



Intención de Inscribirse

Año Escolar 2023-2024

6535 E. Osborn Rd. Suite #401 Scottsdale, AZ 85251
(480) 488-9362

Nombre del estudiante:

Nombre: _____ I: _____ Apellido: _____

Grado de Ingreso (K - 6): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Última escuela de asistencia:

Nombre de la Escuela: _____ Ciudad: _____

Estado: _____

Idioma principal del hogar:

Inglés Español

Otro _____

Información del estudiante militar:

¿El padre o tutor es miembro de las fuerzas armadas y se está transfiriendo a Arizona?

Sí

No

Cuestionario de elegibilidad inicial de McKinney-Vento

Responda las preguntas para ayudarnos a determinar si puede ser elegible para recibir apoyo en virtud de la Ley de educación para personas sin hogar McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal?

Sí

No

Si es temporal, ¿se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?

Sí

No

Toda la información es confidencial

Enumere los hermanos que se inscribirán en Hirsch Academy por primera vez en 2023-2024:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____

Complete una Intención de inscripción por separado para cada estudiante mencionado anteriormente.

Contacto Principal del Padre/Tutor:

Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación con el Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Reconocimiento de Inscripción

Mi hijo Asistirá a Hirsch Academy en el año escolar 2023-2024

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN



HIRSCH
ACADEMY

A Challenge Foundation ✨ Academy

6535 E. OSBORN RD. #401

SCOTTSDALE, ARIZONA 85251

Phone 480-488-9362

Fax 480-284-4247

Gina DiSipio, SCHOOL DIRECTOR



HIRSCH ACADEMY

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA COMPLETAR PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Por favor Note:

Esto es la responsabilidad de Padre/Guarda de obtener la documentación siguiente de la escuela anterior antes del sometimiento del Paquete de Inscripción. Es ilegal para cualquier escuela para negar la liberación de archivos no oficiales de cualquier estudiante al padre o guarda.

Obtenga copias u originales de lo siguiente:	<u>Formas para ser completadas por Padre/Guarda:</u>
<ul style="list-style-type: none">● Archivos de Inmunización● Certificado de nacimiento, otra prueba confiable de la identidad y edad del alumno, certificado de bautismo, una solicitud de número de seguro social o registros de registro escolar originales y una declaración jurada que explique la incapacidad de proporcionar una copia del certificado de nacimiento. Cualquier documentación que cumpla con la Ley de Arizona A.R.S. 15-828● Prueba de Implantación● Libreta de Calificaciones (el más reciente)● Transcripciones No oficiales● Comprobante de Retiro● Historia de Asistencia● Archivos de Disciplina (de Escuela Anterior)● Copia de Papel de Custodia (si aplica)● Copia de IEP corriente (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Listado<input type="checkbox"/> Forma de Inscripción<input type="checkbox"/> Consentimiento para Tratamiento de Emergencia Médico/dental<input type="checkbox"/> Salud y Revisión de Salud<input type="checkbox"/> Petición de Liberación de Forma de Archivos de Estudiante<input type="checkbox"/> Cuestionario de Elegibilidad de McKinney-Vento<input type="checkbox"/> Forma de Consentimiento de Actividad física<input type="checkbox"/> Consentimiento para de Actividad Fuera de Campus<input type="checkbox"/> Permiso de Academia de Hirsch de Caminar a Casa<input type="checkbox"/> Política de Uso de Internet<input type="checkbox"/> Forma de Documentación de Implantación de Arizona<input type="checkbox"/> Revisión de Lengua de Casa (PHLOTE)<input type="checkbox"/> Instrucciones para la Carta de Emergencia y Informacion

