

Custodial Alert? ( ) Yes ( ) No
Temporary Guardianship? ( ) Yes ( ) No
Copies of papers furnished? ( ) Yes ( ) No
If yes, must provide court documentation

School \_\_\_\_\_

New Student Information

Student Lives with ( ) Both Parents ( ) Mother ( ) Father ( ) Legal Guardian ( ) Foster Parent
Student Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Gender ( ) Male ( ) Female
DOB \_\_\_\_\_ Birth State/Country \_\_\_\_\_
Home Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_
Mailing Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_
Primary Contact Phone Number (only one phone number) \_\_\_\_\_
Parent(s)/Guardian (s) Email Address \_\_\_\_\_

Parent/ Guardian Information

Parent's Marital Status ( ) Married ( ) Single ( ) Divorced ( ) Widowed ( ) Separated
If separated or divorced, who has legal custody of this child? \_\_\_\_\_ Does the other parent have visitation rights? ( ) Yes ( ) No
Parent/Guardian 1 \_\_\_\_\_ Parent/Guardian 2 \_\_\_\_\_
( ) Mother ( ) Father ( ) Step-Mother ( ) Step-Father ( ) Other \_\_\_\_\_
Is this Parent/Guardian Active Military? ( ) Yes ( ) No
Employer \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_
Parent/Guardian 3 \_\_\_\_\_ Parent/Guardian 4 \_\_\_\_\_
( ) Mother ( ) Father ( ) Step-Mother ( ) Step-Father ( ) Other \_\_\_\_\_
Is this Parent/Guardian Active Military? ( ) Yes ( ) No
Employer \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Other Emergency Contact Information (list someone other than listed above)

Has permission to pick up my child? ( ) Yes ( ) No
Name \_\_\_\_\_ Relationship to Student \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_
Siblings enrolled in Littlefield Unified School District #9 have permission to pick up my child? ( ) Yes ( ) No
Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_
Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_
Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

I, the undersigned parent/guardian hereby give my consent for the above child to be released to the emergency contact I have designated and/or be taken to the nearest hospital in case of emergency. I acknowledge I am financially responsible for any emergency care or transportation expenses arising out of medical emergency involving my child and I will not hold Littlefield Unified School District #9 responsible for such expenses.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Tribal Affiliation

None       Chin Indian Community       Indian Tribe       Fort Mojave Indian Tribe       Havasupai Tribe  
 Hopi Tribe       Kaibab Band of Paiute Indians       Hualapai Tribe       Navajo Nation       Quechan Tribe  
 Yavapai-Apache Nation Fort       Yavapai-Prescott Indian Tribe       Other \_\_\_\_\_

### Previous School Information

Has your child ever previously attended an Arizona school?  Yes  No      Is your child currently suspended from another school?  Yes  No  
Last school your child attended \_\_\_\_\_ Last Date Attended \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year

### Special Ed. Information

Has your son/daughter received any Special Education Services in the past but is no longer in need of services?  Yes  No  
Please mark all programs that your child has been a part of?  Gifted  Special Ed - IEP  Speech  ELL  504  Other \_\_\_\_\_

### Transportation Information

#### Check all that Apply –

\_\_\_\_\_ My child will ride the bus      \_\_\_\_\_ My child will walk home      \_\_\_\_\_ I will provide transportation      \_\_\_\_\_ Self Driven

**Please Note:** Pre-School to second grade students **MUST** be met by parent/guardian or authorized person at bus stop.

### Over-The-Counter Medical Administration Consent

Acetaminophen      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Saline Eyewash      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Cough Drops Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ibuprofen/Motrin/Generic      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Midol/Generic      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      TUMS      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

I grant permission for my child to receive, as needed, the over-the-counter medications indicated above. School personnel will not be held liable for complications from medication administration. **Parent must bring medication to office and provide school personnel with medication in original container, with name written on container.**

**It is Littlefield Unified School District #9 practice that when a child has a communicable / contagious disease they will not be permitted in school until the period of contagion is passed or until a physician recommends a return before returning to school. Reference Board Policy JLCC**

### Medical Information

**Current Medical Conditions** and recommendations or accommodations for such conditions as: asthma, diabetes, seizures, heart condition, neurological conditions, kidney/bladder condition, contagious diseases, vision, speech, hearing problems, etc. \_\_\_\_\_

