



Tolleson Elementary School District

Welcome Center – 9401 W. Garfield • Tolleson, AZ 85353

Phone: (623) 533-3980 ♦ Fax: (623) 533-3918 ♦ Email: wcoffice@tesd17.org

Enrollment Packet Checklist Page

You must bring the following documents with you at the time of registration to the Welcome Center. The registration process cannot be completed unless we have all of the following documents:

- ☼ **Official Birth Certificate** (legal guardianship documents required if applicable)
- ☼ **Immunization Record** (must be current)
- ☼ **Proof of Address** (Current utility bill, rental agreement/mortgage statement, etc. in parent/guardian's name)
- ☼ **Parent/Guardian's Photo ID**
- ☼ **Withdrawal Form & Report Card from Previous School** (if applicable)
- ☼ **IEP** (if your child requires Special Services)



FIRST DAY WEDNESDAY AUGUST 4, 2021

Forms to Complete and Return:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enrollment Form | <input type="checkbox"/> Special Education Information |
| <input type="checkbox"/> Home Language Survey | <input type="checkbox"/> Transportation Form |
| <input type="checkbox"/> Emergency Information Sheet | <input type="checkbox"/> Student Residency Questionnaire |
| <input type="checkbox"/> Health Screening Form | <input type="checkbox"/> Arizona Residency Documentation Form |
| | <input type="checkbox"/> Request for Student Records/Authorization for Release |

Return enrollment packet with all forms completed and the required documents listed above:

: Via email to wcoffice@tesd17.org

: By appointment to the Welcome Center office (623) 533-3980, 9401 W Garfield St. entrance of 95th Ave

: Or contactless drop off in the blue lock box outside the Welcome Center Office door.

Usted debe traer los siguientes documentos el día de la inscripción. El proceso de inscripción no podrá ser completado al menos que tengamos todos los siguientes documentos:

- ☼ **Acta de Nacimiento Oficial** (Documentos legales de custodia requeridos si aplica)
- ☼ **Tarjeta de vacunas**
- ☼ **Comprobante de domicilio** (Reciente recibo de pago de utilidades, contrato de renta/recibo hipotecario, etc. in el nombre del Padre or guardian legal)
- ☼ **Identificación con foto de los Padres/Guardianes**
- ☼ **Forma de Retiro y/o Boleta de Calificaciones de la Escuela Anterior**
- ☼ **IEP** (Si su hijo/a necesita servicios especiales)



PRIMER DÍA MIÉRCOLES 4 DE AGOSTO DE 2021

Formas para llenar y regresar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Forma de Inscripción | <input type="checkbox"/> Información acerca de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Encuesta de Lenguaje en el Hogar | <input type="checkbox"/> Forma de Transporte |
| <input type="checkbox"/> Hoja para información de Emergencia | <input type="checkbox"/> Cuestionario De Residencia De Alumno |
| <input type="checkbox"/> Forma de Salud del Estudiante | <input type="checkbox"/> Forma de Residencia y Documentación en Arizona |
| | <input type="checkbox"/> Autorización para solicitar información en los records del estudiante |

Paquete de inscripción deve ser devuelto con todas las formas completas y los documentos requeridos de la lista previa.

: Por correo electrónico a wcoffice@tesd17.org

: Con cita previa en la oficina del Centro de Bienvenida (623) 533-3980, 9401 W Garfield St. Entraola de 95th Ave

: O dejar lo en la caja de llaves azul afuera de la puerta de la oficina del Centro de Bienvenida.

Online

In-Person



Tolleson Elementary School District 2023-2024 Forma de Inscripcion de Estudiante

Escuela: Arizona Desert Desert Oasis P.H. Gonzales Sheely Farms TESD Virtual Academy

Informacion del Estudiante- Por Favor Escriba con Letra de Imprenta

Apellido Legal del Estudiante		Nombre Legal del Estudiante		Segundo Nombre		Generacion Jr etc.	
Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Si los E.U Estado de Nacimiento	Pais de Nacimiento	Si su hijo(a) nacio fuera de los E.U. en que fecha entro primero a la escuela en E.U.?		
Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino			Raza:(Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiano u otras Islas del Pacifico Nombre de la Tribu _____				
Domicilio Físico:				Ciudad		Codigo Postal	
Domicilio de Correo Postal (si diferente a arriba)				Ciudad		Codigo Postal	
Numero de telefono primario para comunicacion escolar:				<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa			

Informacion de Padre/Tutor -DEBE APARECER EN ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL
(Padre/Tutor es responsable de proveer cualquier documemto legal perteneciente a la custodia del alumno.)

