



A Community Passionate About Student Success

PROCESO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

FORMA DE INSCRIPCION:

Llene la forma de inscripcion (la parte de enfrente y la parte de atras)

Por favor incluya con quien vive el nino/a y telefonos del trabajo.

Ponga por lo menos el numero de una persona para contactar en caso de emergencia aparte del padre/guardian. (Los Padres/Guardianes siempre son contactados primero).

Despues de llenar toda la informacion, el padre/guardian debe firmar y poner la fecha en la forma de inscripcion. Nosotros tenemos que verificar el ACTA DE NACIMIENTO, 2 COMPROBANTES DE DOMICILIO, y CARTILLA DE VACUNACION.

ENCUESTA DE LENGUAJE EN EL HOGAR:

Hene la forma y incluye su firma y la fecha.

CUESTIONARIO DE DOMICILIO DEL ESTUDIANTE:

Llene la parte de arriba de la forma. Si usted responde si a las preguntas 1 o 2 por favor llene la parte de abajo de la forma con firma y fecha.

REVELACION DEL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE:

Llene la seccion de arriba, incluyendo direcciones y telefonos de escuelas a las que el estudiante ha asistido anteriormente. Tambien llene la seccion de abajo incluyendo la firma y fecha.

APARTE DE LO INDICADO ARRIBA, NOSOTROS NECESITAREMOS LO SIGUIENTE PARA COMPLETAR EL PROCESO DE INSCRIPCION:

Si el estudiante asistio anteriormente a una escuela en Arizona nosotros necesitamos un documento oficial de salida/baja.

Copia certificada del Acta de Nacimiento

Cartilla de Vacunacion

Comprobante de domicilio (2 de cualquiera de los siguientes):

Recibo de la luz, agua, gas, documentos de renta o hipoteca.

Si usted esta viviendo en un hogar de otro familia tambien necesitaremos una declaracion jurada y notariada de domicilio y correspondencia/correo a nombre del padre/guardian con custodia y con el domicilio actual.



Forma De Inscripcion

Nombre Legal del Estudiante
 Apellido _____ 1er Nombre _____ 2o Nombre _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
 Direccion de Correo _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
 Numero de Telefono _____ Celular _____ Correo electronico _____
 Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Ano _____ Sexo _____)

Nombre de la Madre _____ Ocupacion _____
 Nombre del Padre _____ Ocupacion _____
 Guardian Legal _____ Ocupacion _____

Si es separado o divorciado, Quien tiene la custodia legal del estudiante? ___ Se recibieron copias de documentos de corte: Si o No

Especifique con quien vive el estudiante: Madre Padre Madrastra Padrastra Guardian Legal Abuelos

A Fin inscribir a su hijo/a en el Distrito Escolar Buckeye Elementary, es necesario que proporcione documentos que verifican su domicilio tales y como los siguientes. De informarnos que usted no vive en la zona del Distrito Escolar Buckeye Elementary y una investigacion lo confirma, su hijo/a seran dados de baja de la escuela.

Pades/Tutor Firma _____ Employee Verification/Proof _____

Cual idioma se habla principalmente en su hogar sin considerer el idioma que habla el estudiante? _____

Cual idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? _____

Cual Fue el primer idioma que aprendio el estudiante? _____

ETNICO:

Parte 1: Grupo Etnico. Es el estudiante hispano o latino? Parte 1 y Parte 2 deberan ser contestadas.

No, No Hispano or Latino Si, Hispano or Latino

Parte 2: Raza. Que raza es el estudiante?

Indio Americana/Nativo de Alaska Asiatica Africo Americana Nativo de Hawaii/Isleno del Pacifico Blanca

For Office Use Only

Teacher: _____

Date: _____

Entry Date: _____

Grade _____

Enter Code _____

Has child ever been retained? Yes No

Has child ever been expelled? Yes No

Variance/Open Enrollment Yes No

ELL Yes No

School of Attendance

- Bales Buckeye
- Inca Jasinski
- PS Sundance
- WestPark

Bus _____ Walker

Student SAIS # _____

Student ID # _____

Immunizations

Yes No

Certified Birth Certificate

Yes No

Parental Verification

Yes No

Proof of Residency

Yes No

IEP/504 Yes No

Contacto Prioridad – Por favor enumerar los siguientes contactos de Prioridad de hablar, durante tiempo de escuela (este incluye su persona). Tambien, si esta persona tendra permiso a recojer al estudiante e Marque Si or No after P/U.

