



Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar Washington #6

# Información Estudiantil

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Student # \_\_\_\_\_  
SAIS ID # \_\_\_\_\_  
Teacher # /Name \_\_\_\_\_  
Entry Date/Code \_\_\_\_\_  
Leave Date/Code \_\_\_\_\_

Black Date Stamp Initials

(Favor de usar tinta negra solamente y escribir claramente)

Apellido legal: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre común usado por el estudiante:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Si es diferente al nombre legal) (Apellido) (Nombre)  
Mes / día / año

Dirección: \_\_\_\_\_ # Apt \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(Correo)

Dirección: \_\_\_\_\_ # Apt \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(Residencial-si es diferente a la dirección de correo)

Teléfono en casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Disponible  Privado  
(Número de contacto principal) – Este número se usará para mensajes telefónicos automáticos en cuanto a la asistencia e información escolar o del Distrito.

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento:  USA  Otro \_\_\_\_\_ Fecha de entrada a los EE.UU.: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Nativo Americano/Nativo de Alaska (Complete un formulario 506.)  Asiático/Isleño Pacífico  Hispano  
 Afro Americano  Blanco (marque solo uno)  
¿Es su hijo(a) parte de una afiliación tribal?  NO  SÍ (complete un formulario 506) – Nombre de la Tribu: \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia Anterior: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

La escuela a la que asistió previamente era:  Pública  Parroquial  Privada  Escuela "Charter"  Escuela en la casa

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington?  NO  SÍ Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Ha sido el estudiante expulsado alguna vez?  NO  SÍ ¿Está en el proceso de ser expulsado?  NO  SÍ

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Educación Especial?  NO  SÍ Si respondió SÍ, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el estudiante Servicios para los Dotados?  NO  SÍ Si respondió SÍ, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el estudiante servicios de ELL o Bilingües?  NO  SÍ Si respondió SÍ, explique: \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de todos los hermanos de este estudiante hasta el octavo grado:

	Nombre	Grado	Escuela
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Las respuestas a estas declaraciones se usarán para determinar si su hijo(a) se evaluará para Pericia del Lenguaje de Inglés.

Idioma principal hablado en la casa es:  inglés  Otro El otro idioma es \_\_\_\_\_

Idioma hablado más frecuentemente por el estudiante:  inglés  Otro El otro idioma es \_\_\_\_\_

Primer idioma adquirido por el estudiante:  inglés  Otro El otro idioma es \_\_\_\_\_

Complete el otro lado de este formulario

# Información de Padres/Guardianes

**Información sobre la madre:**  Sra.  Srta. Email: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

.....  
**Información sobre el padre:** Email: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

.....  
**Información sobre el guardián legal/otro:** Guardián Legal  Padrastra/Madrastra  Otro

Apellido  Sr.  Sra.  Srta. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

.....  
**Custodia del estudiante:**  Ambos padres  Madre  Padre  Estado  Provisional  Otro  
(Se Requiere Documentación)

**El estudiante vive con:**  Ambos padres  Madre  Padre  Guardián  
 Padres Adoptivos  Estado  Provisional  Otro \_\_\_\_\_

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA
<input type="checkbox"/> Custody Papers
<input type="checkbox"/> Foster Care
<input type="checkbox"/> Other _____
Exp. Date _____

.....  
Escriba los nombres de las personas aparte de los padres/guardianes que pueden recoger y provisionalmente cuidar a su hijo(a) sin permiso escrito o se pueden contactar en un caso de emergencia:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado Diario: Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Información Médica Estudiantil

(Favor de usar tinta negra solamente)

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Student # \_\_\_\_\_

Entry Date \_\_\_\_\_

Teacher #/Name \_\_\_\_\_

Apellido legal: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Escuela de asistencia anterior: \_\_\_\_\_  
Mes / día / año

¿Está tomando el estudiante medicamentos de los cuales la escuela debería estar informada?  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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                          | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conocida          |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Problemas de vista/ojos            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico           | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca                 |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                      | <input type="checkbox"/> Condición de los riñones /urinario |
| <input type="checkbox"/> Condición del estómago /digestiva | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          |   |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de escribir otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el caso de un accidente o enfermedad, solicito que la escuela me llame. Si la escuela no se puede poner en contacto conmigo, o con los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer los arreglos que se consideren necesarios. Los padres/guardianes del estudiante, no la escuela, serán responsables de los gastos incurridos.

