



**2023-2024
School Year**

**Champion Schools shall enroll all eligible students who submit a timely application, unless the number of applications exceeds the capacity of a program, class, grade level or building.
A.R.S. 15-184 (A)**

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Student Enrollment Form
<i>(Forma de Registrar Estudiante)</i> | _____ |
| 2. Special Education Form
<i>(Forma de Educación Especial)</i> | _____ |
| 3. Medical Consent Form
<i>(Forma de Consentimiento Médico)</i> | _____ |
| 4. Medical Information Form
<i>(Forma de Información Médica)</i> | _____ |
| 5. Asthma Information Form
<i>(Forma de Información sobre el asma)</i> | _____ |
| 6. Parent Survey
<i>(Encuesta para los Padres)</i> | _____ |
| 7. Student/Parent/Teacher Contract
<i>(Contrato de Estudiante /Padre /Maestro)</i> | _____ |
| 8. Field Trip Form
<i>(Forma de Viaje de Campo)</i> | _____ |
| 9. Student Media Release Form
<i>(Estudiantes Comunicado de prensa forma)</i> | _____ |
| 10. Tax Credit/ Activity Fee Form -optional
<i>(Crédito Fiscal / Forma de actividad)</i> | _____ |
| 11. Request For Student Records & Withdrawal Form
<i>(Solicitud de Registros de Estudiantes de la escuela Previo)</i> | _____ |
| 12. Home Language Survey
<i>(Encuesta de idiomas en el hogar)</i> | _____ |
| 13. Immunization Records
<i>(Imunization registros)</i> | _____ |
| 14. One of the following: Certified copy of Birth Certificate; other reliable proof of student's indentity and age <i>(copia certificada del Certificado de Nacimiento otra prueba confiable de la identidad y la edad del estudiante)</i> including baptismal certificate application, a social security number or original school registration records and an affidavit explaining the inability to provide a copy of the Birth Certificate. A letter from the authorized representative of an agency having custody of the pupil pursuant to the Title 8, Chapter 2 certifying that the pupil has been placed in the custody of the agency as prescribed by law. | _____ |
| 15. Proof of Residency
<i>(prueba de residencia)</i> | _____ |
| <u>Optional Forms from previous Schools:</u> | _____ |
| *Includes <i>(Incluye)</i> : | |
| 16. Report Cards <i>(Reporte de Calificaciones)</i> | _____ |
| 17. Test Scores <i>(Resultados de los examines)</i> (Stanford 10, AIMS) | _____ |
| 18. IEP/ SPED Records <i>(Expedientes de Educación Especial)</i> | _____ |

***For office use only* Student Name: _____ Date Received: _____ Date Entered: _____**

Student Enrollment Form

Student Information

(Información del Estudiante)

Name (Last, First MI): _____ Date of Birth: _____ Female Male
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Home Address: _____ City _____ State _____ Zip Code _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Child Resides with (Check all that apply): Father Mother Stepfather Stepmother
(Padre) (Madre) (Padrastra) (madrstra)
 Foster Parent Grandparents Other _____
(parientes adoptivos) (abuelos) (otro)

Race/Ethnic Background American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or Other Pacific Islander
(Raza / Origen étnico)
 Asian Black/ African American White Hispanic/ Latino Other _____

Mother/ Guardian (Madre/Tutor)

Name: _____
(Nombre)

Home Address: _____
(Direccion)

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Home Phone: _____
(Teléfono de la casa)

Cell: _____
(Teléfono celular)

Employer: _____
(empleador)

Employer Address: _____
(Dirección del empleador)

Business Phone: _____
(Teléfono del trabajo)

Email: _____
(correo electrónico)

Emergency Contacts: (Emergencia contacto)

1. _____ Phone #: _____ Relationship: _____

2. _____ Phone #: _____ Relationship: _____

3. _____ Phone #: _____ Relationship: _____

Father/ Guardian (Padre/Tutor)

Name: _____
(Nombre)

Home Address: _____
(Direccion)

City: _____ State: _____ Zip Code _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Home Phone: _____
(Teléfono de la casa)

Cell: _____
(Teléfono celular)

Employer: _____
(empleador)

Employer Address: _____
(Dirección del empleador)

Business Phone: _____
(Teléfono del trabajo)

Email: _____
(correo electrónico)

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Special Education Form

To provide continuity in the educational environment, it is important that Champion Schools is informed of any special educational services received by your child currently or in the past. This information is requested solely for purposes of ensuring continuity of services upon enrollment and it will not be considered in making enrollment decisions. *(Con el fin de dar continuidad en el ámbito educativo, es importante que "Champion School" ser informada de los servicios especiales de educación recibida por su hijo en la actualidad o en el pasado. Esta información se solicita únicamente para garantizar la continuidad de los servicios al momento de la inscripción y no se tendrá en cuenta al tomar decisiones sobre la inscripción.)*

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
(Nombre de Estudiante) (Fecha de Nacimiento) (Grado)

School: _____
(Escuela)

Is your child or has your child ever been enrolled in any Special Education Programs?
(¿Es su hijo o su hijo ha estado alguna vez inscrito en cualquier Programas de Educación Especial?)

