SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ENROLLMENT CHECKLIST

Student Name:_____ Grade:_____

ALL forms and documents must be turned in **BEFORE** we can register your child for school.
Forms must be filled out completely, signed and dated

- ☐ Original Birth Certificate
- ☐ Current Immunization Records
- ☐ Student Registration Form
- ☐ Student Record Transmittal Request
- ☐ Home Language Survey
- ☐ McKinney-Vento Eligibility Form
- ☐ Arizona Residency Form and Proof of Residency Documentation
  (Proof of Residency Documentation could be in the form of a utility bill, a lease agreement, an I.D. with a current address and name on it, etc. If you have a shared residency situation, please ask the front office for an Affidavit of Shared Residency.)
- ☐ Student Health Form
- ☐ Application for Free and Reduced Price School Meals
  (Even if your child is not eating at the cafeteria, filling out and signing this form provides additional funds to the school that are allocated to programs that help all students.)
- ☐ Student Directory Information Release Form
- ☐ Transportation Registration Form
  (Please fill out and sign if your child will ride the bus to and/or from school)

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIONES

Nombre del Estudiante_____ Grado_____

TODOS los formularios y documentos deben entregarse **ANTES** de que podamos inscribir a su hijo/a en la escuela. Los formularios deben ser llenados por completo, firmados y fechados.

- ☐ Acta de Nacimiento Original
- ☐ Cartilla de Vacunación Actual
- ☐ Formulario de Inscripción
- ☐ Solicitud para Transferir el Expediente del Estudiante
- ☐ Encuesta sobre el Idioma en el Hogar
- ☐ Cuestionario de Elegibilidad McKinney-Vento
- ☐ Formulario de Residencia en el Estado de Arizona y Comprobante de Domicilio
  (El comprobante de domicilio puede ser un recibo de servicios públicos, un acuerdo de arrendamiento, una identificación con su nombre y la dirección actual, etc. Si usted comparte residencia con alguien, por favor pida en la oficina una Declaración Jurada de Residencia Compartida)
- ☐ Formulario de Salud del Estudiante
- ☐ Solicitud del Programa de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido
  (Incluso si su hijo no come en la cafetería, llenar y firmar este formulario provee a la escuela con fondos adicionales que son utilizados para programas que ayudan a los niños)
- ☐ Formulario de Consentimiento para Divulgar Datos del Directorio Estudiantil
- ☐ Formulario de Inscripción para el Transporte
  (Por favor llene y firme si su hijo/a necesita utilizar el transporte hacia y/o desde la escuela)

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT REGISTRATION FORM

OFFICIAL USE ONLY

Date entered into SMS: _____ Entry Code: ____ Entry Date: _____ SID: _____ SAIS: _____

Date Records Requested:_____ Date Records Received:_____ Teacher:_____ Immunizations PS:_____

School: West Sedona _____ Sedona Red Rock Junior/Senior HS _____ Red Rock Academy _____

(Arizona law states that we must have an up-to-date immunization schedule/exemption form in file before a new student in our district can attend school)

PARENT/GUARDIAN - PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION BELOW

Legal Name of Student (as stated on Birth Certificate, Passport or Court Documents):

Last _____ First _____ Middle _____

Name student goes by _____ Grade _____ Male _____ Female _____

Date of Birth: _____ State/Country of Birth: _____ Home Phone: _____

Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Mailing Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Second Mailing Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Race: Hispanic _____ Non-Hispanic _____
Ethnic Background: White ____ Black ____ Asian____ Hawaiian/Pacific Islander ____ American/Alaskan Indian ____

Student lives with:

A. Father ____ Step-father ____ Guardian ____
Name _____ Email Address _____
Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

B. Mother ____ Step-mother ____ Guardian ____
Name _____ Email Address _____
Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Cell Phone _____ Student Email Address_____

Are there custody issues? Yes _____ No _____ Is the student in foster care? Yes _____ No _____

Note: The school will honor the non-custodial parent's request for information unless copies of custody papers or copies of court orders restricting the non-custodial parent's access to such information is on file at the school. A copy of court order changing custody must be on file for guardians who are not the natural parents.

