

# Imagine Middle at Avondale

## Enrollment Packet 2010-2011



Student's First Name \_\_\_\_\_ Student's Last Name \_\_\_\_\_

### Grade Level Interest

- 6th Grade
- 7th Grade
- 8th Grade

**\*\*Please complete this packet in black or blue ink\*\***



950 N. Eliseo C. Felix Jr. Way • Avondale, AZ 85323

**623-344-1730**

# Lista De Registración

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323



Por favor, asegúrese que este paquete se llene por completo, en pluma

Cada línea debe tener algo en el, si no corresponde a usted, por favor marque N/A

Por favor, consulte las instrucciones específicas para cada nombre de formulario a la derecha para más detalles

- Formas de inscripción del estudiante
- Certificado de nacimiento
- Forma de Lenguaje que se Habla en Casa
- Formas de educación especial \_\_\_ IEP \_\_\_ 504 \_\_\_ No IEP

### Por favor adjunte una copia del IEP o 504 Alojamiento

- Solicitud de archivos del estudiante *Fecha* \_\_\_\_\_

### Por favor, complete información para todas las escuelas anteriores

- Encuesta para los Padres
- Código del vestido
- Información medica

### Un médico y el hospital deben estar inscritos.

- Autorización de primeros auxilios
- Archivos o records de vacunas
- Tarjeta de emergencia

### Cada línea debe ser completada. Usted debe hacer una lista de al menos 2 contactos de emergencia. Un médico y el hospital deben estar inscritos.

- Autorización de publicación de información
- Permiso para caminar a casa

### Por favor llene el formulario, incluso si su hijo/hija no va a caminar, hay una opción para la marca no.

- PHLOTE \_\_\_\_\_ *Inglés* \_\_\_ *Otro que inglés*

*(Para uso de la oficina)*

*Fecha de entrega del paquete* \_\_\_\_\_

*Fecha de ingreso en el SIS* \_\_\_\_\_

*Fecha de inicio* \_\_\_\_\_

*Fecha de orientación* \_\_\_\_\_

*Maestro/a asignado* \_\_\_\_\_

**Este paquete de inscripción no esta considerado completo hasta que todos los archivos de las escuelas anteriores han sido obtenidos.**

## Forma de Inscripción del Estudiante

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

### INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Zona postal \_\_\_\_\_

Ultima escuela que atendió \_\_\_\_\_

Escuela en casa

Tel. de la casa ( ) \_\_\_\_\_

Sexo  Mujer  Hombre Grado al que entra \_\_\_\_\_

Estudiante vive con (Marque la que aplique)  Padre y Madre  Padre  Madre  Padres adoptivos

Padrastro  Madrastra  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Etnia: Hispano o Latino (haga un círculo) Sí o No Si no, por favor, elija uno o más de los siguientes:

Caucásico (Blanco)  Isleño del Pacifico o Asiático

Indio Americano / Nativo de Alaska  Negro  Asia

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre: Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Nombre: Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Zona Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Zona Postal \_\_\_\_\_

Tel: de la casa ( ) \_\_\_\_\_

Tel: de la casa ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Actividades o talentos que tú estas dispuesto a compartir con nuestros Estudiantes.  
\_\_\_\_\_

Actividades o talentos que tú estas dispuesto a compartir con nuestros Estudiantes.  
\_\_\_\_\_

### Otros niños que viven en el hogar

Nombre _____	Edad _____	Nombre _____	Edad _____
Escuela _____	Grado _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Edad _____	Nombre _____	Edad _____
Escuela _____	Grado _____	Escuela _____	Grado _____

### INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de Emergencia o si no puedo ser contactado a recoger mi niño/a, Yo autorizo la/s siguiente/s persona/s para recogerlo/a.

Nombre _____	Relación _____	Domicilio _____
Tel. de casa/Celular ( ) _____	Tel. del trabajo ( ) _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Nombre _____	Relación _____	Domicilio _____
Tel. de casa/Celular ( ) _____	Tel. del Trabajo ( ) _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Nombre _____	Relación _____	Domicilio _____
Tel. de casa/Celular ( ) _____	Tel. del trabajo ( ) _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Nombre _____	Relación _____	Domicilio _____
Tel. de casa/Celular ( ) _____	Tel. del trabajo ( ) _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Yo autorizo a la Escuela a entregar a mi niño/a a las personas arriba mencionadas bajo mi solicitud escrita o por teléfono.

Padre / Guardián Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las siguientes personas **NO** pueden recoger mi niño/a.

