



Solo para uso de oficina:

Date of Entry into SIS: \_\_\_\_\_

Date of Enrollment: \_\_\_\_\_

Date of Withdrawal: \_\_\_\_\_

**Formulario de Inscripción Final 2018-2019**

| Información del Estudiante:                             |         |                |                            |
|---|---------|----------------|----------------------------|
| Primer Nombre de Estudiante   Segundo Nombre   Apellido |         |                | ID# Identificación Estatal |
| Fecha de Nacimiento:                                    | Género  | Diagnóstico:   |                            |
| Dirección Actual:                                       |         |                | Grado Escolar 2018-19      |
| Ciudad:   | Estado: | Código Postal: |                            |

| Información Demográfica del Estudiante (tiene que seleccionar una opción)   |  |
|---|--|
| Raza:   | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco |
| Etnicidad:  | Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| Idioma principal que se habla en el hogar independientemente del idioma que habla el estudiante:  |  |
| ¿Qué idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?   |  |
| ¿Cuál fue el primer idioma del estudiante?  |  |
| Información de Contacto de Padres/Guardianes  |  |
| Nombre de Padre Principal/Guardián:   |  |
| Género:   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |
| <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Guardián Legal |  |
| Teléfono Principal: Casa/Trabajo/Celular  | Teléfono Secundario: Casa/Trabajo/Celular  |
| Dirección:  | Ciudad, Estado   Código Postal:  |
| Correo Electrónico (email):   |  |

| Información de Contacto de Padre/Guardián   |                |   |
|---|----------------|---|
| <b>Nombre de Padre/Guardián Secundario:</b>   |                |   |
| Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  |                |   |
| <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Guardián Legal                         |                |   |
| Teléfono Principal: Casa/Trabajo/Celular  |                | Teléfono Secundario: Casa/Trabajo/Celular |
| Dirección:  | Ciudad, Estado | Código Postal:                            |
| Correo Electrónico (email):   |                |   |
| ¿Quién tiene la custodia legal? (marque todos los que correspondan)   |                |   |
| <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Guardián Legal |                |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |                |   |
| ¿El otro padre tiene derechos de visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                |   |
| <b>(Aviso: Usted es responsable de proporcionar a Arizona Autism Charter School con los documentos de custodia legal necesarios)</b>  |                |   |
| <b>Favor de indicar con quien vive el estudiante:</b> (Marque todos los que correspondan)   |                |   |
| <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Guardián Legal |                |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |                |   |
| ¿Es hogar de madre/padre soltera/o? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |                |   |

| Hermanos en el Hogar |                                 |                     |      |                             |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|------|-----------------------------|
| Nombre de Hermano/a  | Nombre de Escuela/Grado Escolar | Fecha de Nacimiento | Edad | Diagnóstico si tiene alguno |
|                      |                                 |                     |      |                             |
|                      |                                 |                     |      |                             |
|                      |                                 |                     |      |                             |
|                      |                                 |                     |      |                             |

### Transporte del Estudiante

¿Quién va a traer al estudiante a la escuela?

¿Quien va a recoger al estudiante de la escuela?

¿Le interesa participar como voluntario en la escuela?  Sí  No

¿Si la respuesta es positive, cuales actividades le interesan? (Marque todas las que correspondan)

- Reuniones de Consejería de Padres
- Comité de Recaudación de Fondos para la Escuela
- Acompañar a los estudiantes en excursiones fuera de la escuela
- Ayudar al personal de la escuela/maestros con actividades administrativas
- Otra actividad: \_\_\_\_\_

## Consentimiento y Autorización de Actividades Físicas

Su hijo o hija (el "Participante") podría participar en Actividades Físicas asociadas con Arizona Autism Charter Schools, Inc. (AZACS). Las actividades físicas requieren que los padres/guardianes del participante firmen este documento y reconocimiento de riesgo y a través del presente liberan de responsabilidad a (AZACS). Las Actividades Físicas pueden incluir, pero no están limitadas a: el uso del equipo de AZACS en el patio de recreo, equipo de gimnasio, los aparatos de terapia física, ocupacional, participación en todas las actividades de recreo, y la participación en todos los deportes y actividades deportivas adaptadas que AZACS pueda tener o llevar a cabo en la escuela. Al firmar este documento usted:

1. Reconoce que la participación del participante en las actividades físicas puede ocasionar alguna lesión;
2. Representa a AZACS y sus afiliados, que el participante no tiene ninguna lesión, enfermedad u otra condición médica que impida su participación en la actividad física, o que haría peligroso, perjudicial, o no aconsejable que él / ella participe;
3. Asume el riesgo y libera de responsabilidad a Arizona Autism Charter Schools, Inc. (AZACS) de cualquiera y toda responsabilidad por cualquier lesión o daño físico o de otro tipo sufrido por el participante durante o como consecuencia de participar en, la actividad física; y
4. Acepta que ni AZACS ni la instalación en la que se lleva a cabo un programa de actividades físicas, ni ninguna otra persona involucrada en la organización o realización de la actividad física (incluyendo el personal, los terapeutas, maestros, entrenadores, contratistas y AZACS) tendrán ninguna obligación o responsabilidad por cualquier lesión o daño que el Participante pueda sufrir.

He leído atentamente, y entiendo y por el presente acuerdo a lo anterior, y reconozco que este acuerdo será vinculante para mí, mi esposa/o, mis hijos, representantes legales, herederos, sucesores y cesionarios:

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

## Información de Uniformes

El uniforme de AZACS consiste de una camisa polo azul rey o guinda con el logotipo de AZACS. Los estudiantes pueden usar pantalones largos o cortos azul marino a khaki (beige) de su selección. Las niñas también pueden usar faldas color khaki o azul marino. Los zapatos deben ser de punta cerrada o sandalias con correas seguras (no se permiten chancletas.) AVISO: Los uniformes se pueden comprar por internet en [www.dennisuniform.com](http://www.dennisuniform.com), o por teléfono llamando al **(602) 220-0302**.

### Mochilas:

Todos los estudiantes tienen que traer mochilas a la escuela. Todas las mochilas se deben poner sobre los dos hombros. No se permite otro tipo de bolsa. También se mandará información de los útiles necesarios.

**Declaración de Padre/Guardian**

Por el presente documento declaro que he leído y comprendido el Formulario de Inscripción Final 2017-2018 en su totalidad. Certifico que la información es verdadera. Entiendo que al presentar esta información estoy registrando e inscribiendo a mi hijo/a en AZACS y por lo tanto tendré que cumplir con todas las políticas y reglas para confirmar la inscripción de mi hijo/a. Entiendo que debo completar este formulario y todos los demás formularios solicitados dentro de una semana de haberlos recibo para mantener el lugar de mi hijo en AZACS. Informaré a los administradores de AZACS sobre cambios en la información que aparece en este documento.

---

Nombre de Padre/Guardián

---

Firma de Padre/Guardián

---

Fecha