**Medication Allergies or Food Allergies** (describe reaction, is epi-pen needed, etc.) \_\_\_\_\_

**Current Medication and Dosage** \_\_\_\_\_

**Can your child participate in regular PE?** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Physician's documentation must be on file in the office) \_\_\_\_\_

**Past Medical Conditions** (diseases, illnesses, injuries, surgeries, treatments, etc.) \_\_\_\_\_

**Has your child received immunizations since last year?** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ if yes, submit updated immunization record

**As the parent/legal guardian of the student, I attest that I am a resident of the state of Arizona per A.R.S 15-802 (B) and I certify the information provided on this form is correct.**

**Parent/Legal Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Office Use Only    Entry Date \_\_\_\_\_    Entry Code \_\_\_\_\_    Entry Date in PowerSchool \_\_\_\_\_    Entered into PowerSchool by (initials) \_\_\_\_\_  
Has student been retained?  Yes  No      Student SAIS # \_\_\_\_\_  
Has student been expelled?  Yes  No      Student School ID# \_\_\_\_\_  
Birth Certificate?  Yes  No      Bus # \_\_\_\_\_ Bus Stop \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ inscripción de nuevos estudiantes  
**¿Alerta de custodia? ( ) Si ( ) No**  
**¿Tutela Temporal? Sí ( ) No ( )**  
 ¿Se entregaron copias de los papeles? Si ( ) No ( )  
 En caso afirmativo, debe proporcionar  
 documentación judicial

**Información de nuevos  
estudiantes**

Estudiante vive con ( ) Ambas padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Guardián legal ( ) Madre adoptiva

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Género ( ) Masculino ( ) Femenina

Last First MI

FDN \_\_\_\_\_ Estado/país de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto principal (solo un número de teléfono) \_\_\_\_\_

Dirección de email de los padres/tutores \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor**

Estado civil de los padres ( ) Casado ( ) Único ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Apartado

Si está separado o divorciado, ¿quién tiene la custodia legal de este niño? \_\_\_\_\_ ¿El otro padre tiene derechos de visita? ( ) Si ( ) No

<p><b>Padre/Tutor 1</b> _____</p> <p>( ) Madre ( ) Padre ( ) Madrastra ( ) Padrastro ( ) Otra _____</p> <p>¿Este padre/tutor es militar activo? ( ) Sí ( ) No</p> <p>Empleador _____</p> <p>Teléfono del trabajo _____ Célula _____</p>	<p><b>Padre/Tutor 2</b> _____</p> <p>( ) Madre ( ) Padre ( ) Madrastra ( ) Padrastro ( ) Otra _____</p> <p>¿Este padre/tutor es militar activo? ( ) Sí ( ) No</p> <p>Empleador _____</p> <p>Teléfono del trabajo _____ Célula _____</p>
<p><b>Padre/Tutor 3</b> _____</p> <p>( ) Madre ( ) Padre ( ) Madrastra ( ) Padrastro ( ) Otra _____</p> <p>¿Este padre/tutor es militar activo? ( ) Sí ( ) No</p> <p>Empleador _____</p> <p>Teléfono del trabajo _____ Célula _____</p>	<p><b>Padre/Tutor 4</b> _____</p> <p>( ) Madre ( ) Padre ( ) Madrastra ( ) Padrastro ( ) Otra _____</p> <p>¿Este padre/tutor es militar activo? ( ) Sí ( ) No</p> <p>Empleador _____</p> <p>Teléfono del trabajo _____ Célula _____</p>

**Otra información de contacto de emergencia (mencione a alguien que no esté en la lista anterior)**

<p><b>¿Tiene permiso para recoger a mi hija? ( ) Si ( ) No</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación con el estudiante _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p>	<p><b>¿Tiene permiso para recoger a mi hija? ( ) Si ( ) No</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación con el estudiante _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p>
<p><b>¿Tiene permiso para recoger a mi hijo? ( ) Si ( ) No</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación con el estudiante _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p>	<p><b>¿Los hermanos inscritos en el Distrito Escolar Unificado de Littlefield #9 tienen permiso para recoger a mi hijo? ( ) Si ( ) No</b></p> <p>Nombre _____ Grado _____</p> <p>Nombre _____ Grado _____</p> <p>Nombre _____ Grado _____</p>

