE CUSTODIA LEGAL

1	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro:						
CONTACTO ESTA PERSONA <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º	Apellido, Nombre (tal y como aparece en la Licencia de Conducir)				Dirección de correo electrónico			Militar Activo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Lugar de nacimiento		Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal <input type="checkbox"/> Igual que el estudiante				
	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
	Motivo de contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor		

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁNES - DEBEN SER LISTADOS EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTACIÓN DE CUSTODIA LEGAL

2	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro:						
CONTACT THIS PERSON <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º	Apellido, Nombre (tal y como aparece en la Licencia de Conducir)				Dirección de correo electrónico			Militar Activo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Lugar de nacimiento		Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal <input type="checkbox"/> Igual que el estudiante				
	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
	Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor		

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁNES - DEBEN SER LISTADOS EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTACIÓN DE CUSTODIA LEGAL

3	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro:						
CONTACT THIS PERSON <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º	Apellido, Nombre (tal y como aparece en la Licencia de Conducir)				Dirección de correo electrónico			Militar Activo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Lugar de nacimiento		Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal <input type="checkbox"/> Igual que el estudiante				
	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
	Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor			Motivo de Contacto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Profesor		

SCHOOL OFFICE USE ONLY

Start (Enter) Date:	Date Entered in SIS:	Grade:	Teacher:	Student Perm ID#:	Entered into SIS by:
Previously Enrolled in District? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Parent Pick Up	<input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Gifted	<input type="checkbox"/> SpEd/Speech <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Homeless	EdFi ID #:	



Formulario de Inscripción de Estudiante - PARTE 2

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL				
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Grado	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE				
Nombre de la escuela anterior que atendió	¿Ha sido retenido el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si sí, que grado? _____	¿Se ha identificado al estudiante para los Servicios para Dotados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez el estudiante ha asistido a otra escuela en Arizona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, que escuela / distrito? _____	¿El estudiante ha asistido a la escuela en los Estados Unidos en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, que escuela / distrito? _____			
¿Alguna vez el estudiante ha asistido a alguna de las escuelas del distrito de Stanfield Elementary: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique qué escuela, año y grado que asistió: _____				
LISTA DE HERMANOS QUE ASISTEN A CUALQUIER ESCUELA DENTRO DEL DISTRITO ESCOLAR DE STANFIELD ELEMENTARY				
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado		
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado		
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado		
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado		
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado		
INFORMACIÓN DE DISCIPLINA-SUSPENSIÓN / EXPULSIÓN				
¿Ha sido suspendido de la escuela este estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si Sí, Fecha, Razón, Escuela / Distrito		
¿Ha sido expulsado de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si Sí, Fecha, Razón, Escuela / Distrito		
¿Alguna acción ha sido recomendada para este estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si Sí, Fecha, Razón, Escuela / Distrito		
CONTACTOS DE EMERGENCIA ESTUDIANTIL: PERSONAS QUE NO SON PADRES/GUARDIANES - NECESITAN PROPORCIONAR AL MENOS UNO				
Si mi hijo(a) es enviado(a) a casa o debe abandonar la escuela y los intentos de llamarme han fracasado, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo. Entiendo que si el nombre de la persona que toma a mi hijo no aparece en esta lista o la persona no tiene una identificación con foto, mi hijo no será liberado de la escuela a esa persona.				
1 Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Amigo de la familia <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Miembro de la familia 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Trabajador de caso <input type="checkbox"/> Guardería				
Apellido, Nombre (tal y como aparece en la Licencia de Conducir)	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
2 Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Amigo de la familia <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Miembro de la familia 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Trabajador de caso <input type="checkbox"/> Guardería				
Apellido, Nombre (tal y como aparece en la Licencia de Conducir)	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono alternative <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
COMO SUPISTE DE NOSOTROS				
Por favor elige uno <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Familia o Amigo <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Cine <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Other _____				
FIRMA DEL PADRE / TUTOR				
Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Primario de Stanfield a contactar a la (s) persona (s) nombrada (s) en este formulario o formularios actualizados y / o permiso para transportar, prestar ayuda, tratamiento o cuidado que se considere necesario en una emergencia. En caso de que el padre y la otra persona nombrados en cualquiera de los formularios no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela están por la presente autorizados para tomar cualquier acción que sea necesaria en su juicio. No sostendré financieramente responsable al distrito escolar de la atención de emergencia y / o transporte de dicho niño. Certifico que soy un padre con el control legal del niño. Entiendo que es mi responsabilidad contactar al Distrito Escolar Primario Buckeye si deseo cambiar cualquier información en este formulario o revocar mi consentimiento dado aquí.				
Firma del Padre / Tutor:				Fecha:



