



ALL attached forms in the Registration Packet MUST be complete

- | | |
|---|--|
| ____ Student Registration Form | ____ Student Health Form |
| ____ Home Language Survey | ____ Arizona Residency Documentation Form |
| ____ Student Housing (McKinney Vento) (if applicable) | ____ Free/Reduced Lunch Information |
| ____ Record of Special Programs Form | ____ Open Enrollment Application (if applicable) |
| ____ Records Request | |

The following information must be provided at the time of registration:

- Completed Registration Packet
- Photo I.D. of parent/guardian registering the student.
- Proof of Arizona residency – **ONE** of the following must be submitted:
 - Valid Arizona driver’s license, Arizona identification card or Arizona motor vehicle registration
 - Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
 - Property deed, mortgage documents, Property tax bill , lease or rental agreement, Current utility bill (Water, electric, gas, cable, or phone bill)
 - Bank or credit card statement, W-2 wage statement , Payroll stub
 - Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona or other Documentation from a state or federal government agency (Social Security Administration, Veteran’s Administration, Arizona Department of Economic Security)
 - If the student resides outside the school’s attendance boundaries, an Open Enrollment application must be completed.
- Birth Certificate – The person enrolling a student in the school for the first time will be asked to produce a certified copy of the child’s birth certificate.
- Withdrawal Documents – Official withdrawal documents from previous school.
- Proof of Custody or Guardianship, if applicable – **ONE** of the following must be submitted:
 - Custody Papers
 - Arizona Court Appointed Guardianship papers or Tribal Court Appointed Guardianship
 - Documentation from the Superior Court of Arizona showing the pending court date for your Guardianship hearing. Final papers must be provided within one week of the hearing date.
- IMMUNIZATION RECORDS** – Parent /Guardian **MUST** have proof of immunizations before enrolling:
 - Document signed by physician, physician’s office, health provider or former school record with signature.
 - Tetanus (DTaP, DTP, Td) – There must be at least **4** vaccination dates.
 - Tdap- **MUST** have received Tdap (tetanus booster with pertussis protection **after the age of 11 years.**)
 - Polio – **4** doses after 6 weeks of age; 3 doses if at least 1(one) dose was given after 4 years of age.
 - MMR – Measles, Mumps, Rubella – **2** doses are required. 1st MMR must be after the first birthday.
 - Hepatitis B – **3** doses are required.
 - Varicella (Chicken Pox, VZV)-**1** is required; 2 are recommended.
 - Meningococcal – **1** vaccine **after the age of 11 years.**

Received by: _____ Name _____ Date _____



TODAS las formas adjuntas en el Paquete de Inscripción se DEBEN llenar

- | | |
|---|--|
| _____ Registro Estudiantil | _____ Forma de Actualización de la Salud del/la Estudiante |
| _____ Encuesta del Idioma en el Hogar | _____ Forma de Documentación de Residencia de Arizona |
| _____ Forma de Vivienda del/la Estudiante | _____ Hoja Informativa del Almuerzo Gratis/Precio Reducido |
| _____ Forma de Registro de Programas Especiales | _____ Solicitud de Inscripción Abierta (si es aplicable) |
| _____ Solicitud de Expedientes | |

La siguiente información se debe proveer en el momento de la inscripción:

- Paquete de Inscripción Completo
- Identificación con fotografía del/la padre/madre/custodio legal registrando al/la estudiante.
- Comprobante de residencia en Arizona – Se debe presentar **UNO** de los siguientes documentos:
 - Licencia válida de manejo de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de Arizona de vehículo motorizado
 - Tarjeta válida de autorización del Programa de Confidencialidad del Domicilio de Arizona
 - Título de propiedad, documentos hipotecarios, cobro de impuestos sobre la propiedad, acuerdo de renta o arrendamiento, cuenta actualizada de servicios públicos (cuenta de agua, electricidad, gas, cable, o teléfono)
 - Estado de cuenta bancario o de tarjeta de crédito, estado de cuenta salarial W-2, talón de nómina
 - Certificado de inscripción tribal (Forma 506) u otra identificación emitida por una tribu India reconocida en Arizona u otra documentación de una agencia del gobierno federal o estatal (Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona)
- Certificado de Nacimiento – Se le pedirá a la persona inscribiendo por primera vez en la escuela al/la estudiante que presente una copia certificada del certificado de nacimiento del/la niño/a.
- Documentos de Retiro – Documentos oficiales de retiro de la escuela previa.
- Comprobante de Custodia o Tutela, si es aplicable – Se debe presentar **UNO** de los siguientes documentos:
 - Documentos de custodia
 - Documentos de Tutelaje Nombrado por la Corte o el Tribunal de Arizona o Tutelaje Nombrado por la Corte Tribal
 - Documentación del Tribunal Superior de Arizona mostrando la fecha pendiente ante el tribunal para su audiencia de Tutelaje. La documentación final se debe proveer dentro de una semana de la fecha de la audiencia.
- REGISTROS DE INMUNIZACIONES/VACUNAS** – El/la padre/madre/custodio legal **DEBE** tener el comprobante de inmunizaciones/vacunas antes de la inscripción:
 - Documento firmado por un médico, consultorio médico o proveedor de cuidado para la salud, o el registro de la escuela previa con la firma.
 - Tetanos (DTaP, DTP, Td) – Debe tener por lo menos **4** fechas de vacunación.
 - Tdap- Debe haber recibido Tdap (refuerzo contra el tetanus con protección contra la tos ferina) **si tiene al menos 11 años.**
 - Polio – **4** dosis después de las 6 semanas de edad; 3 dosis si se administra al menos 1(una) dosis después de los 4 años de edad.
 - MMR – Sarampión, Paperas, Rubeola– Se requieren **2** dosis. El primer MMR debe ser después del primer cumpleaños.
 - Hepatitis B – Se requieren **3** dosis.
 - Varicela (Chicken Pox, VZV)-Se requieren **1** dosis; **2** recomendar.
 - Meningococcal – **1** vacuna **después de los 11 años de edad.**

Recibido por: _____ Nombre _____ Fecha _____



OFFICE USE ID # _____ Grade _____ Teacher _____ SAIS # _____
 Entry Code _____ Entry Date ____/____/____ School of Attendance _____
 Open Enrollment In-District __Yes__ __No__ School of Residence _____ Open Enrollment Out-of-District __Yes__ __No__
 Map/Grid Code _____

STUDENT REGISTRATION FORM

STUDENT INFORMATION – NAME AS SHOWN ON BIRTH CERTIFICATE

Last Name	First Name	Middle Name	Jr., III, IV.	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth Month ____ Day ____ Year ____	Birth City	Birth State	Birth Country	Student Email

ETHNICITY AND RACE (Required by the U.S. Department of Education)	STUDENT BACKGROUND (Please check "YES" or "NO")		
Ethnicity: (check one) <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	Has the student received Special Education Services ?		
	Has the student ever been Suspended or Expelled ?		
Race: (check one of more regardless of ethnicity) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	Has the student received ELL Services ?		
	Has the student ever attended Alhambra Elementary School District ?		
	Has the student ever been retained ?		
	If your child was born outside the U.S., what year did your child first enter school in the U.S.?		

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

Name of Previous/Last School Attended	Last Day Attended ____/____/____	Previous School Address	Grade
---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	-------

PARENT/GUARDIAN – MUST BE LISTED ON BIRTH CERTIFICATE OR LEGAL CUSTODY DOCUMENTATION

Mother/Legal Guardian Name			Mother/Guardian <i>(check all that apply)</i>			Father/Legal Guardian Name			Father/Guardian <i>(check all that apply)</i>		
Mother/Legal Guardian Address			<input type="checkbox"/> Student Lives With <input type="checkbox"/> Contact Allowed <input type="checkbox"/> Educational Rights <input type="checkbox"/> Has Custody	Father/Legal Guardian Address			<input type="checkbox"/> Student Lives With <input type="checkbox"/> Contact Allowed <input type="checkbox"/> Educational Rights <input type="checkbox"/> Has Custody				
City	State	Zip Code		City	State	Zip Code					
Cell Phone			<input type="checkbox"/> Primary	Cell Phone			<input type="checkbox"/> Primary				
Home Phone			<input type="checkbox"/> Primary	Home Phone			<input type="checkbox"/> Primary				
Work Phone			<input type="checkbox"/> Primary	Work Phone			<input type="checkbox"/> Primary				
Email Address						Email Address					
Guardian? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<i>If YES, provide legal guardianship documents.</i>			Guardian? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<i>If YES, provide legal guardianship documents.</i>		
Custody issues? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<i>If YES, provide legal guardianship documents.</i>			Custody issues? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<i>If YES, provide legal guardianship documents.</i>		

SIBLING(S) INFORMATION

Siblings Name	Siblings Age	Siblings School	Siblings Name	Siblings Age	Siblings School
1.			3.		
2.			4.		