SAIS ID #: _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
APELLIDO		NOMBRE	
EDNICIDAD:(Marque uno)		RAZA:(Marque uno o mas de los siguientes)	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isleno Pacifico	
EDAD:		ESTUDIANTE VIVE CON:	
GENERO:		<input type="checkbox"/> DOS PADRES <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PADRE	
FECHA DE NACIMIENTO(MM/DD/YYYY)		CIUDAD DE NACIMIENTO	
		ESTADO DE NACIMIENTO	
		PAIS DE NACIMIENTO	
INFORMACION DE LA ESCUELA PREVIA			
NOMBRE DE LA ESCUELA PREVIA		DIRECCION DE PREVIA ESCUELA(Ciudad,Estado,Codigo Postal)	
		ULTIMO DIA DE BAJA (MM/DD/YYYY)	
INFORMACION DEL PADRE/GUARDA LEGAL			
NOMBRE DE CONTACTO PRIMARIO (Apellido, Nombre)		NOMBRE CE CONTACTO SECUNDARIO (Apellido, Nombre)	
<input type="checkbox"/> Bien recoger <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe Correo		<input type="checkbox"/> Bien recoger <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe Correo	
DIRECCION		DIRECCION	
CIUDAD		CIUDAD	
ESTADO		ESTADO	
CODIGO POSTAL		CODIGO POSTAL	
DIRECCION DE CORREO (Si es diferente)		DIRECCION DE CORREO (Si es diferente)	
CIUDAD		CIUDAD	
ESTADO		ESTADO	
CODIGO POSTAL		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DE CASA [] Primero de Llamar		TELEFONO DE CASA [] Primero de Llamar	
{ }		{ }	
NUMERO DE TRABAJO [] Primero de Llamar		NUMERO DE TRABAJO [] Primero de Llamar	
{ }		{ }	
CELULAR [] Primero de Llamar		CELULAR [] Primero de Llamar	
{ }		{ }	
RELACION CON ESTUDIANTE		RELACION CON ESTUDIANTE	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
PERSONAS ADEMAS DEL PADRE QUE PUEDE ASUMIR RESPONSABILIDAD TEMPORAL EN CASO DE EMERGENCIA			
1. CONTACTO DE EMERGENCIA (Apellido,Nombre)* Autorizado para levantar estudiante*		2. CONTACTO DE EMERGENCIA (Apellido,Nombre)* Autorizado para levantar estudiante*	
TELEFONO DE CASA		TELEFONO DE CASA	
{ }		{ }	
NUMERO DE TRABAJO		NUMERO DE TRABAJO	
{ }		{ }	
NUMERO DE CELULAR		NUMERO DE CELULAR	
{ }		{ }	
RELACION CON ESTUDIANTE		RELACION CON ESTUDIANTE	
ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE		CUESTIONARIO DE LENGUA DE CASA	
Si padres estan separados/divorciados, quien tiene custodia legal? _____ El padre sin custodia tiene derechos de visacion restringidos? ___Si ___No (Si es "si" se requiere una copia del papel legal) Actualmente su hijo(a) recibe educacion especial? ___Si ___No ___Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Educacion Especial/IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> ELL o LEP Su hijo(a) ha sido expulsado de otra escuela? ___Si ___No Su hijo(a) esta bajo un termino largo de suspension? ___Si ___No		1. What is the primary language used in the home REGARDLESS of the language spoken by the student? _____ 2. What is the language the student first acquired? _____ 3. What language is most often spoken by the student? _____	
TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS FORM IS ACCURATE AND TRUE (FALSIFICAION OF INFORMATION IS A CLASS 6 FELONY SARS 13-2407).		X _____ FIRMA DEL PADRE/GUARDA LEGAL	
		FECHA	
THIS SECTION IS FOR OFFICE USE ONLY			
<input type="checkbox"/> Proof of Birth Documentation <input type="checkbox"/> Proof of Residency		Entry Date: ___/___/___ Entry Code: _____	
		Entered into SIS: ___/___/___ Entered into SIS by: _____	
		Extended Care: ___AM ___PM Withdrawal Date: ___/___/___ Code: _____	



Arizona Department of Education Arizona Residency Documentation Form

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- Real estate deed or mortgage documents
- Property tax bill
- Residential lease or rental agreement
- Water, electric, gas, cable, or phone bill
- Bank or credit card statement
- W-2 wage statement
- Payroll stub
- Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- Temporary on-base billeting facility (for military families)

- I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



State of Arizona
Affidavit of Shared Residence

Student Name: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

School Name: _____

School District or Charter Holder: _____

Name of Arizona Resident: _____

I, (resident name) _____ swear or affirm that I am a resident of the State of Arizona and that the persons listed below reside with me at my residence, described as follows:

Persons who reside with me: _____

Location of my residence: _____

I submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and current residence address or physical description of my property:

- Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
Real estate deed or mortgage documents
Property tax bill
Residential lease or rental agreement
Water, electric, gas, cable, or phone bill
Bank or credit card statement
W-2 wage statement
Payroll stub
Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)

Printed Name of Affiant: _____

Signature of Affiant: _____

Acknowledgement

State of Arizona
County of _____

The foregoing was acknowledged before me this _____ day of _____, 20____,

By _____

My Commission Expires: _____

Notary Public



HIRSCH ACADEMY

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD – MCKINNEY-VENTO

Nombre del estudiante

Fecha de Nacimiento

Grado

Maestro (a)

Este cuestionario nos ayudará a determinar si su hijo (a) califica para recibir servicios bajo la Acta McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Por favor, conteste las preguntas para determinar si están sin vivienda o en transición.

