

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT

20____ - 20____



Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha _____

Apellido

Primer nombre

¡Bienvenidos a MIT!

La facultad y el personal de MIT les agradece por elegirnos. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de inscripción, llámenos al: 602.477.2780

Matrícula escolar

- MIT STEM² High School MIT STEM² Online High School

Requisito de inscripción

El padre, madre o tutor puede ayudar a obtener la siguiente documentación de la escuela anterior antes de entregar el Paquete de Inscripción. Es ilegal que cualquier escuela se niegue a entregar los registros no oficiales de cualquier estudiante a su parentesco.

Transporte

Las escuelas charter no están obligadas a proporcionar transporte a estudiantes, pero parte del compromiso de MIT es ayudar a las familias con el transporte en función de la financiación, la viabilidad, el espacio y la distancia. MIT tiene rutas de autobús hacia las áreas generales de las comunidades circundantes. Se anima a las familias a recoger o dejar a sus estudiantes.

Importante: Complete cada sección del paquete de inscripción y revise la información cuidadosamente.

Proceso de Registro

Obtenga copias u originales de lo siguiente:

1. Completar el registro de inscripción y proporcionar un comprobante de domicilio.

2. Despues de la inscripción:

- Acta de nacimiento
(u otra prueba confiable de la identidad y edad del alumno según lo permitido por A.R.S. §15-828)
- Registro de vacunación/formulario de exención
(requerido cuando el estudiante asiste)
- Diploma de 8vo Grado
- Historial de asistencia (de la escuela anterior)
- Registros de disciplina (de la escuela anterior)
- Boleta de calificaciones más reciente
- Transcripciones no oficiales
- Ficha de retiro
- IEP actual (si corresponde)
- Papeleo de Custodia (si corresponde)

3. Formularios que debe completar el parentesco / tutor:

- Formulario de inscripción de estudiantes
- Registros escolares - certificado de nacimiento y Excepciones: A.R.S. 15-828
- Solicitud de comidas gratis y reducidas
- Formulario de documentación de residencia de Arizona
- Formulario de consentimiento para tratamiento de emergencia médica / dental e información médica
- Encuesta sobre el idioma del hogar (PHILOTE)
- Cuestionario de elegibilidad de McKinney-Vento
- Solicitud de liberación de Formulario de registros estudiantiles / ESS
- Contrato de comportamiento del estudiante
- Acuse de recibo del manual y el contrato de estudiante / parentesco / escuela
- Política de uso de tecnología/Internet

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT

20 ___ - 20 ___



* Por favor, lea atentamente y luego proceda a llenar y marque las casillas apropiadamente

Información del Estudiante

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Gender			

Dirección (Incluya el número de apartamento si corresponde)	Ciudad	Estado	Código Postal
---	--------	--------	---------------

Etnicidad Estamos obligados a proporcionar información anual a la Oficina de Derechos Civiles y la Oficina de Registros de Asistencia del Estado.

Hispano / Latino Si No

Nuevas regulaciones federales para datos raciales/étnicos:

Raza Blanco Asiático Nativo Americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico

Nombre del Padre de Familia/Guardian No.1	Relación con el Estudiante
---	----------------------------

Contacto Permitido Derechos Educativos Tiene Custodia Envíos Permitidos Financieramente Responsable Liberar a: _____

Número de Teléfono	Número Celular	Número de Teléfono de Trabajo
--------------------	----------------	-------------------------------

Dirección de Correo Electrónico

Nombre del Padre de Familia/Guardian No.2	Relación con el Estudiante
---	----------------------------

Contacto Permitido Derechos Educativos Tiene Custodia Envíos Permitidos Financieramente Responsable Liberar a: _____

Número de Teléfono	Número Celular	Número de Teléfono de Trabajo
--------------------	----------------	-------------------------------

Dirección de Correo Electrónico

¿Le da permiso a MIT para enviar llamadas automáticas al número de casa celular proporcionado? Si No

Especifique con quién vive el estudiante: Madre Padre Tía Tío Guardián Abuelos Otro: _____

¿Existen problemas de custodia? Si - Proporcione todos los documentos legales. No

Por favor lea atentamente : La divulgación de esta información NO resulta en ningún cambio en la elegibilidad de su hijo para la inscripción.