EMERGENCY CONTACT: *Is over 18 years old, has permission to pick up my child and may be notified in case of an emergency.*

First and Last Name	Relationship to Student	Phone Number	First and Last Name	Relationship to Student	Phone Number
1.			3.		
2.			4.		
Name of Primary Doctor			Phone		Hospital of preference

I certify that I am the child's parent or legal guardian and that the information I have given above is true and accurate to the best of my knowledge.

Parent/Legal Guardian Name (<i>print</i>)	Parent/Legal Guardian Signature	Date Month ____ Day ____ Year ____
---	---------------------------------	---------------------------------------



FORMULARIO DE REGISTRO ESTUDIANTIL

OFFICE USE ID # _____ Grade _____ Teacher _____ SAIS # _____
 Entry Code _____ Entry Date ____/____/____ School of Attendance _____
 Open Enrollment In-District __Yes__ __No__ School of Residence _____ Open Enrollment Out-of-District __Yes__ __No__
 Map/Grid Code _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO

Apellido del Estudiante		Nombre del Estudiante		Segundo Nombre del Estudiante		Jr., III, IV.		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____		Ciudad de Nacimiento		Estado de Nacimiento		País de Nacimiento		Correo Electrónico del Estudiante	

ETNICIDAD Y RAZA (Requerido por el Departamento de Educación de los E.U.)				ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE (Por favor indicar Si o No)				SI	NO
Etnicidad (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino				¿Ha recibido el estudiante servicios de Educación Especial ?					
Raza: (marque una u cuantas sean aplicable) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska				¿Ha sido alguna vez el estudiante suspendido o expulsado ?					
				¿El estudiante ha recibido servicios de ELL ?					
				¿El estudiante alguna vez asistió al Distrito Escolar Alhambra ?					
				¿Alguna vez ha sido reprobado de grado el estudiante?					
				¿Si su niño/a nació fuera de E.U., ¿En qué año entró inicialmente a la escuela en los E.U.?					

INFORMACIÓN DE ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la Escuela Anterior		Ultimo día que Asistió ____/____/____		Dirección de la Escuela Anterior		Grado	
-------------------------------	--	--	--	----------------------------------	--	-------	--

PADRE/MADRE/TUTOR – DEBE ESTAR EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO O EN LA DOCUMENTACIÓN DE CUSTODIA LEGAL

Nombre de la Madre/Tutor			Madre/Tutor (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estúdiate Vive Con <input type="checkbox"/> Contactos Permitidos <input type="checkbox"/> Derechos Educativos <input type="checkbox"/> Tiene la Custodia			Nombre del Padre/Tutor			Padre/Tutor (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estúdiate Vive Con <input type="checkbox"/> Contactos Permitidos <input type="checkbox"/> Derechos Educativos <input type="checkbox"/> Tiene la Custodia														
Dirección de Casa						Dirección de Casa																	
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado		Código postal													
Número de Celular				<input type="checkbox"/> Preferencia				Número de Celular				<input type="checkbox"/> Preferencia											
Número de Casa				<input type="checkbox"/> Preferencia				Número de Casa				<input type="checkbox"/> Preferencia											
Número de Trabajo				<input type="checkbox"/> Preferencia				Número de Trabajo				<input type="checkbox"/> Preferencia											
Correo Electrónico						Correo Electrónico																	
¿Cuestiones de tutela? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						En caso de Si, proporcionar documentos						¿Cuestiones de tutela? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						En caso de Si, proporcionar documentos					
¿Cuestiones de custodia? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO												¿Cuestiones de custodia? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO											

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Nombre de Hermano(s)		Edad		Escuela		Nombre de Hermano(s)		Edad		Escuela	
1.						3.					
2.						4.					

CONTACTOS DE EMERGENCIAS:

Las siguientes personas son mayores de 18 años, tienen permiso para recoger a mi hijo/a podrán ser notificados en caso de emergencia.

Nombre Completo		Relación		Número de Teléfono		Nombre Completo		Relación		Número de Teléfono	
1.						3.					
2.						4.					

