

Amphitheater High School

Hogar de las Panteras

Documentos requeridos para Inscripción

- Cartilla de Vacunación
- Copia de Acta de nacimiento
- Comprobante de domicilio – Recibo actual de utilidades o contrato de arrendamiento a nombre del padre.
- Papeles legales de custodia por medio de la corte si estudiante no vive con padres.
- Comprobante que termino el 8vo grado para todo el estudiante nuevo de 9no año.
- Expediente Académico (transcript) y comprobante que fue dado de baja (withdrawal form) para estudiantes que han estado en otra Preparatoria (High Schools).

Proceso de Inscripción

Una vez que haya entregado todos documentos requeridos y haya completados el paquete de inscripción, el proceso de inscripción es el siguiente:

- Enfermera verifica cartilla de vacuna, después si esta todo en orden, se le otorgara una cita para tomar examen de colocación.
- Después de tomar el examen (o si no es requerido) el estudiante será inscrito y tendrá una cita con el consejero para hacer su horario.
- Con su horario después el estudiante podrá obtener sus libros e identificación estudiantil en la biblioteca y comenzara sus clases.

Escuelas públicas Amphitheater – Forma de registro estudiantil



Escuela			
Año escolar		Grado de entrada para este año escolar	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Favor de deletrear el nombre exacto tal como aparece en el certificado de nacimiento)				
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Generación (Jr. III, IV, etc.)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Raza (marque todas las opciones que aplican): <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño de Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático Afiliación y número tribal _____	
Fecha de nacimiento (dd/mm/yyyy)	País de nacimiento	Estado de nacimiento (solo EUA)	Ciudad de nacimiento	
Dirección residencial	# de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección preferida (si es diferente)	# de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Para escuela superior	Correo electrónico del estudiante	@	Teléfono del estudiante () -	

Historial de registro	¿Ha asistido este estudiante a la escuela en Arizona anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿Ha asistido este estudiante a la escuela en Amphitheater anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Última escuela de asistencia:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Chárter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> En el hogar			
Año	Nivel de grado	Distrito	Ciudad	Estado

Programas especiales, ajustes o servicios (marque todas las opciones que aplican en el pasado y el presente; provea documentación)
<input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Terapia del lenguaje <input type="checkbox"/> Desarrollo del lenguaje inglés <input type="checkbox"/> Dotado/acelerado <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Otro _____
Comentarios:

Otra información (marque todas la opciones que aplican)
<input type="checkbox"/> Dependiente de militar activo <input type="checkbox"/> Acogido <input type="checkbox"/> DCS <input type="checkbox"/> Condición de refugiado <input type="checkbox"/> McKinney-Vento/Sin hogar <input type="checkbox"/> Matrícula abierta

Otros niños/hermanos menores de 18 años viviendo en la misma dirección			
Nombre (apellido/primer nombre/segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

Transportación (El estudiante debe reunir todas las directrices de elegibilidad como son listadas en la Póliza de la Junta Directiva; por favor, vea la página web de Amphitheater.)
Si viaja en autobús, sería: <input type="checkbox"/> De ida Y vuelta <input type="checkbox"/> Solamente a la escuela <input type="checkbox"/> Solamente de vuelta <input type="checkbox"/> Sitio de cuidado _____
Otras formas de transportación: <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> En bicicleta <input type="checkbox"/> Traído/recogido por los padres <input type="checkbox"/> Estudiante conduciendo

Office Use Only	AM Bus# _____ Stop _____	Student ID: _____ Entry Code: _____ Start Date: _____
	PM Bus# _____ Stop _____	Data Entry Date: _____ Initials of Person Entering Data: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Contacto #1 – Padre/guardián (Solamente el contacto #1 es el contacto PRINCIPAL y se le llamará primero.)

Madre Padre Madre de acogida Padre de acogida Madrastra Padrastro Guardián Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Empleador _____

Celular () - _____ Teléfono hogar () - _____ Teléfono trabajo () - _____

La misma dirección que el estudiante Dirección (si es diferente) # de apartamento Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ Idioma hablado por contacto #1 _____

Apruebo ser contactado electrónicamente en asuntos educacionales (correos del maestro, reportes de progreso, etc.)