¿Ha estado su hijo en clases de educación especial? Si No ¿Su hijo tiene un IEP? Si No

¿Este estudiante ha estado en un programa bilingüe o de ESL? Si No ¿Su hija tiene un plan 504? Si No

Si marcó sí en cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione la documentación a la oficina.

¿Este estudiante ha sido retenido? Si No ¿Este estudiante ha sido identificado como superdotado? Si No Programas para superdotados? Si No

For School Use Only

Start Date	Entry Code	SAIS #	School ID #	Teacher
------------	------------	--------	-------------	---------

Address Verification Yes No Birth Certificate Yes No Withdrawal/Report Card Yes No Records Requested Yes No

McKinney Vento Yes No Photo Denied Yes No If there are custodial issues were documents provided? Yes No

AZELLA Tested Yes No Test Date: _____

Open Enrollment Yes No IEP Provided Yes No 504 Provided Yes No



ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



Información de Emergencia

En caso de lesión o enfermedad repentina, _____ se llamará primero. Por la presente doy autoridad a cualquier hospital o médico para que brinde la ayuda inmediata que pueda ser necesaria en ese momento para su salud y seguridad. Entiendo que aceptaré los gastos de este servicio.

Las siguientes personas pueden recoger a mi hijo en caso de emergencia (No incluya a padres)

Nombre	Relación	Número de Teléfono	Email

Información de la Familia

Nombre de Hermanos	Fecha de Nacimiento	Grado

¿Cuál es el idioma principal de los padres? _____

¿Necesitará un intérprete durante las conferencias de padres/maestros, reuniones con el director y/o durante las reuniones de educación especial? Si No

Encuesta de Migrante

¿Se ha mudado con uno de sus padres, cónyuge o tutor legal o se ha unido a él en los últimos 36 meses? Si la respuesta es no, no responda las siguientes dos preguntas.

Si No

¿El propósito principal de la mudanza fue obtener (o intentar obtener) trabajo temporal o estacional, en actividades agrícolas, incluido el trabajo lechero?

Si No

¿Fue el trabajo agrícola un medio primario de sustento para usted y/o su familia? Si No

Entiendo y certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardian

Fecha



Información Médica

1. | ¿Existe alguna condición médica que debamos conocer y qué precauciones se deben tomar (problemas cardíacos, problemas en los pies, problemas de audición, hernias, etc.)? En caso afirmativo, describa: Si No _____

2. | ¿Su hijo es alérgico a los alimentos u otras sustancias? En caso afirmativo, nombre los alimentos o sustancias que deben evitarse y los procedimientos a seguir si ocurre una reacción: Si No _____

3. | ¿Su hijo suele ser susceptible a las infecciones? Si es así, ¿qué precauciones se deben tomar? Si No _____

4. | ¿Su hijo sufre convulsiones? ¿Cuál debería ser nuestro procedimiento si ocurre alguno? Si No _____

5. | ¿Su hijo toma algún medicamento en casa? Si es así, nómbralos: Si No _____

6. | ¿Su hijo tiene un Epi-Pen prescrito? Si No _____

7. | ¿Necesitará su hijo tomar medicamentos durante el horario escolar? Si No _____

Formulario de consentimiento para la administración de medicamentos de venta libre

La ley estatal requiere que un padre / tutor dé su consentimiento para que los menores reciban atención y tratamiento por lesiones y enfermedades menores. ¿Le da su consentimiento a la escuela para que le brinde atención y tratamiento a su hijo? Si No

Estimado Padre / Tutor:

Existen ciertos procedimientos que deben seguirse en caso de que sea necesario que su hijo reciba medicamentos de venta libre durante el horario escolar. Lea y firme a continuación si desea que su hijo reciba este tipo de medicamentos en cualquier momento durante el año escolar.

Todos los medicamentos se administrarán siguiendo las instrucciones del fabricante, a menos que se den órdenes médicas por escrito. No se administrará ningún medicamento de venta libre administrado por vía oral durante las últimas 4 horas de escuela.