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # Póliza \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Washington Elementary School District #6

# Prueba de Domicilio

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

Dirección de los Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Para inscribir a su(s) hijo(s) en el Distrito Escolar Wáshington, se deberán proveer documentos indicando la dirección de su domicilio. Esta prueba de domicilio puede ser mostrado con la siguiente documentación:

1. Contrato de alquiler.
2. Contrato de compra / depósito o declaración anual de impuestos.
3. Factura de electricidad con su dirección actual.
4. Una declaración del dueño /inquilino indicando:

- a. los nombres de las personas que viven con el dueño /inquilino.
- b. tiempo anticipado de residencia con tal dueño/inquilino.

Yo, juro/confirmando que la información en este formulario es precisa.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

**Favor de ser avisado:** Si se reporta que usted no vive en el Distrito Escolar Wáshington y si una investigación indica la falta de domicilio, su hijo podrá ser retirado de la escuela.

*Esta sección deberá ser completada por el personal de la escuela:*

1. \_\_\_\_\_  
(Documento mostrando prueba de domicilio)

2. \_\_\_\_\_  
(Fecha de ocupación)

3. \_\_\_\_\_  
(Dirección actual si es diferente a la que se escribió en este papel)

Firma del Empleado

## 2010-2011 Arizona School Immunization Requirements

### Parents:

1. Children must have proof of all required immunizations, or valid exemption, in order to attend the first day of school. Arizona law allows exemptions for medical reasons, laboratory evidence of immunity and personal beliefs. Exemption forms are available from schools and at [www.azdhs.gov/phs/immun/idr\\_forms](http://www.azdhs.gov/phs/immun/idr_forms). Homeless students are allowed a 5-day grace period.
2. The record for each vaccine dose must include the date and name of doctor or clinic.
3. The statutes and rules governing school immunization requirements are:  
Arizona Revised Statutes 15-871 - 874; Arizona Administrative Code, R9-6-701 - 708.
4. Check requirements for your child's age and grade level in the chart below.

Age →	Under age 7	7 - 10 years	11 years and older	11 years and older
Grade →	Kindergarten and above	Kindergarten-5 <sup>th</sup> grades	<u>6<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, &amp; 8<sup>th</sup> Grades Only</u>	9th-12th grades
Vaccine ↓				
DTaP/DTP/DT	4-5 doses At least 1 dose at 4 years of age or older is required. A 6th dose is needed if 5 doses have been given before 4 years of age.	History of 4 DTaP or a total of 3 tetanus & diphtheria doses given after 12 months of age.	<b>1 Tdap dose</b> is required when <b>5 years</b> have passed since the last DTaP, DTP, DT or Td. Students starting or finishing the first 3 tetanus & diphtheria doses must receive only 1 Tdap as part of the 3-dose series.	Students who have not already received Tdap are required to receive <b>1 Tdap</b> dose when <b>10 years</b> have passed since the last DTaP, DTP, DT, or Td. Students starting or finishing the first 3 tetanus & diphtheria doses must receive only 1 Tdap as part of the 3-dose series.
Td				
Tdap				
Meningococcal			<b>1 dose</b>	1 dose recommended Not required in 2010-2011 school year.
Polio	3-4 doses 3 doses meet the requirement if the third dose was given at 4 years or older. 4 doses meet the requirement even if all 4 doses were given in the first year of life.			
MMR	2 doses A third dose will be required if the first dose was given before 12 months of age.			
Hepatitis B	3 doses A fourth dose will be required if the third dose was given before 24 weeks of age.			
Varicella	1 dose if given before 13 years of age 2 doses if first dose was given at 13 years of age or later Varicella vaccination, or history of chicken pox disease, is <u>required</u> for grades Kdg through 12 <sup>th</sup> .			