Marque todas las opciones que aplican: Puede recoger al estudiante Vive con el estudiante Es un contacto de emergencia
 Recibe el reporte de calificaciones Puede tener acceso al portal de padres (*Parent portal*)

Contacto #2 – Padre/guardián

Madre Padre Madre de acogida Padre de acogida Madrastra Padrastro Guardián Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Empleador _____

Celular () - _____ Teléfono/hogar () - _____ Teléfono/trabajo () - _____

La misma dirección que el estudiante Dirección (si es diferente) # de apartamento Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ Idioma hablado por contacto #2 _____

Aprueba ser contactado electrónicamente en asuntos educacionales (correos del maestro, reportes de progreso, etc.)

Marque todas las opciones que aplican: Puede recoger al estudiante Vive con el estudiante Es un contacto de emergencia
 Recibe el reporte de calificaciones Puede tener acceso al portal de padres (*Parent portal*)

¿Quién tiene la custodia legal del niño? Contacto #1 Contacto #2 (Marque los dos si aplica.)

¿Hay custodia compartida o un plan parental en efecto? Sí No (Si hay un plan, una copia debe estar en la escuela.)

¿Está este estudiante al cuidado de un guardián? Yes No (Si lo está, una copia de los documentos debe estar en la escuela.)

¿Hay una orden de restricción en efecto? Yes No Contra: Madre Padre Otro (Si la hay, una copia debe estar en la escuela.)

Información adicional: _____

Contacto adicional #3

Madre Padre Madre de acogida Padre de acogida Madrastra Padrastro Guardián Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Idioma hablado _____

Celular () - _____ Teléfono/hogar () - _____ Teléfono/trabajo () - _____

Marque todas las opciones que aplican: Puede recoger al estudiante Vive con el estudiante Es un contacto de emergencia Portal para padres _____

Contacto adicional #4

Madre Padre Madre de acogida Padre de acogida Madrastra Padrastro Guardián Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Idioma hablado _____

Celular () - _____ Teléfono/hogar () - _____ Teléfono/trabajo () - _____

Marque todas las opciones que aplican: Puede recoger al estudiante Vive con el estudiante Es un contacto de emergencia Portal para padres _____

YO VERIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA IS CORRECTA

Padre/guardián registrando (letra de imprenta) _____ Firma del padre/guardián registrando _____ Fecha _____

En sus programas o actividades el Distrito Escolar Amphitheater no discrimina en base a raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estatus de ciudadanía, estado matrimonial, creencias/afiliación política, discapacidad, idioma del hogar, familia o antecedente social o cultural y provee igual acceso a los Niños Exploradores y otros grupos designados juveniles. Consultas referentes a las pólizas no discriminatorias del Distrito deben ser referidas a Anna Maiden, Director de Igual Oportunidad y Conformidad del Distrito, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5164 o, amaiden@amphi.com, o a Kristin McGraw, Director Ejecutivo de Servicios al Estudiante, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5230, o kmcgraw@amphi.com.

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

DISTRITO ESCOLAR DE AMPHITHEATER
CARTILLA DE INFORMACIÓN DE SALUD

PROFESOR MAESTRO(A)

M

Nombre legal del alumno Sexo F Grado Escuela

Domicilio

Dirección de correo (Si es diferente)

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
Mes Día Año Ciudad Estado País

¿Con quiénes reside el alumno?

Table with 5 columns: Nombre, Dirección (Si es diferente), Tel. del hogar, Tel. del empleo, Celular. Rows include Padre, Padrastro, Madre, Madrastra, Tutor legal.

Hermanos:

Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela
Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela
Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela

¿Existe una restricción legal sobre derechos de custodia que debe saberse? Explique:

Idioma(s) que el alumno habla Idioma(s) que se habla(n) en el hogar

Revisado 01-18

(FAVOR DE COMPLETAR AL DORSO)

Stock Form #W9072s

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE AL ALUMNO:

- ADHD/ADD Alérgico/medicamentos Alérgico/alimentos Asma Defecto de nacimiento Trastorno sanguíneo Evacuación/Orina
Diabetes Lentes/Contactos Dolor de cabeza/Migraña Problema del oído Condición cardíaca Ortopédica Trastorno psiquiátrico
Convulsiones Otro (Explique todos los marcados)

Si el alumno toma medicamentos en la escuela, tiene que entregar otra forma de consentimiento firmado.

Mencione todos los medicamentos que el alumno toma en casa o en la escuela:

¿Tiene un problema físico o de salud que afecta su asistencia escolar o participación en Educación física?

