

# Distrito Escolar Unificado de J.O. Combs #44

# Formulario de Inscripción

School Year \_\_\_\_\_

- Primaria Ellsworth  
  Primaria Harmon  
  Primaria Ranch  
  Primaria Simonton  
  Academia Tradicional Combs  
 Secundaria Combs (7-8 grado)  
  Preparatoria Combs  
 Preparatorio de Kinder  
  Prescolar POPS

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*(Nombre como aparece en el acta de nacimiento.)*

Nombre que el estudiante prefiere (si el nombre es diferente del legal) \_\_\_\_\_

Masculino  
  Femenino  
 Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Antecedentes <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a	Raza (Seleccione uno o más)		
Étnicos: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> Anglo-Am	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Indio Am/de Alaska
	<input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/Isleño	<input type="checkbox"/> Asia	

**Marque la relación del estudiante:**

Vive con    Lo(a) puede recoger    Enviar correo

Padre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Informacion de la escuela anterior**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Incluyan grados de secundaria y Transcripciones para Preparatoria**

**Informacion de padres:**

Padre    Padrastros    Adoptivos    Guardián (Circulo Uno)

Nombre de Padre \_\_\_\_\_

Domicilio del Padre \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Empleo del Padre \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Es el padre/guardian militar activo  Si     No

Padre    Padrastros    Adoptivos    Guardián (Circulo Uno)

Nombre de Madre \_\_\_\_\_

Domicilio de Madre \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Empleo de Madre \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Es el padre/guardian militar activo  Si     No

*Lista de los nombres de las personas que pueden asumir la responsabilidad si el padre/tutor no esta disponible en caso de una emergencia o enfermedad. Estas personas deben ser conscientes de que ellos serán contactados si usted no puede ser localizado.*

Nombre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Hay alguna persona quien no debe recoger a su niño/s? \_\_\_\_\_

Este estudiante ha sido identificado para lo siguiente o a sido colocado en:	PREGUNTAS	
	SI	NO
I.E.P. Categoría		
Plan 504 Colacion		
Título I		
Grado Retenido		
Programa de Migrante		
ESL/ELD		
Programa superdotado		
	¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? Mi estudiante esta suspendido o expulsado de otra escuela o distrito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No NOTAS:	

Y, afirmo que como padre/tutor, toda la información dada en esta aplicación es verdadera y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad de mantener esta información al tanto y estoy de acuerdo de notificar a la escuela de algún cambio a la información.

Firma de Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha sido su estudiante matriculado en el distrito de J.O. Combs?  Si o  No ¿Si sí, en que escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su estudiante inscribió en una escuela de Arizona?  Si o  No ¿Si sí, en que escuela? \_\_\_\_\_

**Informacion de hermanos** (Por favor escriba nombre, fecha de nacimiento, grado, y escuela):

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**District Use Only:**

District ID#	Grade/Section	Immunization Record	Accepted by
Enrollment Date	Teacher	Proof of Residency	Date Entered in
Entry Date	Original Birth Cert	Photo ID	Schoolmaster
Entry Code	W/D Form	Custody Papers	
Transcripts/Grades	Bookstore	Health Office	Entered by

Distrito Escolar Unificado JO Combs  
Formulario Anual de Información Médica del

<b>Estudiante INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / PADRE</b>
Nombre Legal del Niño: Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio Físico: Fecha de Nacimiento: Grado:
Madre / Nombre del Paso / Tutor:
Teléfono del Hogar: Teléfono del Trabajo: Teléfono Celular:
Padre / Paso / Nombre del tutor::
Teléfono de casa Teléfono de trabajo: Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico de padre / madre / paso / tutor: El
niño reside con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b> <span style="float: right;"><i>(debe ser de 18 años de edad o más)</i></span>		
<i>Proporcione 3 personas que asuman la responsabilidad de su hijo en caso de enfermedad o accidente hasta que se comunique con usted.</i>		
<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Números de teléfono (H) ome, (W) ork, (C) ell</b>
1.		(H) (W) (C)
2.		(H) (W) (C)
3.		(H) (W) (C)

