

Avondale Elementary School District #44 INSTRUCCIONES PARA REGISTRACION

Bienvenidos al Distrito Escolar Primario de Avondale. Para que la registraci3n escolar de su estudiante este completa, la documentaci3n requerida debe ser presentada en la escuela de su hijo(a). Su registraci3n no puede ser procesada hasta que toda la documentaci3n sea revisada en persona por el(la) registrante de la escuela y el(los) padre(s) o el(la) guardi3n legal del estudiante. Nuestras oficinas escolares no pueden procesar paquetes de registraci3n enviados por fax o por correo. Para los estudiantes Pre-escolares que desean ser registrados fuera de los limites de la escuela, por favor contacte a la escuela de preferencia para mas informaci3n. Si usted decide mandar el paquete de registraci3n por correo electr3nico por favor refi3rase a la direcci3n de correo electr3nico en seguida de su escuela de preferencia al fondo de esta pagina.

Correo electr3nico no es un medio de comunicaci3n seguro. Si usted decide someter su paquete de registraci3n por correo electr3nico, usted acepta el riesgo que la informaci3n sometida podr3a ser vista por una persona de tercer partido. **AL SOMETER SU PAQUETE DE REGISTRACION POR CORREO ELECTRONICO, USTED RECONOCE ESTE RIEGSO Y RENUNCIA A SUS DERECHOS RELACIONADOS CON ESA SUMISION BAJO LA LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD FAMILIAR.**
Al firmar este documento, yo consiento a la sumisi3n de mi paquete de registraci3n por correo electr3nico y renuncio a mis derechos relacionados con esa sumisi3n bajo la ley de derechos educativos y privacidad familiar.

Firma de Padre o /Guardi3n legal

Lista de Documentaci3n Requerida:

Acta de Nacimiento certificada por el Estado (si usted no es nombrado en el acta, necesitara obtener documentos legales sobre la custodia del estudiante).

Registros actuales de vacunas

Tarjeta valida de identificaci3n de Arizona, de padre o guardi3n legal.

Documentaci3n de Residencia (Favor de usar la forma de Arizona Residency Documentation como referencia.

Si usted esta compartiendo residencia, favor de imprimir el documento de Residencia Compartida. Este documento debera ser notariado antes de ser entregado a la escuela del estudiante. La persona que llena el formulario de residencia compartida debe venir a nuestra oficina con esta forma , su cuenta actual de gas /electricidad , e identificaci3n v3lida de AZ .

Boleta / Formulario de retiro de la escuela anterior

Copia de IEP, si aplica (documentaci3n si el estudiante estaba recibiendo servicios de educaci3n especial en la 3ltima escuela que asisti3).

LISTA ESCOLAR DE CORREO ELECTRONICO	
Avondale Middle School	amsregister@avondale.k12.az.us
Centerra Mirage STEM Academy	cmregister@avondale.k12.az.us
Copper Trails School	ctregister@avondale.k12.az.us
Desert Star School	dsregister@avondale.k12.az.us
Desert Thunder School	dtregister@avondale.k12.az.us
Eliseo C. Felix School	efregister@avondale.k12.az.us
Lattie Coor School	lcregister@avondale.k12.az.us
Michael Anderson School	maregister@avondale.k12.az.us
Wildflower School	wfregister@avondale.k12.az.us

Avondale Elementary School District #44
SCHOOL REGISTRATION FORM
MAS ECF LC WF DS DT CM CT AMS

Date: _____ <input type="checkbox"/> New Entry <input type="checkbox"/> Re-Entry Red Tag: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Date entered into SMS: _____	Student Assigned to: Teacher _____ Room # _____ Grade _____ Entry Date _____ Entry Code _____	Birth Certificate: _____ Immunization: _____ Proof of Residence: _____ Ethnicity: Is the student Hispanic or Latino? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander
--	---	--

Student's Name:

Last	First	Middle
------	-------	--------

Date of Birth: _____ **Place of Birth:** _____

Street Address: _____ Are you: Buying Renting Other: _____

Number	Street	City	Zip
--------	--------	------	-----

Mailing Address: _____ Home Phone: _____ Message Phone: _____

Number	Street	City	Zip
--------	--------	------	-----

Name of Father/Guardian: _____ Occupation: _____

Last, First _____ Employer: _____

Name of Mother/Guardian: _____ Occupation: _____

Last, First _____ Employer: _____

Mother's Maiden Name: _____ **Father/Mother/Parent/Guardian Email Address:** _____

