



2021-2022
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)

Received (Office Use Only)

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| 1. Student Enrollment Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Forma de Registrar Estudiante) | | |
| 2. Special Education Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Forma de Educación Especial) | | |
| 3. Medical Consent Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Forma de Consentimiento Médico) | | |
| 4. Medical Information Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Forma de Información Médica) | | |
| 5. Asthma Information Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Forma de Información sobre el asma) | | |
| 6. Parent Survey..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Encuesta para los Padres) | | |
| 7. Student/Parent/Teacher Contract..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Contrato de Estudiante /Padre /Maestro) | | |
| 8. Student Media Release Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Estudiantes Comunicado de prensa forma) | | |
| 9. Tax Credit/ Activity Fee Form..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Crédito Fiscal/ Forma de actividad) | | |
| 10. Request For Student Records | <input type="checkbox"/> | |
| (Solicitud de Registros de Estudiantes de la escuela Previo) | | |
| 11. PHLOTE Survey..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Encuesta de PHLOTE) | | |
| 12. Clear Back pack Policy, Accountability Contract/Cell Phone Policy/McKinney Vento | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Immunization Records | <input type="checkbox"/> | |
| (Registro de inmunización) | | |
| 14. Birth Certificate..... | <input type="checkbox"/> | |
| (Acta de nacimiento) | | |
| <u>Required Forms from previous Schools:</u> | | |
| 15. Report Cards (Reporte de calificaciones)..... | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Test Scores (Resultados de exámenes) | <input type="checkbox"/> | |
| 17. IEP/SPED Records, if applicable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> N/A |
| (Expedientes de educacion especial si es aplicable) | | |
| 18. Discipline records (Expedientes disciplinarios)..... | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Attendance Records (Registros de asistencia)..... | <input type="checkbox"/> | |

For office use only Student Name: _____ Date Received: _____ Received by: _____

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

For office use only
Entry Code: _____
Entry Date: _____
Grade Entering 2021-2022 _____

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 _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Child Resides with (Check all that apply): Father Mother Stepfather Stepmother
(Padre) (Madre) (Padrastro) (madrastro)
 Foster Parent Grandparents Other _____
(parientes adoptivos) (Abuelos) (otro)

Race/Ethnic Background:

(Raza / Origen étnico) Native American Black/ African American
 White Hispanic/ Latino
 Asian/Pacific Islander Other _____

Mother/ Guardian (Madre/Tutor)

Name: _____
(Nombre)
Home Address: _____
(Dirección)
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)

Father/ Guardian (Padre/Tutor)

Name: _____
(Nombre)
Home Address: _____
(Dirección)
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
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

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: _____
(Firma de Padre/ Tutor)

Date: _____
(Fecha)

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

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"/> Calamine Lotion |
| <input type="checkbox"/> Tums | <input type="checkbox"/> Children's Benadryl |
| <input type="checkbox"/> Antibiotic Ointment | <input type="checkbox"/> Bactine Spray |
| <input type="checkbox"/> Eye Drops | <input type="checkbox"/> Cough Drops |

Known Allergies: _____
(Alergias conocidas)

Medical Conditions/ History: _____
(Condiciones médicas / Historia)

Parent/ Guardian Signature: _____ Date: _____
(Firma de Padre/ Tutor)

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

Medical Information Form

Medical History (Check all that apply)
(Historia Medica (Marque todo lo que corresponda))

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Measles
(Sarampión) | <input type="checkbox"/> Asthma
(asma) | <input type="checkbox"/> Allergies (food or otherwise)
(Alergias (alimentos o de otro tipo)) | <input type="checkbox"/> Mumps
(parótidas) |
| <input type="checkbox"/> Chickenpox
(Varicella) | <input type="checkbox"/> Vision Impairment
(Limitación Visual) | <input type="checkbox"/> Physical Therapy
(fisioterapia) | <input type="checkbox"/> Heart Condition
(Condición del corazón) |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impairment
(Discapacidad Auditiva) | | <input type="checkbox"/> Diabetes
(diabetes) | <input type="checkbox"/> Scoliosis
(escoliosis) |
| <input type="checkbox"/> Convulsive Disorder
(Trastorno convulsivo) | | <input type="checkbox"/> Ear Infection
(Infección del oído) | <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/ Medicación	Condition/Condicion

*Medication may not be administered without prescription available in school office.
(Los medicamentos no pueden administrarse sin forma de liberación de prescripción, disponible en la oficina de la escuela)

Medication/ Condition/Condicion	Release form, Medicación
Medication/ Medicación	Condition/Condicion

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 lo proporciona

Parent/ Guardian Signature: _____ Date: _____
(Firma de Padre/ Tutor)

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

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 médico)

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.)

Parent Signature: _____ Date: _____
(Firma de Padre/ Tutor)

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

Parent Survey

Pease 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: _____
(Firma de Padre/ Tutor)

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

*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/Nombre: _____ Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

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/Nombre: _____ Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Fit Kids
Champion Schools
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

Student Media Release

There are many times when 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 parent's permission to be involved.

(Hay muchas veces cuando el personal de la escuela tal vez desee hacer una historia o tomar fotos para su publicación. 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 their enrollment at Champion Schools.

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

Doy permiso para que _____ sea entrevistado y / o tener su foto tomada durante el tiempo que este inscrito/a en Champion Schools.

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 <i>(El uso en clase)</i>	<input type="checkbox"/> Yearbook <i>(Anuario)</i>	<input type="checkbox"/> Videotape <i>(filmar con una videocámara)</i>	<input type="checkbox"/> Newspaper <i>(periódico)</i>
<input type="checkbox"/> School use <i>(Uso de escuela)</i>	<input type="checkbox"/> School Internet website <i>(Escuela sitio web de Internet)</i>	<input type="checkbox"/> Television <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
7900 S. Jesse Owens Parkway
Phoenix, AZ 85041
(602) 341- 6527

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

1st Request: _____
 2nd Request: _____
 3rd Request: _____



7900 S. Jesse Owens Parkway
 Phoenix, AZ 85042
 Phone: (602) 341-6527
 Fax: (602) 341-6529

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(s)	City/State	Fax #

Does Student have Special Education Records? Yes _____ No _____
 (If so, please send all records)

Information request consists of:

Current IEP and Psych Evaluation	Official Withdrawal Form
Immunization Records & Birth Certificate	Transcript w/Withdrawal grades
MET Report (Current)	All discipline Records including suspensions and 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 _____

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 Signature: _____ Date: _____
 (Firma de Padre / Tutor) (Fecha)

Champion Staff Signature: _____ Date: _____

***Office use only** Date Request Sent: _____ Date Received: _____