¿Ha estado el alumno en un programa de Educación Especial? Explique:

SEGURO MÉDICO: Ninguno AHCCCS Kids Care Indian Health Services Otro plan médico

Doctor Teléfono Hospital de preferencia

En caso de que su hijo se lesione o enferme en la escuela y no se pueda comunicar con el padre/tutor, mencione un familiar o amigo con TELÉFONO LOCAL que se encargará del alumno. (Favor de notificar la oficina de salud de la escuela si hay cambios.)

Nombre Dirección Teléfono(s) Puede recoger

Nombre Dirección Teléfono(s) Puede recoger

Si se requiere acción o tratamiento médico y no se ha podido comunicar con el padre/tutor, yo autorizo por la presente que a mi hijo se le dé tratamiento médico de emergencia como sea necesario según decidan los oficiales escolares. Comprendo que cualquier gasto médico será pagado por el padre/tutor, o por seguros médicos provistos por el padre/tutor, y que cualquier gasto médico no es la responsabilidad de la escuela o del distrito escolar.

Firma del padre/tutor Fecha

(Esta firma verifica que todos los datos de esta forma son correctos)

En sus programas o actividades el Distrito Escolar Amphitheater no discrimina en base a raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estatus de ciudadanía, estado matrimonial, creencias/afiliación política, discapacidad, idioma del hogar, familia o antecedente social o cultural y provee igual acceso a los Niños Exploradores y otros grupos designados juveniles. Consultas referentes a las pólizas no discriminatorias del Distrito deben ser referidas a Anna Maiden, Director de Igual Oportunidad y Conformidad del Distrito, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5164 o, amaiden@amphi.com, o a Kristin McGraw, Director Ejecutivo de Servicios al Estudiante, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5230, o kmcgraw@amphi.com.



Al Estilo Amphi Acuerdo Escolar



Una Parte Integral de la Comunidad de la Escuela Preparatoria Amphitheater

*Todos los miembros de la comunidad de la Escuela Preparatoria Amphitheater tienen la responsabilidad de promover el estilo de Amphi y crear un ambiente **RESPETUOSO**.*

La Comunidad Amphi incluye:

Estudiantes
Miembros del Personal
Padres y Tutores
Visitantes de la Escuela
El Plantel Escolar

Al Estilo Amphi

Responsability

(Responsabilidad)

Empathy (Empatía)

Self-Control (Autocontrol)

Promptness (Puntualidad)

Efficacy (Eficacia)

Courtesy (Cortesía)

Trustworthiness (Confianza)

Los MAESTROS Y EL PERSONAL tienen la responsabilidad de:

- **Mostrar entusiasmo personal** para enseñar y aprender, y preocuparse genuinamente por el estudiante individual.
- **Planear** experiencias interesantes, retadoras, y recompensantes cada día para los estudiantes.
- **Guiar actividades de aprendizaje** para que los estudiantes aprendan a pensar y a razonar, asumir responsabilidades de sus actos, y respetar los derechos de otros.
- **Reconocer y aceptar primeramente la responsabilidad** en la disciplina del estudiante. Cada maestro tiene la responsabilidad y autoridad del comportamiento del estudiante.
- **Ser justos, firmes, y constantes** en hacer cumplir las reglas de la escuela en los salones de clases, pasillos, baños, autobuses escolares, en el plantel escolar, y en todas las actividades escolares-patrocinadas.
- **Esperar** respuestas respetuosas de los estudiantes en las instrucciones y correcciones.
- **Reforzar positivamente** un comportamiento aceptable.
- **Mostrar, con palabras y ser un ejemplo**, respetar la ley y el orden, y ser disciplinados.
- **Recomendar a un consejero(a) o director** a cualquier estudiante que su comportamiento requiera atención especial.
- **Informar a los padres** con referencia a los logros del estudiante, comportamiento, y asistencia al responder a los correos electrónicos y llamadas por teléfono, completar boletas/reportes de progreso, y asistir a conferencias de padres/maestros.