Nombre _____	Pruebas de custodia en archivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nombre _____			
Nombre _____			

### COMO SUPO DE NUESTRA ESCUELA

<input type="checkbox"/> Correo directo	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Volantes	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Pasando
<input type="checkbox"/> Revista	<input type="checkbox"/> Por boca de alguien	<input type="checkbox"/> Paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	



Estado de Arizona  
**Departamento de Educación**  
Servicios de Aprendizaje del Inglés

**Idioma Principal del Estudiante excluyendo el inglés (PHLOTE)**  
Encuesta sobre el idioma principal del estudiante

La pregunta está en conformidad con A.R.S. §15-756. del Reglamento de la Junta Directiva.

La respuesta que proporcione a la pregunta siguiente será usada para determinar si se evaluará la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

**¿Cuál es el idioma principal que usa su estudiante?**

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(For Office Use Only)

**Student ID:** \_\_\_\_\_

**SAIS ID:**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Instructions for Administering the  
Primary Home Language Other Than English (PHLOTE)  
Home Language Survey**

1. The parent(s) and/or guardian(s) of newly-enrolled students must be asked the question: “**What is the primary language of the student?**”
2. If the response to this question is ANY language other than English, then the student must be assessed with the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).
3. The “PHLOTE-Home Language Survey” shall be revised as of July 1, 2009.
  - This official Arizona Department of Education (ADE) form is the only verification for language that is to be in every school’s registration packet.
  - There is no need to have this language verification information duplicated on the school enrollment form.
4. A copy of the completed “PHLOTE-Home Language Survey” shall be included in the student’s Cumulative (CUM) file.
5. This official Arizona Department of Education (ADE) form cannot be modified or changed in any way.
6. If the Local Educational Agency (LEA) [district or charter school] has any additional information that must be captured, the LEA may create its own additional form.
  - This LEA-created form (in whole or in part) **may not be used** in the eligibility determination process of assessing a student for English language proficiency.
7. A new “PHLOTE-Home Language Survey” does not have to be completed annually.

As noted on the document front, any language (**other than English**) entered on this form, is the language that should be accurately entered into the “Student Accountability Information System” (SAIS) via an LEA’s *Student Management System*.

# EDUCACION ESPECIAL

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

En orden de ofrecer continuidad en el ambiente educativo, es muy importante que la Escuela Imagine sea informada de  
Cualquier necesidad de servicios de educación especial recibido por su niño/a en el pasado.

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió \_\_\_\_\_ Grado en que va entrar el año escolar 2010-2011 \_\_\_\_\_

Su hijo/a a recibido o participado en algún programa de educación especial?

Si  No Si, sí, Por favor marque los que apliquen.

Hablar  Problemas de aprendizaje (LD) Si, sí, en que áreas? \_\_\_\_\_

Terapia ocupacional  Terapia física  Otra (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

Su niño/a a sido evaluado para servicios de educación especial?

Si  No

**\*La evaluación debe ser agregada en el paquete de inscripción.**

Su hijo esta recibiendo o se encuentra en un plan individualizado de educación (IEP)?

Si  No

**\* Si esta recibiendo I.E.P. la información debe agregarse al paquete de inscripción.**

Su hijo esta recibiendo el plan de acomodamiento 504?

Si  No

**\* El plan 504 de Acomodación deberá ser agregado al paquete de inscripción.**

Yo certifico que la información contestada arriba es verdadera y correcta.

Padre/Guardián Nombre (Completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Solicitud de Archivos del Estudiante

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Estudiante	Numero de Seguro Social
Domicilio	Fecha de Nacimiento
Ciudad Estado Zona Postal	Tel. de Casa
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Padre / Guardián

## Solicitud de: (en orden de la escuela mas reciente que se atendio)

Ultima Escuela que se atendió	Ultima Escuela que se atendió
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Zona Postal	Ciudad Estado Zona Postal
Ultima Escuela que se atendió	Ultima Escuela que se atendió
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Zona Postal	Ciudad Estado Zona Postal

### Información solicitada consiste de:

- Formas de Baja del Estudiante (SAIS # y Escuela CTDS # deberá incluirse sí la ultima Escuela que atendió es en Arizona)
- Transcripción oficial
- Record de Vacunas
- Certificado de Nacimiento
- Últimos Grados y Fecha en que se dio de baja
- Datos de Exámenes y Resultados
- Papeles legales de la custodia o Guardián
- Evaluación Física y IEP actualizado
- Pruebas y resultados del EII

*La Ley Federal 99.31 permite record de educación ser mandados a otras agencias educativas sin la firma de los padres.*

Send Records To: **Imagine Middle at Avondale**  
Mandar Archivos a: **950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way**  
**Avondale, AZ 85323**  
Phone (623) 344-1730 Fax (623) 344-1740

<input type="checkbox"/> First Request	<input type="checkbox"/> Second Request	<input type="checkbox"/> Third Request
--	---	--

# Encuesta a los Padres

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor información como sean posibles.