Nombre de Doctor			Teléfono			El Hospital de Preferencia		
------------------	--	--	----------	--	--	----------------------------	--	--

Yo certifico que soy el padre o tutor legal y que la información que he dado es verdadera y correcta en base a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Padre o Tutor Legal (escrito)		Firma del Padre o Tutor Legal		Fecha Mes _____ Día _____ Año _____	
--	--	-------------------------------	--	--	--



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Home Language Survey

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student first speak or understand?

Student Name _____	District 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 enter all three HLS responses.

These HLS questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c)). (Revised 01-2020)



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 aprendizajes 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 _____
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 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)

Alhambra Elementary School District
4510 N. 37th Avenue
Phoenix, Arizona 85019

Record of Special Programs

PLEASE COMPLETE THIS FORM SO THAT WE MAY ENSURE THAT YOUR CHILD RECEIVES ALL NECESSARY SUPPORT AND SERVICES

Student Name _____ Date of Birth _____

Parent / Guardian _____

Phone: _____ Parent Email: _____

Address where child resides: _____

_____ My child has **NOT** received Special Programs Services / Resource

_____ My child **HAS** received Special Programs Services / Resource *

If you checked that your child HAS received services **PLEASE CHECK BELOW ALL THAT APPLY*

_____ English Language Learner

_____ Gifted

_____ My child has a 504 Plan **MUST** provide current copy of 504 plan

_____ My child has an Individual Education Plan (IEP) **MUST** provide current copy of IEP

PLEASE MARK BELOW THE SPECIAL EDUCATION SERVICES THAT APPLY TO YOUR CHILD.

_____ Resource ___ Reading ___ Math ___ Written Language ___ Other

_____ Adaptive Physical Education _____ Physical Therapy

_____ Specialized Transportation (per IEP) _____ Assisted Technology

_____ Speech/Language Therapy _____ Occupational Therapy

_____ Hearing Impaired _____ Vision Impairment

_____ Special Class (self-contained) ___ Academic ___ Emotional Behavior ___ Other

Other: _____

Distrito Escolar Alhambra Elementary School District
4510 N. 37th Avenue
Phoenix, Arizona 95019

Registro de Programas Especiales

POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA PARA QUE NOS ASEGUREMOS DE QUE SU HIJO/A RECIBA TODO EL APOYO Y LOS SERVICIOS NECESARIOS

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre/Madre/Custodio Legal _____

Teléfono: _____ Domicilio Electrónico del/la Padre/Madre: _____

Domicilio en el que reside el/la niño/a: _____

_____ Mi hijo/a **NO** ha recibido Servicios/Recurso de Programas Especiales

_____ Mi hijo/a **HA** recibido Servicios/Recurso de Programas Especiales *

Si usted marcó que su hijo/a HA recibido servicios **POR FAVOR MARQUE ABAJO TODO LO QUE SEA APLICABLE*

_____ Aprendiz del Idioma Inglés

_____ Dotado/a

_____ Mi hijo/a tiene un Plan 504. **DEBE** proveer una copia actualizada del Plan 504

_____ Mi hijo/a tiene un Plan Individual de Educación (IEP por sus siglas en inglés). **DEBE** proveer una copia actualizada del plan IEP

POR FAVOR MARQUE ABAJO LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL QUE SEAN APLICABLES PARA SU HIJO/A.

_____ Recurso ___ Lectura ___ Matemáticas ___ Lenguaje Escrito ___ Otro

_____ Educación Física Adaptiva

_____ Terapia Física

_____ Transporte Especializado (de acuerdo con el IEP) _____ Tecnología de Asistencia

_____ Terapia del Habla/Lenguaje

_____ Terapia Ocupacional

_____ Discapacidad Auditiva

_____ Discapacidad de la Vista

_____ Clase Especial (autocontenida) ___ Académica ___ Comportamiento Emocional ___ Otra

Otro: _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS

Please Print all information

The student listed below has enrolled at:

New School: _____

Address: _____

Phone/Fax: _____

Student's Legal Name: _____

Student's Date of Birth: _____ Student's current grade: _____

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

Name of Previous/Last School Attended: _____

Previous School Address: _____

Last Day Attended: ____ / ____ / ____ Grade: _____

Parent's Name: _____

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 and with Arizona State Law, I hereby authorize the school named above to release the following information:

Please include the following records:

____ Official Academic Transcript

____ Health/Shot Records

____ Test Data Scores

____ Discipline Records

____ IEP (if applicable)

____ Attendance Records

____ Withdrawal Form

____ Grades/Report Card

Parent Signature: _____

OR School Official Signature: _____

Date: _____



AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES DEL/LA ESTUDIANTE

Por favor use letra de molde en toda la información

El/la estudiante listado/a abajo se ha inscrito en:

Nueva Escuela: _____

Domicilio: _____

Teléfono/Fax: _____

Nombre Legal del/la Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento del/la Estudiante: _____ Grado Actual del/la Estudiante: _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA PREVIA

Nombre de la Última Escuela a la que Asistió: _____

Domicilio de la Escuela Previa: _____

Último Día de Asistencia: ____/____/____ Grado: _____

Nombre del/la Padre/Madre: _____

En conformidad con el Decreto de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia de 1974 y con la Ley del Estado de Arizona, por medio de la presente yo autorizo a la escuela arriba mencionada para que libere la siguiente información:

Por favor incluyan los siguientes expedientes:

____ Expediente Académico (Official Academic Transcript) ____ Registro de Salud/Vacunas

____ Calificaciones de las Pruebas (Test Data Scores) ____ Registros de Disciplina

____ Plan Individual de Educación "IEP" (sies aplicable) ____ Registros de Asistencia

____ Forma de Retiro (Withdrawal Form) ____ Tarjeta de Calificaciones

Firma del/la Padre/Madre: _____

O Firma del Oficial Escolar: _____

Fecha: _____



Health History and Medical Emergency Information

The following information must be completed **EVERY SCHOOL YEAR** to update your student's health records.

Student: Last Name _____ First Name _____ Teacher/Grade _____
 Date of Birth: ____/____/____ Gender (please circle one) Male/Female
 Student Address _____ City _____ Zip _____
 Student lives with (please circle one) Mother/Stepmother/Guardian Father/Stepfather/Guardian
 Mother/Step/Guardian: Name _____ Cell Phone _____ Work Phone _____
 Father/Step/Guardian: Name _____ Cell Phone _____ Work Phone _____
 Doctor's Name _____ Telephone Number _____
 Insurance: _____ Policy # or AHCCCS # _____

Emergency Contacts:

Name _____ Relationship _____ Phone _____
 Name _____ Relationship _____ Phone _____

Medical Information:

Does your child have or had a history of:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Asthma* | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorder |
| <input type="checkbox"/> Allergies* | <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Hearing/Ear Disorder |
| <input type="checkbox"/> Food _____ | <input type="checkbox"/> Birth Defect/Developmental Disorder | <input type="checkbox"/> Heart Condition |
| <input type="checkbox"/> Medication _____ | <input type="checkbox"/> Chicken Pox/Varicella | <input type="checkbox"/> Hemophilia/Bleeding Disorder* |
| <input type="checkbox"/> Insect Stings/Bites | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Neuro Disorder |
| <input type="checkbox"/> Seasonal | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1* | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder* |
| <input type="checkbox"/> Skin Ointment _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 2* | <input type="checkbox"/> Vision/Glasses |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Emotional/Psychiatric Disorder | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Animals _____ | (depression/bipolar) | |

***These conditions will require a current health care plan; please see your school nurse.**

Please provide any other information that will help us understand above marked answers:

At health office's discretion, student may have:

- | | |
|-------------------------------|--------|
| Non-Aspirin (Acetaminophen) | Yes/No |
| Throat Spray | Yes/No |
| Oral Anesthetic | Yes/No |
| Topical Antiseptic/Anesthetic | Yes/No |

Is your child currently taking medication(s)? List below:

MEDICATION AT HOME	DOSE	FREQUENCY

MEDICATION AT SCHOOL	DOSE	FREQUENCY

If your child needs to take medication at school, you must provide the medication in the prescription container that provides dosage and time to be administered and a permission form must be completed.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____



Historia de la salud e información médica de emergencia

La siguiente información debe ser completada CADA AÑO ESCOLAR para actualizar los registros de salud de su estudiante.

