



## Requisitos Para el Registro

### Necesita lo Siguiete para el Registro:

\*Completar el paquete de registro para cada alumno (Incluyendo los Traslados Cambios Dentro el Distrito)\*

<b>1. Los padres o tutores necesitan estar presentes y mostrar una identificación oficial con su fotografía para así ser identificado.</b>
<b>2. Comprobante Principal de Domicilio: (Debe de ser actual, dentro de los últimos 30 días)</b> ____ Declaración de Hipoteca o Contrato de Renta ____ SRP/APS Recibo de electricidad que demuestre nombre del Padre/Tutor y Domicilio ____ Recibo de Pagos (Agua, Gas, Luz) que demuestre nombre del Padre/Tutor y Domicilio <b>*Las guías del Distrito de los Comprobantes de domicilio han sido establecidos y serán observados con cada alumno. Los <u>Comprobantes de Domicilio deben de ser renovados cada año</u></b>
<b>Y</b>
<b>3. Segundo Comprobante de Domicilio: (Debe de ser actual, dentro de los últimos 30 días)</b> ____ Recibo de Teléfono que demuestre nombre del Padre/Tutor y Domicilio ____ Recibo médico que demuestre nombre del Padre/Tutor y Domicilio ____ Cuenta de Banco o Tarjeta de Credito que demuestre nombre del Padre/Tutor y Domicilio ____ Seguro de Auto que demuestre nombre del Padre/Tutor Domicilio
<b>4. Documento de un Notario</b> Nota: Si usted esta viviendo con otra familia en el distrito, una forma certificada por un notario con la firma de la persona que aparezca en el comprobante, junto con 1 comprobante de domicilio. Se requiere tambien otro comprobante de domicilio de Padre/Guardian entre 30 días del día que inicio el alumno.
<b>5. Documentos de Tutela (Si Aplica)</b> Nota: La persona designada como Tutor debe de registrar al alumno y brindar los documentos de custodia designados por la corte.
<b>6. Comprobantes de Vacunas</b> ____ Debe de tener las vacunas al corriente.
<b>7. Acta de Nacimiento</b> ____ Debe de ser un Acta de Nacimiento Certificada por de la oficina de Vital Statistics del estado donde el niño nacio y un certificado del hospital.
<b>8. Forma de Baja de la Escuela/Facilidades Anterior</b>

**La Inscripción está Completa**

Centro Registro no puede procesar por fax o por correo paquetes de inscripción; padre (s) / tutor (s) deben completar el proceso de inscripción en persona. Sólo se aceptaran inscripciones completas.

### Información de Contacto del Centro Registro

3841 N. 91<sup>st</sup> Ave.

Phoenix, AZ 85037

Abierto: Lunes- Viernes

8:00 a.m. to 4:00 p.m.

Tel.: (623) 772-2302 Fax: (623) 872-8568

<http://www.pesd92.org>



**PENDERGAST ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT #92  
STUDENT ENROLLMENT FORM /REGISTRO DE ALUMNOS**

**FOR OFFICE USE ONLY: PARA EL USO DE LA OFICINA UNICAMENTE:**

CTD# 070492 School#: \_\_\_\_\_ SAIS #: \_\_\_\_\_ Student#: \_\_\_\_\_ Date Entered in SMS: \_\_\_\_\_ Entry Code: \_\_\_\_\_  
 First Day of Attendance: \_\_\_\_\_ Language Code: \_\_\_\_\_ Previously Attended Pendergast District: Yes [ ] No [ ]  
 Special Health Conditions: \_\_\_\_\_ Agricultural Work in Last 3 Years: Yes [ ] No [ ] Doubled Up: Yes [ ] No [ ]  
 Current Program Information: Special Education: Yes [ ] No [ ] Speech: Yes [ ] No [ ] ELL: Yes [ ] No [ ] Gifted: Yes [ ] No [ ] 504 Plan: Yes [ ] No [ ]  
 Transportation: Yes [ ] No [ ]