Firma de Maestro(a) y Personal

A.J. Malis, Director

Los ESTUDIANTES tienen la responsabilidad de:

- **Asistir a la escuela regularmente y puntualmente.** Para justificar inasistencias debe ser por escrito o bien por un padre o tutor. Se justificaran las inasistencias por enfermedad y emergencias. Se debe dar previo aviso si el estudiante va a faltar debido a citas, viajes familiares, o actividades escolares. Todas las demás inasistencias serán “injustificadas”.
- **Vestirse apropiadamente** según el Código de Vestir de AHS, y usar una moda que no interfiera con el procedimiento en el salón de clases.
- **Respetar la autoridad de los maestros, directores, y cualquier otro miembro del personal** quien su trabajo es hacer cumplir el Código de Conducta Estudiantil.
- **Auto controlarse a sí mismo(a), y no interrumpir** los salones de clases, pasillos, áreas de estudio, autobuses, en el plantel, y en las actividades escolares.
- **Ser razonable, auto controlarse, y ser considerado(a)** en tus relaciones con otros estudiantes.
- **Esforzarse para tener una relación de respeto mutuo** con los maestros y con otros miembros del personal.
- **Mantener un lenguaje y gestos respetuosos**, sin blasfemia u obscenidades.
- **Respetar propiedades privadas y públicas.**
- **Tomar responsabilidad de sus actos.**

Firma del Estudiante _____

Los PADRES y TUTORES tienen la responsabilidad de:

- **Guiar a su hijo(a)** a desarrollar estándares sociales aceptables de comportamiento, para ejercitar autocontrol, y que se hagan responsables de sus actos.
- **Saber y entender las reglas** esperamos que su estudiante observe en la escuela el Código de Conducta Estudiantil; que sepa las consecuencias por violar estas reglas, y que acepte su responsabilidad de los actos de su hijo(a).
- **Cooperar con el personal de la escuela** para llevar a cabo las sanciones de disciplina apropiadamente cuando tal acción sea necesaria.
- **Mandar a su hijo(a) a la escuela**, lo requiere la Ley de Arizona 22.1-254, que asegure la asistencia de su hijo(a) en la escuela siendo constante y puntual, y que todas las inasistencias sean justificadas apropiadamente.
- **Anime a su hijo(a) a que se vista de acuerdo al Código de Vestir de AHS.**
Y en una moda que no interfiera con el procedimiento del salón de clases.
- **Enseñe a su hijo(a), al decirle y ponerle el ejemplo**, de respetar la ley, la autoridad de la escuela, y los derechos y pertenencias de otros.
- **Inculcar a su hijo(a) el deseo de aprender**, al alentar el respeto por el trabajo honesto, y el interés por explorar amplios campos de conocimientos.
- **Familiarizarse con la escuela de su hijo(a)** incluyendo el personal, currículo, y actividades. Asistir a las conferencias de padres-maestros y a las funciones de la escuela.
- **Comunicar** sus preocupaciones al personal de la escuela.

Firma de Padre / Tutor _____



Amphitheater High School

Formulario de permiso para “almuerzo fuera del campus”

Salir del campus a la hora de almuerzo se considera un privilegio que pueden disfrutar los estudiantes de penúltimo y último grado (Junior y Senior) que cumplen con ciertos criterios. Los estudiantes y los padres deben recordar que todos los aspectos del **Código de conducta del estudiante** son válidos aun cuando un estudiante está fuera del campus para almorzar.

Los estudiantes deben tener permiso de los padres/tutor legal para salir a la hora de almuerzo. La firma de uno de los padres en este Formulario de permiso para “almuerzo fuera del campus” constituye el permiso de los padres/tutor legal para que el estudiante salga a la hora de almuerzo. Los padres de los estudiantes de penúltimo y último grado (Junior y Senior) que firmaron el Formulario de permiso para “almuerzo fuera del campus” no necesitan comunicarse con la Oficina de Asistencia cada vez que el estudiante sale del campus a la hora del almuerzo, a diferencia de otras veces cuando el estudiante sale del campus durante el día escolar.

Para recibir y utilizar los privilegios de “almuerzo fuera del campus”, los estudiantes deben cumplir con todos los siguientes criterios:

- Tener el Formulario de permiso para “almuerzo fuera del campus” firmado tanto por el estudiante como por los padres/tutor legal en el expediente que está en la oficina de AHS.
- Tener 12 créditos si es estudiante de penúltimo año (Junior) y 17 créditos si es estudiante de último año (Senior).
- Presentar la tarjeta de identificación “fuera de campus” al personal de seguridad cuando sale para almorzar. Si el estudiante no tiene su tarjeta de identificación “fuera de campus”, NO puede salir del campus. Sin excepciones.
- Los privilegios de “almuerzo fuera del campus” se pueden revocar temporal o permanentemente por cualquiera de las siguientes razones: ausencias, llegadas tarde, si el estudiante sale del campus en cualquier otro momento que no sea el almuerzo sin firmar en la oficina de asistencia o si viola cualquier disposición del **Código de Conducta del Estudiante** del distrito escolar de Amphitheater.

