

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN-ESTUDIANTE

Nombre legal del estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Masculino Femenina Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado

Dirección principal del estudiante: _____
Calle Apt # Código Postal

Hispano/Latino: Sí No Raza: Blanco Negro o Africano-americano Asiático
 Hawaiano u otra isla del Pacífico Nativo Americano o indio nativo de Alaska

Última escuela donde asistió

Nombre de la escuela: _____ Fecha de retiro: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: _____ Doy permiso para pedir el expediente de esta escuela.

¿Ha sido estudiante en el distrito de Wilson alguna vez? Sí No Si - ¿Que año?

Participación en programas

Por favor marque cualquier programa especial donde haya participado el estudiante:
 Programa migratorio EL/SEI IEP Plan 504 Terapia del habla Talentoso Almuerzo gratis/precio reducido

¿Alguno de los padres es un trabajador migrante? Sí No

Estudiantes en la misma familia que van a una escuela de Wilson

1er estudiante - nombre legal: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

2o estudiante - nombre legal: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Información del padre o tutor

Padre o tutor 1

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de trabajo: _____
trabajo: _____ # celular: _____ Correo electrónico: _____

Padre Tutor legal (por la corte) Padrastro Padre temporal Otro (explique): _____

Madre o tutor 2

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de trabajo: _____
trabajo: _____ # celular: _____ Correo electrónico: _____

Madre Tutor legal (por la corte) Madrastra Madre temporal Otro (explique): _____

Contactos en caso de emergencia (deben ser mayor de edad de 18)

Primer nombre	I	Apellido	Relación	Teléfono de casa	# de trabajo	Teléfono celular

Paseos

Doy permiso a que mi hijo participe en paseos ya sea caminando, en autobús, en carro o vehículo del distrito, o en transporte público durante el año escolar.

Firma necesaria: Verifico que la información dada es correcta y al corriente. Informaré a la escuela de cualquier cambio con respecto a la información. Doy autorización al personal escolar de tomar medidas razonables en caso de emergencia para mi hijo y estoy de acuerdo en no hacerlos responsables por cualquier tratamiento que sea necesario.

Firma de padre o tutor legal Fecha

Firma de la registradora Fecha

OFFICE USE ONLY

Grade: _____ Entry Date: _____ Code: _____
Homeroom: _____ Student ID: _____
SAIS: _____ Home District: _____
Date of Input: _____ Birth Certificate Out of District
Registrar: _____ Immunizations Proof of Address

WILSON SCHOOL DISTRICT NO. 7
FUERA DEL DISTRITO APLICACIÓN DE MATRICULACIÓN
COMPLETE UNA APLICACIÓN POR CADA NIÑO

Nombre del Estudiante _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Etnicidad _____
 Grado Actual _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa: _____
 Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Mensaje _____

Nombre de Padre/Madre _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Domicilio de Casa _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

El estudiante sobre-nombrado reside dentro del distrito de _____

ESCUELA DE ASISTENCIA ACTUAL

Escuela _____
 Distrito _____

Hermanos o hermanas que asisten a Wilson actualmente:

Nombre: _____ **Grado:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

PIDO ENTRADA POR LA RAZON DE:

PIDO ENTRADA PARA EL _____ **AÑO ESCOLAR A LA:** Escuela Wilson Primaria Grado _____
 Escuela Wilson Elemental Grado _____

El niño sobre-nombrado fue/esta:

- Sí No ¿Expulsado o suspendido a largo plazo de alguna escuela o distrito?
- Sí No ¿Es considerado actualmente para la expulsión o suspensión a largo plazo de una escuela o distrito?
- Sí No No aplica ¿En cumplimiento de las condiciones impuestas por un tribunal de menores?

Nota: Las siguientes condiciones se aplican al programa de inscripción-abierta:

1. La inscripción está sujeta al límite de capacidad establecido por la escuela y/o de sus niveles de grado.
2. Llegar a tiempo es obligatorio y se deben seguir todas las reglas de la escuela.
3. El padre o guardián será notificado por escrito si la aplicación se ha aceptado, se ha rechazado, o se ha puesto en una lista de espera.
4. ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD ES SOBRE UNA BASE DE AÑO A AÑO.
5. El transporte para el estudiante es la responsabilidad del padre o guardián (excepción por ley [A.R.S. 15-816.06]).
6. Proporcionando información falsa en esta forma resultará en que su aplicación sea rechazada o admisión sea revocada.

