



|   |   |   |   |   |   |           |
|---|---|---|---|---|---|-----------|
| <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: _____<br>¿Este estudiante alguna vez asistió a las escuelas de Beaver Creek? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>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: _____<br>¿Ha sido expulsado este alumno de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas: _____<br>Fechas de suspensión / expulsión: _____ De que escuela? _____<br>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: _____<br>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<br><input type="checkbox"/> Estudiante dotada/dotado<br>¿Tiene este estudiante un Plan de Educación Individualizado (IEP) actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione una copia<br>¿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.<br>Problemas de custodia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>SI ES SÍ - PROPORCIONE DOCUMENTOS DE LA CORTE A LA OFICINA</b><br><input type="checkbox"/> El estudiante no vive con sus padres biológicos. |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cartas notariales de tutela<br><input type="checkbox"/> Poder notarial notarial<br><input type="checkbox"/> Tutela designada por el tribunal<br><input type="checkbox"/> Órdenes judiciales, orden de protección o orden judicial de acoso<br><input type="checkbox"/> Acuerdo de custodia / tiempo de crianza                                     |  |  |

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: \_\_\_\_\_