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_

Ultima escuela que atendió \_\_\_\_\_ Grado en que va entrar el año escolar 2010-2011 \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de las Escuelas Imagine?

\_\_\_\_\_

Su hijo/a a repetido grado o a sido detenido en otro Distrito Escolar?

Si  No

Su Hijo/a a sido suspendido por otro Distrito Escolar? Si, sí, por favor explique.

Si  No

De que escuela?

\_\_\_\_\_

Fechas de suspensión

\_\_\_\_\_

Su hijo/a a sido expulsado algunas veces en una de las escuelas?

Si  No

De que escuela? \_\_\_\_\_ Fecha(s) de la expulsión \_\_\_\_\_

Comentario

\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona su hijo/a con las autoridades? Su hijo/a resiste las autoridades?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona su hijo/a con los otros niños?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su hijo/a a participado en actividades extra-curriculares? Si, sí, anote en cuales.

Si  No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier necesidad especial que su hijo/a pudieran tener.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo certifico que la información arriba es verdadera y correcta. Yo entiendo que información falsa puede resultar en la anulación de la inscripción. La Escuela Imagine no acepta estudiantes que hayan sido expulsados por otras escuelas. La inscripción oficial comienza el primer día de clases.

Padre/Guardián Nombre (completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Código del vestido

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Se espera que todos los estudiantes se adhieran a el siguiente estándar de las guías del vestido mientras estén en el campo educativo o fuera de el en actividades de la escuela. Todas las decisiones finales del uso apropiado del uniforme, adornos para la cabeza, el estilo del corte del cabello, zapatos, o la apariencia en general será dejado a discreción del Director. Usted puede seleccionar de las siguientes opciones:

### NIÑAS

Camisas o playeras Polo (manga corta o larga) *Verde cazador, Azul marino, o morado (burgandy)*

Faldas, o pantalones cortos (shorts no más de 3 pulgadas arriba de la rodilla) *Azul marino o caqui*

Pantalones (todos los pantalones deben tener presillas para usar cinto) *Azul marino o caqui*

### NIÑOS

Camisas o playeras Polo (manga corta o larga) *Verde cazador, o Azul marino*

Pantalones cortos (no mas debajo de la rodilla) *Azul marino o caqui*

Pantalones (todos los pantalones deben tener presillas para usar cinto) *Azul marino o caqui*

### Prendas de abrigo

Sudaderas (colores sólidos sin escritos o logotipo) *Verde cazador, o Azul marino*

Chamarras, suéteres *Verde cazador, o Azul marino*

### LO SIGUIENTE NO SERA ACEPTADO

Cachuchas o pañuelos (El director no hará excepciones en días de deportes afuera del edificio o en clima excesivo)

Zapatos con tacones de más de una pulgada o huaraches sin el soporte o cinta en la parte de atrás.

Tatuajes aretes en la cara.

Pantalones aguados o pantalones con la bastilla arrastrando en el piso

Camisas o playeras extra grandes o que cuelguen mucho.

Beepers, Celulares, Juegos electrónicos, o CD/MP3/ reproductores de cintas

Color del pelo que no sea natural o peinados extravagantes.

Chicle

\* Imagine Schools en Avondale no será responsable de ninguna pérdida, robo o destrucción de elementos.

Yo apoyo el código de vestido y las disciplinas de las Escuelas Imagine. Entiendo que la violación al código del vestido percibido por la administración, puede resultar en acción disciplinaria.

Padre/Guardián Nombre (completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma



Fecha \_\_\_\_\_

## Información medica

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Historia Medica (Marque las que aplican)

- Measles /Sarampion     Asthma / Asma     Alergias (comidas o medicamentos)
- Chickenpox / Varicela     Problemas de la vista     Handicap / Minusválido     Mumps / paperas
- Problemas del Oído     Diabetes     Scoliosis / Problema espalda     Problemas del corazón
- Convulsiones     Infección del oído     TB / Tuberculosis

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Preferencia de Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Esta tomando medicamentos?     Si     No    Si, sí, nombre del medicamento/s y la condición. \_\_\_\_\_

*\*Medicamentos no pueden ser administrados sin la forma de autorización de prescripción, Pedirla en la oficina.*

Medicación \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Su hijo/a esta bajo tratamiento por cualquier problema Físico? Si, sí, Por favor explique.