Most recent school attended: _____ Grade: _____ Year: _____
School Address:_____ City/State/ZIP _____

Has the student ever attended a school in Arizona? Yes _____ No _____
Has the student ever attended the Sedona Oak Creek School District? Yes _____ No _____ If Yes, which school?
West Sedona _____ Sedona Red Rock Junior/Senior HS _____ Red Rock Academy _____

Has the student ever been
a) retained? Yes ____ (grade ___) No ____ b) expelled? Yes ____ No ____ c) suspended? Yes ____ No ____
Does student receive Special Education Services with an IEP? Yes ____ No ____
Does student have a 504 Plan? Yes ____ No ____

I understand that any incorrect information above could jeopardize this student's enrollment. I understand that should I withdraw my student, I will come to the school office, complete a withdrawal form and provide necessary follow-up information.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

Date entered into SMS: _____ Entry Code: ____ Entry Date: _____ SID: _____ SAIS: _____

Date Records Requested:_____ Date Records Received:_____ Teacher:_____ Immunizations PS:_____

School: West Sedona _____ Sedona Red Rock Junior/Senior HS _____ Red Rock Academy _____

(La ley del estado de Arizona indica que debemos contar con la cartilla de vacunación actual/formulario de exención antes de que un nuevo estudiante en nuestro distrito asista a la escuela)

PADRE/TUTOR – POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

Nombre Legal del Estudiante (como aparece en el acta de nacimiento, pasaporte, o documentos de la corte):

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre_____

Nombre que usa el estudiante_____ Grado ____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Fecha de Nacimiento_____ Estado/País de Nacimiento _____ Teléfono del Hogar _____

Dirección: _____ Ciudad_____ Código _____

Dirección Postal: _____ Ciudad _____ Código _____

Segunda Dirección Postal: _____ Ciudad _____ Código _____

Raza: Hispano _____ No Hispano _____
Antecedente étnico: Caucásico ___ Afroamericano ____ Asiático ____ Hawaiano/Islas del Pacífico ____ Nativo Americano/Nativo de Alaska ___

El estudiante vive con:

A. Padre _____ Padrastro _____ Tutor _____
Nombre _____ Dirección de Correo Electrónico _____
Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular_____ Teléfono de Empleo _____

B. Madre ____ Madrastra ____ Tutora ____
Nombre _____ Dirección de Correo Electrónico _____
Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular_____ Teléfono de Empleo _____

Teléfono Celular del Estudiante_____ Dirección de Correo Electrónico del Estudiante _____

¿Hay problemas de custodia? Si _____ No _____ ¿Está el estudiante en cuidado tutelar? Si _____ No _____

Nota: La escuela honrara la petición de información al padre que no tiene la custodia a menos que estén archivadas en la escuela copias de los documentos de custodia o copias de la orden judicial restringiendo al padre que no tiene custodia acceso a dicha información. La copia de la orden judicial que cambia la custodia debe estar archivada para los tutores que no son los padres biológicos.

Escuela a la que ha asistido más recientemente: _____ Grado: _____ Año: _____
Dirección de la escuela: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

¿Ha asistido alguna vez el estudiante a una escuela en Arizona? Sí ___ No ___
¿Ha asistido alguna vez el estudiante a una escuela que pertenece al Distrito Escolar Unificado Sedona-Oak Creek? Sí _____ No _____
Si la respuesta es sí, ¿a cuál escuela? West Sedona ___ Sedona Red Rock Junior/Senior HS ___ Red Rock Academy ___
¿Alguna vez el estudiante ha sido
a) retenido? Sí ____ (grado ___) No ____ b) expulsado? Sí ____ No ____ c) suspendido? Sí ____ No ____
¿Recibe el estudiante Servicios de Educación Especial con un Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí ____ No ____
¿Tiene el estudiante un Plan 504? Sí ____ No ___