Autorizacion de los padres para la divulgacion/solicitud de los registros del estudiante

I de acuerdo los derechos de la Familia y la ley de Privacidad de 1974 (PL93-380) y la ley del estado de Arizona (ARS-15-151), Por la presente, autorizo la divulgacion de los expedientes de los estudiantes en el (los) estudiante nombrado (s) en este formulario.

INFORMACION SOLICITADA DE:

INFORMACION PARA SER DIVULGADDA A:

STANFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT #24

515 South Stanfield Rd

Stanfield, AZ, 85172

	Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

INFORMACION SOLICITADA

<input type="checkbox"/>	Todos los Expedientes Academicos	<input type="checkbox"/>	Registros Dotados	<input type="checkbox"/>	Resultados de Las Pruebas
<input type="checkbox"/>	Registros de Asistencia	<input type="checkbox"/>	Vacunas/Registros de Salud	<input type="checkbox"/>	Transcripcion de Calificaciones
<input type="checkbox"/>	Certificado de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	Ultima Boleta de Calificaciones	<input type="checkbox"/>	Formulario de Retiro
<input type="checkbox"/>	Registros de Disciplina	<input type="checkbox"/>	MOWR Estado		
<input type="checkbox"/>	ELL Puntuaciones/Registros	<input type="checkbox"/>	Registros de Educacion Especial		
<input type="checkbox"/>	Otra: _____				

Se REQUIERE el consentimiento por escrito de los padres cuando la solicitud de expedientes estudiantiles involucre a personas, agencias o instituciones ajenas a la escuela.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Signature of School Official: _____

Date: _____



Formulario de Información de Salud

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL				
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Grado	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
HISTORIA MÉDICA - POR FAVOR MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE APLICAN AL ESTUDIANTE ANTERIOR				
<input type="checkbox"/> Artritis: _____	<input type="checkbox"/> Fracturas: _____	<input type="checkbox"/> Fiebra reumática: _____		
<input type="checkbox"/> Asma: _____	<input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza: _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones (epilepsia): _____		
<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: _____	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos: _____	<input type="checkbox"/> Condiciones de la piel: _____		
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento: _____	<input type="checkbox"/> Problema renal: _____	<input type="checkbox"/> Infección estreptocócica: _____		
<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga o del intestino: _____	<input type="checkbox"/> Sarampión: _____	<input type="checkbox"/> Cirugía: _____		
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante: _____	<input type="checkbox"/> Sarampión alemán: _____	<input type="checkbox"/> Amigdalitis: _____		
<input type="checkbox"/> Cáncer / Leucemia: _____	<input type="checkbox"/> Migrañas: _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis: _____		
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar: _____	<input type="checkbox"/> Paperas: _____	<input type="checkbox"/> Fibre de Valle: _____		
<input type="checkbox"/> Varicela: _____	<input type="checkbox"/> Desorden neurológico: _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes: _____	<input type="checkbox"/> Neumonía: _____			
<input type="checkbox"/> Alergias: _____				
<input type="checkbox"/> Otro: _____				
HISTORIA AUDITIVA - POR FAVOR MARQUE TODOS LOS ARTICULOS QUE APLICAN AL ALUMNO ANTERIOR				
<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conocida (proporcione la documentación)			
<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Myringotomy (tubos en las orejas)			
HISTORIA DE LA VISIÓN - POR FAVOR MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE APLICAN AL ESTUDIANTE ANTERIOR				
<input type="checkbox"/> Deficiencia de Color	<input type="checkbox"/> Usa Contactos			
<input type="checkbox"/> Pérdida de visión conocida: <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Usa anteojos			
OTRA INFORMACIÓN DE SALUD				
Nombre del Médico	Teléfono	Hospital		
Cirugías / Hospitalizaciones:				
Otra información de salud:				
FIRMA DEL PADRE / TUTOR				
Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Primario Stanfield a contactar a la persona (s) nombrada (s) en la lista de contactos de emergencia del estudiante en caso de que el padre no pueda ser contactado. En caso de que no se pueda localizar al padre / guardián o persona (s) de contacto de emergencia, se les otorga a los oficiales de la escuela la autorización para transportar, prestar ayuda, tratamiento o cuidado según se considere necesario en una emergencia. No sostendré financieramente responsable al distrito escolar de la atención de emergencia y / o transporte de dicho niño. Certifico que soy un padre con el control legal del niño. Entiendo que es mi responsabilidad contactar al Distrito Escolar Primario Stanfield si deseo cambiar cualquier información en este formulario o revocar mi consentimiento dado aquí.				
Firma del Padre/Tutor: _____				Fecha: _____