Su hijo/a es alérgico a cualquier comida u otras sustancias? Si, sí, Nombre comida o sustancia que se tiene que evitar.  
Por favor explique el procedimiento si la reacción ocurre.

Su niño/a sufre convulsiones, y cual es el procedimiento si este ocurre?

Es su hijo/a usualmente susceptible a las infecciones si, sí que precauciones necesitamos tomar?

Tiene su hijo/a alguna condición física que necesitemos saber, precauciones o procedimientos debemos tomar?

Comentarios adicionales / Otras instrucciones especiales

Esta información medica y de emergencia a sido proveída por:

Padre / Guardián firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Autorización de Primeros Auxilios

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba los siguientes medicamentos sin receta (marque los que aplican) de parte de los empleados de la Escuela Imagen. Empleados de la Escuela Imagen administraran primeros auxilios solamente conforme se necesite.

- Vendajes
- Antisépticos
- compresas de hielo

Nombre del Estudiante (completo) \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Guardián (Completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



CDC/SGH # or name: \_\_\_\_\_

## Emergency Information and Immunization Record Card

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

<b>Mother or Guardian Name:</b>	<b>Home Address (#, Street, City):</b>	<b>Home Phone:</b>
Cell Phone (optional):	<b>Business Address (#, Street, City):</b>	<b>Business Phone:</b>

<b>Father or Guardian Name:</b>	<b>Home Address (#, Street, City):</b>	<b>Home Phone:</b>
Cell Phone (optional):	<b>Business Address (#, Street, City):</b>	<b>Business Phone:</b>

I authorize the following individuals to collect my child from the facility if I cannot be located:

<b>Name:</b>	<b>Address (#, Street, City):</b>	<b>Phone:</b>
<b>Name:</b>	<b>Address (#, Street, City):</b>	<b>Phone:</b>
Name:	Address (#, Street, City):	Phone:
Name:	Address (#, Street, City):	Phone:

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

<b>Name(s):</b>
-----------------

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

If Medical care is necessary, CALL:

<b>DOCTOR</b>	<b>Name:</b>	<b>Address (#, Street, City):</b>	<b>Phone:</b>
<b>HOSPITAL</b>	<b>Name:</b>	<b>Address (#, Street, City):</b>	<b>Phone:</b>

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. It is understood by me that the expense of this service will be accepted by me.

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

Does your child have insurance coverage?  No  Yes Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_

Telephone Authorization Code : \_\_\_\_\_ (optional)

**Immunization Information**

For information regarding current immunization requirements go to:  
[www.azdhs.gov/phs/immun/index.htm](http://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  <b>If yes</b>, 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  <b>If yes</b>, 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  <b>If yes</b>, 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  <b>If yes</b>, 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:

## Autorización de publicación

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

Yo por medio de la presente estoy de acuerdo y doy mi permiso a las Escuelas Imagine, Inc. y/o Imagine Elemental de Avondale (la "escuela") a grabar, filmar, fotografiar, grabar audio o video a mi hijo, su nombre, imagen, actividades, palabras habladas, trabajos de estudiantes, actuaciones y movimientos, en cualquier forma (de aquí en adelante colectivamente lo usaremos en referencia "a como trabajo"), y a exhibir, publicar, distribuir estos trabajos o cualquier parte del mismo para el propósito de y en conexión con cualquier material que pueda ser creado por las Escuelas Imagine, Inc. y/o la Escuela, incluyendo sin ninguna limitación para presentarlo o enviarlo a las Escuelas Imagine, Inc. y/o en la red del Internet de la Escuela y/o para distribución escrita o presentada en los medio de comunicación. Yo acepto y estoy de acuerdo que las Escuelas Imagine, Inc. Es el solo dueño de todos los derechos, título e intereses, incluyendo los derechos de autor en tales trabajos y/o cualquier parte de estos en todos los propósitos, así como las Escuelas Imagine, Inc. y/o la Escuela deberá determinar en su sola discreción y sin limitaciones, cualquier reservación o compensación a mi o mi hijo/a.

