



<b>EMERGENCIA O ESTUDIANTE ENVIADO A CASA</b>	Si mi hijo es enviado a casa o debe abandonar la escuela y no estoy disponible, autorizo a las siguientes personas a tomar la custodia temporal y la responsabilidad de mi hijo. Para cualquier circunstancia que no sea de emergencia, incluidas las citas durante el día escolar, entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela con anticipación cuando mi hijo saldrá de la escuela e indicar quién recogerá a mi hijo y asumirá la responsabilidad.					
	Amiga local o familiar	Relacion con La/El estudiante	TELEPHONO	EXTENSION	TELEPHONO ALTERNATIVO	EXTENSION
			<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	
			<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	
		<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
	MEDICA/MEDICO	Habla a:		TELEPHONO:		

<b>CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE</b>	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias que amenazan la vida	<p>• Entiendo que BCSD no proporciona cobertura médica / dental de accidentes para estudiantes por lesiones / enfermedades que ocurren en la escuela. Entiendo que puedo comprar voluntariamente un plan de seguro de accidentes para estudiantes.</p> <p>• Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos médicos, dentales, de ambulancia u otros gastos de atención médica o transporte de mi hijo a casa, que podrían ocurrir como resultado de dicha enfermedad o lesión.</p> <p>• Entiendo que si mi hijo necesita medicamentos u otros servicios de salud en la escuela, debo hacer arreglos con la oficina de salud de la escuela.</p>
	Especifique problemas graves de salud:	
	¿Su hijo toma medicamentos a diario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Especificar:	

<b>ESCUELAS PREVIAS ASISTIDAS</b>	Última escuela a la que asistió:		
	NOMBRE DE LA ESCUELA	HABLA A	FECHAS
<b>INFORMACIÓN DE DISCIPLINA ESTUDIANTE</b>	Typi: <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Alternativo <input type="checkbox"/> Instalación correccional <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Este estudiante alguna vez asistió a las escuelas de Beaver Creek? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿indique grado (s) y año (s): _____		
	¿Ha sido suspendido este estudiante de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas: _____ ¿Ha sido expulsado este alumno de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas: _____ Fechas de suspensión / expulsión: _____ De que escuela? _____ Duración de la suspensión / expulsión: <input type="checkbox"/> 1-5 días <input type="checkbox"/> 6-10 días <input type="checkbox"/> Más de 10 días Especificar: _____ Motivo de la suspensión / expulsión: _____		
	Si se canceló la inscripción abierta en otra escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas: _____		
	¿Alguna vez este estudiante asistió a la escuela en un centro correccional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas: _____		

<b>DOCUMENTOS LEGALES CLASES ESPECIALES Y ALOJAMIENTOS</b>	<b>CLASES ESPECIALES QUE LA/EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO</b>	
	<input type="checkbox"/> Desarrollo del idioma inglés / SEI <input type="checkbox"/> Estudiante dotada/dotado ¿Tiene este estudiante un Plan de Educación Individualizado (IEP) actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione una copia ¿Tiene este estudiante un plan actual de alojamiento de la sección 504? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione una copia	
	Marque todos los elementos que correspondan a este estudiante y proporcione a la escuela copias de los documentos judiciales relacionados. Problemas de custodia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>SI ES SÍ - PROPORCIONE DOCUMENTOS DE LA CORTE A LA OFICINA</b> <input type="checkbox"/> El estudiante no vive con sus padres biológicos. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cartas notariales de tutela</li> <li><input type="checkbox"/> Poder notarial notarial</li> <li><input type="checkbox"/> Tutela designada por el tribunal</li> <li><input type="checkbox"/> Órdenes judiciales, orden de protección o orden judicial de acoso</li> <li><input type="checkbox"/> Acuerdo de custodia / tiempo de crianza</li> </ul>	

Otro

El transporte hacia y desde la escuela será:  Autobús: Parada de autobús \_\_\_\_\_

Caminando  El padre transportará  Otro: \_\_\_\_\_

**CONTACTO AUTOMATIZADO DE MENSAJERÍA:** Indique con qué tutor (es) se debe contactar mediante mensajes automáticos y marque con un círculo qué números de teléfono se deben contactar para mensajes de emergencia. El contacto principal recibirá todas las notificaciones.

Nombre: \_\_\_\_\_

Hogar telephone: \_\_\_\_\_ Emergencia Asistencia General

Celula telephone: \_\_\_\_\_ Emergencia Asistencia General  Se prefiere el texto

E-mail: \_\_\_\_\_ Emergencia Asistencia General

**Información de hermanos**  
Enumere **TODOS** los hermanos y hermanas en edad escolar y menores (el mayor primero).

Nombre (nombre y apellido) Edad Escuela (si asiste) Grado      Nombre (nombre y apellido) Edad Escuela (si asiste) Grado

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Afirmo que toda la información de registro y de emergencia en este formulario es precisa, entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela por escrito sobre cualquier cambio, y he leído y entiendo la información que se me proporciona en este formulario de registro. Yo, el padre que inscribe, afirmo que soy residente de Arizona: Yes No

Firma del padre que se inscribe: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Student State ID#: \_\_\_\_\_ Open Enrollment: Yes No

Student Synergy ID#: \_\_\_\_\_

Required:

Birth Certificate      Immunizations      PHLOTE      Proof of Residency      Transportation

Food Services      McKinney Vento      45-Day Screen to teacher

Collect if noted on bottom of page 2:

Custody Documents      IEP      504 Accommodation Plan      Support Programs

RECORDS REQUESTED: \_\_\_\_\_ OTHER RECORDS: \_\_\_\_\_

1<sup>ST</sup> REQUEST: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

2<sup>ND</sup> REQUEST: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

3<sup>RD</sup> REQUEST: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

RECORDS RECEIVED: \_\_\_\_\_ OTHER RECORDS RECEIVED: \_\_\_\_\_