Parent(s) Marital Status: Single Married Separated Divorced **Child lives with:** _____

If divorced or separated, does the father/mother have permission to sign the child out of school? Yes No

If "No" is marked, please provide court documentation and give name: _____

Did any changes occur over the summer? (examples: Divorce, Separation, Death, etc.): _____

List names and ages of brothers and/or sisters: _____

Last School attended:

Name	Address	Date Entered	Date Withdrawn
------	---------	--------------	----------------

Did the student participate in any of the following programs at the previous school?:

Migrant Bilingual Special Education Speech Gifted Other _____

Please check the appropriate box:

- 1. During the past year I worked only in the State of Arizona.
- 2. During the past year I worked in Arizona, but left for awhile to work in: _____
- 3. During the past year I worked in a state other than Arizona. Name of state: _____

LANGUAGE ASSESSMENT:

What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student? _____

What is the language most often spoken by the student? _____

What is the language that the student first acquired? _____

IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT TO PROVIDE TRANSPORTATION FOR A SICK CHILD.

I have been given a copy of the rules, guidelines and procedures for discipline. _____ (Parent/Guardian initials)

Due to religious beliefs, my child is excused from saluting the flag. _____ (Parent/Guardian initials)

Parent/Guardian Signature

Date

Distrito Escolar Elemental de Avondale #44

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA LAS ENFERMERAS ESCOLARES y CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

⑥ MAS ⑥ ECF ⑥ LC ⑥ WF ⑥ DS ⑥ DT ⑥ CM ⑥ CT ⑥ AMS ⑥ STAR Academy

El cuidado que su hijo/a recibe depende de esta información que se archiva en la oficina de la Enfermera. Una form nueva debe ser actualizada cada año escolar. Además, A.R.S. § 15-802 (B) requiere que los distritos escolares para obtener y mantener documentación verificable de Arizona residencia anualmente.

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	MAESTRO/A
Nombre (Seleccione el tutor el que llamaremos primero)	Domicilio		Cuidad	# de Teléfono	# de Celular	
Padre:						
Madre:						
Guardián:						
Correo Electronico - Padre:	Madre:	Guardian:				
Empleador	Domicilio		Cuidad	# de Trabajo	Ocupación	
Padre:						
Madre:						
Guardián:						

Hijo/a vive con: Ambos padres Madre Padre Otro (especificar) _____

Hermanos y hermanas que viven en casa:

Nombre	Edad	Escuela	Nombre	Edad	Escuela

En su ausencia, nombre dos familiares o amigos quienes serán responsables y puedan recojer a su hijo/a si se lastima o enferma en la escuela:

Nombre	Domicilio	Cuidad	Teléfono/Celular	Relación a el/la Estudiante
1.				
2.				

Doctores que su hijo/a visita (En caso de emergencia extrema, se llamara al 911)

Nombre de Proveedor de Atención Médica	Domicilio	# de Teléfono

¿Esta su hijo/a actualment recibiendo servicios médicos del comportamiento? Si No
 Nombre de Consejero / Psicólogo / Servicios Médicos del Comportamiento _____ # de Teléfono _____

Estudiantes podrán salir solamente con las personas que están autorizadas por los padres o guardianes. Si otras personas que no sean los padres o guardianes, estarán recogiendo a el/los estudiante(s) el nombre de esa persona tiene que estar en la lista indicada en este formulario. **Identificación con foto es requerida cuando la persona llegue a recoger al estudiante. Esto es por la seguridad de su hijo/a.**

¿A dónde va su hijo/a después de clase? Casa Guarderia (nombre de centro) _____
 Niñera (nombre, dirección, #de tel.): _____

¿Cómo se ira su hijo/a? Caminando/Bicicleta Autobus Camion de Guarderia Recogida/o - ¿Quién recogerá a su hijo/a?: _____

Si aplica, ¿quién NO PUEDE sacar a su hijo/a de clases? (Debe proporcionar los documentos legales adecuados: divorcio, separación, custodia)

Seguro Medico: _____ No. ID. _____ Hospital: _____

Historial Medico: Marque los que apliquen a su hijo/a:

Asma Alergias a los alimentos Diabetes Convulsiones ADD/HD Problemas con los ojos, oídos o nariz
 Problema Urinario/Intestinal Accidente/lastimadura serios Dificultad en el habla Problemas del corazón Cáncer
 Otro (por ejemplo: enfermedades frecuentes, hemofilia, dolores de cabeza): _____

Si alguno de los de arriba fue marcado, POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

Favor de anotar los medicamentos actuales: _____ Se necesitan los medicamentos en la escuela? Si _____ No _____ Si es si, por favor pida la Forma de Consentimiento de Medicamentos a la enfermera de la escuela.
 Alérgico a: _____ Usa Lentes: Todo el Tiempo Para Leer Para Distancia

Favor de marcar los medicamentos que su hijo/a puede recibir en la escuela:

Pastillas para la tos/la garganta Tylenol Ibuprofen/Motrin/Advil Benadryl Elixir/Capsulas/Crema/Caladryl Tums/Antiácido

Cualquier otro medicamento que quiera que su hijo/a reciba en las escuelas debe ser proveído en el envase original o envase de receta y debe firmar otro permiso que se puede obtener en la oficina de la enfermera.

Doy consentimiento/permiso para obtener/dar información medica de mi hijo/a a/del doctor/hospital si es necesario.
 Porfavor de llenar y firmar esta forma para poder atender a su hijo/a

Firma del Padre o Guardián _____ Fecha _____



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 representate 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 valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Pasaporte válido de los EE. UU.
- ___ 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.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Distrito Escolar Elemental de Avondale 44
Determinación de Elegibilidad de McKinney-Vento
Cuestionario de Residencia del Estudiante

AMS CM CT DS DT ECF LC MAS STAR WF

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____
 Nombre de Padre/Guardián: _____
 Firma de Padre/Guardián: _____

¿Alguna de las siguientes situaciones aplican a el estudiante?
Por favor marque la respuesta apropiada.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Vive el estudiante (familia) en un hotel o motel? | SI | NO |
| 2. ¿Vive el estudiante (familia) en un refugio?
violencia domestica Hogar Grupo de Emergencia espera de hogar adoptivo | SI | NO |
| 3. ¿Vive el estudiante (familia) en un carro, parque, campamento o lugar publico? | SI | NO |
| 4. ¿Vive el estudiante (familia) en una vivienda que no cumple con las necesidades físicas o psicológicas de la familia que son especificadas en la Declaración Federal McKinney-Vento? (sin servicios de agua, calentón) | SI | NO |
| 5. ¿Vive el estudiante en la residencia de otra familia? | SI | NO |

Si ha contestado SI a la pregunta 5, por favor conteste las siguientes preguntas:

5A—¿Es este arreglo de vivienda debido a dificultades “Marque todas las que aplican”
 económicas perdida de casa refugio temporal

SI NO

5B—Fecha en la cual el arreglo de vivienda comenzó _____

5C—Fecha en la que se espera que el arreglo de vivienda termine _____

6. ¿Es el estudiante menor de 18 años de edad y esta tratando de registrarse sin la compañía de los padres, padres de cuidado temporal/crianza?	SI	NO
---	----	----

Este cuestionario es utilizado con la intención de cumplir con la Declaración 42 U.S.C. 11435 del mejoramiento en la Educación McKinney-Vento. Si alguna de las situaciones mencionadas aplica a su situación, QUIZÁS pueda ser elegible para recibir servicios bajo la Declaración McKinney-Vento de Mejoramiento en la Educación.

He recibido la *Noticia Publica de los derechos de educación para niños/as y jóvenes sin hogar.*

“Información par Padres”

Nombre de Padre/Guardián: _____

Firma de Padre/Guardián: _____

For Office Use Only/ Para el uso de la oficina solamente

Student ID:		Teacher:		Enroll Date:	
SAIS ID:		Grade		Revised By:	

Homeless Liaison Use Only

- Doubled-Up Hotel/Motel Unsheltered/FEMA Sheltered Doubled-Up/Unaccompanied Youth

ENTREGA DE ARCHIVOS

Estamos solicitando la publicación de los siguientes registros para el uso en la prestación de servicios educativos adecuados para el estudiante nombrado a continuación:

Médico: certificado de nacimiento, registros de inmunización:

Educación: formulario de retiro, boletas de calificaciones, transcripciones oficiales, puntajes de exámenes estandarizados, encuesta de lenguaje, informe estudiantil, resultados del Programa de Estudiantes Dotados, y reporte de asistencia.