Examen de la audición y la visión

Los exámenes de la visión y la audición se lleva a cabo para los estudiantes en sus escuelas de acuerdo con las pautas del Departamento de Educación de Arizona. Debido a la importante conexión entre el logro académico de un estudiante y su visión y audición, se anima a los padres a permitir que su estudiante participe en esta evaluación. Su escuela/centro llevará a cabo exámenes proporcionados bajo la supervisión del Personal Certificados del Distrito Escolar Primaria de Stanfield.

Visión: El examen es realizado por personal certificado sin cargo alguno para el padre. Los niños de 3 años o más recibirán un examen de la visión para la daltonismo, la visión cercana y a distancia, la percepción de profundidad, la convergencia y la alineación de los ojos. Los niños de 6 meses a 3 años recibirán un examen de la vista utilizando SPOT o SureSight Screening Method. Recuerde, el examen de la vista es sólo un examen de detección, no el examen oftalmológico completo que es proporcionado por un médico. No diagnosticamos al niño.

Audiencia: El examen es realizado por personal certificado sin cargo alguno para el padre. Los niños de 3 años o más serán examinados usando el Método de Tono Puro como estándar. Los niños nacidos a 3 años serán examinados utilizando el método de detección OAE como estándar. Recuerde, el examen auditivo es solo una prueba de detección, no un examen audiológico completo proporcionado por un médico. No diagnosticamos al niño.

Se le notificará por escrito si su estudiante no pasa una o más de las exámenes.

Si no desea que su hijo sea examinado este año, por favor llene y regrese al maestro de su hijo.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



Autorización de Medicamentos

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante
-------------------------	-----------------------	-------------------------------

MEDICAMENTOS- POR FAVOR MARQUE LOS MEDICAMENTOS QUE EL ESTUDINTE ARRIBA MENCIONADO PUEDE TOMAR OR NO PUEDE TOMAR EN LA ESCUELA

La enfermera de la escuela o el agente pueden administrar los siguientes medicamentos de venta libre a su hijo en dosis apropiadas para su edad. El permiso por escrito es valido para el año escolar actual.

Acetaminofen o ibuprofeno para dolores leves o fiebra 100	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Pomada antibiotic triple para heridas leves	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Antipuritico para irritaciones menores del piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Visine para la irritacion de los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Pastillas para la garganta el dolor de garganta o la tos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Antacido para molestias gastrointestinales menores	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Orajel para el alivio temporal del dolor de muelas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____
Cormex para el alivio temporal del herpes labial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Iniciales: _____

Por la presente, doy permiso al distrito escolar primario de Stanfield en caso de emergencia cuando ni yo ni mi medico de familia puedan ser contactados para llevar a mi hijo a la sala de emergencias del hospital.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Cuestionario de Servicios para Estudiantes

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL

Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Grado	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	-----------------------	--------------------------------	-------	---