- | | | | | |
|----------------------------|-------------------|-----------|----------|----------|
| 1) Nombre y Relacion _____ | Phone/Email _____ | P/U _____ | Si _____ | No _____ |
| 2) Nombre y Relacion _____ | Phone/Email _____ | P/U _____ | Si _____ | No _____ |
| 3) Nombre y Relacion _____ | Phone/Email _____ | P/U _____ | Si _____ | No _____ |
| 4) Nombre y Relacion _____ | Phone/Email _____ | P/U _____ | Si _____ | No _____ |
| 5) Nombre y Relacion _____ | Phone/Email _____ | P/U _____ | Si _____ | No _____ |

Por favor anote a los otros miembros de la familia que asisten a esta escuela en el distircto de Buckeye:

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|-----------|
| 1) Nombre y Relacion _____ | Fecha de Nacimiento _____ | Ano _____ |
| 2) Nombre y Relacion _____ | Fecha de Nacimiento _____ | Ano _____ |
| 3) Nombre y Relacion _____ | Fecha de Nacimiento _____ | Ano _____ |
| 4) Nombre y Relacion _____ | Fecha de Nacimiento _____ | Ano _____ |
| 5) Nombre y Relacion _____ | Fecha de Nacimiento _____ | Ano _____ |

Ultima escuela que asistio: _____ Ciudad _____ Estado _____

Telephono _____ Nombre Distrito _____ Nombre del maestro _____

Ha atendido a este distrito anteriormente? Si No Cuando? _____ Que Escuela? _____

Ha atendido a otra escuela en Arizona anteriormente? Si No Cuando? _____ Que Escuela? _____

Por favor marquee todos los programas en los que el estudiante ha formado parte: Dotados Ed Especial Migrante Habla o Lenguaje 504 Bilingue

SI Ed Especial aselectado en el piso de arriba por favor completar siguiente informacion.

Por favor seleccione la categoria de Educacion Especial apropiada: Autismo Retraso de desarrollo mental Inhabilidad Emocional Audicion deteriorada

Inhabilidades Múltiples Debilidad Sensorial Severa de las Inhabilidades Múltiples Restraso Mental Ligero Restraso Mental Moderado Retraso Mental Severo

Otra desabilidad de salud Debilitacion ortopedica Inhabilidad de Aprendizaje Especifica Lesion de Cerebro Traumatica

Debilidad del habla y del lenguaje Debilitacion Visual

Tiene usted copia del IEP actual? Si No

Tiene usted copia de la mas reciente evaluacion Psicoeducacional? Si No

Yo, el infrascrito, doy autorizacion a los oficiales del Distrito Escolar de Buckeye de comunicarse con la(s) persona(s) nombradas en la forma de registro o la forma de revision, y/o permiso esta dado para transporte, ofrecer ayuda, tratamiento o atencion que se juzgue necesario en una emergencia. En el evento de que no puedan comunicarse con las personas nombradas en cualquiera de las formas, los oficiales de la escuela tienen autorizacion de tomar cuallquier accion que se juzgue necesaria en sus opiniones, para la salud de mi nino/a. No voy a mantener al distrito escolar financieramente responsable del cuidado de emergencia y/o transportacion de dicho nino/a. Puedo certificar que soy el padre con control legal del nino/a, guardian legal del nino/a, o que tengo otro documento oficiado por la corte para el control del nino/a. Comprendo que es mi responsabilidad comunicarme con el Distrito Escolar de Buckeye si desco cambiar cualquier

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____



Forma de Informacion de la Salud

Registrado previamente en este distrito? Si No

Nombre del Estudiante _____ **Grado** _____

Domicilio _____

Sexo _____ **Raza** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Madre/Guardian _____ **Cell #** _____ **Trabajo #** _____

Padre/Guardian _____ **Cell #** _____ **Trabajo #** _____

Ha tenido su hijo Varicela? Si No _____ / _____
 Mes Año

Condicion	Si	Comentarios
Alergias (Alimentos, insectos, drogas, latex)		
Alergias (Estacional)		
Asma o problemas para respirar		
ADD/ADHD		
Problemas de la vejiga o del intestino		
Diabetes		
Problemas del Oido		
Condicion del corazón		
Convulsiones		
Cirugias		
Problemas de la Vision		

Describe cualquier otra informacion importante relacionada a la salud de su hijo (Por ejemplo: tubos de alimentacion, audifonos para escuchar, etc...)