Si se revocan los privilegios de “almuerzo fuera del campus”, el estudiante debe entregar la tarjeta de identificación del permiso fuera del campus y se le emitirá una nueva tarjeta de identificación.

Padres/tutor legal _____
Firma _____ Fecha _____

Estudiante _____
Escribir nombre con letra de molde _____ Número de identificación _____ Firma _____

Office use only:		
Off Campus Privileges Granted: _____	Date: _____	
Off Campus Privileges Denied: _____	Date: _____	Reason: _____

Amphitheater Unified School District does not discriminate on the basis of race, color, religion/religious beliefs, gender, sex, age, national origin, sexual orientation, creed, citizenship status, marital status, political beliefs/affiliation, disability, home language, family, social or cultural background in its programs or activities and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. Inquiries regarding the District's non-discrimination policies are handled at 701 W. Wetmore Rd., Tucson, Arizona 85705 by Anna Maiden, Equal Opportunity & Compliance Director, (520) 696-5164, amaiden@amphi.com, or Kristin McGraw, Executive Director of Student Services, (520) 696-5230, kmcgraw@amphi.com.

DEBE PROPORCIONER UNA COPIA DEL DOCUMENTO QUE MARCO EN ESTA FORMA

**ADMISION PARA LOS ESTUDIANTES RESIDENTES
FORMA DE DOCUMENTACION DE RESIDENCIA**

Estudiante _____ Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Alternativa _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el Padre/Tutor Legal del Estudiante, doy fe que soy residente del Estado de Arizona y presento como respaldo para esta testificación una copia del documento siguiente de las secciones de abajo que muestra mi nombre y dirección o descripción física de la propiedad donde el estudiante reside:

_____ Licencia para manejar valida de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona, Pasaporte valido de E.U. o registro del vehiculo de motor

_____ Escritura de la propiedad o documentos de hipoteca

_____ Recibo de impuestos de la propiedad

_____ Contrato de arrendamiento residencial o acuerdo de alquiler

_____ Recibo de agua, electricidad, gas, cable, o teléfono

_____ Estado de cuenta bancaria o de tarjeta de crédito

_____ Forma W-2 de salario e impuestos

_____ Talón de Nómina

_____ Certificado de matrícula tribal u otra identificación otorgada por una tribu India reconocida que muestre una dirección de Arizona

_____ Documentación del estado, agencia tribal o del gobierno federal (Departamento del Seguro Social, Oficina de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona).

_____ Por el momento no puedo proporcionales ninguno de los documentos anteriores. Por eso, he proporcionado un affidavit original firmado y notariado por un residente de Arizona quien da fe que yo eh establecido residencia en Arizona con la persona que firmó el affidavit. (Affidavit proporcionado por el Distrito)

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Amphitheater Public Schools Elegibilidad bajo la ley McKinney-Vento

Este cuestionario cumple con los requisitos de la ley McKinney-Vento, *Title X*, Parte C de la ley federal Que Ningún Niño Se Quede Atrás. Sus respuestas nos ayudarán a decidir la ayuda por la cual Ud. puede ser elegible. Va adjunta una descripción de la ley McKinney-Vento. El completar este cuestionario es voluntario.

1. ¿En estos momentos, es su domicilio temporal? Sí ____ No ____
2. ¿Es su domicilio temporal porque perdió su casa o por falta de ingresos? Sí ____ No ____

Si Ud. contestó “NO” a estas dos preguntas, no siga adelante. Gracias.

El resto de este cuestionario es voluntario también. Sus respuestas nos darán a saber de que Ud. tiene interés en la ayuda bajo McKinney-Vento. Si contestó “Sí” a las preguntas de arriba, favor de completar el resto del cuestionario. Es lo único que Ud. necesita completar para todos sus hijos.

