

Imagine Elementary at Desert West

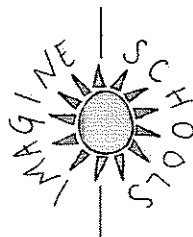
Enrollment Packet 2010-2011



Student's First Name _____ Student's Last Name _____


Grade Level Interest

- All Day Kindergarten
- 1st Grade
- 2nd Grade
- 3rd Grade
- 4th Grade
- 5th Grade



6738 W. McDowell Road • Phoenix, AZ 85035

623-344-7150



2^{do} de febrero, 2010

Estimados Padres

¡Hay muchas cosas que celebrar aquí en Imagine Schools de Desert West! Sabemos que escondiendo una escuela apropiada para su hijo es una decisión importante, así que queríamos informarles porqué estamos celebrando.

Estamos orgullosos siendo una escuela de Kids at Hope (traducida Niños con Esperanza). ¡Este programa se ha ejecutado a través de todos los niveles de grado y refuerza el hecho de que todos nuestros estudiantes pueden tener éxito – sin ninguna excepción! Igualmente somos orgullosos de nuestra acreditación de NCA/AdvancED. Esta certificación nacional significa que nuestra escuela sostiene la responsabilidad ante los mayores niveles incluyendo la enseñanza y el aprendizaje, gobierno y dirección, y los recursos y sistemas de apoyo.

Nuestro énfasis en programas académicos del enriquecimiento y la intervención temprana ha resultado aumentos académicos impresionantes para nuestros estudiantes. Por ejemplo, los resultados del grado cuarto en matemáticas de AIMS para 2009 estaban en el 63% - un aumento del 27% de los 2008 resultados. ¡También los resultados en escritura de AIMS para 2009 estaban en el 96% - es 10% más altos que el promedio del estado! Además este crecimiento académico también fue considerado en los resultados de competencia estatal de ciencia del distrito de Imagine Schools. Dos de nuestros estudiantes del grado octavo tomaron primer y segundo lugar y un estudiante del grado séptimo gana el tercer lugar.

Padres como ustedes han visto los resultados de nuestro trabajo y han elegido dar a su niño una nivel mayor de la enseñanza pública sin cobro. El resultado ha sido crecimiento positiva en nuestra escuela. Sabían en menos de cinco años, hemos crecido de 240 estudiantes a más de 785 estudiantes - y la lista de espera continúa creciendo.

Ustedes pueden ver hay mucho que celebrar aquí en Imagine Schools e Desert West y nosotros queremos asegurar el lugar de su niño en nuestra escuela excepcional. Favor de entregar el paquete terminado de la re-inscripción de su niño hoy. En ciertos grados, tenemos muchas familias ya en una lista de espera. **Regresando el paquete de inscripción hoy podemos ofrecer la oportunidad de continuación de su niño siendo parte de un ambiente de aprendizaje y del éxito sin cobro.** ¡Gracias estando parte de nuestra celebración y matriculando a su niño hoy!

Cordialmente

Freddie Villalon
Director

Bill Heintz
Asistente del Director



Lista de Registración

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

- Formas de inscripción del estudiante
- Certificado de nacimiento
- Encuesta del idioma en casa ___ *Inglés* ___ *Otro que inglés*
- Formas de educación especial ___ *IEP* ___ *504* ___ *No IEP*
- Solicitud de archivos del estudiante *Fecha* _____
- Encuesta para los Padres
- Código del vestido
- Información medica
- Autorización de primeros auxilios
- Archivos o records de vacunas
- Tarjeta de emergencia
- Autorización de publicación de información
- Permiso para caminar a casa

(Para uso de la oficina)

Fecha de entrega del paquete _____

Fecha de ingreso en el SIS _____

Fecha de orientación _____

Fecha de inicio _____

Maestro/a asignado _____

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

Forma de Inscripción del Estudiante

Imagine Learning Center West
6738 W. McDowell Ave.
Phoenix, AZ 85035

IFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)			Numero de Seguro Social		
Domicilio			Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
Ciudad	Estado	Zona postal	Ultima escuela que atendió		Escuela en casa <input type="checkbox"/>
Tel. de la casa ()			Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Grado al que entra		
Estudiante vive con (Marque la que aplique) <input type="checkbox"/> Padre y Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padres adoptivos					
<input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____					
Raza / Grupo étnico <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático					
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino de cualquier origen <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico o Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco)					