He leído y entendido lo anterior y solicito que el personal del MIT ayude a mi hijo, _____ por administrarle el medicamento de venta libre que necesita. Doy permiso para que se administren a mi hijo los siguientes tipos de medicamentos de venta libre:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tylenol / Acetaminophen (Tylenol genérico) | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol (antiácidos) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la tos, pastillas para el dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Benadryl, Claritin, Tylenol Sinus (antihistamínicos) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para el resfriado (Children's Pedia-Care, Dimetapp) | <input type="checkbox"/> Anbesol (gel de dientes) |
| <input type="checkbox"/> Motrin para niños (ibuprofeno) | <input type="checkbox"/> Carmex, Chapstick (para labios agrietados) |
| <input type="checkbox"/> Ungüento tópico (antibiótico/ungüento para quemaduras, crema de primeros auxilios) | |
| <input type="checkbox"/> Gotas para los ojos, lavado de ojos | |

Firma del Padre/Guardian

Fecha



Documentación de Vacunación o Enfermedad de Varicela (varicela)

Nombre del estudiante	Grado	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
¿Ha tenido su hijo varicela alguna vez? (Marque una respuesta) <input type="checkbox"/> Sí - Vaya al #1 <input type="checkbox"/> No - Vaya al #2 <input type="checkbox"/> No recuerdo - Vaya al #1			
1. Por favor responda las siguientes preguntas: (Marque solo una respuesta por pregunta)			
a. ¿Estuvo su hijo en contacto “cara a cara” con otros niños que tenían varicela?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerdo
b. ¿Tuvo su hijo un sarpullido en el cuerpo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerdo
c. ¿El sarpullido “picaba”?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerdo
d. ¿Aparecieron “costras” hacia el final de la erupción?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerdo
e. ¿Cuándo tuvo su hijo varicela?	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

2. Si su hijo no ha tenido varicela, ¿se ha puesto la vacuna contra la varicela? (Marque una respuesta)

Si No No recuerdo

**** Si respondió Sí, lleve el registro de vacunación de su hijo a la enfermera de la escuela para que la fecha de la vacuna pueda registrarse en el registro de salud de su hijo.**

**** Si respondió NO o NO RECUERDA, lleve a su hijo a su médico oa la clínica de salud local para recibir la vacuna contra la varicela, luego lleve su registro de vacunación a la enfermera de la escuela para que la fecha se pueda registrar en el registro de salud de su hijo.**

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Padre/Guardian

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*?

Distrito

Nombre del estudiante _____ Núm. de identificación _____

Fecha de nacimiento _____ SSID _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Distrito o Charter _____

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 05-2023)



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)
- Consular identification card issued by a foreign government as a valid form of identification if the foreign government uses biometric verification techniques in issuing the consular identification card
- 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)
- Consular identification card issued by a foreign government as a valid form of identification if the foreign government uses biometric verification techniques in issuing the consular identification card

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

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT 2026-2027



Release of Student Records

3900 S 55th Avenue, Phoenix, AZ 85043

Phone: 602.477.2780 Fax: 602.272.0309

Email: cvaldez@mitglobalonline.org

We are requesting the release of the following records for use in providing appropriate educational service and updating previous reports for the named student below:

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| Medical: | <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Immunization Records | | |
| Education: | <input type="checkbox"/> Withdrawal Form | <input type="checkbox"/> Report Cards | <input type="checkbox"/> Official Transcripts (Mail) | <input type="checkbox"/> Unofficial Transcripts (Email/Fax) |
| | <input type="checkbox"/> Language Survey | <input type="checkbox"/> Gifted Results | <input type="checkbox"/> Attendance Profile | <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores |
| | | | | <input type="checkbox"/> Discipline Records |
| ELL and Migrant Program Information: | <input type="checkbox"/> Program Information | <input type="checkbox"/> Test Scores | <input type="checkbox"/> Student Screening Report | |
| Special Education Program Information: | <input type="checkbox"/> Most Current IEP | <input type="checkbox"/> Most Current Evaluation | | |
| | <input type="checkbox"/> Most Current 504 Accommodation Plan | | | |

Student Name

Date of Birth: (mm/dd/yy)

Maricopa Institute of Technology

Enrolling School

Grade

Student ID No.

