



## Enrollment Checklist

*Lista de verificación de inscripción*

Student Name/ *Nombre de estudiante:* \_\_\_\_\_

Office use only:

- \_\_\_\_\_ Emergency Information Card / *Tarjeta de informacion de emergencia*
- \_\_\_\_\_ Immunization Records/ *Registros de inmunizacion*
- \_\_\_\_\_ Original Birth Certificate/ *Acta de nacimiento original*
- \_\_\_\_\_ Student Enrollment Application/ *Solicitud de inscripcion*
- \_\_\_\_\_ Health History Form / *Formulario de historial de salud*
- \_\_\_\_\_ Media Release Form/ *Formulario de lanzamiento de medios*
- \_\_\_\_\_ Registration Fee \$25(non-refundable) / *Cuota de inscripcion \$25 (no reembolsable)*
- \_\_\_\_\_ Handbook acknowledgement

Does this child have a sibling that attends Champion \_\_\_\_ Yes/si \_\_\_\_ No  
*Este niño/a tiene un hermano/a que asiste a Champion Schools?*

If yes, please list their names below:

*Si esto es el caso, liste los nombres a continuacion:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**All forms must be filled out completely; be sure to sign and date where required.**

*Todas las formas deben completarse por completo; asegurese de firmar y poner la fecha donde sea necesario.*

**Incomplete enrollment packets cannot be accepted.**

*No se pueden aceptar paquetes de inscripcion incompletos.*

*Office use*

Received by:

Date:





CDC/SGH# or name: \_\_\_\_\_

**Arizona Department of Health Services  
Bureau of Child Care Licensing  
Emergency, Information and Immunization Record Card**

<b>Child's Name:</b>	<b>Date Enrolled:</b>	<b>Updated:</b>
<b>Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):</b>		<b>Date Disenrolled:</b>
<b>Home Phone:</b>	<b>Date of Birth:</b>	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female

<b>Parent or Guardian Name:</b>	<b>Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):</b>
<b>Cell Phone (optional):</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>

<b>Parent or Guardian Name:</b>	<b>Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):</b>
<b>Cell Phone (optional):</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>

**I authorize the following individuals to collect my child from the facility in case of emergency or if I cannot be contacted:  
(Pursuant to R9-5-304.B, at least two contact persons are required.)**

<b>Name:</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>
<b>Name:</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>
<b>Name:</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>
<b>Name:</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>

**If Medical care is necessary, call:**

<b>Health Care Provider*</b>	<b>Name:</b>	<b>Contact Telephone Number:</b>
------------------------------	--------------	----------------------------------

**\*A Health Care Provider is a physician, physician assistant or registered nurse practitioner.**

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.

<b>In case of injury or sudden illness, I request that this individual be called first:</b>	
---	--

**The following individual(s) may NOT remove my child from the facility:**

<b>Name(s):</b>
-----------------

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

Telephone Authorization Code (optional): \_\_\_\_\_

**Immunization Information**

(A licensee shall attach an enrolled child's written immunization record or exemption affidavit to the enrolled child's Emergency, Information and Immunization Record card.)

For information regarding current immunization requirements go to:

[www.azdhs.gov/phs/immun/index.htm](http://www.azdhs.gov/phs/immun/index.htm) or contact the Arizona Immunization Program Office at (602)364-3630.

One of these items must accompany the EIIR card at all times:

<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**

<p>Is child allergic to food or other substances? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, describe symptoms, name foods or substances to be avoided, and the procedure to follow if reaction occurs:</p>
<p>Is child usually susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Is child subject to convulsions and what should be our procedure if one occurs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, specify procedure:</p>
<p>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.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Additional comments:</p>
<p>Other special instructions:</p>

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

Parent/Guardian PRINTED Name:	SIGNED Name:	DATE:
-------------------------------	--------------	-------



## Preschool Application

### 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)* *(Padraastro)* *(madrastro)*  
[ ] Foster Parent [ ] Grandparents [ ] Other \_\_\_\_\_  
*(parientes adoptivos)* *(Abuelos)* *(otro)*

### Race/Ethnic Background: *(Raza / Origen étnico)*

- [ ] Native American *(Nativo americano)* [ ] Black/ African American *(Negro/Afroamericano)*  
[ ] White *(Blanco)* [ ] Hispanic/ Latino *(Hispano/Latino)*  
[ ] Asian/Pacific Islander *(Asiatico/Isleño del pacifico)* [ ] Other \_\_\_\_\_ *(Otro)*