1. ¿Es su domicilio un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? **Si** **No**
2. Si es temporal, ¿es este arreglo de vivienda debido a la pérdida de su vivienda o un problema económico? **Si** **No**

Si usted contesto **SI** a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.

Si usted contesto **NO** a estas preguntas, no siga contestando el cuestionario.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (seleccione uno)

En un motel _____ (nombre del motel)

En un lugar de refugio _____ (nombre del refugio)

Con más de una familia en una casa o en un departamento

En un lugar generalmente no designado para dormir (carro, parque, o campamento)

Sin acompañamiento (sin padres o tutor)

Nombre del Padre/Tutor _____

Dirección _____ Zona Postal _____ Tel. _____

Yo certifico que el estudiante nombrado en este formulario califica para los programas escolares de nutrición bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

Firma del Oficial autorizado de la escuela

Fecha



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?

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

PÁGINA DE FIRMA

Los estudiantes deben entregar esta página de firma al maestro del salón de clase **ANTES** de que puedan participar en cualquier actividad escolar, incluido el uso de computadoras HA-CFA.

Marque cada casilla para confirmar que cumplirá con la política.

- Inclemencias Del Tiempo, Llegada Y Salida
- Política De Ausencia Y Tardanza
- Política de Excursiones
- Política de Uniformes
- Política de Administración de Medicamentos
- Código de Conducta Estudiantil
- Política de Responsabilidad Académica
- Política De Plagio
- Política De Piojos / Liendres
- Política De Acuerdo Familiar
- Política De Divulgación En Los Medios (POR FAVOR, vea el Formulario de medios al reverso y llénelo)
- Política De Uso Aceptable De HA-CFA: Uso De Computadoras

Nosotros, el padre y el alumno que firmamos, hemos leído y aceptado cumplir con TODAS las políticas mencionadas en este Manual Para Padres/Alumnos.

NOMBRE DEL PADRE _____

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre alguna de estas políticas, llame a la oficina al 480.488.9362.

(¡El formulario de permiso de divulgación en los medios debe completarse en el reverso de esta página!)



HIRSCH ACADEMY

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICO/DENTAL

En caso de una urgencia médica, intentaremos ponernos en contacto con el guarda primario primero y luego el guarda secundario, ambos pusieron en una lista en la Forma de Inscripción. En algunas circunstancias, puede ser necesario buscar el tratamiento médico antes de que ellos puedan ser alcanzados. Su permiso es necesario para su niño reciba el tratamiento de emergencia en caso de una urgencia médica en la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

- Sí, doy el permiso** para mi niño reciba el tratamiento médico de emergencia por personal de prehospital autorizado y miembros del personal de hospital, como puede, en su juicio profesional ser necesario o en el mejor interés de mi niño. Por este medio reconozco que ningunas garantías me han sido hechas en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamiento en la condición del niño. También reconozco que soy responsable de todos los gastos razonables en relación a cuidado y tratamiento dado durante este período.

Hospital de Preferencia			
Portador de Seguros Médico		Poliza #	
Médico de Familia		Telefono #	
Portador de Seguros Dental		Poliza #	
Dentista Familiar		Telefono #	
Por favor use este espacio para explicar cualquier procedimiento especial o peticiones:			

- No, Yo no doy permiso** para que mi niño reciba tratamiento médico de emergencia.

HISTORIA MEDICA (Marque todos los que apliquen)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Condición Cardíaca | <input type="checkbox"/> Infección de Oído |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Daño de Visión | <input type="checkbox"/> Deficiencia Física | <input type="checkbox"/> Desorden Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Daño de Audiencia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> TB |

Por favor use este espacio para explicar cualquier procedimiento especial o peticiones:	
---	--

MEDICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

Entiendo que si mi estudiante necesita la medicación de prescripción o algo además de la dosis recomendada para la medicación sin receta médica, las estipulaciones siguientes deben ser encontradas:

1. Si una medicina de prescripción o una medicina sin receta médica, la medicación debe venir al contenedor original. La etiqueta farmacéutica debe estar en el contenedor de cualquier medicina de prescripción.
2. El padre debe proporcionar direcciones firmadas y escritas al Ayudante de Salud en cuanto a la medicación para ser administrado.
3. Todas las medicaciones serán guardadas en la oficina de Ayudante de Salud. Cuando sea necesario, las provisiones pueden ser provehidas para estudiantes, inhaladores de asma podran cargar cuando acompañado por la nota de un doctor.