- Yes No If yes, please check all that Apply
(Si) (No) (En caso afirmativo, por favor marque todas las que se aplican)
- Speech/ Language Therapy Occupational Therapy Specific Learning Disability
(Habla / Terapia de Lenguaje) (terapéutica laboral) (Discapacidad específica de aprendizaje)

If yes, in what areas? _____
(En caso afirmativo, en qué áreas?)

Has your child ever been tested or evaluated for Special Educational Services? Yes No
(¿Alguna vez ha probado o evaluado para Servicios de Educación Especial?) (Si) (No)

Does your child currently have an Individual Education Plan (IEP)? Yes No
(¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individual?) (Si) (No)

Does your child currently have a 504 Accommodation Plan? Yes No
(¿Su hijo tiene un Plan de Acomodación 504?) (Si) (No)

***Current Evaluations, I.E.P's or 504 Accommodation Plans must be attached to the enrollment packet.**
(Actual evaluaciones, IEP o 504 planes de alojamiento se debe adjuntar al paquete de inscripción.)

I hereby certify that the above information is true and correct.
(Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta.)

Parent/ Guardian Name (Please Print): _____
(Padre / Tutor Nombre (en letra de imprenta))

Parent/ Guardian Signature: _____ Date: _____
(Firma de Padre/ Tutor) (Fecha)

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Medical Consent Form

Student Name: _____
(Nombre de Estudiante)

Listed below are the usual medications the office has available for use of treating illnesses and minor injuries that may occur at school.

(A continuación, se enumeran los medicamentos habituales de la oficina tiene a su disposición para el uso de tratamiento de enfermedades y lesiones menores que pueden ocurrir en la escuela.)

If you **WANT** your child to receive any of these medications, please **CHECK THEM OFF.**
(Si usted desea que su hijo/a recibe cualquiera de estos medicamentos, por favor **táchalas.**)

- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Children's Tylenol | <input type="checkbox"/> Ibuprofen |
| <input type="checkbox"/> Children's Pepto-Bismol | <input type="checkbox"/> Anti-Itch Cream |
| <input type="checkbox"/> Tums | <input type="checkbox"/> Children's Benadryl |
| <input type="checkbox"/> Antibiotic Ointment | <input type="checkbox"/> Oral Pain Gel |
| <input type="checkbox"/> Eye Drops | <input type="checkbox"/> Cough Drops |

Known Allergies: _____
(Alergias conocidas)

Medical Conditions/History: _____
(Condiciones médicas / Historia)

**Fit Kids
Champion Schools**
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Medical Information Form

Medical History (Check all that apply)

(Historia Medica (Marque todo lo que corresponda))

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Measles
<i>(Sarampión)</i> | <input type="checkbox"/> Asthma
<i>(asma)</i> | <input type="checkbox"/> Allergies (food or otherwise)
<i>(Alergias (alimentos o de otro tipo))</i> | <input type="checkbox"/> Mumps
<i>(parótidas)</i> |
| <input type="checkbox"/> Chickenpox
<i>(Varicella)</i> | <input type="checkbox"/> Vision Impairment
<i>(Limitación Visual)</i> | <input type="checkbox"/> Physical Therapy
<i>(fisioterapia)</i> | <input type="checkbox"/> Heart Condition
<i>(Condición del corazón)</i> |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impairment
<i>(Discapacidad Auditiva)</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes
<i>(diabetes)</i> | <input type="checkbox"/> Scoliosis
<i>(escoliosis)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Convulsive Disorder
<i>(Trastorno convulsivo)</i> | <input type="checkbox"/> Ear Infection
<i>(Infección del oído)</i> | <input type="checkbox"/> TB | |

Doctor Name: _____ Phone: _____ Is your child taking any medication?
(Nombre de Doctor) (Numero de Telefono) (¿Está su hijo tomando algún medicamento?)