**Program applying for:**  
*(Programa de preschool al que esta aplicando)*

3-Year Old / Años  4 Year Old / Años

### Mother/ Guardian *(Madre/Tutor)*

Name: \_\_\_\_\_  
*(Nombre)*

Marital Status: \_\_\_\_\_  
*(Estado Matrimonial)*

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)*

Marital Status: \_\_\_\_\_  
*(Estado Matrimonial)*

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)*





**LITTLE CHAMPIONS  
PRESCHOOL APPLICATION**

**Student Information**

Name (Last, First MI): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  Female  Male  
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Please indicate the Preschool Program that you are applying to:**  
(Porfavor indique que programa de preschool esta aplicando)

3-Year-old \_\_\_\_\_ 4-Year-Old \_\_\_\_\_  
(3 Años) (4 Años)

**Child Resides with (Check all that apply):**

- Father (Padre)  Mother (Madre)  Stepfather (Padrastro)  Stepmother (madrastra)  Foster Parent (parientes adoptivos)  Grandparents (abuelos)  Other (otro)

**Race/Ethnic Background**

(Raza/Origen Etnico)

- Native American (Nativo/a americano/a)  Black/African American (Negro/a afroamericano/a)  White (Blanco/a)  
 Hispanic Latino (Nativo/a americano/a)  Asian/Pacific Islander (Negro/a afroamericano/a)  Other (Blanco/a)

**Marital Status of Parents/Guardians:**

- Married  Divorced  Separated  Single Parent

Are there any special circumstances affecting you family that we should be aware of?  Yes  No  
(¿Hay circunstancias especiales que le afecten a la familia que debemos tener en cuenta?)

If yes, please describe briefly (Describa brevemente): \_\_\_\_\_

Custody/Visitation Arrangements (Arreglos de custodia/visitacion): \_\_\_\_\_

Brother and Sisters of the child enrolled at Champion Schools (Hermanos/as del estudiante inscritos en Champion Schools):

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_





## Registration Form

### Student Information

Name (Last, First MI): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  Female  Male  
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Femenino) (Masculino)

Full Time Enrollment, Monday-Thursday 8:00am to 3:30pm and Friday 8:00am-12:00pm  
(Inscripción a tiempo completo, de lunes a jueves de 8:00 am a 3:30 pm y viernes de 8:00 am a 12:00 pm)

\_\_\_\_\_ Tuition \$160.00/Weekly  
(Matricula \$160/ semana)

\_\_\_\_\_ Sibling Discount \$150.00/Weekly  
(Descuento de hermano/a \$150/ semana)

Siblings name \_\_\_\_\_  
(Nombre de hermano/a)

### Please initial that you understand our policies

(Por favor indique que entiende nuestras polizas)

\_\_\_\_\_ I understand that tuition is due by the Friday prior to services, any payments not made by the end of the business day on Monday will be charged a late fee of \$5.00 per day.

*(Entiendo que la matricula se vence el Viernes anterior a los servicios, cualquier pago que no se realice al final del dia habil del lunes se le cobrara un recargo de \$5.00 por dia)*

\_\_\_\_\_ I understand that if tuition is five (5) days late, my child will be unable to attend until I have paid my account in full.

*(Entiendo que si la cuota no es pagada para el 10 de cada mes con el honorario atrasado incluido el niño/a no podrá 3omple a la escuela hasta que las cuotas se paguen por 3omplete.)*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

*(Firma de padre/tutor)*

Date \_\_\_\_\_

*(Fecha)*





## Developmental History of the Child/Historia del Desarrollo del Niño

How long does your child nap or rest quietly? \_\_\_\_\_  
(¿Cuánto tiempo duerme o descansa tranquilamente el niño?)

What time does he/she go to bed at night? \_\_\_\_\_  
(¿A qué hora se acuesta a dormir en la noche?)

Does your child sleep well?  Yes  No  
(¿Su hijo/a duerme bien?)

Does child have a favorite blanket or toy that he/she sleeps with?  Yes  No  
(¿El niño/a tiene una cobija o un juguete favorito con el que duerme?)

Has your child had group play experience?  Yes  No  
(¿Su hijo ha tenido experiencia de juego en grupo?)

If yes, where? \_\_\_\_\_  
(¿Dónde?)

Is your child independently toilet trained?  Yes  No  
(¿Es su hijo(a) independientemente entrenado para el baño?)

Does the child dress self?  Yes  No  
(¿Se viste independiente el niño/a?)