Entiendo que cualquier información incorrecta que se indique anteriormente puede poner en peligro la inscripción del estudiante. Entiendo que si doy de baja a mi estudiante, es política de la escuela que yo me presente en la oficina, llene un formulario para darlo de baja, y proporcione información sobre el seguimiento necesario.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT RECORD TRANSMITTAL REQUEST

Sedona-Oak Creek Joint Unified School District #9
Attention: Student Record Department

STUDENT NAME: _____ DOB: _____

Grade last attended: _____ Dates attended: _____

School Student Last Attended: _____

Mailing Address: _____

City/State/Zip: _____

Phone Number/Fax Number: _____/_____

I hereby request and authorize you to release to the below referenced school **any and all** medical information, school screening including hearing and vision, educational records, **state testing results** (if applicable)**,** psychological reports, all Special Education records/IEPs, ELL records or other pertinent data you may have, or may receive, that would provide aid in providing appropriate educational services for my child. **Please Note:** All psychological/confidential data will be maintained as such. It will not be transferred to any person/agency without written parental permission. Parents will have access to all student records.

○ **West Sedona Elementary School**
570 Posse Ground Road
Sedona, Arizona 86336
Phone/**Fax**: 928-204-6600/**928-282-1012**

○ **Sedona Red Rock Junior High / High School / Sedona Red Rock Academy**
995 Upper Red Rock Loop Road
Sedona, Arizona 86336
Phone/**Fax**: 928-204-6700/**928-282-5992**

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Date

_____ _____
Signature of School Official Requesting Records Date

Notice to Sending School:
Pursuant to ARS 15-823 (3F) "Notwithstanding any financial debt owed by the pupil, any school requested to forward a copy of a transferring pupil's record to the new school shall comply and forward the record within ten school days after receipt of the request unless the record has been flagged pursuant to section 15-829".

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD PARA TRANSFERIR EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE

Sedona-Oak Creek Joint Unified School District #9
Atención: Departamento de Expedientes

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Último grado al que asistió: _____ Fechas en las que asistió: _____

Última escuela a la que asistió el estudiante: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono/Número de fax: _____ /_____

Por medio de la presente le solicito y le autorizo que entregue a la escuela referida a continuación, **cualquier y toda** la información médica, evaluaciones escolares incluyendo revisiones de la vista y el oído, expedientes educativos, **resultados de pruebas estatales** (si aplica), reportes psicológicos, todos los registros de Educación Especial/IEP's (Programa de Estudio Individualizado por sus siglas en inglés) u otra información que pueda tener, o pueda recibir, que proporcione ayuda para que mi hijo reciba los servicios educativos apropiados. **Por favor tome en cuenta:** Toda la información psicológica/confidencial debe mantenerse como tal. No será transmitida a ninguna persona/agencia sin permiso escrito de los padres. Los padres tendrán acceso a todos los expedientes del estudiante.

○ **West Sedona Elementary School**
570 Posse Ground Road
Sedona, Arizona 86336
Phone/**Fax**: 928-204-6600/**928-282-1012**

○ **Sedona Red Rock Junior High / High School / Sedona Red Rock Academy**
995 Upper Red Rock Loop Road
Sedona, Arizona 86336
Phone/**Fax**: 928-204-6700/**928-282-5992**

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

_____ _____
Firma del oficial de la escuela solicitando el expediente Fecha

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 aprendices 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?**

   _____

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 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)

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

MCKINNEY VENTO ELIGIBILITY QUESTIONNAIRE

Deana DeWitt, Homeless Liaison
995 Upper Red Rock Loop Road
Sedona, AZ 86336

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Act. The answers will help determine the services that the student may be eligible to receive.