<b>INFORMACIÓN MÉDICA / SALUD DEL ESTUDIANTE</b>			
Indique si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones.		Por favor indique si su hijo tiene alergia. Por favor especifica.	
<b>Asma</b>		<b>alimenticias</b>	
<b>Convulsiones(Tipo)</b>		<b>Ambiental</b>	
<b>Diabetes</b>		<b>Medicamentos / Medicamentos</b>	
<b>Enumere otras afecciones</b>		<b>Otra alergia</b>	
Enfermedad reciente, hospitalización y / o cirugía. Proporcione fecha (s) y descripción (es).			
.Medicamentos actuales (nombre y dosificación)			
Médico / proveedor de atención médica Nombre		Número de teléfono del proveedor	

<p><i>Hospital preferido _____</i> <i>En caso de enfermedad o lesión grave, entiendo que mi hijo será trasladado al hospital más cercano en ambulancia, de ser necesario, y se realizará tratamiento de emergencia, proporcionado hasta que se pueda contactar al padre o guardián ordenado por un tribunal legal. Cualquier gasto por transporte de emergencia y / o tratamiento será responsabilidad del padre o tutor legal ordenado por el tribunal.</i></p> <p>_____</p> <p>Firma del padre / tutor Fecha</p>	<p>Por favor marque una de las siguientes declaraciones y firme:</p> <p>_____ Doy autoridad al distrito / escuela para administrar la dosis recomendada de no aspirina (acetaminofeno) cuando miKG - 12' hijogrado tiene: _____ fiebre _____ dolor _____ otra</p> <p>_____ No le doy la autoridad del distrito / escuela para administrar la dosis recomendada de aspirina (paracetamol)</p> <p>_____</p> <p>Firma del padre / tutor Fecha</p>
--	--

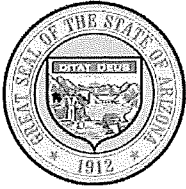
**Por favor vea el otro lado para conocer los procedimientos**

## Distrito Escolar Unificado JO Combs

### Procedimientos de medicación del

Cuando es esencial para la salud de un niño que él / ella toma medicamentos durante el horario escolar: los

1. medicamentos recetados deben ser recetados por el médico del alumno y el formulario de consentimiento del padre debe estar firmado para administrar el medicamento en la escuela. Estos formularios de consentimiento están disponibles en la Oficina de Salud.
2. Los medicamentos con receta deben estar en el envase original de la farmacia, etiquetados con el nombre del estudiante, la fecha, el medicamento, la dosis, el tiempo que debe tomarse en la escuela y la duración del tratamiento. (Puede solicitar al farmacéutico que prepare una segunda botella para uso escolar).
3. El padre debe llevar el medicamento a la escuela. Los estudiantes no pueden transportar medicación.
4. Los estudiantes pueden llevar un inhalador de asma y / o un bolígrafo de alergia de emergencia con una receta actual del medicamento para el estudiante y un consentimiento para llevar el formulario que ha sido firmado por el padre / tutor. Estos formularios de consentimiento están disponibles en la Oficina de Salud.
5. La medicación se administrará en presencia de la enfermera de la escuela y / o asistente de salud, o en su ausencia, por la persona designada por el director de la escuela.
6. Todos los medicamentos de venta libre y / o no recetados deben ser aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y deben venir en el envase original no caducado con la etiqueta y las instrucciones del paquete. El padre debe firmar un formulario de divulgación disponible a través de la Oficina de Salud y archivarlo con la enfermera de la escuela y / o el Asistente de Salud para que el medicamento sea administrado en la Oficina de Salud. Se requerirá una nota del médico para dar cualquier medicamento de venta libre y / o sin receta por más de 3 días.
7. Por lo general, no damos medicamentos en la escuela si solo se recetan 3 veces al día o menos a menos que el médico lo recete por un tiempo específico.
8. El uso de muletas y sillas de ruedas por parte de los estudiantes por una lesión requiere una nota del médico que indique la lesión y la duración estimada necesaria. Estos artículos deben ser provistos por el padre / tutor.