**Student Information/ Información de los Estudiantes**

Student Legal Last Name /Apellido Legal _____		Student Legal First Name / Primer Nombre Legal _____		Middle Name /Segundo Nombre _____	Sex / Sexo _____
Address/ Domicilio _____		City / Ciudad _____		Zip Code/Codigo Postal _____	
Home Phone / Telefono _____	Yes [ ] No [ ] Unlisted/ Privado _____	Birth City, State, Country/ Ciudad Natal, Estado, País _____	Month _____ Day _____ Year _____	Birthdate/ Fecha de Nacimiento _____ Present Age/ Edad Actual _____	
Current Year Grade/ Grado Actual _____	Last School Attended, State / Escuela Anterior, Estado _____	# Years Attended/# de Años que Asistió _____	Yes/Si [ ] No [ ]	Grade/ Grado _____ Has Student Ever Been Retained? ¿Ha sido el Alumno Algun Vez Reprobado?	

**Ethnicity/ Etnicidad:**

Is the student Hispanic ?/¿Es El Estudiante Hispano o? (Choose only one/Elija una respuesta solamente)? Yes/Si [ ] No [ ]

**Race/ Raza:**

What is the Student's Race?/¿Cual Es La Raza Del Estudiante? (Choose one or more/Elija una o más respuestas)?

- \_\_\_\_\_ American Indian/ Alaska Native/ Indígena Americano o Nativo de Alaska
- \_\_\_\_\_ Asian/ Asiatico
- \_\_\_\_\_ Black/African American/ Afro Americano
- \_\_\_\_\_ Native Hawaiian/ Other Pacific Islander/ Hawaiano Indígena U Otras Islas Del Pacifico
- \_\_\_\_\_ White/ Blanco

What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el idioma que se habla principalmente en el hogar sin importar el idioma que habla el estudiante? \_\_\_\_\_

What is the language most often spoken by the student? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla con mayor frecuencia? \_\_\_\_\_

What is the language that the student first acquired? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? \_\_\_\_\_

Is student receiving ELL support services? Yes/Si [ ] No [ ] #of Years \_\_\_\_\_ Is the student receiving Special Education Services? Yes/Si [ ] No [ ]  
 ¿Está recibiendo los servicios de apoyo del ELL? # de Años \_\_\_\_\_ ¿Está el alumno recibiendo los servicios de educación especial?

Does student have refugee status? Yes/Si [ ] No [ ] #of Years \_\_\_\_\_ Do you have your child's IEP paperwork? Yes/Si [ ] No [ ]  
 ¿Tiene una categoría de refugiado el alumno? # de Años \_\_\_\_\_ ¿Tiene el IEP (plan de educación individual) presente?

Is the student currently serving or being recommended for long term suspension? Yes/Si [ ] No [ ]  
 ¿Está actualmente el alumno suspendido o en trámites para una suspensión de largo plazo?

Is the student currently expelled or being recommended for expulsion? Yes/Si [ ] No [ ]  
 ¿Está actualmente el alumno expulsado o en trámites de expulsión?

**Family Information/ Información de la Familia:**

Child lives with: EL alumno vive con:	<input type="checkbox"/> Mother Madre	<input type="checkbox"/> Father Padre	<input type="checkbox"/> Step Mother Madrastra	<input type="checkbox"/> Step Father Padastro	<input type="checkbox"/> Foster Mother Madre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Foster Father Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Guardian Tutor	<input type="checkbox"/> Other: _____ Otro
	Full Name Nombre Completo	Business Phone Teléfono del trabajo	Cell Phone Teléfono Celular	Home Phone Teléfono de la casa	E-Mail Address Correo electrónico			
Mother/Madre								
Father/Padre								
Stepparent/ Padrastrós								
Guardian/Tutor								

If separated or divorced, who has legal custody?/ Si esta separado (a) o divorciado (a), ¿Quién tiene la custodia? N/A [ ] \_\_\_\_\_

Copies of legal custody papers furnished?/ ¿Se proporcionaron los documentos legales de la custodia? Yes/Si [ ] No [ ] N/A [ ]

Does the other parent have visitation rights? ¿Tiene derechos legales de vista el otro padre? Yes/Si [ ] No [ ] N/A [ ]

**Emergency Contact Information/ Información de Contacto de Emergencia**

The following people have permission to pick up my child and may be notified in an emergency:  
Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo(a) y pueden ser notificadas en caso de emergencia:

Name/ Nombre	Relationship to Child Parentesco con el niño	Home Phone Tel. de casa	Business/Cell Phone Tel. Trabajo/celular

**Sibling Information/ Información Sobre Hermanos**

Please list all siblings attending this school:  
Por favor anote a los otros hermanos(as) que asisten a ésta escuela:

Name Nombre	Birthdate Fecha de Nacimiento	Grade Año

As the Parent/Legal Guardian of the student, I attest that I am a resident of the State of Arizona and submit documentation that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides. By signing this document I am stating the information supplied is true and accurate.

Como Padre/Guardián del alumno yo atestiguo que soy residente del estado de Arizona y he presentado documentación que demuestra mi nombre y domicilio o descripción física de la propiedad de donde vive le alumno. Al firmar este documento estoy declarando que la información brindada es verdadera y correcta.

X \_\_\_\_\_  
Parent/ Guardian Signature /Firma Del Padre /Tutor

\_\_\_\_\_  
Date/ Fecha



Estado de Arizona  
Departamento de Educación  
Servicios de Aprendizaje del Inglés

**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 \_\_\_\_\_ Núm. de identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de SAIS \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Distrito o Charter \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

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

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.

# DISTRITO ESCOLAR PENDERGAST #92

## HISTORIAL MEDICO ESTUDIANTIL

SE LLENA VOLUNTARIAMENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo Mes Día Año

**Completar este formulario es voluntario. Sin embargo, la siguiente información puede ayudar en la evaluación de la salud/aprendizaje del estudiante. Esta información puede ser compartido con empleados de la escuela quienes necesitan saberlo para la protección de su hijo/a.**

**Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes? Por favor, indique a que edad.**

	Edad		Edad
Sí___ No___ Alergias	_____	Sí___ No___ Hemofilia	_____
A qué? _____		Sí___ No___ Hepatitis	_____
Sí___ No___ Artritis	_____	Sí___ No___ Presión alta	_____
Sí___ No___ Asma	_____	Sí___ No___ Problemas renales	_____
Sí___ No___ Desórden Deficitario de la Atención	_____	Sí___ No___ Migrañas	_____
Sí___ No___ Parálisis Cerebral	_____	Sí___ No___ Fiebre Reumática	_____
Sí___ No___ Varicela	_____	Sí___ No___ Convulsiones	_____
Sí___ No___ Encorvamiento de columna vertebral	_____	Sí___ No___ Ronchas de la piel	_____
Sí___ No___ Diabetes	_____	Sí___ No___ Problemas del estómago	_____
Sí___ No___ Eczema	_____	Sí___ No___ Infección de la vía urinaria	_____
Sí___ No___ Frecuentes infecciones del oído	_____		
Sí___ No___ Enfermedad del Corazón	_____	Other: _____	
Sí___ No___ Está tomando medicamento		_____	
Nombre del medicamento: _____			
Sí___ No___ Ha tenido cirugía o alguna operación?			
Sí___ No___ Ha sufrido alguna herida grave o accidente?			
Sí___ No___ Usa lentes? Para lectura? _____ Para distancia? _____			
Sí___ No___ Tiene otros problemas de la vista diagnosticados por un profesional?			
Sí___ No___ Tiene otros problemas del habla diagnosticados por un profesional?			
Sí___ No___ Tiene problema del oído diagnosticado por un profesional?			
Sí___ No___ Usa aparatos para oír?			
Sí___ No___ Le han puesto tubos en los oídos?			
Sí___ No___ Tiene tubos en los oídos actualmente?			
Sí___ No___ Desea hablar personalmente con la personal de salud de la escuela sobre algo del historial médico?			
Número de teléfono: _____			

Nombre del doctor o clínica \_\_\_\_\_

**Explique aquí más sobre cualquier respuesta de Sí o provea información adicional que usted sienta puede ser útil para la personal de salud de la escuela. (Anote los medicamentos que toma su hijo/a.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Cuestionario de Residencia para Estudiantes de Pendergast

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Nombre el Estudiante \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Mes*    *Día*    *Año*

Edad: \_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino

Grado: \_\_\_\_\_

3. ¿Está el estudiante bajo la categoría de refugiado? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si es así, ¿De qué país? \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

4. ¿Nació el estudiante fuera de los Estados Unidos? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si es así, el país es \_\_\_\_\_ Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿Están los padres en el servicio militar de los Estados Unidos? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre todas las escuelas que su estudiante asistió por los últimos 3 años.