I hereby authorize (**previous school district**):

School District

School Name

Address

City, State, ZIP

Phone

Fax

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

For Official Use Only

1st Request

2nd Request

3rd Request

Record Received Date

No Previous Records

Requested by

Date

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT**SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027****Contrato de Comportamiento del Estudiante**

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Grado

El contrato del estudiante es entre Maricopa Institute of Technology, los padres y el estudiante mencionado anteriormente. El propósito de este contrato es asegurar que el estudiante comprenda y siga las reglas de la escuela. El incumplimiento de las áreas identificadas a continuación por el estudiante puede resultar en consecuencias disciplinarias hasta la recomendación de expulsión.

Si su estudiante demuestra un comportamiento inapropiado en violación de las reglas de la escuela, será contactado para una conferencia para discutir el comportamiento de su estudiante y el proceso de disciplina aplicable.

Firma del Estudiante (Obligatorio)

Fecha

Firma del Padre/Guardian (Obligatorio)

Fecha

Firma del Administrador de la Escuela/Distrito (Obligatorio)

Fecha

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT**SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027****Reconocimiento del Manual del Estudiante**

(Por favor devuelva este formulario a su escuela dentro de una (1) semana después de que el estudiante se inscribe. Debe completar este formulario cada año escolar).

Número de Identificación Estudiantil

Nombre del Estudiante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre del Padre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Reconozco la Política de Asistencia, los Procedimientos y Sanciones de Conducta / Disciplina del Estudiante, los Derechos del Debido Proceso de los Estudiantes, el Uso de Recursos Tecnológicos en la Instrucción y los Expedientes de los Estudiantes como se indica en el manual del estudiante.

Reconozco que he leído todos los documentos del Manual del estudiante del Instituto de Tecnología de Maricopa. Cumpliré las condiciones y reglas incluidas en este manual.

Firma del Alumno

Fecha

Firma del Padre/Guardian

Fecha

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027



Carta Compacta del Proyecto Título I Para Toda la Escuela

Parte de nuestra subvención del gobierno para los requisitos del Título 1 (debido al alto porcentaje de almuerzos gratis / reducidos de nuestra escuela) es tener un contrato para el personal / estudiante / padre. Este contrato garantiza que trabajemos en equipo para mejorar el éxito de nuestros estudiantes en la escuela. Gracias por todo lo que hace para apoyarnos en hacer de nuestra escuela un lugar seguro para que todos los niños aprendan y crezcan.

En nuestro compromiso de poner a los niños primero, nosotros:

Como maestro,

- Tener la responsabilidad de proporcionar un plan de estudios e instrucción de alta calidad en un entorno de aprendizaje eficaz y de apoyo que permita a los estudiantes cumplir con los estándares.
- Comprometerse a participar en el desarrollo profesional continuo para implementar el aprendizaje basado en proyectos
- ¡Cree que todos los niños son capaces de triunfar, SIN EXCEPCIONES!
- Ser accesible y comunicarse con los padres a través de conferencias individuales de padres y maestros (dos veces al año), boletas de calificaciones (trimestrales), informe de progreso (cuatro veces al año), boletín informativo del salón de clases (trimestral), comunicación abierta por llamadas telefónicas (responda dentro de 24 horas o el mismo día dependiendo de la situación), correo electrónico, sitio web, oportunidades sin cita previa (voluntarios, visitas y observaciones),
- Proporcionar un entorno escolar y de aula seguro,
- Apoyar el aprendizaje de los estudiantes con compasión y entusiasmo,
- Respeta las diferencias culturales de los demás.

Como padres / tutores, queremos que nuestros hijos tengan la mejor educación posible y nos damos cuenta de que los sistemas escolares sólidos son esenciales, nosotros, como padres / tutores, nos unimos al personal para apoyar el éxito de nuestros hijos en la escuela al:

- Hacer todo lo posible para que nuestro hijo llegue a la escuela a tiempo todos los días
- Leer y firmar la agenda de nuestro hijo todos los días
- Reforzar las reglas y políticas escolares a medida que ayudan a mi hijo a aprender, mantenerse seguro y ganar autocontrol.
- Proporcionar un mínimo de una hora ininterrumpida al día que se dedicará a una actividad de aprendizaje, tarea o estudio.
- Leer y firmar la tarea / agenda de nuestro hijo todos los días