Su firma asegura que el estudiante obedecerá las reglas, normas, y políticas de la escuela y del distrito si están inscritos.

 Firma de Padre o Guardián _____ Fecha _____

• **SOLO PARA EL USO DEL DISTRITO – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

NÚMERO ESTUDIANTIL _____ **SELLO DE FECHA** _____

- Aceptado
 - Puesto en lista de espera
 - Rechazado
- Razón por el rechazo:**
- Asistencia
 - Comportamiento/Diciplina
 - Capacidad

Director _____

Subvención de desarrollo preescolar
Niño de ser 4 años de edad antes de 01 de septiembre de 2023

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del padre/guardián primario: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ código postal: _____ Teléfono #: _____
 Dirección postal (si es diferente de antedicho): _____
 Ciudad: _____ código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Etnia del niño (Favor de círculo):
 Indio Americano o Alaska nativo Asiático Nativo Hawái u otras islas de Pacífico
 Negro o Americano africano Hispano/Latino Blanco, no Hispano Dos o más razas

___ Total número de adultos en el hogar
 ___ Total número de niños en el hogar

Cantidad de ingreso del mes más reciente para cada padre de familia (por favor seleccione todas las fuentes que aplican)

Nombre – Padre/tutor #1	Nombre – Padre/tutor #2
_____ Salarios de empleo remunerado	_____ Salarios de empleo remunerado
_____ Los pagos de manutención de niño	_____ Pagos de manutención de niño
_____ Manutención (<i>pensión alimenticia</i>)	_____ Manutención (<i>pensión alimenticia</i>)
_____ Pagos del gobierno	_____ Pagos del gobierno
_____ Pagos de desempleo	_____ Pagos de Desempleo
_____ Otros (<i>por favor describa abajo</i>)	_____ Otros (<i>por favor describa abajo</i>)

% Ingreso mensual y anual		
Personas en familia/Hogar	200% la pobreza pauta anual	200% la pobreza pauta mensual
1	\$24,120	\$2,010
2	\$32,480	\$2,707
3	\$40,480	\$3,403
4	\$49,200	\$4,100
5	\$57,560	\$4,797
6	\$65,920	\$5,493
7	\$74,280	\$6,190
8	\$82,640	\$6,887

Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$8,360 por cada persona adicional en las “200% la pobreza pauta anual” columna.

Declaración declarativa:

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que mi información personal contenida en esta solicitud estará disponible para la concesión de desarrollo preescolar fuente de financiamiento.

Firma

Nombre impreso

Relación con el niño

For Completion by Provider	
_____	All items in application are completed
_____	Family income verified
_____	Specify documents used to verify income (i.e. w-9 forms, paystubs, etc.)
_____	Child citizenship/legal residency verified
_____	Child's age verified
_____	Date
_____	Initials



CDC/SGH# or name: _____

**Arizona Department of Health Services
Bureau of Child Care Licensing
Emergency, Information and Immunization Record Card**

Child's Name:	Date Enrolled:	Updated:
Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):		Date Disenrolled:
Home Phone:	Date of Birth:	Sex: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female

Parent or Guardian Name:	Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):
Cell Phone (optional):	Contact Telephone Number:

Parent or Guardian Name:	Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):
Cell Phone (optional):	Contact Telephone Number:

**I authorize the following individuals to collect my child from the facility in case of emergency or if I cannot be contacted:
(Pursuant to R9-5-304.B, at least two contact persons are required.)**

Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:

If Medical care is necessary, call:

Health Care Provider*	Name:	Contact Telephone Number:
------------------------------	--------------	----------------------------------

*A Health Care Provider is a physician, physician assistant or registered nurse practitioner.

I hereby give authority to any hospital or doctor to render immediate aid as might be required at the time for his/her health and safety.

In case of injury or sudden illness, I request that this individual be called first:	
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--

The following individual(s) may NOT remove my child from the facility:

Name(s):

Custody papers have been provided and are on file at the facility. yes no

Telephone Authorization Code (optional): _____

Immunization Information

(A licensee shall attach an enrolled child's written immunization record or exemption affidavit to the enrolled child's Emergency, Information and Immunization Record card.)