Año Escolar	Año	Nombre de la Escuela	Ciudad	Estado	País

**El propósito de este cuestionario es de presentar los objetivos bajo el Acta McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante pueda ser elegible de recibir.**

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo provisional de vivienda? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2. ¿Es éste arreglo provisional debido a la pérdida de su casa/ vivienda o debido a algún problema económico (Ejemplo: desempleo)? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

*Si usted contestó SI a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de este formulario.*

*Si usted contestó NO a estas preguntas, puede terminar aquí.*

---

¿Dónde esta viviendo el estudiante actualmente? (Encierre en un círculo la opción.)

- En un motel
- En un albergue o lugar de refugio
- Con más de una familia en una casa o departamento
- Mudándose de un lugar a otro
- En un lugar que normalmente no es el adecuado para dormir tal como un carro, parque o área de acampar

Nombre del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Office personnel if both questions are marked yes, please make a copy and send to Educational Services, attention Lourdes "Lulú" Rood*

¿Necesitará su hijo transporte si se determina que califa bajo el Acta McKinney-Vento? Sí\_\_ No \_\_

Will your child need transportation if it is determined that they qualify for the McKinney-Vento Act? Yes\_ No \_

**PENDERGAST ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT #92**  
**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA DISPENSAR REGISTRO MÉDICO Y INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

Alumno: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Domicilio (Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/País (Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Numero de Tel. (Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Numero de Fax (Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Cumpliendo con los Derechos de Educación de Familia y Acta de Privacidad de 1974, Yo autorizo la dispensación de los documentos escolares de mi hijo/a incluyendo de super dotado, educacional, medico, social o de educación especial al distrito de Pendergast.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Alumno: \_\_\_\_\_

**PLEASE SEND RECORDS, EXCEPT SPECIAL EDUCATION RECORDS, TO THE FOLLOWING SCHOOL:**

- [ ] **Amberlea**      8455 W. Virginia Ave. Phoenix, AZ 85037      (623) 772-2900      Fax: (623) 594-2786
- [ ] **Canyon Breeze**      11675 W. Encanto Blvd. Avondale, AZ 85392      (623) 772-2610      Fax: (623) 478-9912
- [ ] **Copper King**      10730 W. Campbell Ave. Phoenix, AZ 85037      (623) 772-2580      Fax: (623) 872-7769
- [ ] **Desert Horizon**      8525 W. Osborn Rd. Phoenix, AZ 85037      (623) 772- 2430      Fax: (623) 873-4691
- [ ] **Desert Mirage**      8605 W. Maryland Ave. I rnpf crg, AZ 85305      (623) 772- 2550      Fax: (623) 872-8401
- [ ] **Garden Lakes**      10825 W. Garden Lakes Pkwy. Avondale, AZ 85392      (623)772- 2520      Fax: (623) 877-9545
- [ ] **Pendergast**      3800 N. 91<sup>st</sup> Ave. Phoenix, AZ 85037      (623) 772-2400      Fax: (623) 877-9591
- [ ] **Rio Vista**      10237 W. Encanto Blvd. Avondale, AZ 85392      (623) 772-2670      Fax: (623) 478-1972
- [ ] **Sonoran Sky**      10150 W. Missouri Ave. Glendale, AZ 85307      (623) 772-2640      Fax: (623) 772-1005
- [ ] **Sunset Ridge**      8490 W. Missouri Ave. Glendale, AZ 85305      (623) 772-2730      Fax: (623) 877-4935
- [ ] **Villa De Paz**      4940 N. 103<sup>rd</sup> Ave. Phoenix, AZ 85037      (623) 772-2490      Fax: (623) 877-8977
- [ ] **Westwind**      9040 W. Campbell Ave. Phoenix, AZ 85037      (623) 772-2700      Fax: (623) 772-8464