Is your child on an Individualized Education Plan (IEP)?  Yes  No If so, please attach a copy.  
(¿Está su hijo / a en un Plan Educativo Individualizado (IEP)? Adjunte una copia.

Does the child have a 504 Plan?  Yes  No  
(¿Tiene el niño/a un Plan 504?)

Does your child have any special learning behavioral or physical difficulties?  Yes  No  
(¿Tiene su hijo alguna dificultad especial de aprendizaje, de comportamiento o física?)

If yes, explain: \_\_\_\_\_

## Eating Habits/Hábitos Alimenticios

Can the child eat on his/her own?  Yes  No  
(¿Puede el niño comer por sí mismo?)

What kind of food does he/she like? \_\_\_\_\_  
(¿Qué tipo de comida le gusta?)

What kind of food does he/she dislike? \_\_\_\_\_  
(¿Qué tipo de comida no le gusta?)

Does your child have any special dietary restrictions or food allergies?  
(¿Tiene su hijo alguna restricción dietética especial o alergia a los alimentos?)

## Behavior Characteristics/Características del Comportamiento

What method of discipline is used in your home? \_\_\_\_\_  
(¿Qué método de disciplina se utiliza en su hogar?)

How would you describe your child's personality? \_\_\_\_\_  
(¿Cómo describiría la personalidad de su hijo?)

Has the child been expelled from another educational institution?  Yes  No  
(¿El niño ha sido expulsado de otra institución educativa)





# Health History Form

**Child's Name:** \_\_\_\_\_

*(Nombre del estudiante)*

**Birthdate:** \_\_\_\_\_

*(Fecha de Nacimiento)*

Was the child born with any physical defects?  Yes  No

*(¿El niño nació con algún defecto físico?)*

If so, explain: \_\_\_\_\_

Have they or are they presently being corrected? \_\_\_\_\_

*(¿Estan o estan siendo corregidos actualmente?)*

Does your child have any chronic illnesses?  Yes  No

*(¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica?)*

If so, what? \_\_\_\_\_

*(¿Si es asi, que?)*

What care is needed for your child while at Little Champions Preschool? *(¿Qué cuidado se necesita para su hijo/a mientras esta en la Preschool Little Champions?)*

Does your child have allergies?  Yes  No

*(¿Su hijo/a tiene alergias?)*

If so, does the child require an EPI-PEN?  Yes  No

*(Si es así, ¿necesita el niño una EPI-PEN?)*

What is your child allergic to? \_\_\_\_\_

*(¿A qué es alérgico al niño?)*

What is the reaction? \_\_\_\_\_

*(¿Cuál es la reacción?)*

How is it treated when symptoms arise? \_\_\_\_\_

*(¿Cómo se trata cuando surgen los síntomas?)*

What kind of care will your child need for this illness while at Little Champions Preschool?

*(¿Qué tipo de cuidado necesitará su niño/a para esta enfermedad mientras esté en Programa de Prescolar?)*

Does your child run a fever easily?  Yes  No

*(¿Su hijo corre fiebre fácilmente?)*

*(Si)*

*(No)*

Does your child have any bowel problems?  Yes  No

*(¿Su hijo tiene problemas intestinales?)*

*(Si)*

*(No)*

If so, explain: \_\_\_\_\_

*(Explique)*

Has your child been to the dentist?  Yes  No

*(¿Su hijo/a ha ido al dentista?)*

*(Si)*

*(No)*

If yes, when was the child's last visit? \_\_\_\_\_

*(¿Cuándo fue la última visita del niño/a?)*

Has your child had been screened for vision and hearing?  Yes  No

*(¿Su hijo ha sido examinado de vision y audicion?)*

*(Si)*

*(No)*

If so, Date: \_\_\_\_\_

*(¿Qué fecha?)*

Does your child wear glasses?  Yes  No

*(¿Su niño/a usa lentes?)*

*(Si)*

*(No)*

Are there any other health problems we should be aware of?  Yes  No

*(¿Hay algún otro problema de salud que debemos tener en cuenta?)*

*(Si)*

*(No)*

If so, what? \_\_\_\_\_

*(¿Si es asi, que?)*

Has your child had any serious accidents?  Yes  No

*(¿Ha tenido su hijo algún accidente grave?)*

*(Si)*

*(No)*

If so, what? \_\_\_\_\_

*(¿Si es asi, que?)*

Has your child ever been hospitalized?  Yes  No

*(¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado?)*

If so, explain: \_\_\_\_\_

*(Explique)*

Please give a statement of your evaluation of your child's overall health:

