¡Bienvenido a
Academy con Community Partners!

2016-2017 Formulario de Inscripción

Proporcionar una educación para hoy y esperanza para el mañana.

Bloque de programación

8-11:00 A.M. - 12-3:00 P.M.

Estudio Independiente: 3:05 P.M. - 4:30P.M.

La escuela comienza de Agosto 2016

Vamos a exigir la siguiente información para la inscripción:

- **Transcripciones**
- **Disciplina/Conducta Record** Nota: Si no hay registro de problemas de conducta, necesitamos un fax de la escuela declarando sin disciplina y/o indicada en papel con membrete.
- **Retiro de deslizamiento** Una documentación de la dirección de la casa: facture de telefono, luz, agua, renta…
- **Withdrawal Slip**
- **AIMS/Terra Nova/ Resultados de la Prueba de Estado**
- **Certificado do Nacimiento**
- **Registro de Vacunas**

Fecha inscrito:_____

Para ser llenado por el personal de la oficina

Información del Estudiante

¿Ha asistido a los paises ACP en el pasado? ☐Sí ☐ No

¿Última escuela que asistió?: _____ **Grado Actual:**_____ ¿Cómo se enteró de nosotros?_____

_____ ____/____/____ ☐ M ☐ F

Nombre complete del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo nombre) Fecha de nacimiento (mes, año, día)

_____, AZ _____ (____) _____-_____

Dirección Apto. No. Ciudad Código postal Número de Celular

_____ **¿Su hijo ha sido inscrito en el Programa de Educación Especial?** ☐ Sí ☐ No

Número de Seguro Social ¿El estudiante tiene un IEP actual? ☐ Sí ☐ No **¿Última evaluación?:** _____

¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerer el idioma que habla el estudiante?_____

¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?_____

¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?_____

_____/_____ Permiso para dar Tylenol: ☐ Sí ☐ No

Alerta de Salud o Alergias **Los Medicamentos Actuales**

Información del Padre o Tutor

Vive con:
☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián (Tutor) ☐ Otro_____

Apellido Nombre

(_____) _____-_____ (_____) _____-_____

Teléfono del Celular Teléfono de trabajo

E-mail

Vive con:
☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián (Tutor) ☐ Otro_____

Apellido Nombre

(_____) _____-_____ (_____) _____-_____

Teléfono del Celular Teléfono de trabajo

E-mail

CONTACTO DE EMERGENCIA

☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián (Tutor) ☐ Otro

Apellido Nombre (_____) _____-_____ (_____) _____-_____

Teléfono del Celular Teléfono de trabajo

Drogas, Tobaco, Escuela Libre

De conformidad con ARS § Título 15 y Título 13 del Código criminal relativas a los menores y el uso de Tabaco, alcohol, drogas ilegales, armas, el uso ilícito de la tecnología y/o de cualquier interrupción del proceso del la educación puede conducer a la expulsion del programa.

Student Handbook

He revisado el manual del estudiante. El manual del estudiante se publica en el sitio web. Yo reconozco y estoy de acuerdo con las políticas contenidas en él y acuerdo en cumplir con las políticas y de acuerdo en observer todas las normas de la escuela. También me doy cuenta durante la inscripción, los padres serán informados de vez en cuando, formal o informalmente, de los varios cambios en las políticas de la escuela. Entiendo que la escuela se reserva el derecho de modificar las políticas en cualquier momento, con o sin aviso previo.

Completé este formulario y certifico que la información arriba es correcta.

Entiendo que el dar información falsa con fines de defrauder al gobierno está penado por la ley.

_____ _____

Firma del estudiante Fecha Firma del padre Fecha

PERMISSION RELEASE FORM

Please fill in **one** of the following sections:
Por favor, rellene una de las siguientes secciones:

☐ I, _____ give permission to the Academy with Community
Print Student Name
Partners High School to use my photograph, taken by ACP on campus on the school web site to promote spirit, school achievements and special school events.