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Su estudiante recibía servicios de educación especial en su escuela anterior? Sí No

¿Recibió su estudiante alojamientos 504 en su escuela anterior? Sí No

¿Su estudiante recibió servicios ELL (Estudiantes de inglés como segunda lengua) en su escuela anterior? Sí No

Si responde no a TODAS las preguntas anteriores, por favor, pare y firme aquí →

Firma del Padre / Tutor:	Fecha
--------------------------	-------

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete la parte inferior de este formulario y firme en la parte inferior

SELECCIONE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL RECIBIDOS O ALOJAMIENTOS 504 RECIBIDOS:

<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples	<input type="checkbox"/> Deterioro Ortopédico	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual leve	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Grave	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual moderada	<input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje	<input type="checkbox"/> 504 Plan: _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad del oído	<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y del lenguaje	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Tiene una copia del IEP actual o del Plan 504? Sí No _____

¿Tiene una copia del Informe actual de Evaluación Psicológica (MET)? Sí No

*** Si tiene copias del IEP actual y del Informe MET, por favor proporcione una copia a la escuela o Servicios para Estudiantes ubicados en la Oficina Central Stanfield Elementary School Office ***

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR QUE ASISTIÓ

Nombre de la escuela anterior	Nombre del distrito		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	

INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES

Dirección del hogar principal del estudiante	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del padre	Número de teléfono primario	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del niño y que la información que he dado arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo la publicación de los archivos de educación especial para el niño mencionado arriba.

Firma del Padre / Tutor:	Fecha
--------------------------	-------



Cuestionario para el programa de McKinney-Vento Act

La intención de este cuestionario es para aplicar el decreto de McKinney-Vento, U.S.C.A. Sección 42 11302(a). Sus respuestas e información nos ayudará a determinar la condición en que reside el/los estudiante(s) para poder ofrecerle(s) mejores servicios.

1. ¿Dónde vive el estudiante actualmente? Marque solo una respuesta:	
<p style="text-align: center;">Sección A</p> <p><input type="checkbox"/> En un motel/hotel</p> <p><input type="checkbox"/> En un refugio para familias necesitadas</p> <p><input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o en un departamento, (debido a una necesidad económica)</p> <p><input type="checkbox"/> Movimiento de un lugar a otro</p> <p><input type="checkbox"/> En un lugar no designado para dormir (ej. Carro, parque campamento)</p> <p>CONTINUE: Si usted marcó una respuesta en esta sección (A), complete #2 y el resto de esta forma.</p>	<p style="text-align: center;">Sección B</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna respuesta en Sección (A) aplica.</p> <p>ALTO: Si marcó esta sección, no necesita completar el resto de la forma. Regrésela a la escuela inmediatamente.</p>
2. El estudiante vive con:	
<p><input type="checkbox"/> Un padre (s) o Guardian (es)</p> <p><input type="checkbox"/> Pariente (s), amigo(s) ú otro(s) adulto(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Solo-sin ningún adulto</p>	<p style="text-align: center;">Escuela:</p> <p><input type="checkbox"/> Stanfield Elementary School (Primaria)</p>

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Edad	Seguro Social # (Si lo tiene)	

OTRA INFORMACION			
Nombre del (os) padre(es)/Tutor(es) legal(es) (si hay alguno)			
<hr/> <hr/>			
Domicilio de casa:	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono:			
Domicilio Postal:	Ciudad	Estado	Código Postal
Persona de contacto de emergencia:			Teléfono

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

SCHOOL USE ONLY
<p>Campus Administrator's determination of Sección A circumstances:</p> <p><input type="checkbox"/> Student lives apart from parent/guardian for school purposes.</p> <p><input type="checkbox"/> Student and parent live with another family-not homeless.</p> <p><input type="checkbox"/> Student comes under the McKinney Act.</p>
<p>Instructions for Registrars:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mark in PEIMS as appropriate. 2. Send questionnaire to campus/district administrator. 3. Questionnaires of qualified students. 4. Discard questionnaires of non-qualifying students. 5. Contact District Liaison.