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre: Madre/Guardián			Nombre: Padre/Guardián		
Domicilio			Domicilio		
Ciudad	Estado	Zona Postal	Ciudad	Estado	Zona Postal
Tel: de la casa ()			Tel: de la casa ()		
Teléfono celular ()			Teléfono celular ()		
Numero de Seguro Social			Numero de Seguro Social		
Empleador			Empleador		
Domicilio del Empleador			Domicilio del empleador		
Teléfono del Trabajo ()			Teléfono del Trabajo ()		
Correo Electrónico (Email)			Correo Electrónico (Email)		
Actividades o talentos que tú estas dispuesto a compartir con nuestros Estudiantes.			Actividades o talentos que tú estas dispuesto a compartir con nuestros Estudiantes.		

OTROS VIVIENDO EN LA CASA

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

INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA

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

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

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

Padre / Guardián Firma _____ Fecha _____

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

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

COMO SUPO DE NUESTRA ESCUELA

Correo directo
 Periódico
 Volantes
 Internet
 Pasando
 Revista
 Por boca de alguien
 Paginas amarillas
 Otro (Especifique) _____



Estado de Arizona
Departamento de Educación
Servicios de Aprendizaje del Inglés

Idioma Principal del Estudiante excluyendo el inglés (PHLOTE)
Encuesta sobre el idioma principal del estudiante
(Efectivo el primero de julio de 2009)

La pregunta está en conformidad con A.R.S. §15-756. **Identificación de los Alumnos que están aprendiendo el inglés**

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

¿Cuál es el idioma principal que usa su estudiante?
(Conteste con el idioma que usa con más frecuencia su estudiante)

Idioma: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

(For Office Use Only)

Student ID: _____

SAIS ID: _____

Educación Especial

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

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

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

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

Terapia ocupacional Terapia física Otra (Por favor especifique) _____

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

Si No

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

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

Si No

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

Su hijo esta recibiendo el plan de acomodamiento 504?

Si No

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

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

Padre/Guardián Nombre (Completo) _____

Padre/Guardián Firma _____ Fecha _____

Solicitud de Archivos del Estudiante

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

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

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

Información solicitada consiste de:

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

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

Send Records To: **Imagine Elementary at Desert West**
Mandar Archivos a: **6738 W. McDowell Road**
Phoenix, AZ 85035
Phone (623) 344-7150 Fax (623) 344-7160

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

Encuesta a los Padres

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

Estudiante _____ Fecha de cumpleaños _____

Ultima escuela que atendió _____ Grado _____

¿Cómo supo de las Escuelas Imagine?

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

Si No

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

Si No

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

Si No

De que escuela _____ Fecha(s) de la expulsión _____

Comentario _____

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

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

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

Si No

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

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

Padre/Guardián Nombre (completo) _____

Padre/Guardián Firma _____ Fecha _____

Código del vestido

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

NIÑAS

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

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

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

NIÑOS

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

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

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

OPCIONAL

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

Chamarras, suéteres *Verde cazador, Azul marino, o morado (burgandy)*

LO SIGUIENTE NO SERA ACEPTADO

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

Beepers, Tel. celulares, juegos electrónicos, o CD/MP3/tape.

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

Tattoos o aretes en la cara.

Pantalones aguados o pantalones con la bastilla arrastrando en el piso.

Camisas o playeras extra grandes o que cuelguen mucho.

Chicle, color del pelo que no sea natural o peinados extravagantes.

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

Padre/Guardián Nombre (completo) _____

Padre/Guardián Firma



Fecha _____

Información médica

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

Historia Medica (Marque las que aplican)

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

Doctor _____

Teléfono _____

Preferencia de Hospital _____

Teléfono _____

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

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

Medicación _____

Condición _____

Medicación _____

Condición _____

Medicación _____

Condición _____

Medicación _____

Condición _____

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

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

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

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

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

Comentarios adicionales / Otras instrucciones especiales _____

Esta información medica y de emergencia a sido proveída por:

Padre / Guardián firma

Fecha _____

Autorización de Primeros Auxilios

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

- Vendajes
- Antisépticos
- compresas de hielo

Nombre del Estudiante (completo) _____

Nombre Padre/Guardián (Completo) _____

Padre/Guardián Firma _____ Fecha _____

Emergency Information and Immunization Record Card

Child's Name: _____ Date Enrolled: _____ Updated: _____
 Home Address: _____ Date Disenrolled: _____
Street City State Zip
 Home Phone: _____ Date of Birth: _____ Sex: male female