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? \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
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)

## Forma de Elegibilidad Para la Educacion Migrante

- Primaria Ellsworth  
  Primaria Harmon  
  Primaria Ranch  
  Primaria Simonton  
  Academia Tradicional Combs  
 Secundaria Combs (7-8 grado)  
  Preparatoria Combs  
  Academia Preescolar  
 Preparatorio de Kinder  
  Prescolar POPS

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_

Sus niños podrían calificar para los servicios de programa Educacional Migrante. Una persona del programa Migrante le visitará si cumple con los requerimientos de elegibilidad.

Se ha(n) cambiado de casa usted, su esposo(a) o sus hijos a este distrito escolar durante los últimos 12 meses en busca de trabajo en el área de agricultura?  
 Sí  
 No  
*(Si su respuesta es NO, favor de no continuar esta forma.)*

Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto Alternativo y Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Para calificar para el de programa Educacional Migrante, esta usted o alguien de su familia que ha(n) trabajado en la agricultura, o ha estado buscando trabajo en cualquiera de las siguientes áreas?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo en un vivero               | <input type="checkbox"/> Regando árboles y plantas              |
| <input type="checkbox"/> Piscando fruta o verduras          | <input type="checkbox"/> Trabajo de huertas                     |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en granja, campo, o rancho | <input type="checkbox"/> Cultivando/cosechando árboles          |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de lechería                | <input type="checkbox"/> Empacando o procesando frutas/verduras |
| <input type="checkbox"/> Operando maquinaria (tractores)    |   |

## Cuestionario de Residencia de Estudiante

- Primaria Ellsworth    Primaria Harmon    Primaria Ranch    Primaria Simonton    Academia Tradicional Combs  
 Secundaria Combs (7-8 grado)    Preparatoria Combs    Academia Preescolar  
 Preparatorio de Kinder    Preescolar POPS

**Este cuestionario es con la intención de explicar el acto de la ayuda McKinney-Vento Assistance Act, U. S. C. A. 42 sección 11302 (a). Sus respuestas nos ayudaran a determinar información residencial necesaria para servicios potenciales para el estudiante.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

*Apellido*
*Primer*
*Segundo*

Masculino    Femenino   Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_   Edad \_\_\_\_\_

1. Actualmente, donde esta viviendo el estudiante? (Marca la caja que aplica)
- En un refugio de emergencia.
  - En un Motel, automóvil, el parque o campamento.
  - Con otra familia en una casa o apartamento.
  - Con amigos o parientes que no sean guardianes legales.
  - Esperando por guardián legal.
  - Si ninguna elección le aplica. **No es necesario continuar con esta forma si marco la ultima elección en pregunta numero uno.**

2. El estudiante vive con?
- Un Padre (Mamá o Papá)
  - Los dos Padres (Mamá y Papá)
  - Un Padre (Mamá o Papá) y otro adulto que no es guardián legal
  - Un pariente, amigo, o otro adulto que no es padre (Mamá o Papá) o que no es guardián legal

Nombre de Padres/Guardián legales si disponible \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto Alternativo y Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

McKinney-Vento Survey to:

Student Cumulative Folder (Original)

McKinney-Vento Liaison (Copy)

## Forma de Transportación

- Primaria Ellsworth  
  Primaria Harmon  
  Primaria Ranch  
  Primaria Simonton  
  Academia Tradicional Combs  
 Secundaria Combs (7-8 grado)  
  Preparatoria Combs  
  Estudiante de Seminario  
  Prescolar POPS

FECHE DE INICIO TRANSPORTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

*Apellido*

*Primer*

*Segundo*

NUMERO DE CASA Y CALLE \_\_\_\_\_ APT. O # DE ESPACIO \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ SUBDIVISION \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ SEXO     HOMBRE     MUJER

GRADO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

VERIFIQUE SI NO REQUIEREN TRANSPORTE PARA     AM     PM

**NOTA:** LA VERIFICACION DE AM O PM ARRIBA NO ES REQUERIDA Y NO HACE QUE SU NINO/A SEA INELEGIBLE PARA PASEAR EN EL AUTOBUS. USTED PUEDE LLAMAR AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION PARA PROGRAMAR A SU NINO/A EN UNA RUTA EN CAULQUIER MOMENTO.