La oficina de Ayudante de Salud ha limitado la medicación sin receta médica que puede ser dada a estudiantes para dolencias comunes en situaciones de emergencia. Ellos no pueden y no distribuir más que las dosis recomendadas puestas en una lista en los paquetes.

Firma de Guarda Legal		Fecha	
------------------------------	--	--------------	--



INFORMACIÓN DE HERMANO

Por favor ponga la información siguiente en una lista para TODOS los hermanos, incluso aquellos no asistiendo a la Academia de Hirsch.

Nombre _____ Grado _____ Escuela Previa _____

Nombre _____ Grado _____ Escuela Previa _____

Nombre _____ Grado _____ Escuela Previa _____

Nombre _____ Grado _____ Escuela Previa _____

OFICINA DE SALUD / INFORMACIÓN MÉDICA

¿ESTUDIANTE ES ALÉRGICO A ALIMENTO, MEDICACIÓN U OTRAS SUSTANCIAS ___SI ___No *(Si sí, ponga alergias en lista para ser evitados y procedimientos para seguir en caso de una reacción. Si la reacción anaphylaxis es posible, por favor cítese con la oficina de Academia Hirsch para crear un plan de cuidado)*

El estudiante ha sido diagnosticado con asma? ___Si ___No *(Si sí, ponga nombres en lista de medicaciones y modificación de actividad física requerida necesaria)*

Hay alguna condición médica que deberíamos saber? ___Si ___No *(Si sí, describa la condición y precaución que deberías tomar: ejemplo, epilepsia, visión/impidimento de oído, artritis, diabetes, etc)*

CONSENTIMIENTO PARA LA MEDICACIÓN SIN RECETA MÉDICA

Los siguientes tratamientos podrán ser utilizados para mi estudiante durante el año escolar:

****PORFAVOR INICIALE LOS QUE LE APLIQUEN****

_____ Volsa de Hielo

_____ Vendas

Todas las pautas de fabricantes serán seguidas, el contacto de padre/guardian será hecho cuando la mecación sin receta médica id dispensado y las medicaciones será dispensada en una base muy limitada. Esto es la responsabilidad de padre/guardian de informar la Academia Hirsch de cualquier nueva alegia o condiciones que pueden levantarse durante el año escolar.

Por favor ponga cualquier instrucción especial en una lista acerca de la distribución de cualquiera de los susodichos:

CERTIFICO QUE LA SUSODICHA INFORMACION ES VERDADERA Y CORECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

X _____
Firma del Padre/Guardian

_____/_____/_____
Fecha (MM/DD/AA)



HIRSCH ACADEMY

Actividades Físicas & Riesgos Emitidos

Su hijo(a) (el participante) quiere participar en actividades físicas en Hirsch Academy. Actividades físicas requieren cada participante que el padre/guardian firme este consentimiento y pueda que los riesgos. Al firmar este document usted:

- (1) Reconose que algún accidente puede ocurrir del participante participando en actividades físicas;
- (2) Representando a Hirsch Academy y los asociados, escuelas, oficiales, empliados, y miembros (de "Hirsch Academy") que el participante no tiene ninguna erida, dolores, ó algun otra condicion medica que pueda prevenirlo(a) de participar en actividades físicas ó que pueda ser riesgoso, ó danido para que el(la) aga;
- (3) Asuma el riesgo y tome a Hirsch Academy inofensivo contra cualquier y todos los accidentes ó daños causados en alguna actividad física; y
- (4) Al estar de acuerdo que ni Hirsch Academy, ó la facilidad, al practicar ó aser cualquier otra actividad física, ni la persona organizando, ó conduciendo la actividad (inclullendo arbitros, entrenador, y escuela) tendar ninguna responsabilidad por cualquier accidente ó daño al participante que pueda sucedér.

Yó é leído con cuidado, y é entendido, y estoy de acuerdo con lo que dise arriba, y reconosco que este document cubre a mi, mi espo(a), hijo(s), representantes legales, heredero, sucesor(a), y asignar.