Enumere todos los medicamentos de prescripcion, de mostrador, y de hierbas que toma su hijo regularmente:



A Community Passionate About Student Success

STUDENT RECORD REQUEST

Student Legal Name: _____

Date of Birth: _____ Current Grade: _____

Previous School of Attendance Name & Contact Information

School Name: _____

Address: _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____

Fax Number: _____

Requesting School

School Name: _____

Mailing Address: 25555 West Durango Street, Buckeye, AZ 85326

Phone Number: _____

Fax Number: _____

Information Requested:

Permanent record data: Basic identifying data, attendance data, and academic data

General cumulative data: General administrative data and results of group tests

Health Data: General medical data and reports

Specialized student data: Individualized evaluation records and specialized reports (including reports from outside agencies)

Special education placement records: All records of placement if special education

Suspension and/or expulsion records: All records of suspension and/or expulsion

Other:

Parental Consent

I, _____, as the parent of _____
(Parent Name) (Student's Name)

Consent to the release of records listed above to the party named above. I am aware of my rights to review the records and receive a copy at my expense, if I so request.

Parent Signature: _____ Date: _____



A Community Passionate About Student Success

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
(Imprima por favor)

El Distrito Escolar Elemental de Buckeye tiene "Ordenes Permanentes". Esto significa que con su permiso, podremos administrar medicamentos de mostrador a sus hijos. Anualmente requerimos que todos los padres firmen y autorizen la administración de estos medicamentos.

Los medicamentos seran administrados por la Enfermera de la Escuela, Asistente de Salud o la persona designada por la Directora o Director de la Escuela.

Ponga por favor una marca en la caja apropiada al lado de los medicamentos que usted permitiría que su niño recibiera en la Escuela.

- Acetaminophen (Tylenol) para dolores menores o fiebre yes No
- Diphenhydramine (Benadryl) para reacciones alergicas leves yes No
- Pastillas para dolor de garganta o tos yes No
- Ibuprofen (Motrin) para dolores leves o fiebre yes No
- Liquido Antiacido (Mylanta) para dolor de estomago yes No

Esta el estudiante bajo cuidado medico? _____ Si sí, por favor explique: _____

Si el padre/guardian o amigo/ pariente designados no se pueden localizar, doy autoridad por este medio a cualquier hospital o profesional médico para rendir la ayuda inmediata al momento que se requiera para su salud y seguridad. Entiendo que el costo de este servicio sera aceptado por mí.

Firma del Padre o Guardian

Fecha



BUCKEYE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
Migrant Education Program

- 1. Have you worked in agriculture-related jobs...
2. Have you recently moved with your family...
3. Have you left the school district with your family...

If you answered YES to any of the questions, your children may be eligible for services through the Buckeye Elementary School District Migrant Program.

Child's Name
Nombre del Niño/a

School
Escuela

Name of person completing this form
Nombre de la persona que completa esta forma

Mother/Father/Guardian
Madre/Padre/Tutor

Home Phone Number
Número de teléfono en casa

Cell Phone Number
Número de celular

Address
Domicilio



A Community Passionate About Student Success

Cuestionario de Residencia para Estudiantes de BESD

Nombre de la Escuela _____

Nombre el Estudiante _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: ____ Grado: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes Día Año

3. ¿Está el estudiante bajo la categoría de refugiado? Si ____ No ____
Si es así, ¿De qué país? _____ Fecha de vigencia _____

4. ¿Nació el estudiante fuera de los Estados Unidos? Si ____ No ____ . Si es así, el país es _____ Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿Están los padres en el servicio militar de los Estados Unidos? Si ____ No ____

Nombre todas las escuelas que su estudiante asistió por los últimos 3 años.

Año Escolar	Grado	Nombre de la Escuela	Ciudad	Estado	País

El propósito de este cuestionario es de presentar los objetivos bajo el Acta McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante pueda ser elegible de recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo provisional de vivienda? Si ____ No ____

2. ¿Es éste arreglo provisional debido a la pérdida de su casa/ vivienda o debido a algún problema económico (Ejemplo: desempleo)? Si ____ No ____

Si usted contestó SI a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de este formulario.

Si usted contestó NO a estas preguntas, puede terminar aquí.

¿Dónde esta viviendo el estudiante actualmente? (Encierre en un círculo la opción.)

- En un motel
- En un albergue o lugar de refugio
- Con más de una familia en una casa o departamento
- Mudándose de un lugar a otro
- En un lugar que normalmente no es el adecuado para dormir tal como un carro, parque o área de acampar

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

¿Necesitará su hijo transporte si se determina que califica bajo el Acta McKinney-Vento? Sí ____ No ____

Will your child need transportation if it is determined that they qualify for the McKinney-Vento Act? Yes ____ No ____



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.