Los adultos en el hogar se llaman: _____ Fecha: _____

Escuela	Alumno	Grado	Dirección	Teléfono

1. ¿En dónde viven los alumnos mencionados arriba? (Marque una casilla.)
 - Con familiares o amigos
 - En una vivienda de transición cortesía de un programa
 - En un motel
 - En un refugio
 - Se mudan de un lugar a otro
 - En un lugar que no se considera hogar normal (campamento, carro, lugar público, etc.)
2. ¿También tiene Ud. niños de edad preescolar en el hogar? Sí ____ No ____
3. ¿Es Ud. un estudiante de preparatoria que por necesidad vive solo? Sí ____ No ____
Los jóvenes solos también son elegibles para los servicios bajo esta ley.
4. ¿Hay necesidades aprmientes que podrían evitar que su niño tenga exito en la escuela? No ____
Sí ____ Explique por favor: _____

Reglamento de la ley McKinney-Vento

Si su vivienda es temporal y también vive allí por falta de ingresos, pudiera ser elegible para ayuda bajo la ley McKinney-Vento. Esta ley puede hacer que los alumnos de familias sin domicilio fijo se sientan más seguros en la escuela.

Si Ud. se encuentra en una de las siguientes situaciones, hable con el encargado de McKinney-Vento de Amphitheater:

- ◆ Vive con amigos o familiares o se muda de un lugar a otro porque no tiene ingresos para su propia casa.
- ◆ Vive en un refugio o en un motel.
- ◆ Vive en una vivienda de transición cortesía de un programa.
- ◆ Vive en un lugar sin agua o luz.
- ◆ Vive en un lugar que no se considera hogar normal. Por ejemplo: en un carro o en un campamento.

Se puede ser elegible bajo la categoría de “Joven solo” si Ud. es estudiante que por necesidad vive con quien no es su padre o tutor o si es estudiante y se muda de un lugar a otro sin sus padres/tutores.

Los niños que califican bajo McKinney-Vento tienen derecho a:

- ◆ Reingresar a la escuela en donde asistieron antes de que la familia tuviera que mudarse a un domicilio temporal por falta de ingresos. No importa que sea de otro distrito escolar. La selección de escuela tiene que ser razonable y por el bien del alumno. Si Ud. no está seguro, comuníquese con la persona encargada de McKinney-Vento del distrito escolar.
- ◆ Asistir a la escuela más cercana al refugio.
- ◆ Continuar en esta escuela durante el resto del año escolar si resulta que la familia tiene que mudarse a otro domicilio temporal por falta de ingresos.
- ◆ Recibir transporte para asistir a la escuela mientras que se alojan temporalmente.
- ◆ Asistir a la escuela mientras que el personal de la misma ayuda a que la familia consiga los registros escolares, de vacunas, u otros documentos necesarios para inscribirse.
- ◆ Matricularse sin tener un domicilio fijo.
- ◆ Participar en los programas y servicios igual que los otros alumnos.
- ◆ Recibir los servicios de *Title I*, inclusive el desayuno y el almuerzo gratis.

Si Ud. cree que su familia es elegible para ayuda bajo la ley McKinney-Vento, comuníquese con:

Mary Beth Santillan, Funcionaria encargada de McKinney-Vento al 696-6946 /
mbsantillan@amphi.com



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)



Amphitheater Public Schools
COVID-19 Waiver, Release, and Assumption of Risk Form

The novel Coronavirus, COVID-19, has been declared a worldwide pandemic by the World Health Organization. COVID-19 is extremely contagious and is believed to spread mainly from person-to-person contact. As a result, federal, state, and local governments and federal and state health agencies recommend social distancing and have, in many locations, prohibited the congregation of groups of people.

Nevertheless, the State of Arizona has elected to reopen schools for the 2020/2021 school year. Although Amphitheater Public Schools (the "District") has put in place protective measures to reduce the spread of COVID-19, the District cannot guarantee that your child will not become infected with COVID-19. Your child's physical attendance at school, together with other students, inherently increases the risk that your child, you, and/or your household members will contract COVID-19, notwithstanding any precautions taken by the District or school.

On behalf of myself, my household members, and my minor child, _____, I acknowledge the extremely contagious nature of COVID-19 and specifically assume all risks and hazards associated with my child's in-person school attendance during the COVID-19 pandemic. I acknowledge that by attending in person, my child will be associating with staff and other children and may acquire COVID-19 notwithstanding any precautions taken by the school. I acknowledge that the school cannot absolutely control the conduct of its students, guarantee that they or their parents will follow safety protocols and procedures, or prevent infected students from attending and potentially spreading COVID-19 to my child, directly or indirectly.

I further acknowledge that my child's physical attendance at a District school is wholly voluntary. By permitting my child to attend school during the COVID-19 pandemic, I voluntarily assume the risk that my child may acquire COVID-19, and that COVID-19 may subsequently be transmitted from my child to me and members of my household.

