

Documents Needed for Students Registration
In the Saddle Mountain Unified School District

Students must be registered by their parents. A legal guardian must provide court documentation.

It is the sole responsibility of the parent to obtain and provide the following applicable documentation:

1. Certified Birth Certificate
2. Immunization record
3. Proof of residency; 30 Days current (rent, purchase agreement, APS, water or gas bill with your name and address on it.) If your family has moved in with someone, you must complete a Shared Residency Affidavit.
4. Official Notice of Pupil Withdrawal form (if previously enrolled in an Arizona school)
5. Court ordered custodial documents (if applicable)
6. Valid Driver's License/Picture ID

Documentos Necesarios para Inscribir Estudiantes
en la Distrito de Saddle Mountain Unified School District.

Los estudiantes deben de ser inscritos por uno de sus padres. El tutor legal tiene que proveer documentos de la corte.

El padre/madre tiene que proveer la siguiente información. Es la responsabilidad de los padres para obtener esta información.

1. Acta de Nacimiento
2. Boleta de Vacunación
3. Prueba de residencia dentro del distrito escolar (recibo de renta, recibo de una compra mayor, recibo de luz, agua o gas butano con su nombre y dirección en ellos...) Si su familia está viviendo con alguien más, necesitas debe completar una Declaración Jurada de Residencia Compartida.
4. Notificación Oficial de que el estudiante fue dado de baja (si anteriormente estuvo inscrito en otra escuela en Arizona).
5. Documento de Custodia legal de la corte (si aplica).
6. Licencia de Manejar valida/Identificación con foto.

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO SADDLE MOUNTAIN #90 – FORMULARIO DE MATRICULACIÓN ESTUDIANTIL****INFORMACIÓN DEL(LA) ESTUDIANTE – POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA – El nombre del(la) estudiante debe estar escrito como aparece en el Acta de Nacimiento.**

Apellido Legal del(la) Estudiante	Primer Nombre Legal del(la) Estudiante	Segundo Nombre del(la) Estudiante	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRADO
Domicilio Residencial	Ciudad/Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento	
Domicilio Postal (si es diferente al anterior)	Ciudad/Estado	Código Postal	Estado de Nacimiento:	
País de Nacimiento: <input type="checkbox"/> E.U. <input type="checkbox"/> Otro:				

¿Ha recibido alguna vez su hijo(a) Servicios de Educación Especial? Sí No ¿Tiene su estudiante un IEP actual? Sí No

Plan de Servicios 504 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios para Superdotados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios ELL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios de Habla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su estudiante algún desafío o discapacidad?
--	--	--	---	--

¿Ha repetido alguna vez su hijo(a) el año escolar? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué grado?

¿Es este estudiante Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Antecedentes de Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
--	---

Enumere a sus hermanos/hermanas que asisten a la escuela en nuestro Distrito:	El(la) estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Mamá solamente <input type="checkbox"/> Papá solamente <input type="checkbox"/> Mamá y Padrastro <input type="checkbox"/> Papá y Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor
---	---

INFORMACIÓN DEL PADRE(MADRE)/TUTOR DEL(LA) ESTUDIANTE – POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA

Apellido de la Madre/Tutor del(la) Estudiante	Nombre de la Madre/Tutor del(la) Estudiante	Teléfono del Hogar: Teléfono Celular: Teléfono del Empleo:
Domicilio si es diferente al del(la) estudiante	Ciudad	Código Postal Contacten a esta persona <input type="checkbox"/> 1 ^{ra} <input type="checkbox"/> 2 ^{da} <input type="checkbox"/> 3 ^{ra}
Apellido del Padre/Tutor del(la) Estudiante	Nombre del Padre/Tutor del(la) Estudiante	Teléfono del Hogar: Teléfono Celular: Teléfono del Empleo:
Domicilio si es diferente al del(la) estudiante	Ciudad	Código Postal Contacten a esta persona <input type="checkbox"/> 1 ^{ra} <input type="checkbox"/> 2 ^{da} <input type="checkbox"/> 3 ^{ra}
Apellido del Padre (Madre)/Tutor del(la) Estudiante (Otro)	Nombre del Padre (Madre)/Tutor del(la) Estudiante	Teléfono del Hogar: Teléfono Celular: Teléfono del Empleo:
Domicilio si es diferente al del(la) estudiante	Ciudad	Código Postal Contacten a esta persona <input type="checkbox"/> 1 ^{ra} <input type="checkbox"/> 2 ^{da} <input type="checkbox"/> 3 ^{ra}