Hospital: _____ Phone: _____ Yes No
(Hospital) (Numero se Telefono) (Si) (No)

If yes, list the medication(s) and for what condition(s): _____
(En caso afirmativo, indique el medicamento (s) y para qué condición (s)) Medication/ Medicación Condition/Condicion

*Medication may not be administered without prescription release form, available in school office.

(Los medicamentos no pueden administrarse sin forma de liberación de prescripción, disponible en la oficina de la escuela)

Is your child presently under treatment for any physical problem? If yes, please explain:
(¿Está su niño actualmente en tratamiento por algún problema físico? En caso afirmativo, explique)

Is your child allergic to any foods or other substances? If yes, name foods or substances to be avoided. Please explain procedure if reaction occurs.

(¿Su hijo es alérgico a algunos alimentos u otras sustancias? En caso afirmativo, nombre los alimentos o sustancias que deben evitarse. Por favor, explique el procedimiento si la reacción se produce.)

Is your child subject to convulsions, and what should be our procedure if one occurs?
(¿Está su niño sujeto a convulsiones, y cuál debería ser nuestro procedimiento si se produce?)

Is your child usually susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken?
(¿Está su niño generalmente susceptibles a las infecciones y si es así, ¿qué precauciones hay que tener?)

Is there any physical condition we should be aware of, and what precautions/procedures should be taken?

The above emergency medical information is provided by/ *La información médica de emergencia por encima de lo proporciona*

Parent/ Guardian Signature: _____ Date: _____

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Asthma Information

Student Name: _____ Date: _____
(Nombre de Estudiante) (Fecha)

History of Asthma? Yes _____ No _____
(Historia de asma?) (Si) (No)

Medications used for Asthma:
(Los medicamentos usados para el asma)

Current Medications:
(Los medicamentos actuales)

Physician to be notified: _____
(Médico que se le notifique)

Physician Address: _____
(Dirección del medico)

Physician Phone Number: _____
(Número de teléfono del medico)

If necessary, a labeled inhaler with the students name must be provided to the school health office. (Si es necesario, un inhalador de etiquetado con el nombre de los estudiantes debe ser proporcionado a la oficina de salud de la escuela.)

The school health aide notifies 911 for severe emergencies.
(El ayudante de salud en la escuela notifica al 911 para emergencias graves.)

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Parent Survey

Please answer the following questions with as much information as possible.

(Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor información posible.)

Student: _____ Date: _____ Grade: _____
(Nombre de Estudiante) (Fecha) (Grado)

Last School Attended: _____
(La última escuela que asistió)

How did you learn about Champion School? TV Radio Magazine Friend Mailing
(¿Cómo se enteró de "Champion School"? (tele) (Radio) (revista) (amigo) (envío)

Has your child ever repeated a grade or been retained by another school? Yes No
(¿Su niño ha repetido un grado o ha sido retenida por otra escuela?) (Si) (No)

Has your child ever been expelled by another school? Yes No
If yes, please explain. _____
(Su hijo ha sido suspendido por otra escuela? En caso afirmativo, sírvase explicar.) (Si) (No)

From what School _____ Date(s) of Expulsion _____
(De que Escuela) (Fecha (s) de la expulsión)

"A charter school may refuse to admit any student who has been expelled from another educational institution or who is in the process of being expelled from another educational institution" ARS 15-184 (I)

How does your child relate to authority? Does your child resist authority? _____
(¿Cómo su hijo se refieren a la autoridad? ¿Tiene su hijo a resistir la autoridad?)

How does your child get along with other children? _____
(¿Cómo su hijo a llevarse bien con otros niños?)

Has your child participated in any extra-curricular activities? If yes, please list below Yes No
(¿Su hijo ha participado en ninguna actividad extra-curricular? En caso afirmativo, indique a continuación)

Please describe any special needs your child might have _____
Por favor, describa cualquier necesidad especial que su hijo puede tener

Champion School does not accept students who have been expelled from other schools.
"Champion School" no se aceptan estudiantes que han sido expulsados de otras escuelas.

PLEASE NOTE: Failure to provide truthful & accurate information regarding the suspensions/expulsion can result in your child being withdrawn from enrollment.

Parent/Guardian Name (Please Print): _____
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Student/Parent/Teacher Contract

Student Name: _____

(Nombre de estudiante)

Teachers' Commitment:

(Compromiso de los profesores)

We will:

(Haremos lo siguiente)

- **Be prepared for class everyday**
(Esté preparado para la clase todos los días)
- **Make ourselves available to students and parents**
(Asegúrese de que nosotros mismos a disposición de los estudiantes y padres de familia)
- **Teach the Arizona State Standards using multiple methods to meet the different learning style of each individual student.** *(Enseñe a los estándares del Estado de Arizona utilizando varios métodos para satisfacer los diferentes estilos de aprendizaje de cada estudiante.)*
- **Protect the safety, interests, and rights of all individuals in the classroom.**
(Proteger la seguridad, los intereses y los derechos de todos los individuos en el aula.)

