



Registration Center

**3200 W Cholla St
Phoenix, Arizona 85029**

Phone: 602-896-6950

Hours of Operation
Monday, Tuesday, Thursday, Friday
7:15 a.m. – 5:00 p.m.

Wednesday
7:15 a.m. – 11:30 a.m.
1:30 p.m. – 5:00 p.m.
(Closed 11:30 a.m. – 1:30 p.m.)

Registration Checklist

Required items to bring

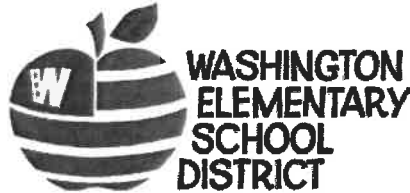
- ◇ Student's original birth certificate
- ◇ Student's current Immunization records
- ◇ Proof of Residency (see Attestation of Arizona Residency form for documents that will be accepted)

Packet Forms

- ◇ Student Information form – filled out, signed and dated
- ◇ Parent & Emergency Contact Information form – filled out, signed and dated
- ◇ Arizona Residency Documentation form – filled out, signed and dated (with Registering student's name on it)
- ◇ PHLOTE Home Language Survey form – filled out, signed and dated
- ◇ Student Health Information form – filled out, signed and dated

Possible additional items to bring

- ◇ Custody documents (if applicable)
- ◇ Approved Open Enrollment form



Centro de Inscripción

3200 W Cholla St
Phoenix, Arizona 85029

Teléfono: 602-896-6950

Horario

lunes, martes, jueves, viernes
7: 15 a.m. – 5:00 p.m.

miércoles
7:15 a.m. – 11:30 a.m.

1:30 p.m. – 5:00 p.m.

(Serado 11:30 a.m. – 1:30 p.m.)

Lista de documentos para inscripción

Se requiere que traigan consigo

1. Acta de nacimiento original certificada del estudiante
2. Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
3. Comprobante de Domicilio (Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)

Formularios de Inscripción

1. Información Estudiantil – completar y firmar el formulario
2. Información de Padre/Madre y Contactos de Emergencia – completar y firmar el formulario
3. Formulario de Documentación de Residencia de Arizona – completar y firmar el formulario (incluya el nombre del estudiante que esta inscribiendo)
4. PHLOTE Encuesta sobre el Idioma en el Hogar – completar y firmar el formulario
5. Información Médica Estudiantil – completar y firmar el formulario

Documentos adicionales que pudiese necesitar

- Documentación de guardián/custodia (si corresponde)
- Inscripción Abierta aprobada por el director de la escuela



Student Information

FOR OFFICE USE ONLY	
Student #	
State ID#	
Projected Entry Date/Code	/
Actual Entry Date	

Due entered into Synergy:

Student

Legal Last Name: _____ First: _____ Middle: _____

Gender: M F Grade: PS KG 01 02 03 04 05 06 07 08

Date of Birth: ____/____/____ Name Student Goes By: ____/____/____
Month / Day / Year (If different than legal name) (Last) (First)

State of Birth: _____ Country of Birth: USA Other _____ Entry Date to USA: _____
(If country of birth is other than USA)

SELECT AT LEAST ONE RACE regardless of ethnicity

Race: Black White Asian American Indian or Alaskan Native Native Hawaiian or Pacific Islander

Ethnicity: Hispanic/Latino NO YES

FOR OFFICE USE ONLY - 506 FORM

Sent Home In Synergy
 No Number

Does your child claim any American Indian tribal affiliation? NO YES
(If yes, please complete a 506 form)

Last School Attended: _____ State: _____ Grade Level Attended: _____

Was last school attended? Public Charter Indian Reservation School Private Parochial Home Schooled

Has student ever attended any school in Arizona? NO YES

Has student ever attended a Washington School District School? NO YES School _____ Grade(s) _____

HAS STUDENT EVER:	FOR OFFICE USE ONLY - SPED
Received Special Education services? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES explain: _____	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> Docs
Received Gifted services? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES explain: _____	<input type="checkbox"/> Saved
Received ELL or Bilingual services? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES explain: _____	<input type="checkbox"/> WESD SpEd Docs in Synergy
Been or in the process of being expelled? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES explain: _____	<input type="checkbox"/> Resource <input type="checkbox"/> Self-Contained

LIST THE NAMES OF ALL BROTHERS AND SISTERS OF THIS STUDENT FROM PRESCHOOL THROUGH GRADE 8:

Name	Grade	School	Lives with enrolling child
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES

RESPONSES TO THESE STATEMENTS WILL BE USED TO DETERMINE WHETHER YOUR CHILD WILL BE ASSESSED FOR ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY.