Correo electrónico de Padre/Tutor:

¿Quién tiene la custodia legal? ¿Se proporcionaron los Documentos de la Corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién tiene la custodia física? ¿Se proporcionaron los Documentos de la Corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Además de los padres/tutores arriba mencionados, al(la) estudiante se le permite salir con: <small>Relación con el estudiante</small>	Número Telefónico
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

INFORMACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN PREVIA – POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA

Última Escuela a la que Asistió	Número Telefónico de la Escuela	Último día que asistió a la escuela previa:
---------------------------------	---------------------------------	---

¿Ha sido alguna vez su estudiante suspendido(a) a largo-plazo (10 días ó más) y/ó expulsado(a) de la escuela? Sí No Si la respuesta es afirmativa, por favor explique al reverso.

¿Ha asistido alguna vez su estudiante a una escuela de nuestro Distrito? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?

¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en el hogar sin importar el idioma que habla el(la) estudiante? _____
 ¿Cuál es el idioma que habla más a menudo el(la) estudiante? _____
 ¿Cuál es el idioma que adquirió primero el(la) estudiante? _____

FIRMA DEL PADRE(MADRE)/TUTOR DEL(LA) ESTUDIANTE – Yo certifico que soy el padre(madre) ó tutor legal de este(esta) estudiante y que la información que he proporcionado es verdadera y precisa. X _____ Fecha: _____

SCHOOL USE	Entry Code	Start Date	ID#	SAIS #
<input type="checkbox"/> TES <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TVHS	Homeroom:	Bus Route:	Date in System	Entered by:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO SADDLE MOUNTAIN – ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario es esencial para la salud y la seguridad de su estudiante. En el caso de que su hijo(a) se enferme ó si hay una emergencia, es **obligatorio** que nosotros tengamos **toda** la información solicitada a continuación.

Nombre del(la) Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

¿Está su estudiante tomando actualmente algún medicamento? ____ SI ____ NO

Si es así, ¿deberá tomar el medicamento durante el horario de clases? ____ SI ____ NO

***** Por favor entregue en la Enfermería el envase original con las indicaciones para administrar el medicamento*****

Nombre del medicamento y el motivo por el que lo está tomando _____

Dosis _____ Frecuencia _____

Alergias que usted sepa que tiene su estudiante _____

LA LEY PROHIBE QUE EL PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRE EN LA ESCUELA MEDICAMENTOS DE CUALQUIER TIPO INCLUYENDO ASPIRINA SIN LA ORDEN POR ESCRITO DE UN MÉDICO O DEL PADRE(MADRE) DEL(LA) ESTUDIANTE. Para más información refiérase a la sección de “medicamentos” en el manual del estudiante.

¿Tiene su hijo(a) una enfermedad crónica? ____ SI ____ NO Especifique: _____

¿Utiliza lentes su hijo(a)? ____ SI ____ NO

¿Utiliza su hijo(a) algún aparato para el oído? ____ SI ____ NO

¿Está exento de la clase de Educación Física? ____ SI ____ NO

Motivo de la Exención (se debe proveer la documentación médica): _____

Por favor **MARQUE** todos los medicamentos que usted permitirá que se le administren a su hijo(a) conforme sea necesario:

_____ Antiácido Masticable (*Tums*)

_____ Benadryl (Alergias)

_____ Gel Dental (Orajel para los aparatos ortodóncicos)

_____ Pastillas para la Tos (*Halls*)

_____ Acetaminófono (*Tylenol*)

_____ Ibuprofen

_____ Crema Anti-Comezón (*Hydrocortisone Cream*)

Consentimiento del Padre(Madre)/Tutor del(la) Estudiante: Como Padre(Madre)/Tutor del niño(a) arriba mencionado, yo concedo mi permiso para que la Escuela/Distrito proporcione tratamiento de emergencia y/o transportación a las instalaciones de emergencia médica más cercanas y preste los servicios de emergencia en caso de una emergencia.

Firma del Padre(Madre)/Tutor del(la) Estudiante

Nombre del Padre(Madre)/Tutor del(la) Estudiante

Fecha



38201 W. Indian School Road

Tonopah, AZ 85354

623-474-5100 Phone

Estimados Padres/Guardianes:

En el evento de una emergencia en la Planta Nuclear Palo Verde, la Saddle Mountain Unified School District va a implementar un plan para proteger la salud de los estudiantes. En orden para ser proactivos, la escuela va tener las pastillas de Yoduro de Potasio (KI) y va administrar el yoduro de potasio si hay un accidente radioactivo en la planta nuclear. Sin embargo, nosotros necesitamos su permiso para administrar el yoduro de potasio. Así que, por favor llene la forma de abajo.

Continuaremos tomando otros pasos en nuestro plan de emergencia para proteger a los estudiantes incluyendo una evacuación y reubicación para un centro de cuidado como sea determinado por los oficiales y la administración de emergencia del Condado Maricopa.

El yoduro de potasio (KI), si lo toman en el apropiado tiempo y la apropiada dosis, podrá bloquear a la glándula tiroides de absorber el radioactivo, el yoduro reduce el riesgo de cáncer en la tiroides. Los estudios científicos han demostrado que los niños pequeños tienen un alto riesgo que les afecte la salud, nosotros vamos a tener las pastillas en la escuela para ser administradas a su niño, si nos ordenan los oficiales de administración de emergencia. La hoja adicional les da factores sobre el potasio yoduro en las escuelas.

Con Respeto,
Dr. Paul Tighe
Superintendente

Si ocurre una emergencia de radiación requiriendo administrar KI (Yoduro de Potasio), todos los estudiantes, incluyendo su hijo/hija va recibir una pastilla de KI, si usted no quiere que su hijo/hija reciba la dosis de KI por favor firme la línea abajo indicando que NO QUIERO. Este formulario debe ser autorizado al principio de cada año escolar.

POR FAVOR DE COMPLETAR LA RESPUESTA Y REGRESAR A LA ENFERMERA

SI QUIERO que mi hijo/hija _____ recibe el KI (Yoduro de Potasio) en un NPP emergencia en que estén niveles de radiación muy altos.

NO QUIERO que mi hijo/hija _____ recibe KI (Yoduro de Potasio) en una NPP emergencia en caso que haiga un accidenté radioactivo en la planta.

Nombre de niño(a)

Nombre de Maestro

Nombre impreso del Padre/Guardián

Firma de Padres/Guardián

Fecha



INFORMACION PARA PADRES Y ESTUDIANTES

SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.

- En un albergue
- En un motel, vehículo o un sitio para acampar debido a la falta de un alojamiento alternativo
- En un parque, un edificio abandonado, o una estación de tren o de autobús
- Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa o a una dificultad económica

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia y es factible.
- * Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.
- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al consejero de su escuela para averiguar los servicios que podrían estar disponibles para el estudiante.

Cuestionario de la Residencia de los Estudiantes: Determinación de la elegibilidad a McKinney Vento

El objeto de este cuestionario es cumplir con el Acta McKinney Vento de Mejora Educativa Acta 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a este cuestionario ayudaran a determinar para que servicios es elegible el estudiante. La elegibilidad debe ser revisada y revaluada cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: Tartesso Ruth Fisher TVHS

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

¿Hay alguna de las siguientes situaciones que aplica al estudiante?