*(Por favor dé una declaración de su evaluación de la salud general de su niño)*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_





## Little Champions Preschool Parental Permission Form

I give permission for my child to participate in the following activities, please initial each item.  
(Doy permiso para que mi hijo/a participe en las siguientes actividades, por favor, inicialice cada artículo)

- \_\_\_\_\_ 1. Use all the play equipment and participate in all activities of the program.  
*Utilizar todo el equipo de juego y participar en todas las actividades del programa.*
- \_\_\_\_\_ 2. Leave the center premises under the supervision of a staff member/parent for field trips in an authorized vehicle or on foot. (Parents will be given prior notice of all field trips that are not on the school property.)  
*Salga de las instalaciones del centro bajo la supervisión de un miembro del personal / padre para las excursiones en un vehículo autorizado o a pie. (Los padres recibirán un aviso previo de todos los paseos que no están en la propiedad de la escuela.)*
- \_\_\_\_\_ 3. Be included in evaluations  
*(Ser incluido en la evaluación)*
- \_\_\_\_\_ 4. Be in photographs connected with Little Champions Preschool Program or Champion Schools used for marketing purposes. *(Ser incluido las imágenes relacionadas con el Programa Preescolar.)*

I hereby grant permission to the Director, Preschool Paraprofessionals, or Health Aid to take whatever steps may be necessary to obtain emergency medical care if warranted. These steps may include, but are not limited to the following:

*(Doy permiso al Director, Para-profesionales de Preescolar o Asistente de Salud para que tome las medidas que sean necesarias para obtener atención médica de emergencia si se justifica. Estos pasos pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente)*

1. Attempt to contact a parent or guardian. *(Intentar ponerse en contacto con un padre o tutor.)*
2. Call the nearest Urgent Care *(Llame al Servicio de Atención Urgente más cercano)*

### PLEASE NOTE:

*TENGA EN CUENTA:*

- Any expenses incurred under #2 above will be the responsibility of the child's parent.  
*(Cualquier gasto incurrido bajo # 2 arriba será responsabilidad del padre del niño.)*
- The Preschool will not be responsible for anything that may happen due to false information given at the time of enrollment. *(La escuela preescolar no será responsable de nada que pueda ocurrir debido a información falsa dada en el momento de la inscripción)*
- The Preschool will not assume responsibility for a child who has not been signed in when he/she arrives for the day. *(La escuela preescolar no asumirá la responsabilidad de un niño/a que no sea apuntado cuando llegue para el día.)*

Parent's/Guardian's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Preschool Director \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Insurance Information/Información de Aseguración

Insurance Company/Compañía de aseguración: \_\_\_\_\_

Policy Number/Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Phone Number/Numero de telefono: \_\_\_\_\_





## Transportation Policy

Transportation to and from Little Champions Preschool is not provided for preschool students. Parents are responsible for transportation, and for making sure their student is walked to the preschool classroom and signed in using their first and last name. Anyone picking up a student will need proper identification, and no one will be allowed to pick up a student if their name is not on the contact sheet filled out by the parent/guardian or without license or a picture identification card.

*El transporte hacia y desde la escuela, no será proporcionada para los estudiantes de preescolar. Los padres son responsables por el transporte, y para asegurarse de que su estudiante es caminado al salón de clases preescolar y firmado usando su primer nombre y apellido. Cualquier persona que recoja a un estudiante necesitará una identificación apropiada y nadie podrá recoger a un estudiante si su nombre no está en la hoja de contacto completada por el padre o tutor.*

## Field Trip Policy

Little Champions Preschool students will be transported by the Champion Campus bus. In the event of a field trip parents will need to provide a booster/car seat the day of the field trip for their student. At least two weeks prior to a field trip, parents will receive a written field trip plan that will require written permission from a parent or guardian.

*Paseos- Los estudiantes de pre-escolar de Champion Schools, serán transportados por la camioneta de Champion o autobús. En el caso de un paseo los padres tendrán que proporcionar un asiento de niño el día del paseo para su estudiante. Padres recibirán por lo menos dos semanas antes de anticipación por escrito que requerirá permiso por escrito de un padre o tutor.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

*(Firma de padre/tutor)*

Date \_\_\_\_\_

*(Fecha)*

Staff Signature \_\_\_\_\_

*(Firma de personal)*

Date \_\_\_\_\_

*(Fecha)*





Photo & Video Release Form  
*Formulario de lanzamiento de foto y  
video*  
2025-2026

Please be advised that your child may be photographed or videotaped at Champion Schools. Does Champion Schools have permission to feature photos and/or videos of the student on the Chmapion Schools website, social media and/or promotional items?