Padre/Tutor Nombre:		Relacion con el estudiante:		Reside con? Si/No	
Telefono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Numero Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo Electronico:	
<input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Padre Matriculando <input type="checkbox"/> Se le puede dejar salir con el/ella Servicio Militar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respuesta es si: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Veterano					
Padre/Tutor Nombre:		Relacion con el estudiante:		Reside con? Si/No	
Telefono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Numero Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo Electronico:	
<input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Padre Matriculando <input type="checkbox"/> Se le puede dejar salir con el/ella Servicio Militar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respuesta es si: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Veterano					
Hermanos (as):		Nombre: _____		Edad: _____	
Menores de 18 años:		Nombre: _____		Edad: _____	

Informacion de la escuela anterior:

Ultima Escuela que Asistio:	Distrito:	Ciudad:	Estado
Si la ultima escuela fue fuera del estado/pais ha asistido su hijo (a) a la escuela en AZ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dijo Si en que año?			
Ha estado inscrito su hijo anteriormente en el Distrito Primario de Tolleson? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, si que escuela y año?			
Ha sido retenido su estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dijo que si que nivel de grado y escuela?			

Por favor proporcione la siguiente informacion para poder servir mejor a su estudiante:

Suspendido a largo plazo o Expulsado Si No Si dijo si explique:

Educacion Especial IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	504 Plan? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Super Dotado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estuvo en clases de ELL en las escuela anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---	--	--

Al firmar o escribir mi nombre certifico que resido dentro de los linderos de asistencia del Distrito Escolar de Educacion Primaria de Tolleson o que he llenado un solicitud de Matricula Abierta y que la informacion provista es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio por escrito. Al proporcionar mi numero de telefono y correo electronico, estoy optando para recibir notificaciones de la escuela y puedo cancelar la suscripcion a las notificaciones no criticas en cualquier momento durante el ciclo escolar.

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Official use only

Birth Certif.	Proof Res.	Immuniz.	WD Form/RC	Parent ID	ELL 70 Y N	Trans Req Y N	McK. Vento Y N	Group Home Y N	Foster Home Y N	Img/Ref/M Y N
PHLOTE ANSWER: ENGLISH OR NON-ENGLISH										
Enter Date	Enter Code	Grade	SAIS #	School ID	CTDS	Date Entered Synergy	Initials			
					070417000					

Docs: Sent out: _____ Transp: _____ ELL 70: _____ Special Ed _____ Gifted: _____ McKVento: _____ Lunch: _____ Rec Req. _____

Early Kinder Acceptance Approved Y / N Letter Attached Y / N Date: _____ PS T1 or T2 4 Day or 5 Day



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendizajes del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Fecha _____	
Distrito o Charter _____	
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)



School: _____ Grade: _____ Student ID #: _____ Teacher: _____

TOLLESON ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT No. 17

Forma de Información para Contactos de Emergencia

Año Escolar 2023-2024

Nombre del niño/a _____ Hombre/Mujer Fecha de nacimiento ____/____/____

_____ Teléfono de casa : _____

Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Madre o Guardián _____ Padre o Guardián _____

Dirección del hogar: _____ Dirección del hogar: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____ Dirección de trabajo: _____

Relación con el Estudiante: _____ Relación con el Estudiante: _____

¿Cuidado de crianza temporal? Si No

Existe alguna información relacionada con la custodia de su hijo(a) que usted necesita que la escuela sepa: Si No

Padre/Guardian es responsable de proveer los documentos de custodia legal al Distrito Escolar Primario de Tolleson.

En caso de una emergencia, o si usted no se puede comunicar conmigo para recoger a mi niño/a, yo, por este medio doy autorización a la (s) siguiente (s) persona(s) a que recoja(n) a mi niño/a.

