

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 el Distrito Escolar Unificado de Saddle Mountain.

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.

2019-2020 School Calendar



July 2019						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

August 2019						
S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

September 2019						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

October 2019						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

November 2019						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

December 2019						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

July 23	New Teachers Report
July 25-31	Professional Development Days
July 30	Meet the Teacher Night ES/MS
Aug 1	First Day of School for Students
Aug 14	Early Release
Aug 15	Meet the Teacher Night TVHS
Sept 2	Labor Day
Sept 18	Early Release
Oct 4	End 1st Quarter
Oct 9-10	P-T Conf. ES/MS
Oct 10	P-T Conf. at TVHS (evening)
Oct 11	Fall Break - No School
Oct 16	Early Release
Nov 11	Veterans' Day
Nov 26-29	Thanksgiving Break
Dec 20	End 2nd Quarter, 1st Sem TVHS
Dec 24 - Jan 3	Winter Break
Jan 7	School Resumes
Jan 8	Early Release
Jan 20	Martin Luther King, Jr. Day
Feb 17	Presidents' Day
Mar 6	End 3rd Quarter
Mar 12	P-T Conf. at TVHS (evening)
Mar 12-13	P-T Conf. ES/MS
Mar 17-20	Spring Break
Apr 1	Early Release
Apr 10	Spring Holiday
May 13	Early Release
May 15	End 4th Quarter
May 20-21	TVHS Early Release - Final Exams
May 21	Early Release - Last Day Students
May 21	High School Graduation
May 22	Last Day Teachers

School Hours

Tartesso & Winters' Well (K-5)

7:00 A.M. - 3:00 P.M.

7:00 A.M. - 11:15 A.M. Early Release

Ruth Fisher MS (6-8) & Tonopah Valley HS (9-

8:00 A.M. - 4:00 P.M.

8:00 A.M. - 12:15 P.M. Early Release

January 2020						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	




February 2020						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29


March 2020						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

April 2020						
S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

May 2020						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

June 2020						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

-  School Closed
-  Early Release
-  Professional Development (no school)

 School Holiday

 First & Last Day of School

Adopted 12/13/18



SADDLE MOUNTAIN UNIFIED SCHOOL DISTRICT #90 - STUDENT REGISTRATION FORM

STUDENT INFORMATION – PLEASE PRINT – Student name should be listed as on Birth Certificate.

Student Legal Last Name	Student Legal First Name	Middle Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRADE
Residence Address	City/State	Zip	Date of Birth	
Mailing Address (if different than above)	City/State	Zip	State of Birth:	
			Country of Birth: <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other:	

Has your child ever received Special Education Services Yes No Does your student have a current IEP? Yes No

504 Plan Services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gifted Services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ELL Services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Speech Services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does your student have any challenges or disabilities?
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Has student ever been retained Yes No If yes, what grade?

Is this student Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race Background: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

List brothers/sisters that attend school in our district:	Student lives with: <input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Mom Only <input type="checkbox"/> Dad Only <input type="checkbox"/> Mom & Step Dad <input type="checkbox"/> Dad & Step Mom <input type="checkbox"/> Guardian
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARENT/GUARDIAN INFORMATION – PLEASE PRINT

Parent/Guardian Last Name (Mother)	Parent/Guardian First Name	Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:
Address if different than Student	City	Zip	Contact this person <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd	
Parent/Guardian Last Name (Father)	Parent/Guardian First Name	Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:
Address if different than Student	City	Zip	Contact this person <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd	
Parent/Guardian Last Name (Other)	Parent/Guardian First Name	Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:
Address if different than Student	City	Zip	Contact this person <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd	

Parent/Guardian e-mail:

Who has legal custody? Court Documents Provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Who has physical custody? Court Documents Provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In addition to parents/guardians above, student may be released to:	Phone
1. _____ Relation to student	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

PREVIOUS EDUCATION INFORMATION – PLEASE PRINT

Last School Attended	School Phone	Last day of attendance:
----------------------	--------------	-------------------------

Has student ever been long-term suspended (10 or more days) and/or expelled? Yes No If yes, explain on back.

Has student ever attended school in our district? Yes No If yes, when?