Como estudiante,

- Trabajar duro y dar lo mejor de mí en clase.
- Asistir a la escuela con regularidad
- Ayudar a mantener segura mi escuela
- Pide ayuda cuando la necesito
- Respetar y cooperar con otros estudiantes y adultos.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Firma del Administrativo de la Escuela

Fecha

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027



Comunicado de Prensa del Estudiante

Se requiere un formulario por estudiante

Maricopa Institute of Technology ocasionalmente publica fotografías y videos de estudiantes involucrados en actividades escolares. Las publicaciones pueden incluir boletines informativos de la clase, boletines escolares, folletos, volantes, periódicos y el sitio web del Instituto de Tecnología Maricopa y / o la página de Facebook, etc.

Tenga en cuenta:

- Cualquier foto o video de un estudiante publicado en el sitio web o página de Facebook, ya sea individual, grupal o individual, grupo o equipo no incluirá información personal, es decir, nombre, grado, etc.
- Algunas de estas fotos o videos pueden ser tomas de acción o espontáneas tomadas durante la participación en un evento. Se pueden organizar otras imágenes o videos para propósitos específicos.
- Las tomas de grupo, como las fotos de la clase o del equipo, se pueden publicar en el sitio web y se pueden identificar por el nombre del equipo o de la clase, pero no se incluirán nombres individuales.

- SÍ, por la presente doy mi consentimiento para autorizar al Maricopa Institute of Technology a usar y producir todas y cada una de las fotografías y videos tomados de este estudiante para el Instituto de Tecnología de Maricopa sin compensación para mí. TODAS LAS PRUEBAS e IMPRESIONES serán propiedad del Maricopa Institute of Technology única y completamente.**
- NO, retengo el permiso para que Maricopa Institute of Technology use las fotos o videos de mi estudiante para cualquier publicación del Instituto de Tecnología de Maricopa como se indicó anteriormente.

Nombre del Estudiante

Nombre Impreso del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Fecha

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT**SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027****Un programa académico avanzado STEM²**

Apellido	Nombre	Número de identificación de SAIS del estudiante
Nombre del Padre/Guardian (Letra Molde)		

Comprenda que el programa MIT STEM2, que incluye Pre-AP / AP y Matrícula doble, tiene expectativas dentro del entorno educativo acelerado que cada estudiante debe mantener durante el año escolar. Los estudiantes pueden permanecer en el programa MIT STEM2 manteniendo un promedio de curso individual de 70 o más durante cada ciclo de calificaciones en cada una de las clases Pre-AP / AP y de crédito dual: matemáticas, ciencias, estudios sociales y artes del lenguaje. Un estudiante que obtenga un promedio de menos de 70 puede permanecer en el curso solo después de que el comité del plan de crecimiento haya considerado cuidadosamente el mejor interés del estudiante. Las expectativas del programa MIT son:

- Tareas completas: trabajo en clase, tarea, proyectos especiales;
- Lleva los materiales necesarios a clase;
- Mantener un alto grado de organización;
- Participar y permanecer concentrado en la clase;
- Mantener una asistencia regular de acuerdo con la política de la escuela;
- Abstenerse de tardanzas excesivas de acuerdo con la política de la escuela;
- Adherirse al código de conducta del estudiante; y

Los estudiantes que no cumplen con las expectativas del programa se colocan en el Plan de crecimiento del MIT por un mínimo de un ciclo de calificaciones. El plan de crecimiento ayuda a los estudiantes a cumplir con las expectativas del programa dentro de un entorno educativo acelerado, identificando los problemas individuales de los estudiantes y proporcionando un curso de acción para que el estudiante cumpla con los estándares académicos. El plan de crecimiento se revisa cada ciclo de calificaciones que permanece en su lugar, y es la documentación que se utiliza para determinar si el estudiante debe continuar en el curso de nivel avanzado.

Este acuerdo es en el mejor interés del estudiante. Acordamos adherirnos a las expectativas y políticas del programa como se describe en este acuerdo.

Firma del Estudiante**Fecha****Firma del Padre/Guardian (Obligatorio)****Fecha**

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027



Military Student Identifier

The Every Student Succeeds Act (“ESSA”) recognizes military-connected students as a distinct subgroup, and public schools must include the military student identifier question in their enrollment paperwork. The Military Student Identifier (“MSI”) is a recently established code where families indicate upon enrollment at a school that their student has at least one parent who is a member of the Armed Forces on active duty.