1. Is your current address a temporary living arrangement? Yes_____ No_____
2. If temporary, is this living arrangement due to a loss of housing or economic hardship? Yes_____ No_____

If you answered YES to questions 1 and 2, please complete the remainder of this form. If you answered NO to either question, you may stop here.

SECTION A	SECTION B
☐ Choices in Section B do not apply. If you checked this box, it is not necessary to complete this form. Continue with the registration packet.	☐ In a shelter/group home ☐ In Foster Care ☐ Living with relatives or friends due to loss of housing or economic hardship. ☐ Living in a motel, car, campsite, or other inadequate housing. ☐ Youth living with friends or family (other than parent/guardian) If you checked a box in Section B, complete this form and the Registration packet. You do not have to complete the Arizona Residency Documentation Form.

Student's Name (printed)_____

Birth Date: _____/_____/_____ Age: _____ Gender: _____ Grade in School: _____

School Most Recently Attended: _____

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

Temporary/Current Address: _____

City: _____ Zip Code: _____ Phone #: _____

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

For Office Staff: If a box in Section B is checked, please complete enrollment; notify Deana Dewitt, Homeless Liaison, immediately; and forward this form to her office. Shred any forms that do not have a check in Section B.

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD MCKINNEY-VENTO

Deana DeWitt, Homeless Liaison
995 Upper Red Rock Loop Road
Sedona, AZ 86336

Este cuestionario es intencionado para tratar la Ley McKinney-Vento. Las respuestas ayudarán a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí _____ No_____
2. Si es temporal, ¿este arreglo de vivienda se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Sí_____No_____

Si respondió SÍ a las preguntas 1 y 2, por favor complete el resto de este formulario. Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, puede parar aquí.

Marque todo lo que aplica:

SECCIÓN A	SECCIÓN B
☐ Las opciones en la sección B no aplican. Si marcó esta casilla, no es necesario completar este formulario. Continúe con el paquete de inscripción.	☐ En un refugio/casa comunitaria ☐ En Cuidado de Crianza ☐ Viviendo con familiares o amigos debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas. ☐ Viviendo en un motel, automóvil campamento, u otra vivienda inadecuada ☐ Joven viviendo con amigos o familiares (que no son los padres/tutores) Si marcó una casilla en la Sección B, complete este formulario y el paquete de inscripción. No tiene que completar el Formulario de Documentación de Residencia en Arizona.

Por favor imprima con letra de molde.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Género: _____ Grado en la Escuela: _____

Última Escuela a la que Asistió: _____

Nombre del Padre(s)/Tutor(es) Legal(es): _____

Dirección Temporal/Actual: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ # de Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Para el Personal de la Oficina: Si se marca una casilla en la Sección B, complete la inscripción; notifique a Deana DeWitt, Funcionario de Enlace para las Personas Sin Hogar, de inmediato; y envíe este formulario a su oficina. Triture cualquier formulario que no tenga marcada ninguna casilla en la Sección B.

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ARIZONA RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Student Name_____ School_____

Residential Address _____

City_____ Zip Code _____

Parent/Legal Guardian Name _____

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.

_____ ***This is a new address. Please update my student's file.***

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA EN ARIZONA

Nombre del Estudiante_____ Escuela_____

Dirección Residencial _____

Ciudad_____ Código Postal _____

Padre/Tutor Legal_____

Como el padre del estudiante o represéntate 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 AZ, tarjeta de identificación de AZ 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

_____ ***Esta es una nueva dirección. Por favor actualice el expediente de mi estudiante.***

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT HEALTH FORM

STUDENT NAME: LAST _____ FIRST _____
DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____GRADE: _____ HOME #: _____
STREET ADDRESS: _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN ABOVE) _____
MOTHER (GUARDIAN) NAME: _____ MOTHER'S EMPLOYER _____
DAYTIME NUMBER / CELL PHONE NUMBER: _____
FATHER (GUARDIAN) NAME: _____ FATHER'S EMPLOYER _____
DAYTIME NUMBER / CELL PHONE NUMBER: _____
STUDENT LIVES WITH: _____ PARENT'S E-MAIL ADDRESS _____
NAME AND GRADE OF OTHER SIBLINGS AT SCHOOL: _____

In case of an emergency, it's imperative that we have the names of at least two people we can contact in case we can't reach the parents or guardians of the student.

