



**2020-2021  
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. Checklist for Registration  
*(Lista de Verificación para el Registro)* \_\_\_\_\_
- 2. Student Enrollment Form  
*(Forma de Registrar Estudiante)* \_\_\_\_\_
- 3. Special Education Form  
*(Forma de Educación Especial)* \_\_\_\_\_
- 4. Medical Consent Form  
*(Forma de Consentimiento Médico)* \_\_\_\_\_
- 5. Medical Information Form  
*(Forma de Información Médica)* \_\_\_\_\_
- 6. Asthma Information Form  
*(Forma de Información sobre el asma)* \_\_\_\_\_
- 7. Parent Survey  
*(Encuesta para los Padres)* \_\_\_\_\_
- 8. Student/Parent/Teacher Contract  
*(Contrato de Estudiante /Padre /Maestro)* \_\_\_\_\_
- 9. Field Trip Form  
*(Forma de Viaje de Campo)* \_\_\_\_\_
- 10. Student Media Release Form  
*(Estudiantes Comunicado de prensa forma)* \_\_\_\_\_
- 11. Tax Credit/ Activity Fee Form -optional  
*(Crédito Fiscal / Forma de actividad)* \_\_\_\_\_
- 12. Request For Student Records or Withdraw  
*(Solicitud de Registros de Estudiantes de la escuela Previo)* \_\_\_\_\_
- 13. Home Language Survey  
*(Encuesta de idiomas en el hogar)* \_\_\_\_\_
- 14. Immunization Records  
*(Imunization registros)* \_\_\_\_\_
- 15. One of the following: Certified copy of Birth Certificate; other reliable proof of student's identity and age *(copia certificada del Certificado de Nacimiento otra prueba confiable de la identidad y la edad del estudiante)* 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.

**Optional Forms from previous Schools:** \_\_\_\_\_

\*Includes *(Incluye)*:

- 16. Report Cards *(Reporte de Calificaciones)* \_\_\_\_\_
- 17. Test Scores *(Resultados de los exámenes)* (Stanford 10, AIMS) \_\_\_\_\_
- 18. IEP/ SPED Records *(Expedientes de Educación Especial)* \_\_\_\_\_

**\*For office use only\* Student Name: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_\_**

<b>*For office use</b>
Date _____ Code: _____
Grade Entering 2020-21 _____

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) (Padraastro) (madrastra)*  
 Foster Parent  Grandparents  Other \_\_\_\_\_  
*(parientes adoptivos) (abuelos) (otro)*

**Race/Ethnic Background**  Native American  Black/ African American  White  Hispanic/ Latino  
*(Raza / Origen étnico)*  
 Asian/Pacific Islander  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<br><i>(Sarampión)</i>                        | <input type="checkbox"/> Asthma<br><i>(asma)</i>                         | <input type="checkbox"/> Allergies (food or otherwise)<br><i>(Alergias (alimentos o de otro tipo))</i> | <input type="checkbox"/> Mumps<br><i>(parótidas)</i>                       |
| <input type="checkbox"/> Chickenpox<br><i>(Varicella)</i>                     | <input type="checkbox"/> Vision Impairment<br><i>(Limitación Visual)</i> | <input type="checkbox"/> Physical Therapy<br><i>(fisioterapia)</i>                                     | <input type="checkbox"/> Heart Condition<br><i>(Condición del corazón)</i> |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impairment<br><i>(Discapacidad Auditiva)</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes<br><i>(diabetes)</i>                   | <input type="checkbox"/> Scoliosis<br><i>(escoliosis)</i>  |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsive Disorder<br><i>(Trastorno convulsivo)</i> | <input type="checkbox"/> Ear Infection<br><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/ <i>Medicación</i>	Condition/ <i>Condicion</i>
--	-------------------------------	-----------------------------

\*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)*

	Medication/ Condition/ <i>Condicion</i>	<i>Medicación</i>
		<i>(Los medicamentos no pueden administrarse sin forma de liberación de prescripción, disponible en la oficina de la escuela)</i>

	Medication/ <i>Medicación</i>	Condition/ <i>Condicion</i>
--	-------------------------------	-----------------------------

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 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ 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.

On the provided list below please place a mark next to the different uses for which permission is given.

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

En la lista de abajo, por favor coloque una marca de verificación junto a los diferentes usos para los que se acuerdan.

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Classroom use<br><i>(El uso en clase)</i> | <input type="checkbox"/> Yearbook<br><i>(anuario)</i>                                      | <input type="checkbox"/> Videotape<br><i>(filmar con una videocámara)</i> | <input type="checkbox"/> Newspaper<br><i>(periódico)</i> |
| <input type="checkbox"/> School use<br><i>(Uso de escuela)</i>     | <input type="checkbox"/> School Internet website<br><i>(Escuela sitio web de Internet)</i> | <input type="checkbox"/> Television<br><i>(television)</i>                |  |

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)

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

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)

# Request for Student Records



1846 E Bella Vista Rd  
 San Tan Valley, AZ 85143  
 (480) 765-2223 Fax: 480-498-8197  
 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](mailto: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](http://www.azed.gov/oelas)

Email: [info@championsantan.org](mailto:info@championsantan.org)



**Departamento de Educación de Arizona**  
Oficina de Servicios de Adquisición de Idiomas Ingleses  
**Encuesta de idiomas en el hogar**

Las respuestas a esta Encuesta de Idioma Hogar (HLS, por sus) son utilizadas por la escuela para proporcionar los programas y servicios de instrucción más apropiados para el estudiante. **Las siguientes respuestas determinarán si un estudiante tomará la Evaluación del Estudiante de Idioma Inglés de Arizona (AZELLA).** Por favor, responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir cualquiera de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome la Prueba de Colocación AZELLA.

**1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la *mayor* parte del tiempo?**

---

**2. ¿Qué idioma habla el estudiante la *mayor* parte del tiempo?**

---

**3. ¿Qué idioma entendió o entendió el alumno por primera vez?**

---

ID \_\_\_\_\_ Estudiantil es estudiante del distrito Name \_\_\_\_\_

Fecha de Birth \_\_\_\_\_ SSID \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ de Signature \_\_\_\_\_ para padres/tutores

Distrito o Charter \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_

Proporcione una copia de la Encuesta de Idioma Hogar al Coordinador/Contacto Principal de EL en el sitio. En AzEDS, ingrese las tres respuestas de HLS. Estas preguntas de HLS cumplen con el Código Administrativo de Arizona (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c). (Revisado 01-2020) Oficina de Servicios de Adquisición de Idioma Inglés 1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • (602) 542-0753 • [www.azed.gov/oelas](http://www.azed.gov/oelas)

Email: [info@championsantan.org](mailto:info@championsantan.org)