I certify that my child is in good health and has no fever. I understand that symptoms of COVID-19 include, but are not limited to, fever or chills, cough, shortness of breath or difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, and diarrhea. I certify that my child currently has none of these symptoms, and I will prevent my child from physically attending school if my child develops any of these symptoms or any other symptoms identified by the CDC as being associated with COVID-19. I further certify that my child will be symptom-free, without any medication, for twenty-four (24) hours before returning to school. I will also notify the school and not permit my child to attend if my child tests positive for COVID-19. My child and I will follow all COVID-19 protocols and procedures adopted by the District or school.

To the fullest extent permitted by law, I hereby agree to waive, release, and discharge any and all claims, causes of action, damages, and rights of any kind against the school, the District, its insurers, the District's governing board, and all of their respective employees, agents, representatives, and volunteers (the "Released Parties") arising from or relating in any way to any damage, injury, trauma, illness, loss, or death that may occur to my child, me, or my household members as a result of the COVID-19 pandemic.

I further agree not to sue the Released Parties, and to defend and indemnify the Released Parties for all claims, damages, losses, or expenses, including attorneys' fees, if a suit is filed concerning an injury, illness, or death to me, my child, or my household members as a result of the COVID-19 pandemic.

Parent/Guardian Name (Printed) _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Information for Families about COVID-19

Signature of Parent/Guardian Required

As students and their families prepare to return to in-person instruction, it is important that everyone familiarize themselves with the inherent risks associated with attending school in person during this COVID-19 pandemic. This document provides helpful guidance for families about COVID-19 and the health protocols that must be followed by students who are physically at school. Parents and guardians should initial, sign and return these forms to acknowledge receipt of these disclosures and agreement to the expectations detailed on both sides of the document.

(Initial) I understand that during this COVID-19 public health emergency, I will NOT be permitted to enter the facility/school beyond the designated drop-off and pick-up area. I understand that this procedure change is for the safety of all persons present at the facility/school and to limit to the extent possible everyone's risk of exposure.

(Initial) I understand that it is my responsibility to inform other members of my household of the information contained herein.

(Initial) I understand that IF there is an emergency requiring me to enter the facility beyond the designated drop-off and pick-up area, I MUST wash my hands and wear a mask before entering. While in the facility, I will practice social distancing and remain 6 feet from all other people, except for my own child.

(Initial) Symptoms of COVID-19 typically appear 2 to 7 days after being infected. Your child must be symptom-free, without any medication, for twenty-four (24) hours before returning to school. Symptoms include:

- Fever of 100.0 degrees Fahrenheit or higher
- Chills
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue
- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea
- Any other symptom of illness, whether or not you believe it's related to COVID-19

(Initial) I understand that in order to be at the school, my child must be free from COVID-19 symptoms. If any of the following symptoms appear, my child will be separated and moved to a supervised, secure area. I will be contacted, and my child MUST be picked up within 1 hour of being notified. While the District understands that many of these symptoms can also be due to non-COVID-19-related issues, we must proceed with an abundance of caution during this public health emergency.

(Initial) I understand that as the parent/guardian, I will need to take my child's temperature prior to coming to school. I understand that, as the parent/guardian, I must also conduct daily self-screening of my child for symptoms prior to the child arriving at school.

(Initial) I understand that over the course of the school day, my child's temperature will be taken.

(Initial) I understand that my child will be required to wash their hands throughout the day using CDC-recommended handwashing procedures.

(Initial) I understand that my child must wear a face covering throughout the day according to the protocols established by the District.

(Initial) I will immediately notify the Site Point of Contact if I become aware that my child has had close contact with any individual who has been diagnosed with COVID-19. The CDC defines "close contact" as being within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes starting from two days before illness onset (or, for asymptomatic patients, two days prior to specimen collection) until the time the patient is isolated.

(Initial) The Site/District will continue to follow the guidelines of both the CDC and state and local officials. As changes occur, parents and guardians will be notified. The Site Point of Contact will contact the Arizona Department of Health Services if any staff member or student contracts COVID-19 to help make crucial decisions on next steps.

(Initial) I understand that, while present at school each day, my child will be in contact with children and employees who are also at risk of community exposure. I understand that no list of restrictions, guidelines, or practices will remove the risk of exposure to COVID-19. I understand that the members of my family play a crucial role in keeping everyone at school safe and reducing the risk of exposure by following the practices outlined herein.