Yo, el padre/tutor que suscribe, doy mi consentimiento para que el niño arriba mencionado sea entregado al contacto de emergencia que he designado y/o sea llevado al hospital más cercano en caso de emergencia. Reconozco que soy financieramente responsable de cualquier atención de emergencia o gastos de transporte que surjan de una emergencia médica que involucre a mi hijo y no responsabilizaré al Distrito Escolar Unificado de Littlefield #9 por dichos gastos.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Afiliación Tribal**

( ) Ninguna ( ) Comunidad India Chin ( ) Tribu India ( ) Tribu india del Fuerte Mojave ( ) Tribu Havasupai  
( ) Trinu Hopi ( ) Banda Kaibab de indios paiute ( ) Tribu Hualapai ( ) Nación Navajo ( ) Tribu Quechan  
( ) Fuerte de la Nación Yavapai-Apache ( ) Tribu india Yavapai-Prescott ( ) Otra \_\_\_\_\_

**Información de la escuela anterior**

¿Ha asistido su hijo alguna vez a una escuela de Arizona? ( ) Si ( ) No ¿Está su hijo actualmente suspendido de otra escuela? ( ) Si ( ) No  
Última escuela a la que asistió su hijo \_\_\_\_\_ Última fecha de asistencia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Información de Educación Especial**

¿Ha recibido su hijo/hija Servicios de Educación Especial en el pasado pero ya no los necesita? ( ) Si ( ) No  
Por favor marque todos los programas de los que su hijo ha sido parte. ( ) Dotado ( ) Educación especial - IEP ( ) Discurso ( ) ELL ( ) 504 ( ) Otra \_\_\_\_\_

**Información de transporte**

**Marque todo lo que corresponda -**  
\_\_\_\_\_ Mi hija viajara en el autobus \_\_\_\_\_ Mi hija caminara a casa \_\_\_\_\_ Proporcionaré transporte \_\_\_\_\_ Auto conducido  
**Tenga en cuenta: los estudiantes de preescolar a segundo grado DEBEN ser recibidos por el padre/tutor o una persona autorizada en la parada del autobús.**

**Consentimiento de administración médica de venta libre**

Acetaminophen Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lavaojos salino Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Pastillas para la tos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ibuprofen/Motrin/Genérico Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Midol/Genérico Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ TUMS Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Doy permiso para que mi hijo reciba, según sea necesario, los medicamentos de venta libre indicados anteriormente. El personal de la escuela no será responsable por las complicaciones de la administración de medicamentos. Los padres deben traer el medicamento a la oficina y proporcionar al personal de la escuela el medicamento en el envase original, con el nombre escrito en el envase.

**Es práctica del Distrito Escolar Unificado de Littlefield # 9 que cuando un niño tiene una enfermedad transmisible/contagiosa, no se le permitirá asistir a la escuela hasta que haya pasado el periodo de contagio o hasta que un médico recomiende regresar antes de regresar a la escuela.  
Referencia Política de la Junta JLCC**

**Información médica**

**Condiciones médicas actuales y recomendaciones o adaptaciones para condiciones tales como: asma, diabetes, convulsiones, condiciones cardíacas, condiciones neurológicas, condiciones de riñón/vejiga, enfermedades contagiosas, problemas de visión, habla, audición, etc.** \_\_\_\_\_  
**Alergias a medicamentos o alergias alimentarias (describa la reacción, se necesita epi-pen, etc.)** \_\_\_\_\_  
**Medicamentos y dosis actuales** \_\_\_\_\_  
**¿Puede su hijo participar en educación física regular?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (La documentación del médico debe estar archivada en la oficina) \_\_\_\_\_  
**Condiciones médicas pasadas** (enfermedades, dolencias, lesiones, cirugías, tratamientos, etc.) \_\_\_\_\_  
**¿Ha recibido su hijo vacunas desde el año pasado?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, presente el registro de vacunación actualizado.

**Como padre/tutor legal del estudiante, doy fe de que soy residente del estado de Arizona según A.R.S 15-802 (B) y certificar que la información proporcionada en este formulario es correcta.**

**Firma del padre/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina Entry Date \_\_\_\_\_ Entry Code \_\_\_\_\_ Entry Date in PowerSchool \_\_\_\_\_ Entered into PowerSchool by (initials) \_\_\_\_\_  
Has student been retained? ( ) Yes ( ) No Student SAIS # \_\_\_\_\_  
Has student been expelled? ( ) Yes ( ) No Student School ID# \_\_\_\_\_  
Birth Certificate? ( ) Yes ( ) No Bus # \_\_\_\_\_ Bus Stop \_\_\_\_\_