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

What is the language most often spoken by the student? _____

What is the language that the student first acquired? _____

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN – I certify that I am the legal parent or guardian for this student and the information that I provided is true and accurate. X _____ Date: _____

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

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"/> Papá y Madrastra <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: 1. _____ 2. _____ 3. _____ <small>Relación con el estudiante</small>	Número Telefónico 1. _____ 2. _____ 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 <input type="checkbox"/> WW	Homeroom:	Bus Route:	Date in System	Entered by:

SADDLE MOUNTAIN UNIFIED SCHOOL DISTRICT – HEALTH INFORMATION UPDATE

This form is critical for your student’s health and safety. In the event that your child is ill or if there is an emergency, it is **mandatory** that we have **all** of the information below.

Student Name _____ DOB _____ Grade _____

Is student taking any current medication? ___ YES ___ NO

If yes, will medication be taken during school? ___ YES ___ NO

*****Please take original bottle to the Health Office with instructions on dispensing medication*****

Name of medication and reason for taking it _____

Dose _____ Frequency _____

Known allergies _____

THE SCHOOL IS PROHIBITED BY LAW FROM DISPENSING MEDICATIONS OF ANY KIND INCLUDING ASPIRIN AT SCHOOL WITHOUT WRITTEN ORDER FROM A PHYSICIAN OR PARENT. Refer to “medication” in the student handbook for more information.

Does your child have a chronic illness? ___ YES ___ NO Specify: _____

Does your child wear glasses? ___ YES ___ NO

Does your child wear a hearing device? ___ YES ___ NO

Exempt from PE? ___ YES ___ NO

Exemption reason (must provide medical documentation): _____

Please **CHECK** all medications you will allow to be administered to your child as needed:

_____ Chewable Antacid (Tums)

_____ Benadryl (Allergies)

_____ Teething Gel (Orajel for braces)

_____ Cough Drops (Halls)

_____ Acetaminophen (Tylenol)

_____ Ibuprofen

_____ Anti-Itch Cream (Hydrocortisone Cream)

Parent/Guardian Consent: As the parent/guardian of the above named child, I grant permission for the School/District to provide emergency treatment and/or transportation to the nearest emergency medical facility and render emergency services in the case of an emergency.

Parent/Guardian Signature

Parent/Guardian Name

Date

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



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?** _____

District _____

Student Name _____ Student ID _____

Date of Birth _____ SSID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter _____

School _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AZEDS, please indicate the student’s home or primary language. (Revised 01-2019)



State of Arizona
Department of Education



Office of English Language Acquisition Services

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?** _____

Distrito

Nombre del estudiante _____ Núm. de identificación _____

Fecha de nacimiento _____ SSID _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Distrito o Charter _____

Escuela _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AZEDS, please indicate the student's home or primary language. (Revised 01-2019)

INFORMATION FOR PARENTS AND STUDENTS

IF YOUR FAMILY LIVES IN ANY OF THE FOLLOWING SITUATIONS:

Your school-age children may qualify for certain rights and protections under the federal McKinney-Vento Act.

- **In a shelter**
- **In a motel or campground due to the lack of an alternative adequate accommodation**
- **In a car, park, abandoned building, or bus or train station**
- **Doubled up with other people due to loss of housing or economic hardship**

Your eligible children have the right to:

- Receive a free, appropriate public education.
- Enroll in school immediately, even if lacking documents normally required for enrollment.
- Enroll in school and attend classes while the school gathers needed documents.
- Enroll in the local school; or continue attending their school of origin (the school they attended when permanently housed or the school in which they were last enrolled), if that is your preference and is feasible.

* If the school district believes that the school you select is not in the best interest of your children, then the district must provide you with a written explanation of its position and inform you of your right to appeal its decision.

- Receive transportation to and from the school of origin, if you request this.
- Receive educational services comparable to those provided to other students, according to your children's needs.

If you believe your children may be eligible, contact the high school's counselor to find out what services and support may be available.

Student Residency Questionnaire: McKinney-Vento Eligibility Determination

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Education Improvement Act 42 U.S.C. 11435. The answers to this questionnaire will help determine the services the student may be eligible to receive. Eligibility must be reviewed and re-evaluated every school year.