NAMES OF NEIGHBORS/FRIENDS/RELATIVES TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY:

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE NUMBER: _____

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE NUMBER: _____

PLEASE LIST ANY MEDICAL PROBLEMS, CONDITIONS, AND ALLERGIES: _____
_____
_____

*Sedona-Oak Creek JUSD is NOT a nut free district.

YES NO
_____ _____ PERMISSION FOR HEALTH OFFICE TO ADMINISTER ACETAMINOPHEN (NON-ASPIRIN)
_____ _____ VISION PROBLEMS – WEARS GLASSES/CONTACTS - DATE OF LAST EXAM: _____
_____ _____ HEARING PROBLEMS – HEARING AID/FREQUENT EAR INFECTIONS: _____
_____ _____ HISTORY OF SEIZURES/CONVULSIONS – MEDICATION: _____
_____ _____ HYPERACTIVITY/ATTENTION DEFICIT DISORDER – MEDICATION: _____
_____ _____ ASTHMA – MEDICATION/INHALER:_____ EPI PEN: YES _____ NO _____
_____ _____ STUDENT HAS INHALER (IF YES, YOU MUST FILL OUT THE PROPER FORM IN THE HEALTH OFFICE)
_____ _____ SEVERE ALLERGIES: _____ MEDICATION: _____

**** All medications to be dispensed at school must have proper forms filled out in the health office****

I, THE UNDERSIGNED PARENT/GUARDIAN OF THE STUDENT NAMED ABOVE, DO HEREBY GIVE AND GRANT TO ANY MEDICAL DOCTOR OR HOSPITAL MY CONSENT AND AUTHORIZATION TO RENDER SUCH AID, TREATMENT OR CARE TO SAID STUDENT AS, IN THE JUDGMENT OF SAID DOCTOR OR HOSPITAL MAY BE REQUIRED, ON AN EMERGENCY BASIS WHEN THE NEED FOR SUCH TREATMENT IS CLEAR, AND WHEN ALL EFFORTS TO CONTACT ME ARE UNSUCCESSFUL. IT IS FURTHER UNDERSTOOD THAT ANY EXPENSE INCURRED WILL BE PAID BY THE INSURANCE OF THE PARENT OF THE STUDENT. PAYMENT OF THE EXPENSE IS NOT THE SCHOOL'S RESPONSIBILITY. I AUTHORIZE THE SEDONA-OAK CREEK SCHOOL DISTRICT TO RELEASE MEDICAL INFORMATION TO DISTRICT FOOD SERVICE PROVIDERS, TRANSPORTATION PROVIDERS, AND OTHER APPROPRIATE PERSONNEL.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____ DATE: _____

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: APELLIDO _____ NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN:_____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR) _____
NOMBRE DE LA MADRE (TUTORA): _____ EMPLEADOR DE LA MADRE _____
TELÉFONO DIURNO / TELÉFONO CELULAR:_____
NOMBRE DEL PADRE (TUTOR): _____ EMPLEADOR DEL PADRE _____
TELÉFONO DIURNO / TELÉFONO CELULAR: _____
EL ESTUDIANTE VIVE CON: _____ CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES _____
NOMBRE Y GRADO DE HERMANOS EN LA ESCUELA: _____

En caso de una emergencia es imperativo que contemos con el nombre de por lo menos dos personas con las que podamos comunicarnos en caso de no poder contactar a los padres o tutores del estudiante.