☐ **Do not use _____ likeness on the ACP School web site.**
Print Student Name

Parent Signature: _____

Student Signature: _____

Please **check YES**, if you **give permission** Or **check NO** if you **do not give permission** to the Academy with Community Partners High School for the following:

Media Release	☐ Yes	☐ No
Field Trip	☐ Yes	☐ No
Phone Release	☐ Yes	☐ No

(Phone Release allows our phone tree response team to call you in an event of an emergency)

Parent Signature: _____

Student Signature: _____

State of Arizona
Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Primary Home Language Other Than English (PHLOTE) Home Language Survey

(Effective April 4, 2011)

These questions are in compliance with Arizona Administrative Code, R7-2-306(B)(1), (2)(a-c).

Responses to these statements will be used to determine whether the student will be assessed for English Language Proficiency.

1. **What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student?** _____
2. **What is the language most often spoken by the student?** _____
3. **What is the language that the student first acquired?** _____

Student Name _____ Student ID _____

Date of Birth _____ SAIS ID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter _____

School _____

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.

1535 West Jefferson Street, Phoenix, Arizona 85007 • 602-542-0753 • www.azed.gov/oelas

Academy with Community Partners Inc.

La Forma de Identificación de Grupo Étnico y La Raza 2016-2017

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Por favor escriba con letra clara

El gobierno federal recientemente añadido opciones de proporcionar a las familias la oportunidad de representarse a sí mismos con mayor precision. El propósito de este formulario es para actualize la información actualmente matriculados los alumnos.

Por favor, compete tanto de la Parte 1 y Parte 2 por el oscurecimiento o comprobar el círculo al lado de sus respuestas.

Parte 1: Dsignación Etnicidad

Instructiones: Lee la definición de abajo y se oscurecen por copleto el círculo que indica el patrimonio de este estudiante.

¿Está este estudiante hispano o latino? (Seleccione una respuesta)

Las personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importer la raza, se consideran **hispanos o latinos.**

① Sí ① No

Parte 2: Designación de la carrera

Instrucciones: Lee la definición de abajo y se oscurecen por complete el círculo que indicant que la carrera de este estudiante.**Debe seleccionar al menos una carrera,** independientemente de la designación de origen étnico. **Más de una respesta puede ser seleccionado.**

Indique la raza del estudiante (Seleccione todo lo que corresponda)

- ☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sur América (incluyendo América Central), y que mantiene una afiliación tribal o comunidad.
- ☐ **Asiático:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinent indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- ☐ **Negro o afro-americana:** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos racial negro de África.
- ☐ **Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otros islas del Pacífico.
- ☐ **Blanco:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

Parte 3:

Comprobar que la información en este formulario es correcta. Me niego a volver a identificar la raza y la etnicidad de este estudiante.

_____ _____

Firma, Firma del padre/tutor Fecha Firma, Firma del padre/tutor

Fecha

PARA USO DE LA ESCUELA / FOR SCHOOL USE ONLY

I am the observer who completed this form due to parent/guardian refusal to re-identify.

_____.

Signature, Observer Date

433 North Hall · Mesa, Arizona 85203 | Phone: (480) 833-0068 · Fax: (480) 833-8966 | www.acpathope.org

Arizona Residency Documentation Form
Arizona Department of Education

Student _____ School Academy with Community Partners

District or Charter Holder: Academy with Community Partners, Inc.

Parent/Legal Guardian _____

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
___ 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 or other identification; issued by a recognized Indian tribe that contains an Arizona address.
___ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)

___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 legal purposes.

#2803440

McKinney-Vento Eligibility Questionnaire

Name of School: ___Academy with Community Partners High School_____

Name of Student: _____ ☐Male ☐Female
Last Name First Name MI

Birthdate: _____ Age: _____ S.S. #: _____
Month/Day/Year (or student Identification number)

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The answers to this residency information help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Is your current address a temporary living arrangement? ☐ Yes ☐ No
2. Is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship? ☐ Yes ☐ No

If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this form.
If you answered NO, you may stop here.

Where is the student living?