I, _____, certify that I have read, understand, and agree to comply with the provisions listed herein.

Child's Name: _____

DOB: _____

Parent's Name: _____

Date: _____

Parent's Signature: _____

2020-2021

FEDERAL PROGRAM INCOME VERIFICATION FORM

Please fill out the Income Form if any children attend the following schools: Amphi High School, Amphi Middle School, Prince Elementary, Keeling Elementary, Nash Elementary, Holaway Elementary, Rio Vista Elementary, and Rillito Center

Return form to your school or Mail to: 701 W Wetmore Rd. Tucson, AZ 85705



(Form #)

(Date Received)

Fill Out Online @
Family.TitanK12.com

STEP 1

LIST ALL INFANTS, CHILDREN, AND STUDENTS UP TO AND INCLUDING GRADE 12 IN YOUR HOUSEHOLD
(If more spaces are required for additional names, attach additional sheets.)

Child's First Name	MI	Child's Last Name	Date of Birth	School Name	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

OPTIONAL:
Children's Race & Ethnic Identities

Ethnicity (check one):

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic of Latino

Race (check one or more):

- American Indian or Alaskan Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Sometimes children in the household earn income/ Please include the TOTAL GROSS income earned by all children household members listed in STEP 1. If no income enter "0".

Child GROSS income	How often?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If YES write the CASE # below:

STEP 2

Do any household members (including yourself) currently participate in one of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR? NO YES

STEP 3

ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS: List all household members NOT included in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. If income is received by any person listed, report the total amount from each source in whole dollars only and select the correct how often box. For members with no income from any source, leave blank or write "0" under the appropriate column. If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and Last)	GROSS Earnings from Work	How often?				Public Assistance/ Child Support/	How often?				Pensions/Retirement/ All Other Income	How often?			
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If a case number is entered, SKIP STEP 3 and go to STEP 4

OFFICE USE ONLY

- Free
- Reduced
- Neither
- Federal Program _____

Household size: _____

Total Income: \$ _____

Per: Week Bi-Weekly 2x Month Monthly Annual

Determining Official's Signature & Date
Follow --Up Official's Signature & Date

STEP 4

I certify (promise) that all information on this verification form is true and that all income is reported.

Signature of adult completing the form- Required		Printed name of adult completing the form		Today's Date		Phone Number	
Street Address (if available) Apt #		City		State		Zip Code	
						Email (Optional)	

Sources of Income for Children		Sources of Income for Adults		
Type of Income	Examples	Earnings from Work	Public Assistance/ Alimony/Child Support	Pensions/Retirement/All Other Income
Earnings from work	A child has a job where they earn a salary or wages.	- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (<i>do not include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances</i>) - Allowances for off-base housing, food and clothing	- Unemployment benefits - Workers Compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash Assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veteran's benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private Pensions or disability - Regular income from trusts or estates - Annuities - Investment Income - Earned Interest - Rental Income - Regular cash payments from outside household
Social Security -Disability payments -Survivor Benefits	A child is blind or disabled and receives Social Security benefits. A parent is disabled, retired, or deceased and their child receives social security benefits.			
Income from persons <u>outside</u> the household	A friend or extended family member <u>regularly</u> provides a child spending money.			
Income from any other source	A child receives income from a private pension fund, annuity or trust.			

AMPHITHEATER PUBLIC SCHOOLS FOOD SERVICE 2020/2021
 CONSENT FOR SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your children get free or reduced-price meals.

- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **Summer School and PAL/ASAP**.
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **Extracurricular Activities (Middle and High School Only)**.
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **District Offices for Curriculum and Testing (Middle and High School Only)**
-
- No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced-Price School Meals Application shared with any of these programs.

****If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.****

Signature of Parent/Guardian: _____ Printed Name: _____ Date: _____ Address: _____

For more information, you may call the Amphitheater Food Service Office at **(520) 696-5133** or e-mail our office at stmiller@amphi.com

Return this form to: **Amphitheater Public Schools Cafes**

Mailing Address: **Amphitheater Public Schools
 701 W Wetmore Rd Tucson, AZ 85705**

Physical Address: **Amphitheater Public Schools
 200 E Roger Rd Tucson AZ 85705**

This institution is an equal opportunity provider.

The **Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules. In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.