*Tenga en cuenta que su hijo a puede ser fotografiado a o grabado a por video en Champion Schools. ¿Tiene Champion Schools permiso para presentar fotos y o videos del estudiante en las redes sociales y o articulos promocionales del sitio web de las escuelas Champion?*

**Yes**, I give permission for my child's photograph and/or video to be posted on Champion Schools website, social media, and/or promotional items.

**Si**, doy permiso para que la fotografia de mi hijo/a se publique en las redes sociales y/o articulos promocionales del sitio web de Champion Schools.

**No**, my childs photograph and/or video may not be posted on the website, social media, and/or promotional items.

**No**, la fotografia o el video de mi hijo/a no pueden publicarse en el sitio web, las redes sociales o los articulos promocionales..

---

Student first & last name/ *Primer nombre & apellido de estudiante*

---

Parent Signature/*Firma de padre*

---

Date/*Fecha*





## Tuition Policy/ *Política de matrícula*

Thank you for registering your child with us for the 2025-2026 school year. To maintain your child's place, we must receive a complete Registration Packet, required documents and the \$25 registration fee. The monthly tuition for Little Champions Preschool is \$160.00 a week.

Payments are due a week prior to services on Friday by the end of the business day. If payments aren't received by the end of the business day on Monday, there will be a \$5.00 per day late fee.

*Gracias por registrar a su hijo/a con nosotros para el año escolar 2025-2026. Para mantener el lugar de su hijo/a, debemos recibir un paquete de registro completo, los documentos requeridos y la tarifa de registro de \$25. La matrícula mensual para Little Champions Preschool es de \$160.00 por semana.*

*Los pagos vencen una semana antes de los servicios el viernes al final del día hábil. Si los pagos no se reciben al final del día hábil el lunes, habrá un recargo de \$5.00 por día.*

## Refund Policy/*Política de reembolso*

Upon withdrawal of your child from our program, Champion Schools will refund any unused days that you have paid. Any day where your child has attended a full or partial day will not be subject to refund. Absences due to illness or other reasons will not be refunded.

*Al retirar a su hijo de nuestro programa, Champion Schools le reembolsará los días no utilizados que haya pagado. Cualquier día en el que su hijo haya asistido a un día completo o parcial no estará sujeto a reembolso. Las ausencias por enfermedad u otras razones no serán reembolsadas.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

(Firma de padre/tutor)

(Fecha)

Staff Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### For Office use only:

Date paid: \_\_\_\_\_ Registration Fee: \$25.00 \_\_\_\_\_

### Application Complete:

- Emergency & Immunization Card   
  Birth Certificate   
  Medication consent  
 Immunization records

Staff's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



### ABOUT ME QUESTIONNAIRE

*This confidential questionnaire is to help your child care provider support the growth and development of your child while creating a safe, stable, and healthy environment for all children. By providing complete information about your child, you will be assisting us in creating a positive experience for your child while in child care. Confidentiality is a vital component in the child care setting. Therefore, only share this questionnaire with the child care director, owner, and the child's primary teacher unless pre-approved by the parent/guardian.*

**Instructions:** A parent/guardian must complete this questionnaire, and it must be on file at the child care facility on or before a child's first day of attendance. Additionally, this questionnaire should be updated when significant changes occur in the child's care or annually. A copy should be shared with the child's teacher to support the care of your child. If additional space is needed, attach a separate sheet of paper.

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian completing this form:** \_\_\_\_\_

**What is your preferred method of communication? (Email/Phone/Text)** \_\_\_\_\_

**Provider/Center Name:** \_\_\_\_\_

**Has your child previously attended child care?**  Yes  No

If yes, what type of setting(s) was your child in? (Family child care, group care, etc.) \_\_\_\_\_