**EL TRANSPORTE DE ESTEDIANTES QUE ASISTEN EN UNA INSCRIPCION ABIERTA ES LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/GUARDIAN.**

**INFORMACIÓN ALTERNATIVA DE TRANSPORTE (SI FUERA NECESARIO)**

**INFORMACIÓN PARA RECOGER (DIRECCIÓN DEL CUIDADOR O NOMBRE DEL LUGAR DE CUIDADO)**

PERSONA PARA CONTACTAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MARCAR LOS DIAS QUE APLICAN     LUNES     MARTES     MIÉRCOLES     JUEVES     VIERNES

**INFORMACIÓN DE ENTREGA (DIRECCIÓN DEL CUIDADOR O NOMBRE DEL LUGAR DE CUIDADO)**

PERSONA PARA CONTACTAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MARCAR LOS DIAS QUE APLICAN     LUNES     MARTES     MIÉRCOLES     JUEVES     VIERNES

**OFFICE USE ONLY:**

DRIVER \_\_\_\_\_ ROUTE \_\_\_\_\_ P/U TIME \_\_\_\_\_ D/O TIME \_\_\_\_\_

BUS STOP \_\_\_\_\_

## Autorización para la Liberación de Registros de Estudiantes

Nombre del Estudiante (Favor escribir el nombre como esta en la Acta de Nacimiento o en los documentos de Adopción.)

\_\_\_\_\_

Apellido Primer Segundo

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Grado

\_\_\_\_\_

La Última Escuela que Asistió # de Teléfono de Escuela # de Fax de Escuela

\_\_\_\_\_

Domicilio de la última escuela

**El dicho estudiante se ha matriculado en nuestra escuela. Por favor expida los registros siguientes:**

AIMS & Standardized Test Results	Transcript of Grades	Attendance Records
Special Education Records/504 Plan	Withdrawal Grades	Copy of Birth Certificate
Psychological Report/Eligibility	Health Card/Immunizations	

**\*\* Por favor envíe registros a la escuela indicada abajo \*\***

<input type="checkbox"/> <b>Ellsworth Elementary School</b> 38454 N. Carolina Ave. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3520 480-987-8250 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Jack W. Harmon Elementary School</b> 39315 N. Cortona Dr. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3500 480-888-9143 (fax)
<input type="checkbox"/> <b>Kathryn Sue Simonton Elementary School</b> 40300 N. Simonton Blvd. San Tan Valley, AZ 85140 480-987-5330 480-987-5281 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Ranch Elementary School</b> 43521 N. Kenworthy Ave. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3530 480-655-6412 (fax)
<input type="checkbox"/> <b>Combs Traditional Academy</b> 37327 N. Gantzel Rd. San Tan Valley, AZ 85140 480-987-5320 480-987-5009 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>J.O. Combs Middle School</b> 37611 N. Pecan Creek Dr. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3510 480-888-8049 (fax)
<input type="checkbox"/> <b>Combs High School</b> 2505 E. Germann Rd. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3540 480-987-0837 (fax)	* De acuerdo con los derechos educativos de la Familia y Acta de Privacidad de 1974 y la Ley del Estado de Arizona: El permiso del padre de familia ya no es requerido, cuando los registros son solicitados por el personal escolar autorizado.