Entrando en esta información doy el consentimiento y mi permiso como antes mencionado aquí, yo estoy expresando mi autorización a las Escuelas Imagine, Inc. y/o la Escuela a usar, completo o en parte, el nombre de mi hijo/a, actividades, imágenes, palabras habladas, trabajos del/los estudiante/s, actuaciones y movimientos en conexión con cualquier material de las Escuelas Imagine, Inc. y/o la Escuela, incluyendo sin limitaciones las Escuelas Imagine, Inc. y/o la Escuela, en todas maneras y medios de comunicación, así como las Escuelas Imagines, Inc. y/o la Escuela determine en su sola discreción. Yo también entiendo que las Escuelas Imagine, Inc. y Escuela serán los dueños de todos los derechos, título e intereses, incluyendo los derechos de autor en y los materiales, a ser usados y disponer en perpetuidad sin limitaciones conforme las Escuelas Imagine, Inc. Y la Escuela determine en su sola discreción.

Al entrar a este consentimiento informado libero y doy el permiso como esta estipulado en esta información, también estoy liberando las Escuelas Imagine, Inc. La Escuela y sus respectivos oficiales, directores, agentes y/o empleados de y en contra de toda y cualquier responsabilidad en perdida, daño, costos, reclamos y/o causas de acción que pudieran surgir en relación con la participación de mi hijo/a en cualquier evento en los medios de comunicación, incluyendo pero no limitando a emisión por televisión, materiales promocionales o proyectos en la red de Internet.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Maestro/a \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Nombre (completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma  \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Permiso para caminar a casa

Imagine Middle at Avondale  
950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way  
Avondale, AZ 85323

La seguridad de sus niños/as es una prioridad para nosotros en Avondale. Por eso, necesitamos saber sí su niño/a caminará a la escuela y de la escuela a casa. Por favor complete esta forma que autoriza a su hijo a caminar a su casa.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_


Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a mi hijo/a a caminar a la escuela y de la Escuela Imagine Elemental a Avondale (950 N. Eliseo C. Felix, Jr. Way, Avondale, AZ 85323)

Si  No

Yo certifico que la información de arriba es verdadera y correcta.

Padre/Guardián Nombre (completo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Maestro \_\_\_\_\_

Salón # \_\_\_\_\_



## Imagine Avondale Cuestionario de Residencia de Estudiantes

Este cuestionario tiene por objeto abordar la Ley McKinney-Vento de Asistencia a la Educación Mejoras Ley 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudar a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

1. Es su domicilio actual o un arreglo de vivienda temporal?

SÍ NO

2. Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda o las dificultades económicas?

SÍ NO

**Si usted respondió SI a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de este formulario.  
Si su respuesta es NO, puede detenerse aquí.**

Dónde está viviendo actualmente el estudiante? (Marque uno)

\_\_\_ En un motel

\_\_\_ Un refugio

\_\_\_ Con Más de una familia en una casa o apartamento de

\_\_\_ Viviendo de lugar a lugar

\_\_\_ Un lugar diseñado para el alojamiento para dormir ordinario, como un automóvil, parque de campar

Información del Estudiante:

Nombre del estudiante : \_\_\_\_\_

Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (s) / Tutor Legal (s) : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Ciudad : \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardián legal : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

*Presentación de registro falsos o falsificación de registros y / o arreglos de vivienda que violan la Ley Federal*

Si usted tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con Erinn Holliday a  
623-344-1730 o [erinn.holliday @ imageschools.com](mailto:erinn.holliday@imageschools.com).

Gracias.



# Imagine Schools Internet Use Agreement

As the parent or guardian of this student, I understand that Internet access at Imagine Schools is designed to be curriculum driven and for educational purposes only. Precautions have been taken to eliminate access to inappropriate sites and controversial materials, however, I also recognize it is impossible to restrict all controversial materials and I will not hold the school or teacher responsible for materials acquired on the network.

I hereby give permission to allow access to the Internet for my child. I may withdraw my permission at any time and the student's access will be denied immediately. Any Imagine Schools staff member may also cancel your student's access at any time for any reason.

This permission will remain active in the student's school file unless the parent requests withdrawal of access privileges.

Parent(s) or Guardian(s) Name \_\_\_\_\_

Please Print

Signature(s) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....

As a teacher, I agree to instruct the student on the acceptable use of the Internet. Use of the Internet in my classroom will be curriculum driven.

Teacher's Name \_\_\_\_\_

Please Print

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....

As a student, I agree to abide by the rules set by Imagine Schools for the use of the Internet. I understand that permission to use the Internet may be withdrawn at any time by my parents or any staff member for any reason.

Student's Name \_\_\_\_\_

Please Print

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_