**What did you like most about your child's previous child care setting?**  
\_\_\_\_\_

**What did you like the least?**  
\_\_\_\_\_

**What is important to you about your child's care?**  
\_\_\_\_\_

**Who is important to your child?**  
\_\_\_\_\_

**Does your child prefer to play alone or with other children?**  Alone  Other Children

**Does your child have a favorite toy or comfort object?**  Yes  No

If yes, what? \_\_\_\_\_

**What is your child's current sleep schedule?**  
\_\_\_\_\_

**Does your child fall asleep easily?**  Yes  No

**What is your child's mood like upon awakening?**  
\_\_\_\_\_

**What does your child like?**  
\_\_\_\_\_

**What does your child dislike?**  
\_\_\_\_\_

**Special things you say or do to comfort your child are:**

**How do you know when your child is:**

Happy: \_\_\_\_\_

Sad: \_\_\_\_\_

Mad: \_\_\_\_\_

Tired: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**How does your child react when:**

Something unexpected happens:  
\_\_\_\_\_

Something happens they don't like:  
\_\_\_\_\_

They are scared:  
\_\_\_\_\_

Other:  
\_\_\_\_\_

**Does your child have any health issues?**  Yes  No

If yes, please explain:

**Has anything happened recently in your child's life that might affect them?**  Yes  No

*Events at home often influence a child's behavior, for example, changes in the family, such as a new sibling, separation or divorce, or moving to a new home. Knowing about these transitional times will allow us to provide the special attention, understanding, and care your child needs.*

If yes, please explain:

**Is there anything else you would like to share about your child to help us create a positive environment and relationship with your child?**

**Is your child in Foster Care?**  Yes  No

If yes, please list the Case Manager's Name and Contact Information:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Initial) Parent/Guardian declines to complete this Questionnaire.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ENCUESTA SOBRE MÍ**

*Esta encuesta confidencial es para ayudarle a su proveedor de cuidado de niños a apoyar el crecimiento y el desarrollo de su niño mientras crean un entorno seguro, estable y saludable para todos los niños. Al proporcionar información completa acerca de su niño/a, usted nos asistirá en la creación de una experiencia positiva para su niño mientras está bajo cuidado de niños. La confidencialidad es un componente vital en el entorno del cuidado de los niños. Por lo tanto, solo comparta este cuestionario con el director y/o propietario de la instalación de cuidado de niños y al maestro de primaria del niño, a menos que el padre o tutor lo apruebe previamente.*

**Instrucciones:** Un padre o tutor tiene que llenar esta encuesta, y tiene que archivarse en la instalación de cuidado de niños en o antes del primer día de asistencia del niño. Además, esta encuesta se debe actualizar cuando ocurran cambios significativos en el cuidado del niño y/o anualmente. Se debe proporcionar una copia al maestro del niño/a para apoyar el cuidado de su niño/a. Si se necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada.

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Padre o Tutor que llena este formulario:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su método preferido de comunicación?** (Correo electrónico/teléfono/texto) \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor o centro:** \_\_\_\_\_

**¿Ha asistido anteriormente su niño/a al cuidado de niños?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué tipo de entorno(s) estuvo su niño/a? (Hogar para el cuidado de niños, guardería, etc)

\_\_\_\_\_  
**¿Qué es lo que más le gustaba del entorno de cuidado de niños anterior de su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Qué es lo que menos le gustó?**

\_\_\_\_\_  
**¿Qué es importante para usted sobre el cuidado de su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Quién es importante para su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Prefiere su niño/a jugar a solo o con otros niños?**  Solo  Otros niños

**¿Tiene su niño/a un juguete favorito u objeto de confort?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué es? \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el horario de dormir actual de su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Se duerme fácilmente su niño/a?**  Sí  No

**¿Cuál es su estado de ánimo al despertarse?**

\_\_\_\_\_  
**¿Qué le gusta a su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Qué no le gusta a su niño/a?**

\_\_\_\_\_  
**¿Qué cosas especiales le dice o hace para consolar a su niño/a?**

**¿Cómo sabe cuando su niño/a está:**

feliz? \_\_\_\_\_

triste? \_\_\_\_\_

enojado? \_\_\_\_\_

cansado? \_\_\_\_\_

de otro estado de ánimo? \_\_\_\_\_

**¿Cómo reacciona su niño/a cuando:**

ocurre algo inesperado?

sucede algo que no le gusta? \_\_\_\_\_

tiene miedo? \_\_\_\_\_

sucede otra cosa? \_\_\_\_\_

**¿Tiene su niño/a alguna condición de salud?**  Sí  No

En caso afirmativo, por favor, explique:

**Recientemente, ¿ha sucedido algo en la vida de su niño/a que podría afectarle?**  Sí  No

*Los eventos en el hogar a menudo influyen el comportamiento del niño, por ejemplo: cambios en la familia, tales como un hermano nuevo, separación o divorcio, o mudarse a un nuevo hogar. El saber acerca de estos tiempos de transición nos permitirá ofrecer atención, comprensión, y cuidado especial que necesita su niño/a.*

En caso afirmativo, por favor, explique:

**¿Hay algo más que le gustaría compartir acerca de su niño/a que nos ayudaría a crear un entorno y relación positiva para su niño/a?**

**¿Está su niño/a bajo crianza temporal?**  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique el nombre y la información de contacto del administrador del caso:

\_\_\_\_\_ (Iniciales) El padre o tutor declina llenar esta encuesta.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AZ STEPS

*Small Steps...Big Impact!*

Arizona Statewide Training and Technical Assistance for Expulsion Prevention System  
Supported by



## ACKNOWLEDGEMENT

Your child care program is partnering with AZ STEPS, Arizona Statewide Training and Technical Assistance for Expulsion Prevention System. With the goal of suspension and expulsion prevention, AZ STEPS supports DES contracted child care programs in fostering children's social-emotional skills, dealing more effectively with challenging behaviors, and promoting parent engagement. AZ STEPS provides resources, training, and technical assistance for DES contracted child care providers at no charge. AZ STEPS collaborates and provides resources to families who participate in the program at no charge.

X \_\_\_\_\_ I acknowledge the program is funded by The Department of Economic Security (DES).

X \_\_\_\_\_ I acknowledge services are provided through a DES Contractor.

X \_\_\_\_\_ I acknowledge there is a possibility that an Arizona Suspension and Expulsion Support Request may be submitted for my child(ren).

X \_\_\_\_\_ I acknowledge an AZ STEPS Resource Consultant will contact me if a Support Request is submitted for my child(ren) to explain the services offered by the program and provide me a Service Consent Form to sign before services begin.

**I understand that my Acknowledgment expires one year from the date this is signed, unless otherwise indicated by myself.**

\_\_\_\_\_  
*Name of Child*

\_\_\_\_\_  
*Child's Date of Birth*

\_\_\_\_\_  
*Parent Phone Number*

\_\_\_\_\_  
*Name and Address of Child Care Site*

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian Name (please print)*

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Funding provided by the Arizona Department of Economic Security Child Care Administration through the Federal Child Care Development Block Grant (CCDBG).

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-542-4248; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local





**Student Residency Questionnaire(SRQ)**

Information contained on this form is confidential and used to determine whether a child or youth meets the definition of homeless under the McKinney-Vento Act. The Education for Homeless Children and Youth (EHCY) program as authorized under Title VII-B of the McKinney Vento Homeless Assistance Act (42 U.S.C. 11431 et seq.). Please note, false claims about living situations may affect enrollment.

**Section A**

Today's date: \_\_\_\_\_

Name of individual completing this form: \_\_\_\_\_

Your telephone number: \_\_\_\_\_ Your email address: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_

Last School attended: \_\_\_\_\_ Current Grade: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Do you have additional children attending school in our district? Yes  No

Do you have children of the preschool age? Yes  No

Please provide information about additional children attending school in our district or of preschool age.

Last Name	First Name	Grade	School	District

Address of where the student slept last night: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Is this address based on a temporary living arrangement? Yes  No

(Examples: hotel, shelter, transitional housing; sharing the housing of others due to loss of housing; economic hardship, or similar reason; car; park;campsite)

**NOTE: If you checked 'No' to the temporary living arrangement, you may STOP here. If you checked 'Yes', please continue to the next section (Turn page)**

**Section B**

Name of the parent/guardia/adult caring for the student: \_\_\_\_\_

Relationship to the student: \_\_\_\_\_

If the address you provided in section A is based on a temporary living arrangement, is it due to loss of housing or economic hardship? Yes  No

**Please place an "X" in each box that best describes where the student sleeps at night:**

- In a place that does not have windows, doors, running water, heat, electricity or overcrowded
- Staying with a friend or relative because of loss of housing, economic hardship, or similar reason  
(Example: eviction, foreclosure, fire, flood, lost job, divorce, domestic violence, kicked out by parents, ran away from home)

What date did you begin staying here? \_\_\_\_\_

- In a shelter/transitional housing program? (name of agency) \_\_\_\_\_

What date did you begin staying here? \_\_\_\_\_

- In an unsheltered location (e.g. tent, vehicle, abandoned building, streets, campground, park, bus/train station, or similar place)

- Provide the main cross streets of this unsheltered location: \_\_\_\_\_

- In a hotel/motel (name of hotel/motel & address) \_\_\_\_\_

What date did you begin staying here? \_\_\_\_\_

- With an adult that is not a parent or court appointed legal guardian

- Alone, not in the care of a parent or court appointed legal guardian

- None of the above (Please explain):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The following signature certifies that the information provided above is accurate. False claims about living citations may affect enrollment.