NOMBRES DE VECINOS/AMIGOS/FAMILIARES QUE PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO, CONDICIÓN MÉDICA Y ALERGIAS:

_____

_____

***El Distrito Escolar Unificado de Sedona-Oak Creek NO es un distrito libre de fruto seco.**

SÍ NO

_____ _____ PERMISO PARA QUE LA ENFERMERÍA ADMINISTRE ACETAMINOFÉN (NO ASPIRINA)
_____ _____ PROBLEMAS DE LA VISTA – USA LENTES/CONTACTOS - FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____
_____ _____ PROBLEMAS AUDITIVOS – AUXILIAR AUDITIVO/INFECCIONES DE OÍDO FRECUENTES:_____
_____ _____ HISTORIA DE ATAQUES/CONVULSIONES – MEDICAMENTO: _____
_____ _____ HIPERACTIVIDAD/DÉFICIT DE ATENCIÓN – MEDICAMENTO: _____
_____ _____ ASMA – MEDICAMENTO/INHALADOR:_____ EPI PEN: SÍ _____ NO _____
_____ _____ EL ESTUDIANTE TIENE UN INHALADOR (SI LA RESPUESTA ES SÍ, USTED DEBE LLENAR EL FORMULARIO APROPIADO)
_____ _____ ALERGIAS SEVERAS: _____ MEDICAMENTO: _____

**** Se deben de llenar los formularios apropiados para todos los medicamentos que serán administrados en la enfermería de la escuela****

YO, EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE NOMBRADO ARRIBA, Y QUE FIRMA A CONTINUACIÓN, OTORGO Y DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA QUE CUALQUIER MÉDICO U HOSPITAL PROPORCIONE AL ESTUDIANTE PRIMEROS AUXILIOS, TRATAMIENTO O CUIDADO MÉDICO, COMO LO DETERMINE DICHO DOCTOR U HOSPITAL CUANDO SEA REQUERIDO, EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO TAL TRATAMIENTO SEA CLARO Y TODOS LOS ESFUERZOS PARA CONTACTARME HAYAN SIDO FALLIDOS. ENTIENDO QUE CUALQUIER GASTO INCURRIDO SERÁ PAGADO POR EL SEGURO DEL PADRE DEL ESTUDIANTE. LOS PAGOS DE GASTOS NO SON RESPONSABILIDAD DE LA ESCUELA. AUTORIZO AL DISTRITO ESCOLAR DE SEDONA-OAK CREEK LIBERAR LA INFORMACIÓN MÉDICA A SUS PROVEEDORES DE ALIMENTOS, TRANSPORTE Y OTRO PERSONAL APROPIADO.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

State of Arizona Department of Education

Student Directory Information Release Form

During the school year, school district or charter school staff members may compile non-confidential student directory information specified below.

According to state and federal law, the below-designated directory information may be publicly released to the educational, occupational or military recruiting representatives without your permission. If the district governing board or charter school governing body permits the release of the below-designated directory information to persons or organizations who inform students of educational or occupational opportunities, by law the district or charter operator is required to provide the same access on the same basis to official military recruiting representatives for the purpose of informing students of educational and occupational opportunities available to them, unless you request in writing that the school not release the student's information without your prior signed and dated written consent. If you do not object to the release of any or all of the below-designated information in writing, then the district/charter operator must provide military recruiters, upon request, directory information about the student.

If you do not want any or all of the below-designated information about your son/daughter to be released to any person or organization without your prior signed and dated written consent, you must notify the district/charter in writing by checking off any or all of the rejected information, signing the form at the bottom of this page, and returning it to the Principal within two (2) weeks of receiving this form, or October 31, whichever occurs first. If the school district or charter school does not receive this form within the prescribed time, it will be assumed that your permission is given to release your son/daughter's designated directory information.