Signature (Teacher's Name): _____

Parents' /Guardians' Commitment:

(Los padres / tutores compromiso)

We will:

(Haremos lo siguiente)

- **Make sure our child is at school every day by 8:00 A.M. (Monday – Friday)**
(Asegúrese de que nuestro hijo está en la escuela todos los días a las 8:00 AM (Lunes - Viernes))
- **Check our child's planner/homework nightly and read any and all papers that the school sends home**
(Compruebe planificador de nuestro hijo / tareas cada noche y leer documentos de cualquiera y todas las que la escuela envía a casa)
- **Make ourselves available to our children if needed**
(Asegúrese de que nosotros mismos a disposición de nuestros hijos, si es necesario)
- **Notify the school of any absences by 11: 00 A.M.**
(Notificar a la escuela de las ausencias por 11: 00)
- **Allow our child to go on Champion Schools field trips, when eligible.**
(Permita que el niño vaya en viajes de "Champion Schools", cuando es elegible).
- **Understand that our child must follow and support Champion Schools rules**
(Entender que nuestro hijo debe seguir y el apoyo "Champion School" reglas)

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Students Commitment:

(Compromiso de estudiante)

We will:

(Haremos lo siguiente)

- Arrive at school on time
- Follow classroom, dress code and schools rules
- Be responsible for my own behavior
- Accept responsibility for my own actions
- Try my best at all times
- Complete all my homework assignments

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Field Trip Form

Student Name: _____
(Nombre de estudiante)

Grade: _____ Teacher: _____
(Grado) (profesor)

This grants permission for the above student to attend all school related field trips for the 2023 - 2024 school year, including but not limited to; Phoenix Zoo, Skateland, AZ Science Center, Barnes and Noble, Phoenix Art Center, AMC/Harkins Theaters....

(Este permiso se concede para el estudiante arriba a asistir a todos los viajes relacionados con la escuela de campo para el 20_____ - 20_____ años de la escuela, incluyendo pero no limitado a; Phoenix Zoo, Skateland, AZ Science Center, Barnes and Noble, Phoenix Art Center, AMC/Harkins Theaters....)

Parent Signature: _____ Date: _____
(Firma del padre) (Fecha)

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Student Media Release

There are many times when a reporter or photographer from news media or school personnel may wish to do a story or take pictures for publication involving students. Our website on the Internet may use photos of students involved in school activities. It would be helpful if we knew in advance which children have their parents' permission to be involved.

(Hay muchas veces cuando un reportero o fotógrafo de medios de comunicación o personal de la escuela tal vez desee hacer un cuento o tomar fotos para su publicación involucrar a los estudiantes. Nuestro sitio web en Internet puede utilizar las fotos de los estudiantes involucrados en las actividades escolares. Sería útil si supiéramos de antemano que los niños tienen permiso de sus padres a participar).

Date: _____
(Fecha)

I give permission for _____ to be interviewed and/or have his/her picture taken during the 20____ - 20_____ school year.

Doy permiso para que _____ a ser entrevistado y / o tener su foto tomada durante el año escolar 20_____ - 20_____.

Parent/Guardian Name (Please Print): _____
(Padre / Tutor Nombre (en letra de imprenta))

Parent/Guardian Signature: _____
(Firma de Padre / Tutor)

Fit Kids
Champion Schools
1846 E Bella Vista Rd
San Tan Valley, AZ 85143
(480) 765-2223

Tax Credit/Activity Fee Form
School Year 20____ - 20____

Name: _____
(Nombre)

Address: _____
(Direccion)

City: _____ State: _____ Zip: _____
mi (ciudad) (estado) (código postal)

SS#: _____
(número de seguro social)

*Must be included to receive the TAX CREDIT
(Deben ser incluidos para recibir el crédito fiscal)

I am enclosing my donation of \$ _____ now.

Card Information: Circle One **Visa** **MasterCard** **American Express**
(Información de tarjeta) (Marque uno)

Card #: _____ Exp: _____ Security code _____
(Número de tarjeta) (fecha de expiration) (Código de seguridad)

Signature: _____ Date: _____
(Firma) (Fecha)

Tax Credits can only be claimed in the year they are paid. You will receive a receipt for each applicable Tax Year.