Solicitud de transporte

Se debe usar un formulario por separado para cada niño que se transporta en cualquier autobús del distrito. Transporte es la responsabilidad del padre o tutor hasta que esta solicitud haya sido aprobada y procesada.

Para cualquier pregunta adicional, no dude en comunicarse con la escuela o el departamento de transporte al 520-424-3353 o 520-424-0238.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL

Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Grado
-------------------------	-----------------------	-------------------------------	-------

1. TRANSPORTE A LA ESCUELA

Solicito que a mi estudiante se le permita viajar en el autobús A la escuela desde la parada de autobús más cercana: (allow 48 hours to process)

Dirección física: (sin partida de correos) _____

Esta dirección representa a los estudiantes: Casa Familia Amigo

Nombre de proveedora de cuidado infantil: _____

SCHOOL USE ONLY

AM Bus #:	Bus Stop:	Pick Up Time:
-----------	-----------	---------------

2. TRANSPORTE DESDE LA ESCUELA

Solicito que a mi estudiante se le permita viajar en el autobús de la escuela a la parada de autobús más cercana:

Dirección física: (sin partida de correos) _____

Esta dirección representa a los estudiantes: Casa Familia Friend

Nombre de proveedora de cuidado infantil: _____

SCHOOL USE ONLY

PM Bus #:	Bus Stop:	Drop off Time:
-----------	-----------	----------------

PREESCOLAR - JARDIN DE INFANCIA – SO ESTUDIANTES DE 1ER GRADO

PS, KG and estudiantes de 1er grado debe estar en la parada del autobús con un adulto autorizado o caminando con un hermano.

Nombre de la persona que se reunirá con el estudiante en la parada del autobús: _____

Esta bien que los estudiantes caminen a casa con sus hermanos: Si No

2ND GRADE THROUGH 8TH GRADE STUDENTS ONLY

A los estudiantes de 2 a 8 grado se le permitira salir de la parada de autobús a menos que se indique lo contrario a continuación.

Está bien que el estudiante camine a casa desde la parada de autobús: Si No

EL PADRE O TUTOR se reunira con el autobús o el estudiante regresara a la escuela: Si No

Nombre de la persona que se reunirá con el estudiante en la parada del autobús: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

SCHOOL USE ONLY

Approved for further review	Principal or Designee:	Date:
<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Disapproved	Transportation Supervisor:	Date:



Formulario de consentimiento para encuestas estudiantiles

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante

Nombre del Estudiante

Encuestas de Estudiantes, requiere notificación anual y consentimiento informado por escrito para el año entero del padre de un alumno para participar en cualquier encuesta administrada de acuerdo con A.R.S. §15-117. Un padre de un alumno puede en cualquier momento revocar el consentimiento para que el alumno participe en cualquier encuesta de acuerdo con la subsección A de §15-117. Todas las encuestas realizadas de acuerdo con la subsección A de §15-117 deben ser aprobadas y autorizadas por el distrito escolar. Un maestro u otro empleado de la escuela no puede administrar ninguna encuesta de acuerdo con la subsección A de §15-117 sin autorización escrita del distrito escolar.

Una encuesta sólo está sujeta a §15-117 si los resultados son retenidos por el Distrito por más de un año, recolecta el nombre del estudiante u otra información identificable, una o más preguntas en la encuesta impactan una o más de las áreas protegidas listadas En el estatuto, y la encuesta no cae bajo una de las excepciones. Un padre puede acordar permitir que un niño participe en algunas encuestas, pero no en otras. Las encuestas recogidas bajo §15-117 no pueden ser divulgadas a terceros sin "des-identificar" los resultados.

Si un padre o estudiante elegible cree que el Distrito está violando el FERPA, esa persona tiene el derecho de presentar una queja con el Departamento de Educación de los Estados Unidos en:

La Oficina de Cumplimiento de Políticas Familiares
Departamento de Educación de los Estados Unidos
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-4605

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

No, mi estudiante no tiene permiso de participar en las encuestas estudiantiles como administrado de acuerdo con A.R.S. §15-117.