Please return to your child's School Administrator:

- ☐ **I <u>do</u> consent to military release.**
- ☐ **I <u>do not</u> consent to military release**
- ☐ **I <u>do</u> consent to educational release.**
- ☐ **I <u>do not</u> consent to educational release.**

Arizona Department of Education
1535 W. Jefferson
Phoenix, AZ 85007

I, _____, do not want any of the information I have indicated below, concerning my child, to be designated as directory information and released to any person or organization without my prior written consent:

- ☐ Name
- ☐ Telephone Listing
- ☐ Address
- ☐ Electronic mail address
- ☐ Photograph
- ☐ Grade level
- ☐ Honors and awards received
- ☐ Enrollment status (e.g. part time or full time)
- ☐ Data and place of birth
- ☐ Dates of attendance
- ☐ Weight and height (members of athletic teams)
- ☐ Most recent educational agency or institution attended
- ☐ Major field of study
- ☐ Participation in officially recognized activities/sports

Parent/Guardian SIGNATURE _____ DATE _____

School Name _____

Arizona Department of Education
1535 W. Jefferson
Phoenix, AZ 85007

Departamento de Educación del Estado de Arizona

Formulario de Consentimiento para Divulgar Datos del Directorio Estudiantil

Durante el ciclo escolar, los funcionarios del distrito escolar o de las escuelas alternativas pueden compilar datos no confidenciales del directorio estudiantil que se señala a continuación:

Conforme a lo dispuesto por las leyes estatales y federales, los datos del directorio que figuran a continuación, pueden hacerse públicos a representantes educativos, laborales o de reclutamiento militar sin su permiso. Si la junta administrativa del distrito o la junta directiva de la escuela alternativa permite la divulgación de esos datos a personas o entidades que informan a los estudiantes de oportunidades educativas o laborales; el funcionario del distrito o escuela alternativa estará obligado por ley, a proporcionar también el mismo acceso a los representantes oficiales de reclutamiento militar, con el propósito de informar a los estudiantes de las oportunidades educativas y laborales a su disposición; salvo que usted solicite por escrito a la escuela que no divulgue los datos de ese estudiante sin el consentimiento previo escrito, firmado y fechado por usted. *Si usted no muestra por escrito su oposición a la exclusión total o parcial de los datos que se indican a continuación, entonces el funcionario del distrito o escuela alternativa deberá proporcionar a los encargados de reclutamiento militar, previa solicitud, datos del directorio, entre los que aparecen los nombres, las direcciones y los listados telefónicos de los estudiantes.*

Si usted *no desea* que se divulguen en forma parcial o total los datos de su hijo(a) que figuran a continuación a ninguna persona o entidad sin el consentimiento previo escrito, firmado y fechado por usted; deberá notificar por escrito al distrito/escuela alternativa marcando todos los datos a eliminar que correspondan, firmar el formulario al final de esta página y entregárselo al director(a), dentro de dos (2) semanas después de haberlo recibido o el 31 de octubre, lo que ocurra antes. Si el distrito escolar o escuela alternativa no recibe su notificación dentro del plazo previsto, *se supondrá que usted ha dado permiso para que se divulguen los datos del directorio de su hijo{a) que aparecen a continuación.*

Por favor devuélvalo al administrador de la escuela de su hijo/a:

☐ Consiento a la divulgación de información a los militares.

☐ Consiento a la divulgación de información educativa.

☐ No consiento a la divulgación de información a los militares

☐ No consiento a la divulgación de información educativa

Yo, _____, no deseo que figure en el directorio, ni que se divulgue a persona o entidad alguna sin mi consentimiento previo por escrito, ninguno de los datos de mi hijo/a que he indicado a continuación:

- ☐ Nombre
- ☐ Listado telefónico
- ☐ Lugar y fecha de nacimiento
- ☐ Fechas de asistencia
- ☐ Dirección de correo electrónico
- ☐ Fotografía
- ☐ Grado escolar
- ☐ Reconocimientos y premios recibidos
- ☐ Estatus de inscripción (p. e., tiempo parcial o completo)
- ☐ Dirección de correo postal
- ☐ Peso y estatura (miembros de equipos de atletismo)
- ☐ La última entidad o institución educativa a la que asistió
- ☐ Área de concentración de estudios
- ☐ Participación en actividades/deportes reconocidos oficialmente.