Relacion: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa : _____ Celular: _____

Relacion: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa : _____ Celular: _____

Relacion: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa : _____ Celular: _____

Relacion: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa : _____ Celular: _____

Para atención médica necesaria, llame a:

DOCTOR: _____
Nombre Teléfono Dirección Ciudad Estado Código Postal

HOSPITAL: _____
Nombre Teléfono Dirección Ciudad Estado Código Postal

Tiene su hijo/a cobertura de seguro? Si No Nombre de la compañía de seguro: _____

En caso de un accidente ó enfermedad grave, yo solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con los contactos en la lista de emergencia, yo por este medio autorizo a la escuela llamar al doctor indicado y seguir sus indicaciones. Si no es posible comunicarse con el medico, la escuela puede hacer cualquier arreglo que considere necesario.

Al firmar ó escribir mi nombre a continuacion, Yo autorizo a cualquier hospital ó doctor a prestar ayuda inmediata a mi niño/a como sea necesario en el momento para su salud y bienestar. Yo comprendo que los gastos por este servicio seran aceptados por mi.

Esta Forma de Información de Contactos de Emergencia es precisa y esta completa, y fue llenada por:

Firma de Padre ó Guardián

Fecha



TOLLESON ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT No. 17

CHEQUEO DE SALUD ESTUDIANTIL

Solicitud para la administración de medicamentos sin receta en la escuela

Favor de completar y regresar este formulario a la Oficina de Salud escolar.

Año Escolar: 20 - 20

[] AZ Desert [] Desert Oasis [] P.H. Gonzales [] Sheely Farms

Permiso por escrito es necesario antes que los medicamentos se le puedan dar su hijo/a. Si un permiso por escrito no está disponible, entonces puede obtenerse un permiso verbal por cada episodio. El permiso escrito es válido sólo para el año escolar en curso. Si usted tiene alguna duda al respecto, favor de comunicarse con la Oficina de Salud de la escuela de su niño/a. Los estudiantes quienes necesitan tener acceso a medicamentos recetados o sin receta en la escuela deben dejarlos con la oficina de salud juntamente con la solicitud para la administración de medicamentos firmada por el padre/guardian. El medicamento debe estar en el envase original con instrucciones escritas del médico autorizado sobre el uso y la administración del medicamento. **Grado:** _____ **Maestro/a:** _____

Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido legal	Fecha de nacimiento
			/ /

¿Tiene su hijo/a un problema auditivo?	Sí	No
¿Lleva su hijo/a anteojos recetados?	Sí	No
¿Tiene su hijo/a un problema en el habla?	Sí	No
Este año podríamos examinar la ojos y oídos de su niño/a, si usted no quiere que sea examinado, favor de enviar una nota por escrito.		
Favor de especificar cualquier problema de salud:		
¿Esta su hijo/a bajo medicamentos diarios u otros tratamientos médicos?		
¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía, accidentes o enfermedades en el último año?		
¿Es su hijo/a susceptible a infecciones, y si es así, que precauciones deben tomarse?		
¿Esta su hijo/a propenso/a a convulsiones, y cuál debe ser nuestro procedimiento si sucede una?		
¿Hay otras cuestiones relacionadas a la salud que usted quiera dar a conocer a la escuela?		
¿Es su hijo/a alérgico a alimentos u otras sustancias?	Sí	No
Lista de alergias aquí:		

Favor de indicar cuál de los otros medicamentos pueden administrarse a su hijo/a para lesiones leves o enfermedad:

Acetaminofén (Tylenol) (dolor de cabeza/cólico menstrual, etc)	Sí	No	Ibuprofeno/Advil/Motrin (dolor de cabeza/cólico menstrual, etc.)	Sí	No
Gotas para los ojos/Lavar el ojo(lavar objetos extraños de los ojos/ardor)	Sí	No	Crema anti-comezón/crema hidrocortisona (picadura de insecto/picazón/salpullido)	Sí	No
Pomada antibiótica (cortada/raspadura)	Sí	No	Pastilla para la garganta (dolor de garganta)	Sí	No
Anestésico tópico (quemadura/raspadura)	Sí	No	Pastilla para la tos (tos)	Sí	No
Antiácido/Tums/Pepto Bismol (malestar estomacal)	Sí	No	Benadryl (reacción alérgica)	Sí	No

Yo entiendo que es mi deber avisar a la Oficina de Salud escolar de cualquier cambio en la salud de mi hijo/a.