Sí, mi estudiante tiene permiso de participar en las encuestas de los estudiantes como administrado de acuerdo con A.R.S. §15-117.

Sí, a mi estudiante se le permite participar en las encuestas seleccionadas A.R.S. §15-117 y ninguna otra.

(Una lista de los tipos de áreas de la encuesta se encuentran a continuación, marque las casillas correspondientes) _____

ÁREAS DE LA ENCUESTA PROTEGIDAS POR A.R.S. §15.117

MARQUE LAS SIGUIENTES ÁREAS DE LA ENCUESTA EN LAS QUE PUEDE PARTICIPAR SU ESTUDIANTE:

Evaluaciones críticas sobre otra persona con quien el estudiante tiene una relación cercana

Afiliaciones políticas / opiniones / creencias

Propiedad de armas o municiones

Información biométrica sobre el alumno

Comportamiento ilegal / antisocial / o auto-incriminatorio

Calidad de las relaciones interpersonales en el hogar

Ingresos u otra información financiera

Prácticas religiosas / afiliaciones / creencias

Las relaciones privilegiadas reconocidas legalmente, es decir, sacerdote, abogado, médico

Auto-suficiencia durante una emergencia / desastre o planes de interrupción de servicios esenciales

Historia / información médica

Comportamiento / actitudes sexuales

Historia / información sobre la salud mental

Historial de votación

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Firma del Padre / Tutor:

Fecha:



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. **¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la *mayoría* del tiempo?**

2. **¿Qué idioma habla el estudiante la *mayoría* del tiempo?**

3. **¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

Nombre del estudiante _____ Distrito Núm. de identificación _____

Fecha de nacimiento _____ SSID _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Distrito o Charter _____

Escuela _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses..

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- _____ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- _____ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- _____ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- _____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- _____ Contrato de renta de casa/residencia
- _____ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- _____ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- _____ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- _____ Talón del cheque de paga
- _____ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- _____ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- _____ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- _____ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares).

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

*Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Actualización anual del estudiante

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido del Estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Grado
1. Manual del estudiante/familia (https://schoolstanfieldaz.schoolinsites.com/handbook)			
Verificó que he revisado el Manual del estudiante/familia de Stanfield de este año escolar y/o doy fe de saber donde puedo encontrar la información que necesito como padre/tutor de un estudiante del distrito de Stanfield.			
Firma Estudiante: _____		Fecha: _____	
Nombre del Padre / Tutor: _____			
Firma del Padre / Tutor: _____		Fecha: _____	
2. Noticias del Distrito y de los Medios			
Los medios a veces cubren eventos en nuestra escuela en los que su hijo puede ser entrevistado, grabado, fotografiado, o grabado en video por los medios o el personal del distrito para una historia en el periodico, el boletin escolar, la radio o la televisión. En algunos casos, las fotos de noticias pueden publicarse en Internet para acceso público. El nombre, la foto o la entrevista de su hijo pueden ser utilizados en publicaciones a nivel de la escuela o del distrito y/o en los medios de comunicación, a menos que usted indique lo contrario.			
_____ Doy permiso para usar la información de mi hijo para el uso de los medios			
_____ No doy permiso para usar la información de mi hijo para el uso de los medios			
Nombre del Padre / Tutor: _____			
Firma del Padre / Tutor: _____		Fecha: _____	
3. Política de uso aceptable - SAS ley de privacidad de los niños			
Al firmar a continuación:			
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptamos y estamos de acuerdo con la política de uso aceptable. (link: https://schoolstanfieldaz.schoolinsites.com/handbook) • Reconocemos que hemos revisado la SAS ley de privacidad de los niños. (link: https://schoolstanfieldaz.schoolinsites.com/handbook) 			
Nombre impreso del estudiante: _____		Grado: _____	
Firma del Estudiante: _____		Fecha: _____	
Nombre del Padre / Tutor: _____			
Firma del Padre / Tutor: _____		Fecha: _____	
SCHOOL USE ONLY			
Payment of \$ _____		received on _____	
(amount)		(date)	
Staff Member Printed Name: _____			
Staff Member Signature: _____		Date: _____	