Mother or Guardian Name: _____	
Home Address: _____ <small>Street City State Zip</small>	
Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Business Name: _____	Work Phone: _____
Business Address: _____ <small>Street City State Zip</small>	
Signature: _____	

Father or Guardian Name: _____	
Home Address: _____ <small>Street City State Zip</small>	
Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Business Name: _____	Work Phone: _____
Business Address: _____ <small>Street City State Zip</small>	
Signature: _____	

If Medical Care is Necessary, Call:

DOCTOR: _____
Name Address City State Zip Phone

HOSPITAL: _____
Name Address City State Zip Phone

Does your child have insurance coverage? No Yes Name of Insurance Company _____
(Optional)

In case of injury or sudden illness, _____ will be called first. I hereby give authority to any hospital or doctor to render immediate aid as might be required at the time for his/her health and safety. It is understood by me that the expense of this service will be accepted by me.

In case of an emergency, or if I cannot be contacted to pick up my child, I hereby authorize the following person(s) to pick up my child.

Name: _____ Name: _____
 Address: _____ Address: _____
Street City State Zip Street City State Zip

Telephone: _____ Cell phone: _____ Telephone: _____ Cell phone: _____

Name: _____ Name: _____
 Address: _____ Address: _____
Street City State Zip Street City State Zip

Telephone: _____ Cell phone: _____ Telephone: _____ Cell phone: _____

The following person(s) may **not** remove my child from the center:

Name: _____ Name: _____

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

This Emergency Information and Immunization Record Card is accurate and complete, front and back, and was provided by:

 Parent or Guardian printed name Signature Date: _____

Immunization Information

Age	Required Vaccines						
	DTaP	Polio	Hib	Hepatitis B	Hepatitis A	MMR	Varicella
<2 months				#1			
2 - 3 months	#1	#1	#1				
4 - 5 months	#2	#2	#2	#2			
6 - 11 months	#3		#2 - #3 ¹				
12 - 14 months		#3	#1 - #4 ²	#3		#1	#1
15 - 59 months	#4						
24 - 71 months					#1 ³ & #2 ³		
School Age (K-12)	#4 ⁴ or #5	#3 ³ or #4		#3		#2 ⁶	#1 ⁷

¹ Pedvax or Comvax vaccine given

² Must have at least 1 Hib after 12 months of age

³ Hep A required in Maricopa County only

⁴ 4 doses meet requirement if 4th dose is after 4th birthday

⁵ 3 doses meet requirement if 3rd dose is after 4th birthday

⁶ Must have 2 doses of MMR for K-12 entry

⁷ A 2nd dose is needed if dose #1 is given at 13+ years of age

Check one

<input type="checkbox"/>	Copy of current official documented immunization record attached
<input type="checkbox"/>	Religious Beliefs exemption form signed by parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Medical Exemption form signed by physician and parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Signed Laboratory Proof of Immunity form attached

Notification of immunizations needed sent to Parent(s) or Guardian(s):

____/____/____
MO / DAY / YR

____/____/____
MO / DAY / YR

____/____/____
MO / DAY / YR

Updated immunizations received and attached

____/____/____
MO / DAY / YR

____/____/____
MO / DAY / YR

____/____/____
MO / DAY / YR

Medical Information

Is child allergic to food or other substances? No Yes (If yes, name foods or substances to be avoided and procedure to follow if reaction occurs.) _____

Is child usually susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken? No Yes _____

Is child subject to convulsions and what should be our procedure if one occurs? No Yes _____

Is there any physical condition that we should be aware of and what precautions should be taken (heart trouble, foot problem, hearing impairment, hernia, etc.)? No Yes _____

Additional comments: _____

Other special instructions: _____

Telephone Authorization Code : _____ (optional)

Autorización de publicación

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

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

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

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Maestro/a _____

Padre/Guardián Nombre (completo) _____

Padre/Guardián Firma _____

Fecha _____

Permiso para caminar a casa

Imagine Elementary at Desert West
6738 W. McDowell Road
Phoenix, AZ 85035

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

Nombre del Estudiante _____ Fecha _____

Grado _____ Numero de Teléfono _____

Domicilio _____ Teléfono Alterno _____

Yo doy permiso a mi hijo/a a caminar a la escuela y de la Escuela Imagine Elemental a Desert West (6738 W. McDowell Rd.)

Si No

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

Padre/Guardián Nombre (completo) _____

Padre/Guardián Firma _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Maestro _____

Salón # _____