For information regarding current immunization requirements go to:

www.azdhs.gov/phs/immun/index.htm or contact the Arizona Immunization Program Office at (602)364-3630.

One of these items must accompany the EIIR card at all times:

<input type="checkbox"/>	Copy of current official documented immunization record attached
<input type="checkbox"/>	Religious Beliefs exemption form signed by parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Medical Exemption form signed by physician and parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Signed Laboratory Proof of Immunity form attached

Notification of immunizations needed sent to Parent(s) or Guardian(s):	mo /day/ yr	mo /day/ yr	mo /day /yr
Updated immunizations received and attached:	mo /day/ yr	mo /day/ yr	mo /day /yr

Medical Information

<p>Is child allergic to food or other substances? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, describe symptoms, name foods or substances to be avoided, and the procedure to follow if reaction occurs:</p>
<p>Is child usually susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Is child subject to convulsions and what should be our procedure if one occurs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, specify procedure:</p>
<p>Is there any physical condition that we should be aware of and what precautions should be taken (heart trouble, foot problem, hearing impairment, hernia, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Additional comments:</p>
<p>Other special instructions:</p>

This **Emergency Information and Immunization Record Card** is accurate and complete, front and back, and was provided by:

Parent/Guardian PRINTED Name:	SIGNED Name:	DATE:
-------------------------------	--------------	-------



Wilson

School District No.7

3025 East Fillmore Street • Phoenix, AZ • 85008

Telephone (602) 681-2200 Fax (602) 275-7517

Student/Estudiante: _____

Parent/Padre: _____

Address/Dirección: _____

In applying to the Wilson Primary School Pre-school Program as an out-of-district or in-district resident, I understand that transportation, including transportation provided through the Mc-Kinney Vento Homeless Education Assistance Act, will not be provided.

By signing below, I acknowledge that I am fully aware that transportation will not be provided.

Registrando como un residente fuera del distrito o residente en el distrito en el programa preescolar de la escuela Wilson Primary, yo comprendo que no se proveerá transportación incluyendo transportación del programa McKinney-Vento.

Firmando este documento, tengo el conocimiento y estoy consciente que transportación no será proveído.

Parent Signature/Firma del padre

Date/Fecha

Clerk's Initials



Wilson School District #7

Historia Clínica y Forma de Tratamiento

ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRE/TUTOR: _____ TELEFONO CELULAR: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____

1. Mi hijo tiene un alimento / insecto / medicamento ALERGIA: () NO () SÍ

Alergia a: _____

2. Tiene cualquier problema de salud, discapacidad física, dificultad emocional, problema de comportamiento?

3. ¿Alguna vez su niño ha sido hospitalizado por una condición médica? () NO () SÍ

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

4. Las vacunaciones / vacunas de mi hijo están actualizadas y actualizadas: () NO () SÍ

5. Mi hijo tiene los siguientes problemas o quejas comunes:

__ Asma	__ Piel sensible	__ Eczema / Piel Seca	__ Hemorragias nasales
__ Dolores en los oídos	__ Sinusitis	__ Convulsiones	__ Alta presión sanguínea
__ Mareos / Desmayos	__ Frecuentes resfriados	__ Dolores de cabeza	__ Depresión /ansiedad
__ Amigdalitis / Garganta	__ ADHD / ADD	__ Audición / Visión	__ Problemas del corazón
__ alergias oculares	__ Bronquitis _____	__ Problemas urinarios	__ Diabetes

6. Mi hijo usa lentes () NO () SÍ Lentes de contacto () NO () SÍ

7. Medicaciones: En caso de una enfermedad menor, mi hijo puede recibir los siguientes medicamentos de la enfermera escolar o persona que el director(a) asigne: (Por favor marque)