Student Name: _____ School: Tartesso Winters' Well
 Ruth Fisher TVHS

Name of Parent(s)/Legal Guardian(s): _____

Address: _____ City/State/Zip: _____ Phone: _____

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Do any of the following situations apply to the student?

1. The student is living in a motel or hotel? **Yes** **No**
2. The student is living in a shelter (domestic violence, emergency, group home, awaiting foster care)? **Yes** **No**
3. The student is living in a car, park, campground or public place? **Yes** **No**
4. The student is living in housing that does not meet the physical and/or psychological needs of the family as specified under the McKinney-Vento Federal Act? (lack of utilities - heat, water) **Yes** **No**
5. The student is living in the residence of another family? **Yes** **No**

If you answered Yes to question 5, please answer the following:

5(a) Is this living arrangement due to economic hardship, loss of housing and temporary? **Yes** **No**

5(b) Date living arrangement began _____.

5(c) Date living arrangement is expected to end _____.

6. The student is under the age of 18 and seeking enrollment without an accompanying parent, not in foster care? **Yes** **No**

<i>School Use Only</i>
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: _____

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 Winters' Well
 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 cuidado 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: _____



Saddle Mountain Unified School District #90

38201 W. Indian School Road

Tonopah, AZ 85354

623-474-5100 Phone

623-474-5190 Fax

Dear Parents/Guardians:

In the event of an emergency at the Palo Verde Nuclear Generating Station, **Saddle Mountain Unified School District** will implement a plan to protect student’s health. In order to be proactive, the school will have potassium iodide (KI) pills, which will be dispersed should there be a radiation accident at the plant. However, we need your permission to administer the potassium iodide. Please fill out the form below.

We shall continue to take additional steps as provided in our emergency plan to protect our students. One of these additional steps includes evacuation and relocation to a Reception and Care Center, as determined by Maricopa County Emergency Management officials.

Potassium iodide (KI), if taken within the appropriate time period and at the appropriate dosage, will block the thyroid glands uptake of radioactive iodine and reduces the risk of thyroid cancer. Since scientific studies have demonstrated that young children have the highest risk of health effects, we will have the pills at the school to be administered to your child, if directed to by the local emergency management officials.

The attached sheet will give you additional facts about Potassium Iodide in schools.

Respectfully,
Dr. Paul Tighe
Superintendent

Should a radiation emergency requiring administration of KI occur, all students, including your child will receive one dose of KI unless you sign the OPT-OUT line below indicating that you do not want your child to receive KI. This form must be reauthorized at the beginning of each school year.

PLEASE FILL OUT & RETURN THIS PAGE TO THE SCHOOL NURSE

IDO want my child, _____, to receive KI in a NPP emergency involving exposure to potentially harmful levels of radioactive iodine.

IDO NOT want my child, _____, to receive KI in a NPP emergency involving exposure to harmful levels of radioactive iodine.

Childs’ Name

Teacher’s Name

Print Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date



Saddle Mountain Unified School District #90

38201 W. Indian School Road

Tonopah, AZ 85354

623-474-5100 Phone

623-474-5190 Fax

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



Special Population Identification Data Collection Sheet

A recent change in reporting requirements by the federal government requires Arizona school districts to collect additional information about our students so that we can meet the United States Department of Education Every Student Succeeds Act reporting requirements.

Below are three questions in which we request your response to help us comply with these reporting requirements. The information you provide to the school is reported to the state as student needs and to the federal government as part of the semiannual Civil Rights Data Collection. Both of these reports are used to help identify underserved students and helps to direct support to students in need. The information you provide is completely voluntary, the law only indicates that the school district must ask these questions. Thank you in advance for your assistance in meeting these reporting requirements.

Please fill out the information below:

Student Name: _____

School: _____ Homeroom: _____

Please check the box to indicate your response to the questions below:

#	Question	Yes	No	
1	Does this student have a parent or guardian who is currently a member of the military on active duty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Yes	No	
2	Is this student in a foster care placement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Yes	No	
3	If this student was born outside of the United States, are they within their first three years of attending school in any state within the United States?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Saddle Mountain Unified School District would like to thank you very much for your assistance in helping us meet these federal reporting requirements. For more information about the Every Student Succeeds Act or for the various state and federal requirements, please visit <https://www.ed.gov/essa>.