Nombre del Estudiante (escriba)

Fecha

Nombre del Padre/Guardian (escriba)

Firma del Padre/Guardian



CONSENTIMIENTO PARA DE ACTIVIDADES FUERA DE CAMPUS Por favor compruebe las cajas de los artículos le gustaría permitir que su estudiante participara y firme abajo:

Si No

Permiso para Participar en actividades fuera de Campus

Doy el permiso para mi estudiante participe en los acontecimientos patrocinados de la escuela durante el año escolar. La escuela tomará todas las precauciones razonables para asegurar contra la posibilidad de accidentes. Entiendo la escuela o el profesor responsable no es obligado de accidentes que ocurren a estudiantes en el local escolar o mientras en la escuela patrocinó acontecimientos como la parte de las actividades de la escuela.

La información acerca de la escuela específica que patrocine el acontecimiento, como la fecha, el tiempo de salida, destino, costo y medios del transporte será enviado al padre/guarda antes del acontecimiento patrocinado por la escuela.

Permiso de Liberar Información de Noticias

Pueden haber tiempos durante el año escolar cuando la escuela, la Academia de Hirsch, los medios de noticias o los otros desean fotografiar o grabar en vídeo a su niño en la escuela para el uso en letra, vídeo, Internet u otras comunicaciones.

Doy mi permiso a la escuela para proporcionar la información acerca de actividades escolares con mi niño a los medios de noticias generales. También doy mi permiso para el nombre de mi estudiante, retrato, cuadro o voz para ser usada para la demostración o en el material promocional en una variedad de medios.

Permiso para Usar Ilustraciones

Pueden haber tiempos durante el año escolar cuando la escuela, la Academia de Hirsch, los medios de noticias o los otros desean usar ilustraciones creadas por su estudiante en la escuela para el uso en letra, vídeo, Internet u otras comunicaciones.

Doy mi permiso a la escuela para usar ilustraciones creadas por mi estudiante para objetivos promocionales en una variedad de medios.

Nombre del Estudiante (Por favor letra clara)

Firma del Padre/Guarda

Fecha



HIRSCH ACADEMY

PÓLIZA PARA EL USO DEL INTERNET

Para poder usar el internet con consentimiento, estudiantes y los padres/guardianes deben firmar la autorización y el contrato:

Debe ser completado por los Padres/Guardianes:

Yo doy mi permiso para mi hijo(a) que pueda usar el internet, la industria de telecomunicaciones. Yo verificó que el/la tenga acceso a la red por todo el mundo usando el internet. Yo entiendo que el acceso al internet es para educación solamente. Yo también entiendo que el estudiante va a recibir instrucciones apropiadas para el uso del internet.

Yo estoy conciente que el internet contiene material que es inapropiado para la escuela y el uso. Yo apoyo a la escuela que los estudiantes son responsables para no acceder a algunos materiales inapropiados. Al usar el internet inapropiadamente habrá consecuencias de suspensión de todos los privilegios. Yo no tomaré cargos a Hirsch Academy por materiales que el estudiante haya sobrepasado por el internet en el la escuela.

Yo entiendo y he leído la póliza del uso del Internet.

Nombre del Estudiante (escriba)

Fecha

Nombre del Padre/Guardián(escriba)

Firma del Padre/Guardian



HIRSCH ACADEMY REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS

Please forward the transcript(s) of:

Student name: _____

Date of birth: _____

Who enrolled in grade: _____

At Hirsch Academy on: _____

The parent or guardian who has signed below has been informed of this transfer request and grants permission for the below mentioned information to be sent. If this student is a special education student, please forward such records as well.

Please send the following information:

- Official Withdrawal Form
- Official Transcript
- Birth Certificate
- Immunization Records/Health Records
- Hearing and Vision Screening Results
- Grades to Date of Withdrawal
- Discipline and Attendance Records Test Scores (SELP/AZELLA Scores – oral, reading, writing)
- AIMS Student Report Information
- Special Education Records (IEP's, Psychological Reports, etc.)

Please sign and complete the information below:

Name and address of last school attended

School name	Address		
Telephone Number	City	State	Zip

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

Please Forward Records to:
Hirsch Academy
6535 E. Osborn Rd. Suite #401
Scottsdale, AZ 85251
Phone: 480-488-9362 Fax: 480-284-4247

<i>For Office Use Only</i>		
First Request:	Second Request:	Third Request:
Initials:	Initials:	Initials:

*State Law ARS §15-828 Paragraph F States that NO SCHOOL SHALL WITHHOLD RECORDS DUE TO FINANCIAL DEBTS. * Federal Law 99.31 – No parent or signature required for education records to be sent to another educational agency.