(Créditos fiscales sólo pueden ser reclamados en el año en que se pagan. Usted recibirá un recibo por cada año fiscal aplicable)

Installments/Onetime Credit Card Action
(Cuotas / Tarjeta de Crédito otrora Acción)

I would like to donate \$ _____ to be charged
against my credit card in _____ installments

(Me gustaría donar \$ _____ con cargo a
tarjeta de crédito en _____ tramos)

_____ Please send me information about
School Tax Credits

Request for Student Records



1846 E Bella Vista Rd
 San Tan Valley, AZ 85143
 (480) 765-2223 Fax: 480-999-5650
 Registrar: smuncy@championschools.org

Please send the records for the following Student:

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Last Grade Attended: _____ Sex: M _____ F _____ Promoted: Y N

List All Prior Schools

Name of School	Dates Attended	Grade	City/State

Does Student have Special Education Records? Yes _____ No _____

Information request consists of:

	Current IEP and Psych Evaluation		Official Withdrawal Form
	Immunization & Birth Certificate		Official Transcript w/Withdrawal grades
	MET Report (Current)		All Discipline Records including suspensions & expulsions
	MET Eligibility Report		Special Education Placement Statement
	ELL Testing and Results		Test Data and Results

The Federal Law 99.31 allows for educational records to be sent to other education agencies without the parent's signature.

Is Student Currently enrolled in an ELL Program? Yes _____ No _____

Copies of all current and past ELL testing _____

I request and authorize you to release any medical, educational and psychological records or any other pertinent information you may have that would help aid in providing educational services for my child.

All records are kept confidential and are available for the parents/ guardian of the student.

Parent/ Guardian: _____ Date: _____

Champion Staff: _____ Date: _____

*Office use only Date Request Sent: _____ Date Received: _____

Email: info@championsantan.org



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services
Home Language Survey

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student first speak or understand?

Student Name _____ District Student ID _____

Date of Birth _____ SSID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter _____

School _____

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. These HLS questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c). (Revised 01-2020) Office of English Language Acquisition Services 1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • (602) 542-0753 • www.azed.gov/oelas

Email: info@championsantan.org



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 aprendices 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?

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

Office of English Language Acquisition Services
1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • (602) 542-0753 • www.azed.gov/oelas

Email: info@championsantan.org



Arizona Department of Education Arizona Residency Documentation Form

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

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
- ___ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- ___ 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 (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- ___ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- ___ Temporary on-base billeting facility (for military families)

___ 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 other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



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

___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.

___ 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.

___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha



CHAMPION SCHOOLS

McKinney-Vento Education Assistance Improvements Act of 2001

Eligibility Survey

(All information on this form is confidential.)

Dear Parent/Guardian:

The answers to this residency information form help determine the services the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Education Assistance Improvements Act of 2001.

Please Print

Name of Student: _____ Birth Date _____

Age _____ Grade: _____

Name and grade of Siblings: _____

Name of Parent/Legal Guardian: _____

Phone Number: _____

Temporary and/or current address: _____

Signature of Parent/Legal Guardian : _____ **Date:** _____

1. The student lives with: (check one)

- Parent/legal guardian (In a house or apartment)
- An adult who is not the parent/legal guardian
- No adult; student is unaccompanied youth

2. Check ALL that apply.

Section A
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> In a shelter/group home<input type="checkbox"/> Doubled up with relatives or friends due to loss of housing or economic hardship<input type="checkbox"/> Living in a motel, car or campsite<input type="checkbox"/> Youth living with friends or family members (other than parents/guardian)



CHAMPION SCHOOLS

McKinney-Vento Education Assistance Improvements Act of 2001 Encuesta de Elegibilidad

(Toda la información en este formulario es confidencial)

Estimado Padre/Guardián:

Las respuestas de esta forma de información ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir bajo la McKinney-Vento Education Assistance Improvements Act of 2001.

Por favor de imprimir

Nombre de estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre de Hermanos/as: _____

Nombre de Padre/Guardian _____

Número de teléfono de casa _____ Número de celular _____

Dirección Temporal/actual _____

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

1. El estudiante vive con: (seleccione uno)

- Padres/Guardián legal (En casa/apartamento)
- Un adulto que no es el padre / tutor legal
- Ningún adulto; estudiante es menor no acompañado

2. Verifique lo que corresponda.

Seccion A

- En un refugio / grupo en el hogar
- Doblado con familiares o amigos debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas
- Vivir en un motel, coche o camping
- Jóvenes viviendo con amigos o miembros de la familia (que no sean los padres / tutores)