Información del Programa ELL y Migrant: Información del programa, puntajes de exámenes. Por favor de mandar una copia por fax a: Office of Academic Services FAX: 623-772-5020

Información del Programa de Educación Especial: IEP más reciente, 504, recursos proporcionados. Por favor de mandar una copia por fax a: Director of Exceptional Student Services FAX: 623-772-5090

Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____

Yo autorizo (distrito escolar anterior):

Distrito: _____

Nombre de la Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Michael Anderson School
45 S. 3rd Avenue
Avondale, AZ 85323
(623) 772-5100
(623) 772-5120 FAX

Eliseo C. Felix School
540 E. La Pasada
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-4300
(623) 772-4320 FAX

Desert Thunder School
16750 W. Garfield Ave.
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-4700
(623) 772-4720 FAX

Centerra Mirage School
15151 W. Centerra Dr. South
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-4800
(623) 772-4820 FAX

Desert Star School
2131 S. 157th Ave.
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-4600
(623) 772-4620 FAX

Wildflower School
325 S. Wildflower Dr.
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-5200
(623) 772-5220 FAX

Copper Trails School
16875 W. Canyon Trails
Goodyear, AZ 85338
(623) 772-4100
(623) 772-4120 FAX

Lattie Coor School
1406 N. Central Ave.
Avondale, AZ 85323
(623) 772-4400
(623) 772-4420 FAX

Avondale Middle School
1406 N. Central Ave.
Avondale, AZ 85323
(623) 772-4500
(623) 772-4520 FAX

Entiendo que la información se usara de manera confidencial como se describe en los Derechos Educativos de la Familia y Ley de Privacidad de 1974.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

For Office Use only

1st Request: _____ 2nd Request: _____ 3rd Request: _____

Records Received Date: _____ No Previous Records Request by: _____ Date: _____

FIRMAS Y ACUERDOS DE PADRES/ESTUDIANTES

En un esfuerzo por ser mas amigable con el medio ambiente y mantener los recursos en los salones de clases, AESD publicará el Manual de Padres-Estudiantes 2018-2019 en nuestro sitio web (www.avondale.k12.az.us). Si prefiere recibir una copia imprimida del Manual para Padres-Estudiantes 2018-2019, marque la casilla a continuación.

RECONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA PADRES/ESTUDIANTES

• Nosotros, los firmantes de abajo, hemos leído y acordado respetar las pólizas y procedimientos de la escuela y el Distrito tal como se presentan en el manual para padres/estudiantes. Además, entendemos que somos responsables de todas las Pólizas del Distrito y la Comisión Directiva de AESD. Una copia de las pólizas estará disponible en la oficina del Distrito o en línea en <http://www.azsba.org/>.

• Autorizamos a la escuela y/o al Distrito a entregar, o hacer que se entregue, información y notificaciones sobre nuestro hijo/a, la escuela y/o el Distrito a través de llamadas pregrabadas o con marcación automática. Podemos optar por no participar en cualquier momento notificando a la escuela y/o distrito o siguiendo los procedimientos de exclusión cuando recibimos una llamada. Si seleccionamos cancelar la suscripción, continuaría recibiendo llamadas de asistencia y de emergencia. El mensaje que reciba vendrá de nuestro 'código corto', 67587 y similar al siguiente: "Avondale 44 mensaje. Responda "Y" para suscribirse o "STOP" para cancelar. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de mensajes varían. Visita schoolmessenger.com/txt para obtener información".

Nombre de escuela _____

Nombre del estudiante (imprimir) _____

Firma del padre o guardián _____

Firma del estudiante _____

Numero de Teléfono _____

Correo electrónico de Padre/Guardián _____

Fecha _____

Solicito una copia imprimida del Manual para Padres-Estudiantes 2018-2019 cuando esté disponible: Inglés Español

ACUERDO DE FOTOGRAFÍA, AUDIO, VIDEO Y FACEBOOK/MEDIOS SOCIALES DE AESD

El Distrito Escolar Primario de Avondale (AESD) servirá como agente autorizado para el sitio web del distrito, página de Facebook, medios electrónicos, folletos, radio, televisión, periódicos y boletines informativos. Estos se utilizarán con fines educativos y/o relaciones públicas. (Consulte el directorio de información para estudiantes en la página 11.) He leído y entiendo el acuerdo de Fotografía, Audio, Video y Facebook / Medios Sociales de AESD y autorizo a AESD a utilizar la fotografía, entrevista, video y/o cinta de audio de mi hijo/a antes mencionados para relaciones públicas sobre educación y programas en el Distrito.