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

What is the language most often spoken by the student? English Other language: _____

What is the language that the student first acquired? English Other language: _____

Court Ordered Custody Information (Documentation Required)	FOR OFFICE USE ONLY
Custody of Student: <input type="checkbox"/> Joint <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> DCS	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Legal Docs (Court, Notice to Provider)
	<input type="checkbox"/> Unofficial Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given
	<input type="checkbox"/> N/A

The District honors all current court orders or decrees pertaining to custody situations. It is the responsibility of adults having custody of a student to submit to the school a current certified copy of the effective court order or decree.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____



Escuela _____

Información Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student #	Due entered into Synergy:
State ID#	
Projected Entry Date/Code	
Actual Entry Date	

Estudiante Apellido(s) Legal: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Género: M F Grado: PS KG 01 02 03 04 05 06 07 08

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nombre común usado por el estudiante: ____/____/____
Mes / Día / Año (Si es diferente al nombre legal) (Apellido) / (Nombre)

Estado de nacimiento: _____ País de nacimiento: USA Otro Fecha de entrada a los EE. UU.: _____
(Si el país de origen no Estados Unidos de América)

POR LO MENOS SELECCIONE UNA DE LAS RAZAS sin importar la etnicidad

Raza: Negra Blanca Asiática Indígena Americana o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o Islas de Pacífico
 Etnicidad: Hispano/Latino NO SÍ

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - 506	
<input type="checkbox"/> Sent Home	<input type="checkbox"/> In Synergy
<input type="checkbox"/> No Number	

¿Es su hijo(a) parte de una afiliación tribal Indígena Americana? NO SÍ
(Si la respuesta es sí, complete un formulario 506)

Escuela de Asistencia Anterior: _____ Estado: _____ Nivel de Grado: _____
 La escuela a la cual asistió previamente era: Pública "Charter" En la Reservación Indígena Privada Parroquial Educado en Casa

¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el estado de Arizona? NO SÍ

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington? NO SÍ Escuela _____ Grado(s) _____

¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE:	SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED
ha recibido Educación Especial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ explique: _____	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> Docs <input type="checkbox"/> Saved <input type="checkbox"/> WESD Sped Docs in Synergy <input type="checkbox"/> Resource <input type="checkbox"/> Self-Contained
ha recibido Servicios Dotados? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ explique: _____	
ha recibido Servicios de ELL o Bilingües? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ explique: _____	
ha estado expulsado o en proceso? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ explique: _____	

ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS DE ESTE ESTUDIANTE DESDE PREESCOLAR HASTA EL OCTAVO GRADO:

Nombre	Grado	Escuela	Vive con el niño(a) inscrito
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

LAS RESPUESTAS A ESTAS DECLARACIONES SE USARAN PARA DETERMINAR SI SU HIJO(A) SE EVALUARÁ EN LA CAPACIDAD DEL LENGUAJE DE INGLES.

¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? Ingles Otro idioma: _____

¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? Ingles Otro idioma: _____

¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? Ingles Otro idioma: _____

Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)	SÓLO PARA USO DE LA OFICINA
Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DCS	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given <input type="checkbox"/> Legal Docs (Court, Notice to Provider) <input type="checkbox"/> Unofficial Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given <input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> Otro _____	

El Distrito honra todas las órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuela una copia certificada de la orden de la corte o decreto.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

STUDENT(S) PRIMARY ADDRESS - Address where the student(s) live on most school days:

Home Address: _____ Apt. _____ City: _____ Zip Code: _____

Mailing Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

(IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS)

PARENT/GUARDIAN landline, cell phone numbers and email addresses will be used for automated messages regarding attendance and notifications from the school or district.

PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S)	1) Relationship to student (check one) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other: Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Lives with enrolling child: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
	Last Name _____ First Name: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (IF DIFFERENT THAN STUDENT'S PRIMARY ADDRESS)
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext. _____
	2) Relationship to student (check one) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other: Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Lives with enrolling child: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
	Last Name _____ First Name: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (IF DIFFERENT THAN STUDENT'S PRIMARY ADDRESS)
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext. _____
	3) Relationship to student (check one) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other: Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Lives with enrolling child: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
	Last Name _____ First Name: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (IF DIFFERENT THAN STUDENT'S PRIMARY ADDRESS)
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext. _____
	4) Relationship to student (check one) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other: Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Lives with enrolling child: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
	Last Name _____ First Name: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (IF DIFFERENT THAN STUDENT'S PRIMARY ADDRESS)
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext. _____

DAY CARE PROVIDER - List the provider who can pick up your child after school:

Day Care Provider Name: _____ Phone: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

EMERGENCY CONTACTS - List individuals other than Parent(s)/Guardian(s) who can pick up and provide temporarily care for your children in case of emergency:

1) Name: _____ Relationship to student: _____
 Cell Phone: _____ Work Phone: _____ Landline: _____

2) Name: _____ Relationship to student: _____
 Cell Phone: _____ Work Phone: _____ Landline: _____

3) Name: _____ Relationship to student: _____
 Cell Phone: _____ Work Phone: _____ Landline: _____

ADDITIONAL CONTACTS, IF NEEDED, MAY BE PROVIDED TO THE SCHOOL OFFICE.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **Date:** _____

DOMICILIO PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE(S) - Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares:

Domicilio Residencial: _____ # Apt. _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Domicilio para Correo: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL)

PADRE/TUTOR Teléfono de casa, celular y correo electrónico serán usados para mensajes automáticos relacionados con asistencias y notificaciones de la escuela o del Distrito.

PADRES O TUTORES LEGAL	1) Relación al estudiante (marque una) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padreastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Apellido: _____ Nombre: _____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE)
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____
	Empleador: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____
	2) Relación al estudiante (marque una) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padreastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Apellido: _____ Nombre: _____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE)
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____
	Empleador: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____
	3) Relación al estudiante (marque una) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padreastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Apellido: _____ Nombre: _____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE)
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____
	Empleador: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____
	4) Relación al estudiante (marque una) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padreastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Apellido: _____ Nombre: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE)	
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Empleador: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____	

GUARDERÍA – Escriba el nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela:

Nombre de la Guardería: _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

CONTACTO EMERGENCIA – Escriba los nombres de las personas aparte de los Padres/Guardianes que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a) en caso de una emergencia:

1) Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de CASA: _____

2) Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de CASA: _____

3) Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de CASA: _____

SI HUBIESE LA NECESIDAD DE AÑADIR CONTACTOS ADICIONALES, PUEDE CONTACTAR A LA OFICINA DE LA ESCUELA.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **Fecha:** _____



ARIZONA RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Including enrolling student(s), list all school age siblings living at the address on the proof of residency document:

Enrolling student: _____ District: W.E.S.D. #6

Student: _____ District: W.E.S.D. #6

Student: _____ District: W.E.S.D. #6

Student: _____ District: W.E.S.D. #6

Parent/Legal Guardian _____
PRINT NAME

As the Parent/Legal Guardian of the Student(s), I attest that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following **document that displays my name and residential address** or physical description of the property where the student(s) reside(s):

- ___ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- ___ Real estate deed or mortgage documents
- ___ Property tax bill (*most recent*)
- ___ Valid Residential lease or rental agreement (*signed by both landlord & tenant*)
- ___ Arizona Section 8 agreement (*issued by City government*)
- ___ Water, electric, gas, cable, or phone bill (*most recent and using the service address*)
- ___ Bank or credit card statement (*most recent*)
- ___ W-2 wage statement (*most recent*)
- ___ Payroll stub (*most recent*)
- ___ Certificate of tribal enrollment or other identification issued by a recognized Indian tribe that contains an Arizona address.
- ___ Documentation from state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security) – (*most recent*)
- ___ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN

DATE

FOR OFFICE USE ONLY

Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card McKinney-Vento

REVISED 19 OCTOBER 2016



FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

Incluyendo al estudiante(s) inscrito, escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:

Inscribiendo estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Padre/Guardián Legal _____

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante**:

- ___ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- ___ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- ___ Factura de impuesto de propiedad (*el más reciente*)
- ___ Acuerdo de alquiler o arrendamiento (*firmado por el propietario y el inquilino*)
- ___ Arrendamiento Sección 8 del estado de Arizona (*emitido por el gobierno municipal*)
- ___ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono (*el más reciente y usando la dirección del servicio*)
- ___ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito (*el más reciente*)
- ___ Declaración de salario W-2 (*el más reciente*)
- ___ Talón de pago (*el más reciente*)
- ___ Certificado de inscripción tribal u otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- ___ Documentación de agencias del gobierno estatal, tribal o federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) – (*el más reciente*)
- ___ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que he establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

PARA USO DE LA OFICINA

Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card McKinney-Vento

REVISED 19 OCTOBER 2016



State of Arizona
Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

**Primary Home Language Other Than English (PHLOTE)
Home Language Survey**
(Effective April 4, 2011)

These questions are in compliance with Arizona Administrative Code, R7-2-306(B)(1), (2)(a-c).

Responses to these statements will be used to determine whether the student will be assessed for English Language Proficiency.

1. What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student? _____
2. What is the language most often spoken by the student? _____
3. What is the language that the student first acquired? _____

Student Name _____ Student ID _____

Date of Birth _____ SAIS ID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter Washington Elementary School District #6

School _____

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.



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 Washington Elementary School District #6

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.



Student Health Information

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID # _____

School: _____

Compliant immunization record in Synergy

McKinney Vento

Legal Last Name: _____ First Name: _____ Middle: _____

Grade: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____ Last School Attended: _____
month / day / year

Does the student have medical insurance? NO YES

Name of Insurance Company: _____

Is the student presently taking medication? NO YES (Specify) _____

Will medication need to be administered at school? NO YES (If yes, see Health Office for procedures and forms.)

Does the student wear glasses? NO YES Does the student wear contact lenses? NO YES

Does the student require a special diet due to a life-threatening food allergy? NO YES
(If yes, see Health Office for procedures and forms.)

Does the student have a disability that requires a special diet? NO YES
(If yes, see Health Office for procedures and forms.)

Does the student have problems with hearing? NO YES If yes, does student use hearing aids? NO YES

Check conditions that apply to your child and explain below:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Food Allergy |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Nose or Throat conditions |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Vision/Eye condition |
| <input type="checkbox"/> Chronic headaches | <input type="checkbox"/> Heart condition |
| <input type="checkbox"/> Seizure/Convulsive disorders | <input type="checkbox"/> Kidney/Urinary tract condition |
| <input type="checkbox"/> Stomach/Digestive condition | <input type="checkbox"/> Hearing/Ear condition |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Other, (specify) _____ |

Please explain conditions marked above: _____

Please list other medical/health conditions that might limit the student's activities at school.

In case of accident or illness, I request that the school contact me. If the school is unable to reach me, or any of the emergency contacts that I have provided, the school may make whatever arrangements are necessary.

Depending on the situation, the parent/guardian of the student, not the school, may be responsible for expenses incurred.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____



Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Student ID # _____

School: _____

Compliant immunization record
in Synergy

McKinney Vento

Apellido Legal: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Escuela de Asistencia Anterior: _____
Mes / Día / Año

¿Tiene el estudiante seguro médico? NO SÍ

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

¿Está tomando actualmente el estudiante medicamentos? NO SÍ (Especifique) _____

¿Será necesario administrar medicamento en la escuela? NO SÍ (Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante? NO SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante? NO SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida? NO SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial? NO SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas? NO SÍ Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva? NO SÍ

Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Alergias a Comestibles |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Condiciones Nasales o de la Garganta |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Condición de Visión/Ojo |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Ataque/Convulsivo | <input type="checkbox"/> Condición de los Riñones /Urinaria |
| <input type="checkbox"/> Condición Estomacal /Digestiva | <input type="checkbox"/> Condición Auditiva/Oído |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____ |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: _____

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN _____ **FECHA** _____