Apellido _____ Primer Nombre _____ Maestro/a/Grado _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género (por favor circule uno) Masculino/Femenino
 Dirección del Estudiante _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 El estudiante vive con (por favor circule uno) Madre/Madrastra/Tutor Padre/Padrastra/Tutor
 Madre/Tutor: Nombre _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Padre/Tutor: Nombre _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Nombre del Doctor _____ Número de Teléfono _____
 Seguro: _____ Número de Seguro o AHCCCS # _____

Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Información Médica:

¿Su hijo tiene o tenía antecedentes de:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Asma* | <input type="checkbox"/> Trastorno gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Alergias* | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de audición/oído |
| <input type="checkbox"/> Comida _____ | <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento/trastorno del desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos |
| <input type="checkbox"/> Medicación _____ | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Trastorno de sangrado* |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico |
| <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1* | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo* |
| <input type="checkbox"/> Ungüento/Pomada para la piel | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2* | <input type="checkbox"/> Visión/Anteojos |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional/psiquiátrico (depresión/bipolar) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Animales _____ | | |

*Se requiere un plan de salud corriente para estas condiciones; por favor, comuníquese con su enfermera escolar.

Proporcione cualquier otra información que nos ayude a comprender las respuestas marcadas arriba:

A discreción de la oficina de salud, el estudiante puede tomar:

Non-Aspirin (Acetaminophen)	Sí/No
Spray de garganta	Sí/No
Oral Anestésico	Sí/No
Anestésico/Antiséptico Tópico	Sí/No

¿Su hijo actualmente toma medicamento(s)? Indicar abajo:

MEDICAMENTOS EN CASA	DOSIS	FRECUENCIA

MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA	DOSIS	FRECUENCIA

Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, debe proporcionar el medicamento en el envase de la receta que proporcione la dosis y el tiempo para ser administrado y un formulario de permiso debe ser completado.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



**Arizona Department of Education
Arizona Residency Documentation Form**

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, 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 resides:

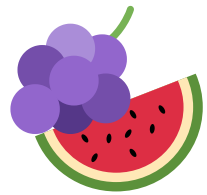
- _____ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- _____ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- _____ Real estate deed or mortgage documents
- _____ Property tax bill
- _____ Residential lease or rental agreement
- _____ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- _____ Bank or credit card statement
- _____ W-2 wage statement
- _____ Payroll stub
- _____ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- _____ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- _____ Temporary on-base billeting facility (for military families)

_____ 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 members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



SCHOOL MEALS

Breakfast and lunch is available to students daily. Information on meal prices and eligibility will be available after July 1st.

If you have students at any of these schools, submit a **MEAL APPLICATION** after July 1st:

ALHAMBRA
TRADITIONAL

CATALINA
VENTURA

GRANADA
EAST

GRANADA
WEST

GIRLS
INNOVATION
ACADEMY

GLOBAL
ACADEMY OF
PHOENIX

MADRID

SEVILLA
WEST

JAMES W.
RICE

VALENCIA

If you have students at any of these schools, submit an **ALTERNATE INCOME FORM** after July 1st:

ALHAMBRA
PRESCHOOL
ACADEMY

BARCELONA

CAROL G.
PECK

CORDOVA

WESTWOOD

CHOICE
LEARNING
ACADEMY

SEVILLA
EAST

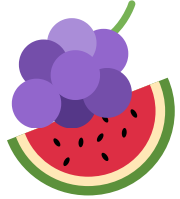


Forms will be available on
www.alhambraesd.org after July 1st.



Questions? Contact the Child Nutrition Department at 602-336-2985 or email childnutrition@alhambraesd.org

This institution is an equal opportunity provider.



COMIDAS DEL COLEGIO

El desayuno y el almuerzo están disponibles para los estudiantes todos los días. La información sobre los precios de las comidas y la elegibilidad estará disponible después del 1 de julio.

Si tiene estudiantes en alguna de estas escuelas, envíe una **SOLICITUD DE COMIDA** después del 1 de julio:

ALHAMBRA TRADITIONAL	CATALINA VENTURA	GRANADA EAST	GRANADA WEST	GIRLS INNOVATION ACADEMY
GLOBAL ACADEMY OF PHOENIX	MADRID	SEVILLA WEST	JAMES W. RICE	VALENCIA

Si tiene estudiantes en alguna de estas escuelas, envíe un **FORMULARIO DE INGRESOS ALTERNATIVOS** después del 1 de julio:

ALHAMBRA PRESCHOOL ACADEMY	BARCELONA	CAROL G. PECK	CORDOVA
WESTWOOD	CHOICE LEARNING ACADEMY	SEVILLA EAST	



Los formularios estarán disponibles en www.alhambraesd.org después del 1 de julio.



Preguntas? Comuníquese con el Departamento de Nutrición Infantil al 602-336-2985 o envíe un correo electrónico a childnutrition@alhambraesd.org