Hoja de Recolección de Datos de Identificación de la Población Especial

Un cambio reciente en los requisitos de presentación de informes por parte del gobierno federal requiere que los distritos escolares de Arizona recopilen información adicional sobre nuestros estudiantes para que podamos cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de Cada Estudiante que Tenga Éxito (Every Student Succeeds Act).

A continuación, hay tres preguntas en las que solicitamos su respuesta para ayudarnos a cumplir con estos requisitos de informes. La información que usted proporciona a la escuela se reporta al estado según las necesidades de los estudiantes y al gobierno federal como parte de la recopilación semestral de Datos de Derechos Civiles. Ambos informes se utilizan para ayudar a identificar a los estudiantes desatendidos y ayudan a dirigir el apoyo a los estudiantes que lo necesitan. La información que proporciona es completamente voluntaria, la ley solo indica que el distrito escolar debe hacer estas preguntas. Gracias de antemano por su ayuda para cumplir con estos requisitos de informes.

Por favor llene la información de abajo:

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Maestro: _____

Por favor, marque la casilla para indicar su respuesta a las siguientes preguntas:

#	Pregunta	Sí	No	
1	¿Este estudiante tiene un padre o tutor que actualmente es miembro del ejército en servicio activo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Sí	No	
2	¿Está este estudiante en una colocación de cuidado de crianza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Sí	No	
3	Si este estudiante nació fuera de los Estados Unidos, ¿está dentro de los primeros tres años de asistir a la escuela en cualquier estado dentro de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El Distrito Escolar Unificado de Saddle Mountain desea agradecerle mucho su asistencia para ayudarnos a cumplir con estos requisitos federales de informes. Para obtener más información sobre la Ley de Cada Estudiante que Tenga Éxito (Every Student Succeeds Act) o sobre los diversos requisitos estatales y federales, visite <https://www.ed.gov/essa>.

Records Request for Student (Cumulative) Record

Last School Attended: _____ School Phone: _____
 Street Address/City/State/Zip: _____ School Fax: _____

This is a request for the release of all available school records concerning the following student(s):

Student(s) Name(s):	Date of Birth	Current Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Please include the following, if applicable:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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. Other: _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 <i>*Registrar: Cindy Pacifico</i> <i>cindy.pacifico@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Tartesso Elementary School 29677 W. Indianola Ave. Buckeye, AZ 85396 Phone: (623) 474-5403 Fax: (623) 474-5441 <i>*Registrar: Annette Oyarzabal</i> <i>annette.oyarzabal@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Ruth Fisher Middle School 38201 W. Indian School Rd. Tonopah, AZ 85354 Phone: (623) 474-5501 Fax: (623) 474-5540 <i>*Registrar: Kassandra Espinoza</i> <i>kassandra.espinoza@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Winters' Well Elementary School 35220 W. Buckeye Rd. Tonopah, AZ 85326 Phone: (623) 474-5301 Fax: (623) 474-5399 <i>*Registrar: Cindy Cabriaes</i> <i>cindy.cabriaes@smusd90.org</i>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I hereby grant permission for all academic, psychological, confidential and medical information relative to my child/children to be released to Saddle Mountain Unified School District No. 90

Parent/Guardian Signature

Date

School use only:

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

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 <i>*Registrar: Cindy Pacifico</i> <i>cindy.pacifico@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Tartesso Elementary School 29677 W. Indianola Ave. Buckeye, AZ 85396 Phone: (623) 474-5403 Fax: (623) 474-5441 <i>*Registrar: Annette Oyarzabal</i> <i>annette.oyarzabal@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Ruth Fisher Middle School 38201 W. Indian School Rd. Tonopah, AZ 85354 Phone: (623) 474-5501 Fax: (623) 474-5540 <i>*Registrar: Kassandra Espinoza</i> <i>kassandra.espinoza@smusd90.org</i>	<input type="checkbox"/> Winters' Well Elementary School 35220 W. Buckeye Rd. Tonopah, AZ 85326 Phone: (623) 474-5301 Fax: (623) 474-5399 <i>*Registrar: Cindy Cabriales</i> <i>cindy.cabriales@smusd90.org</i>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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: _____