Iniciales del estudiante: _____ Iniciales del padre: _____

Si NO QUIERE que su hijo/a sea fotografiado, entrevistado, grabado en video y/o grabado para promover relaciones públicas positivas sobre la educación y los programas en el Distrito, incluyendo en el anuario, inicie aquí: _____

ACUERDO DE USUARIO PARA USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

He leído, entiendo y cumpliré con las disposiciones y condiciones indicadas. Entiendo que cualquier violación de los términos y condiciones anteriores puede resultar en una acción disciplinaria y la revocación de mi uso de los servicios de información.

Nombre del estudiante (imprimir) _____

Firma _____ Fecha _____

Escuela _____ Grado _____

El acuerdo del usuario de un estudiante que es menor de edad también debe tener la firma de un padre o guardián que haya leído y mantenga este acuerdo.

Como padre o guardián del estudiante mencionado anteriormente, ha leído este acuerdo y lo entiendo. Entiendo que es imposible para el Distrito Escolar Primario de Avondale restringir el acceso a todos los materiales controvertidos, y no responsabilizaré al Distrito por los materiales adquiridos mediante el uso de los servicios de información electrónica (EIS). También estoy de acuerdo en reportar cualquier mal uso de EIS a un administrador del Distrito. (El uso indebido puede venir en muchas formas, pero puede verse como mensajes enviados o recibidos que indican o sugieren pornografía, sollicitación no ética o ilegal, racismo, sexismo, lenguaje inapropiado o otros problemas descritos en el acuerdo).

He leído el acuerdo de usuario del servicio de información electrónica y lo he discutido con mi hijo. Acepto toda la responsabilidad de la supervisión si, y cuando, el uso de mi hijo de EIS no se realiza en un entorno escolar. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo use los servicios de información electrónica.

Nombre de Padre o Guardián (imprimir) _____

Firma _____ Fecha _____

*El acuerdo anterior debe ser firmado por el alumno, y el padre, y devuelto al maestro del alumno.
Si no es entrega esta forma, perderá el acceso a los recursos tecnológicos de la escuela.

Pasión y Compromiso por la Excelencia Educativa



Estado de Arizona
Departamento de Educación
Servicios de Aprendizaje del Inglés

Idioma Principal en el Hogar excluyendo el inglés (PHLOTE)
Encuesta sobre el Idioma en el Hogar
(Efectivo el 4 de abril de 2011)

Preguntas en conformidad con R7-2-306(B)(1), (2)(a-c) del Reglamento de la Junta Directiva.

Las respuestas que proporcione a las preguntas siguientes serán usadas para determinar si se evaluará la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

1. **¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante?** _____
2. **¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?** _____
3. **¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?** _____

Nombre del estudiante _____ Núm. de identificación _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de SAIS _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Distrito o Charter _____

Escuela _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the ELL Coordinator/Main Contact on site.

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.

CUESTIONARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL

TODOS los padres que inscriban a sus hijos se les haran las siguiente preguntas verbalmente y se registrarán sus respuestas por debajo. Una vez terminado se le pedirá a los padres firmar y fechar el cuestionario. El miembro del personal que completa el cuestionario también firmará. ***La forma rosada original será remitido al psicólogo de la escuela. Una copia se colocará en el expediente acumulativo del estudiante en la escuela.***

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

___ SÍ ___ NO Mi hijo estaba recibiendo servicios de educación especial en la última escuela que él / ella asistió.

___ SÍ ___ NO Mi hijo recibió servicios de educación especial de otra escuela en el pasado.

___ SÍ ___ NO Creo que mi hijo puede tener una discapacidad que impide que él / ella haga un progreso razonable en la escuela.

Por favor describa el área(s) de la preocupación que tiene sobre el desempeño escolar de su hijo que le lleva a creer que su hijo puede tener una discapacidad.

Certifico que las declaraciones anteriores son correctas:

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Firma de Miembro del Personal

Fecha