<u>Sí</u> <u>No</u> Tylenol / Acetaminophen para el dolor/ fiebre	<u>Sí</u> <u>No</u> Motrin / Ibuprofeno para dolor severo/ fiebre alta
<u>Sí</u> <u>No</u> Ungüento antibiótico para raspaduras/cortes	<u>Sí</u> <u>No</u> Bactina para limpiar rasguños/cortes/dolor
<u>Sí</u> <u>No</u> Peróxido de hidrógeno para limpiar raspaduras/cortes	<u>Sí</u> <u>No</u> Loción de calamina para mordeduras de insectos/picazón
<u>Sí</u> <u>No</u> Gel de Campho-phynique para picaduras de insectos	<u>Sí</u> <u>No</u> Lavaojos estériles
<u>Sí</u> <u>No</u> Pastillas para la tos (solo grados 4-8)	<u>Sí</u> <u>No</u> Benzocaína para el dolor de dientes
<u>Sí</u> <u>No</u> Vicks Chest Rub para tos/dolores de cabeza	

8. Mi hijo tiene una restricción dietética: () NO () SÍ Explique: _____

Por la presente, doy permiso a la enfermera o personal autorizado del Distrito Escolar de Wilson para que brinde el tratamiento necesario a mi hijo y para que se ponga en contacto conmigo en la información de contacto indicada arriba en el caso de una emergencia.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Wilson

School District No.7

3025 East Fillmore Street • Phoenix, AZ • 85008

Telephone (602) 681-2200 Fax (602) 275-7517

Reconocimientos de padres/hijos

He revisado el Código de Conducta del Distrito Escolar de Wilson con mi estudiante y estoy de acuerdo con las expectativas del distrito. (Se encuentra una copia del código de conducta en <https://www.wsd.k12.az.us/codeofconduct>). Soy consciente de que la escuela comienza a las 8:00 a. m. y que mi hijo debe llegar a la escuela y ser recogido a tiempo. Mi número de teléfono, dirección y correo electrónico deben estar actualizados y notificaré a la oficina de cualquier cambio.

Política de publicación de media

La política del Distrito Escolar de Wilson #7 es permitir que se utilicen fotografías, grabaciones de audio y video, comentarios y/o nombres de los estudiantes en materiales impresos y electrónicos producidos por la Oficina del Distrito. Esto incluye, entre otros, el sitio web del distrito, las páginas de redes sociales del distrito, cualquier otro sitio web público para medios de comunicación o con fines educativos generales. Los padres y tutores pueden solicitar que no se usen fotografías, videos y grabaciones de audio, comentarios y/o nombres de sus estudiantes completando un Formulario de exclusión de medios que se encuentra en <https://www.wsd.k12.az.us/policies> y devolverlo a la oficina de la escuela del estudiante.

Tecnología

Me han proporcionado la política de uso aceptable de recursos de información electrónica del distrito escolar de Wilson y entiendo las expectativas para mí y mi estudiante.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha



WILSON ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT NO. 7

3025 East Fillmore Street • Phoenix, Arizona 85008
Phone: (602) 681-2200 • Fax: (602) 275-7517

REQUEST FOR STUDENT RECORDS

The student listed below recently enrolled in one of our schools. We would appreciate it if you would send the following records to us.

Student Name: _____ DOB _____ Grade _____

Previous School Attended: _____

Previous School Phone Number: _____ FAX: _____

Previous School Email: _____

Previous School Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

PLEASE FAX/MAIL/EMAIL RECORDS TO THE SCHOOL MARKED BELOW:

Wilson Primary School (K-3)
415 N 30th Street
Phoenix, AZ 85008
Phone: 602-683-2500
Fax: 602-231-0567

Email: gleos@wsd7.org

Wilson Elementary School (4-8)
2929 E Fillmore Street
Phoenix, AZ 85008
Phone: 602-683-2400
Fax: 602-275-8677

Email: kduarte@wsd7.org

**Please send special education records to: 2929 E Fillmore Street
Phoenix, AZ 85008
Fax: 602-683-2402
Email: vrobles@wsd7.org

In compliance with the Family Education Rights and Privacy Act of 1974 and Arizona State Law, I authorize the release of my child's school records, including Withdrawal form, Birth Certificate, Immunization Record, State tests, cumulative data, special education information and any other pertinent information.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

OFFICE USE ONLY

In making this request, the undersigned agrees that the information received will be used only by the professional school staff who are assigned to work with the student in the educational program and will not be released to any other party without the prior consent of the parents.

Authorized Signature

Date Requested