1. ¿Vive el estudiante en un motel u hotel? Sí No
2. ¿Vive el estudiante en un refugio (violencia doméstica, emergencia, casa residencia o grupal, en espera de cuidado temporal)? Sí No
3. ¿Vive el estudiante en un carro, parque, campamento o lugar público? Sí No
4. ¿Vive el estudiante en una casa que no reúne las necesidades físicas o psicológicas de la familia como están especificadas bajo el Acta Federal McKinney-Vento? (sin servicios de agua, calefacción) Sí No
5. ¿Vive el estudiante en la residencia de otra familia? Sí No

Si su respuesta de la pregunta 5 es Si, por favor responda lo siguiente:

- 5a. ¿Es éste arreglo de vivienda debido a la dificultad económica, pérdida de la casa, o refugio temporal? Sí No
- 5b. Fecha que empezó este arreglo _____
- 5c. Fecha que terminará este arreglo _____
6. ¿Es el estudiante menor de 18 años y está buscando matricularse sin el acompañamiento de los padres, sin estar padres de cuido temporal? Sí No

School Use Only

I certify that under the provisions of the McKinney-Vento Act, the above named student qualifies for the Child Nutrition Program.

Authorized Official Signature: _____ Date: _____



Estado Del Arizona
Departamento De Educación
Servicios de Aprendizaje Del Ingles

Idioma Principal En Hogar Excluyendo Ingles (PHLOTE)
Encuesta sobre el Idioma en el Hogar
(Efectivo 04 de Abril 2011)

Pregunta en conformidad con R7-2-306 (B) (I), (2) (a-c) del Reglamento de la Junta Directiva.
Las respuestas a estas declaraciones que serán evaluados por proficiencia del Idioma Inglés.

1. ¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considera el idioma que hable el estudiante?

4. ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?

5. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?

Nombre Del Estudiante: _____ Número de Identificación: _____

Fecha De Nacimiento: _____ SAIS Numero: _____

Escuela: Tonopah Valley High School Tartesso Elementary School Ruth Fisher Elementary School

Distrito o Charter: Saddle Mountain Unified School District No. 90

Firma Del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

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.

Solicitud de registros para el alumno (acumulado) **Récord**

Última escuela a la que asistió: _____ Teléfono de la Escuela: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____ Fax de la Escuela: _____

Esta es una petición para la liberación de todos los registros escolares disponibles en relación con el estudiante siguiente (s):

Nombre(s) del alumno(s):	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, incluya lo siguiente, si aplica:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Complete records of grades 2. Achievement and test scores 3. Current health data including immunizations 4. ELL information 5. 504 Information | <ol style="list-style-type: none"> 6. Psychological / Confidential information <ol style="list-style-type: none"> a. Psychological evaluations b. Current I.E.P. c. Disciplinary record d. All pertinent information regarding this (these) students. 7. Otro: _____ |
|---|---|

Mail or Fax Records to :

<input type="checkbox"/> Tonopah Valley High School 38201 W. Indian School Rd. Tonopah, AZ 85354 Phone: (623) 474-5201 Fax: (623) 474-5214	<input type="checkbox"/> Tartesso Elementary School 29677 W. Indianola Ave. Buckeye, AZ 85396 Phone: (623) 474-5403 Fax: (623) 474-5441	<input type="checkbox"/> Ruth Fisher Elementary School 38201 W. Indian School Rd. Tonopah, AZ 85354 Phone: (623) 474-5500 Fax: (623) 474-5514
--	---	---

Por la presente otorgo permiso para que toda la información relativa académica, psicológica, medica y confidencial con relación a mis hijos serán liberados al Distrito Escolar Unificado de Saddle Mountain No. 90

Firma del Padre/Guardián

Fecha

School use only:

Date Sent: 1st request: _____ 2nd request: _____ 3rd request: _____ Date received: _____ By: _____