\_\_\_\_\_  
Signature of Person Providing Information  
Parent/Legal guardian/Caregiver/Student

\_\_\_\_\_  
Date

**FOR SCHOOL USE ONLY**

Please note, the student's cumulative file should not include a copy of this form. Do not make copies of this form. If section B is filled out, please notify the LEA Homeless Education Liaison, and provide the original form to them.

Name of school site personell who enrolled the student: \_\_\_\_\_

Please check the housing types that apply:

Sheltered  Doubled-Up  Unsheltered/FEMA/Substandard  Hotel/Motel

Unaccompanied Youth: Yes  No  Transportation to school of origin: Yes  No

Date received  
by Homeless  
Liaison  
\_\_\_\_\_



## Cuestionario de Residencia del Estudiante (SRQ)

La información contenida en este formulario es confidencial y se utiliza para determinar si un niño o joven cumple con la definición de persona sin hogar según la Ley McKinney-Vento. El programa de Educación para Niños y Jóvenes sin Hogar (EHCY), autorizado bajo el Título VII-B de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento (42 U.S.C. 11431 y siguientes). Tenga en cuenta que las afirmaciones falsas sobre situaciones de vivienda pueden afectar la inscripción.

### Sección A

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_ Su correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

La última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hijos asistiendo a la escuela en nuestro distrito? Si  No

¿Tiene hijos en edad preescolar? Si  No

Por favor, proporcione información sobre otros hijos que asisten a la escuela en nuestro distrito o que están en edad preescolar.

Apellido	Nombre	Grado	Escuela	Distrito

Dirección de donde durmió el estudiante anoche: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Esta dirección se basa en una situación de vivienda temporal? Si  No

(Ejemplos: hotel, refugio, vivienda transitoria; compartir la vivienda de otros debido a la pérdida de vivienda; dificultades económicas u otra razón similar; coche; parque; camping)

**NOTA: Si marcó 'No' a la situación de vivienda temporal, puede DETENERSE aquí. Si marcó 'Sí', por favor continúe a la siguiente sección (Voltee la página)**

**Sección B**

Nombre del padre/madre/tutor/adulto que cuida al estudiante: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Si la dirección que proporcionó en la sección A se basa en una situación de vivienda temporal, ¿es debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Si  No

**Por favor, coloque una "X" en cada casilla que mejor describa dónde duerme el estudiante por la noche:**

- En un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua corriente, calefacción, electricidad o está sobrepoblado
- Quedándose con un amigo o pariente debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otra razón similar (Ejemplo: desalojo, ejecución hipotecaria, incendio, inundación, pérdida de empleo, divorcio, violencia doméstica, expulsión por parte de los padres, huida del hogar)

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- En un refugio/programa de vivienda transitoria (nombre de la agencia)

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- En un lugar sin refugio (por ejemplo, tienda de campaña, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobús/tren, u otro lugar similar)

Proporcione las calles principales de este lugar sin refugio: \_\_\_\_\_

- En un hotel/motel (nombre del hotel/motel y dirección)

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- Con un adulto que no es un padre ni un tutor legal designado por el tribunal
- Solo, sin estar bajo el cuidado de un padre o tutor legal designado por el tribunal
- Ninguno de los anteriores (Por favor, explique):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La siguiente firma certifica que la información proporcionada arriba es exacta. Las declaraciones falsas sobre las situaciones de vivienda pueden afectar la inscripción.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que proporciona la información  
Padre/Madre/Guardián legal/Cuidador/Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR SCHOOL USE ONLY**

Please note, the student's cumulative file should not include a copy of this form. Do not make copies of this form. If section B is filled out, please notify the LEA Homeless Education Liaison, and provide the original form to them.

Name of school site personell who enrolled the student:

Please check the housing types that apply:

Sheltered  Doubled-Up  Unsheltered/FEMA/Substandard  Hotel/Motel

Unaccompanied Youth: Yes  No  Transportation to school of origin: Yes  No

Date received  
by Homeless  
Liaison  
\_\_\_\_\_