



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.

(Cerrado 11:30 a.m. – 1:30 p.m.)

Lista de documentos para inscripción

NO PODEMOS MANTENER EXPEDIENTES INCOMPLETOS

Se requiere que traigan consigo

1. Acta de nacimiento original certificada del estudiante
(Los estudiantes de Kindergarten deben haber nacido el 31 de agosto de 2016 o antes.)
2. Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
3. Comprobante de Domicilio
(Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)
4. Identificación de los padres / tutor

Formularios de Inscripción **UTILICE SÓLO TINTA AZUL O TINTA NEGRA**

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. 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



(ESCUELA)
Información Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA
Synergy Student ID#
Projected Entry Date/Code
Actual Entry Date

NOMBRE LEGAL: (APELLIDOS) / (PRIMER NOMBRE) / (SECUNDO NOMBRE)

GÉNERO: F M FECHA DE NACIMIENTO: (MES) / (DÍA) / (AÑO) ESTADO DE NACIMIENTO:

GRADO PS 04 KG 05 01 06 02 07 03 08 PAÍS DE NACIMIENTO: USA Otro

FECHA DE ENTRADA A LOS EE. UU.:

(SI ES DIFERENTE AL NOMBRE LEGAL)

(SI EL PAÍS DE ORIGEN NO ES ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

NOMBRE COMÚN USADO: (APELLIDOS) / (PRIMER NOMBRE)

RAZA - POR LO MENOS SELECCIONE UNA
Negra
Blanca
Asiática
Indígena Americana o Nativo de Alaska
Nativo de Hawái o Islas de Pacifico

ETNICIDAD - SELECCIONE UNA RESPUESTA
¿Hispano/Latino? NO SÍ

¿Su familia afirma tener alguna afiliación tribal indígena americana? NO SÍ
(SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE UN FORMULARIO 506)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - 506
Sent Home In Synergy
No Number

Escuela de Asistencia Anterior: Estado: Nivel de Grado:
La escuela a la cual asistió previamente era: Publica Chárter 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:
ha recibido Educación Especial? NO SÍ explique:
ha recibido Servicios Dotados? NO SÍ explique:
ha recibido Servicios de EL o Bilingües? NO SÍ explique:
ha estado expulsado, suspendido a largo plazo o en proceso? NO SÍ explique:
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED
No Docs Docs
Saved
WESD Sped Docs in Synergy
Resource Self-Contained

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

Table with 4 columns: Nombre, Grado, Escuela, Vive con el niño(a) inscrito. Rows 1, 2, 3.

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

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: X FECHA:

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: _____ / _____ / _____
 (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

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.

*****SOLOMENTE PADRES O TUTORES LEGALES*****

1)	Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Género: <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 - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / _____ CUIDAD / ESTADO / _____ CÓDIGO POSTAL	
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	
2)	Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Género: <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 - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / _____ CUIDAD / ESTADO / _____ CÓDIGO POSTAL	
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	
3)	Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Género: <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 - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / _____ CUIDAD / ESTADO / _____ CÓDIGO POSTAL	
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	
4)	Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Género: <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 - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / _____ CUIDAD / ESTADO / _____ CÓDIGO POSTAL	
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	

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: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES - 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: _____



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
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ___ 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)*
- ___ 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 (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– *(el más reciente)*
- ___ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)
- ___ 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 yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuestos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.



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 aprendizices 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 _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	Washington Elementary School District

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)



Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student ID# _____	
School: _____	
<input type="checkbox"/> Compliant immunization record in Synergy	
<input type="checkbox"/> Awaiting McKinney Vento eligibility	<input type="checkbox"/> Non-compliant immunization(s) CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Grado: _____

¿Tiene el estudiante seguro médico? NO SÍ Nombre de la Compañía de Seguro: _____

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

¿Si respondió sí, 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 (Informar la oficina de salud antes que el estudiante comience la escuela.) | <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 _____