FIRMA del Padre/Tutor Legal _____ FECHA_____

Nombre de la escuela_____

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

TRANSPORTATION REGISTRATION FORM

PLEASE CIRCLE ONE SCHOOL **WSS** **SRRJH/HS**

STUDENT NAME _____ GRADE _____

PARENT NAME _____

PHONE NUMBER _____ EMERGENCY NUMBER _____

ADDRESS _____

ROUTE _____ BUS STOP _____

ALLERGIES OR MEDICAL ALERT INFORMATION_____

_____

BUS RULES

These rules are designed for your safety.
Failure to follow them may result in loss of bus privileges.

1. **Follow directions the first time they are given to you.**
2. **Students may load/unload the bus at assigned stops only.**
3. **Stay in your seat with your feet on the floor while the bus is in motion.**
4. **Keep all parts of your body and all objects inside the bus.**
5. **No pushing, shoving or fighting at any time. Fighting is to include verbal abuse.**
6. **No eating, drinking, chewing gum or smoking.**
7. **No cursing, swearing or loud talking.**
8. **No animals or insects are allowed on the bus.**
9. **No glass objects are allowed on the bus.**
10. **No weapons of any kind are allowed on the bus.**
11. **No skateboards or scooters are allowed on the bus.**
12. **Students found vandalizing the bus seats will be liable for damages incurred.**

I have read the bus rules and understand that failure to follow them may result in the loss of bus riding privileges.

PARENT SIGNATURE _____DATE_____

If you are riding a different bus route or getting off at a different stop, you need to have a note from your parent. Parent or guardian MUST be present at bus stop for their children in kindergarten through second grade, morning pick up and afternoon departure.

SEDONA-OAK CREEK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL TRANSPORTE

POR FAVOR CIRCULE UNA ESCUELA **WSS** **SRRJH/HS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ GRADO _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ TELÉFONO DE EMERGENCIA _____

DIRECCIÓN _____

RUTA _____ PARADA _____

ALERGIAS U OTRA INFORMACIÓN DE ALERTA MÉDICA_____

_____

REGLAS DEL AUTOBÚS

Estas reglas han sido diseñadas para tu seguridad.
El no seguirlas puede resultar en la pérdida de privilegios del servicio de transporte.

1. **Sigue las instrucciones la primera vez que te las dan.**
2. **Los estudiantes pueden subir/bajar del autobús solamente en las paradas asignadas.**
3. **Permanece en tu asiento con tus pies en el suelo mientras el autobús está en movimiento.**
4. **Mantén todas las partes de tu cuerpo y todos los objetos dentro del autobús.**
5. **No se permite empujar, codear o pelear en ningún momento. Pelear incluye abuso verbal.**
6. **No se permite comer, beber, mascar chicle o fumar.**
7. **No se permite utilizar malas palabras, groserías o hablar en voz muy alta.**
8. **No se permiten animales o insectos en el autobús.**
9. **No se permiten objetos de vidrio en el autobús.**
10. **No se permiten ningún tipo de armas en el autobús.**
11. **No se permiten patinetas o motonetas en el autobús.**
12. **Los estudiantes que se encuentren destrozando los asientos del autobús serán responsables de los daños ocasionados.**

He leído y entiendo que el no cumplir con las reglas del autobús puede resultar en la pérdida de privilegios del uso del autobús escolar.

FIRMA DEL PADRE_____ FECHA_____

Si estarás viajando en una ruta diferente, o te bajarás en una parada diferente, debes contar con una nota de tus padres. Los padres o tutores DEBEN estar presentes en la parada del autobús para recoger a sus hijos de kindergarten a segundo grado, en la mañana cuando los recoge el camión y en la tarde cuando los deja.