\_\_\_\_\_

\* Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

<b>Office Use Only:</b>	
Enroll Date _____	Rec'd Request _____
Entry Date _____	Method _____
Date Rec'd _____	



- Primaria Ellsworth    Primaria Harmon    Primaria Ranch    Primaria Simonton
- Academia Tradicional Combs
- Secundaria Combs (7-8 grado)    Preparatoria Combs    Academia Preescolar
- Preparatorio de Kinder    Prescolar POPS

**PUBLICACIÓN de INFORMACIÓN de ARCHIVO de ESTUDIANTE (F.E.R.P.A.):**

Durante el año escolar, empleados de Distrito pueden compilar información no confidencial de archivo de estudiante especificada abajo.

De acuerdo con los Derechos Educativos y las escuelas del Acto de privacidad pueden revelar, sin el consentimiento, "guía" información tal como un nombre de estudiante, la dirección, el número de teléfono, la fecha y el lugar de nacimiento, los honores y los premios, lucen la participación (inclusive la altura y el peso de atletas) y las fechas de asistencia.

Si usted no quiere cualquier ni toda la información debajo designado acerca de su hijo/hija para ser liberada a ninguna persona ni la organización sin su prioridad firmado y fechado el consentimiento escrito, usted debe notificar el Distrito en la escritura cancelando cualquier o todas las áreas siguientes, firmando la forma en el fondo de esta página, y lo volviendo al Director, dentro de dos (2) las semanas de recibir. Si el Distrito de la Escuela no recibe esta notificación de usted dentro del tiempo prescrito, se asumirá que su permiso se da a liberar su hijo's/hija's información designada de guía.

Restrinja por favor la liberación de información designada como información de guía concerniendo (el nombre de estudiante – *por favor impresión legiblemente*) \_\_\_\_\_ como designado () abajo:

**Los tipos de la Liberación :**

- No publicar información escuela-ancho (las listas de honores, el boletín, los anuncios, etc.)
- No publicar información distrito-ancho (boletín de Distrito, las listas de honores, etc.)
- No publicar información por toda la comunidad (periódico, la radio, la televisión, etc.)
- No publicar información en sitios web de Distrito (fotografías de estudiante no serán identificadas por el nombre)
- No publicar información a ramas ni colegios militares.

**Los tipos de Información (no publicar -):**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre                                  | <input type="checkbox"/> Dirección  | <input type="checkbox"/> Teléfono                  | <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> La fecha, el lugar de nacimiento        | <input type="checkbox"/> Fotografías  | <input type="checkbox"/> Las fechas de asistencia  |  |
| <input type="checkbox"/> Escuela mas recientemente atendido      | <input type="checkbox"/> Honores/concede  | <input type="checkbox"/> Posición de matriculación |  |
| <input type="checkbox"/> Premios / Honores                       | <input type="checkbox"/> La mayoría de las escuelas recientes que asistiero       |  |  |
| <input type="checkbox"/> La participación en deporte/actividades | <input type="checkbox"/> Peso y a altura (miembros de equipo atléticos solamente) |  |  |

\_\_\_\_\_  
(Imprima el nombre de Padre)

\_\_\_\_\_  
(Imprima el nombre del Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



Departamento de Educación de Arizona  
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Escuela Chárter \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Como el padre del estudiante o representate legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- \_\_\_\_\_ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_\_\_ Pasaporte válido de los EE. UU.
- \_\_\_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- \_\_\_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.

\_\_\_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Estado de Arizona Declaración Jurada de Residencia Compartida

Juro o afirmo soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, se describe de las siguiente manera:

Las personas que viven con migo:

---

Ubicación de me residencia:

---

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- Pasaporte válido de los EE. UU.
- Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- Contrato de renta de casa/residencia
- Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- Factura de tarjeta de crédito o de banco
- Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- Talón del cheque de paga
- Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_

**Acknowledgement**

**Estado de Arizona**  
**Condado de Maricopa**

Lo anterior fue reconocido ante me este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,  
Por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Publico

Mi comisión se vence: \_\_\_\_\_