☐ In a motel, hotel, or campground due to lack of alternative adequate accommodations.

☐ In a shelter

☐ Sharing the house or apartment of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason.

☐ With person(s) other than parent/guardian due to the denial of housing by parents or inadequate living conditions.

☐ Moving from place to place

☐ In a place not designated for ordinary sleeping accommodations such as car, park, abandoned building, or public space.

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

Address: _____ Zip Code: _____ Phone: _____
City

Signature of Parent/ Legal Guardian: _____ Date: _____

Please send a copy to ___Teofila Angst____Fax: 480.833.8966_____ at A.C.P. Office.

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

_____ _____
McKinney-Vento Liaison Signature Date

Academy with Community Partners Inc.

SPECIAL EDUCATION INFORMATION

Name of Student: _____ Date of Birth: _____
First Name MI Last Name Month - Day- Year

Has your child been enrolled in Special Education Program? ☐ Yes ☐ No

Signature of Parent: _____ Date: _____

If NO, please sign and stop.
If YES, please sign and continue below.

If yes, is IEP still in effect? ☐ Yes ☐ No Last IEP Evaluation: _____
Month - Day- Year

If not, date of termination: _____
Month - Day- Year

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido, Nombre Primero, inicial del segundo nombre

¿Su hijo ha sido inscrito en el Programa de Educación Especial? ☐ Sí ☐ No

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Si su respuesta es no, por favor firme su nombre y se detendrá. Si su respuesta es sí, por favor firme su nombre y seguir adelante.

En caso sí:¿todavía en efecto el IEP? ☐ Sí ☐ No ¿Última evaluación del IEP? _____
Día Mes Año

Si no, la fecha de terminación: _____
Día Mes Año

Signature of School Official:_____Date :_____
Firma del la Escuela Oficial

433 North Hall · Mesa, Arizona 85203 | Phone: (480) 833-0068 · Fax: (480) 833-8966 | www.acpathope.org

STUDENT RECORD TRANSMITTAL REQUEST

Estudiante Solicitud de Registro de Transmisión

Student First, MI, Last Name _____ **Date of Birth/** Fecha de Nacimiento _____ **Grade/**Grado _____

Primer nombre, SN, apellido de estudiante

Name of School Last Attended:
Nombre de la última escuela que asistió:

School Name/ Nombre de la escuela

Mailing Address/Dirección de envío

City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

Phone/ teléfono Fax/ fax

Information Released To:

Academy with Community Partners High School

433 North Hall
Mesa, Arizona 85203
Phone: 480-833-0068
Fax: 480-833-8966

www.acpathope.org

Other Schools attended from 9th to 12th Grade/Otras escuelas asistió del 9 al 12 grado

School Name/ Nombre de la escuela
City/ Ciudad State/Estado

School Name/ Nombre de la escuela
City/ Ciudad State/Estado

School Name/ Nombre de la escuela
City/ Ciudad State/Estado

I hereby request and authorize you to release all of the following or where indicated:

- ☒ **Official Transcript**
- ☒ **Withdrawal Form**
- ☒ **SAIS ID # _____**
- ☒ **AIMS/Terra Nova Results**
- ☒ **Medical/Educational Records**
- ☒ **IEP/Special Education Records**
- ☒ **Birth Certificate**
- ☒ **Shot Records**
- ☒ **State Mandated Discipline and/or Guidance Records** **If there are no discipline(s) on file, please send a fax cover stating "No Discipline"

All psychological information is confidential. Records will not be transferred to any person/agency without parental consent. Parents will have access to all student records.

Toda la información psicológica es confidencial. Los registros no serán transferidos a cualquier persona o agencia sin consentimiento de los padres. Los padres tendrán acceso a todos los expedientes de los estudiantes.

Signature of Parent/Guardian _____ Date/Fecha _____
Firma del padre o Guardián

Name of School Official _____ Title of School Official_____

*** State Law 815-8282 Paragraph F States **NO SCHOOL SHALL WITHHOLD RECORDS DUE TO FINANCIAL DEBTS.** ***