(Firma)

(Fecha)



Tolleson Elementary School District

Welcome Center – 9401 W. Garfield • Tolleson, AZ 85353

Registration (623) 533-3980 ♦ Fax (623) 533-3918

Special Education: (623) 533-3923 ♦ Fax (623) 533-3925

Información de la Educación Especial

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

¿Estaba su hijo/a recibiendo servicios de Educación Especial en su escuela anterior? Si ,por favor complete el resto de este formulario.

No

Por favor, seleccione la categoría apropiada de Educación Especial:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno Emocional |
| <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo | <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples-Discapacidad Sensorial Severa | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Leve | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Moderada |
| <input type="checkbox"/> Otro Impedimento de Salud | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Severa |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje | | <input type="checkbox"/> Trastorno del Habla o Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática | | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual |

Nombre de los Padres: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

La escuela anterior: _____

Dirección de la escuela (si la sabe): _____

Distrito escolar de la escuela anterior: _____

Número de teléfono de la escuela anterior: _____

Nombre del último maestro/a del estudiante: _____

¿Tiene usted la copia más actual del IEP?: Si No

¿Tiene usted la copia más actual de la Evaluación Psicológica Educativa? Si No

Si usted tiene copias actuales del IEP y Evaluación Psicológica Educativa, por favor provea una copia a los servicios de educación especial ubicados en la Oficina del Distrito o al Welcome Center. Para mantener la confidencialidad, por favor incluya las copias en un sobre sellado.

Gracias por su colaboración.



Forma de Transporte TESD



Nombre del estudiante _____ Grado _____

Dirección de la casa _____
(Como en el formulario de inscripción y prueba de domicilio)

Seleccionar la escuela que va asistir: Arizona Desert Desert Oasis PH Gonzales Sheely Farms

1. ¿Está el estudiante de arriba en una inscripción abierta? **SI (Ir a la pregunta 4)**
Si no está seguro, por favor verifique con su oficina de la escuela. NO (Ir a la pregunta 2)

2. ¿Está su hijo en el Kindergarten, 1er, 2do o 3er grado? o
¿Su hijo está asistiendo a su escuela de casa Sheely Farms y usted reside en los apartamentos Red Hawk?
SI (Ir a la pregunta 3) NO a todos los de arriba (Ir a la pregunta 4)

3. Por las preguntas de arriba su hijo califica para el transporte en autobús desde y hacia la escuela de TESD.
¿Solicita transporte de autobús para el niño mencionado arriba para una parada de autobús por la dirección arriba?
SI llenar la solicitud de información Solicitud de transporte: **NO** (Ir a la pregunta 4)

El Departamento de Transporte determinará la ubicación de la parada de autobús de su hijo. Usted será contactado con la hora y el lugar, por la escuela dentro de 2-3 días hábiles. *El lugar de recogida y devolución debe asignarse a la misma ubicación de la parada de autobús, y las paradas de autobús no se pueden alterar durante la semana. Los servicios de transporte estudiantil son un privilegio y no un derecho. TESD puede retirar los privilegios de conducción del autobús a cualquier estudiante que no siga las Reglas del Autobús o no siga la dirección del conductor del autobús u otro supervisor adulto. Padres / Tutores son requeridos en la parada del camion para los estudiantes de preescolar y kinder.*

Nombre del Padre / Tutor: _____ Teléfono _____

Instrucciones Especiales: _____

Alergias del Estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono. _____

Lista de Hermanos que van a subir en el mismo autobús: _____

4. Padre / Tutor responsable del transporte del niño hacia y desde la escuela:

Transporte del Estudiante por la A.M.:

- Camina / Usa bicicleta (con: _____)
- Padre/ tutor lo dejan en la escuela
- Rides child care bus (provide name): _____
- Otro (describe): _____

Transporte del Estudiante por la P.M.:

- Walks / Rides Bike (with: _____)
- Padre/ tutor lo recogen de la escuela
- Asiste al Programa despues de escuela
- Boys and Girls Club Bus (requerido ser aprobado por por la oficina)
- Usa el autobús de cuidado de niños (indique el nombre): _____
- Otro (describe): _____

Parent Signature: _____ **Date:** _____

Office use:

WC - Student Start Date: _____ Sent to Trans: _____ MKV: _____

Trans.- Routing Completed & sent to School: _____ Bus Driver: _____

Date Transportation to Start: _____ am or pm

Bus _____ Pick-up time: _____ Pick up & Drop of Location: _____

Bus _____ Drop-off time: _____

Date Parent contacted: _____ By: _____ Note: _____



TOLLESON ELEMENTARY CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DE ALUMNO

(Por favor, ayuden a los estudiantes y las familias rellene este formulario)

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Grado: _____ Edad _____
Mes Día Año

1. ¿Esta, o ha sido alguna vez el estudiante bajo un estatus de Refugiado? Sí ___ No ___
Si la respuesta es sí, El País _____ Fecha Efectiva _____

2. ¿Nació el estudiante fuera de los Estados Unidos? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, el país _____

3. ¿Cuidado de crianza temporal? Sí ___ No ___

El propósito de este cuestionario es para informarle acerca de los requisitos para la elegibilidad del programa McKinney-Vento Act 42 U.S.C 11435. Las preguntas de abajo ayudarán a determinar si el alumno es elegible para recibir servicios bajo el programa del Acto de McKinney-Vento.

1. ¿Es su dirección actual un acuerdo de vivienda temporal? Sí ___ No ___

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Sí ___ No ___

Si ha respondido “Sí” a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de esta forma.

Si contestó que “No”, puede parar aquí.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En una casa de refugio Nombre del refugio/Dirección _____
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
¿Cuánto tiempo ha compartido la residencia en la misma dirección con las mismas personas? _____
¿Tiene que desocupar esta residencia en los próximos 6 meses? _____
- En un hotel/motel Nombre/Dirección _____
- En un lugar no diseñado para el alojamiento ordinario de dormir, como un coche, parque, autobús, campamento, o edificio sin electricidad. _____
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____
- En un hogar permanente

Encuesta sobre migrantes

¿El propósito principal de la mudanza era obtener (o tratar de obtener) trabajo temporal o estacional, en actividades agrícolas, incluido el trabajo lechero?

Sí

No

¿Era el trabajo agrícola un medio de vida primario para el trabajador y su familia?

Sí

No

Imprimir nombre del padre(s)/Guardián(es) _____

Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Firma del padre/guardián legal _____ fecha _____



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representate legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Pasaporte válido de los EE. UU.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.

- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



Tolleson Elementary School District **Request For Student Records**

Arizona Desert ELEM.

Desert Oasis ELEM.

P.H. Gonzales ELEM.

Sheely Farms ELEM.

SEND RECORDS TO: T.E.S.D Welcome Center

9401 W Garfield St Tolleson, Arizona 85353

Phone: (623) 533-3980 **Fax: (623) 533-3918**

email: wcoffice@tesd.k12.az.us

Date _____

Name of Previous School *(last school attended)*

Address *(last school)*

City

State

Zip Code

Phone#

Fax#

PARENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic (educational) medical (health), psychological, special education, social developmental, and gifted information, regarding the following pupil:

Students name: _____ Date of Birth _____ Grade _____

Students name: _____ Date of Birth _____ Grade _____

Students name: _____ Date of Birth _____ Grade _____

Students name: _____ Date of Birth _____ Grade _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Below Office use only:

Please forward the following cumulative information/records for the student(s) named above:

_____ Birth Certificate

 X Test Scores

_____ Immunization Records

 X English Language Scores (ELL)

_____ Withdrawal Form

 X Discipline Records

_____ Report Card

 X Gifted Records

_____ MOWR Status *(move on with reading)*

 X All Academic Records

Send records to: Fax: (623) 533-3918, Email: wcoffice@tesd.k12.az.us OR

Mail: T.E.S.D Welcome Center 9401 W Garfield St Tolleson, AZ 85353

1st Request _____ 2nd Request _____ 3rd Request _____