Military Connected Student

Name of Student

Date of Birth

Parent(s) Names

Please check the box that applies to you

Student is a dependent of a member of the United States military service in the Active Duty Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard.

- Student is a dependent of a full-time member of the National Guard, or Reserve force of the United States military (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard).
- Student is a dependent of a member of the National Guard, or Reserve force of the United States military (Army, Navy, Marine Corps or Air Force).
- None of the above.

Parent/Guardian signature below affirms the information provided is accurate and complete.

Parent/Guardian Signature

Date

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT**SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027****McKinney-Vento
Eligibility Questionnaire**

1. Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento, el Título X y la Parte C de Que Ningún Niño se Quede Atrás. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a determinar para qué servicios un estudiante puede ser elegible. Vea la página adjunta para una descripción de la Ley McKinney-Vento. La cumplimentación de este cuestionario es voluntaria.

2. 1. ¿Necesitará su hijo tomar medicamentos durante el horario escolar? **Si** **No**

2. ¿Su dirección temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? **Si** **No**

2a. SI RESPONDIÓ " NO " A AMBAS PREGUNTAS, PUEDE DETENERSE AQUÍ. GRACIAS.

3. Las respuestas al resto de esta página también son voluntarias y nos dirán que está interesado en posibles servicios bajo McKinney-Vento. Si respondió "sí" a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario. Puede llenar un formulario para todos sus hijos.

4. Names of adults in the home:

Names	Names
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

5. 1. ¿Dónde vive actualmente este estudiante? (Marque una casilla)

- Duplicado con familiares o amigos**
- En un motel**
- En un refugio**
- Moverse de un lugar a otro**
- En un lugar no considerado "vivienda" tradicional (campamento, automóvil, lugar público, etc.)**

6. 2. ¿También tienes niños en edad preescolar en casa? **Si** **No**

3. ¿Eres un estudiante de high school que actualmente vive solo? **Si** **No**

(Los jóvenes no acompañados también califican para servicios bajo esta ley.)

ESTRELLA EDUCATIONAL FOUNDATION DISTRICT



SCHOOL YEAR ENROLLMENT
2026-2027



Derechos De Los Estudiantes Sin Hogar

Esta escuela proporcionará un ambiente educativo que trate a todos los estudiantes con dignidad y respeto. Todo estudiante sin hogar tendrá acceso a las mismas oportunidades educativas gratuitas y apropiadas que los estudiantes que no son personas sin hogar. Este compromiso con los derechos educativos de los niños, jóvenes y jóvenes no acompañados sin hogar se aplica a todos los servicios, programas y actividades proporcionados o disponibles.

Un estudiante puede ser considerado elegible para servicios como "Niño o Joven sin Hogar" bajo el McKinney-Vento Ley de Asistencia para Personas sin Hogar si él o ella vive actualmente:

- En un refugio, vivienda compartida temporal o programa de vivienda de transición.
- En un hotel / motel, campamento o situación similar debido a la falta de alternativas.
- En una estación de autobuses, un parque, un automóvil o un edificio abandonado.
- En colocación temporal o de transición en hogares de guarda.

De acuerdo con la Ley McKinney-Vento para personas sin hogar, los estudiantes elegibles tienen derecho a:

Inscripción inmediata: La documentación y los registros de vacunación no pueden servir como barrera para la inscripción en la escuela.

Selección de escuelas: los estudiantes elegibles de McKinney-Vento tienen derecho a seleccionar entre las siguientes escuelas:

- La escuela a la que asistió cuando estaba alojado permanentemente (Escuela de origen)
- La escuela en la que estuvo matriculado por última vez (Escuela de origen)
- La escuela en el área de asistencia en la que el estudiante reside actualmente (Escuela de Residencia)

Permanecer inscrito en la escuela seleccionada por la duración de la falta de vivienda, o hasta el año académico en el que están alojados permanentemente.

Participar en programas en los que son elegibles, incluido el Título I, National School Lunch Program, Head Start, Event Start, etc.

Servicios de Transporte: Un estudiante elegible de McKinney-Vento que asiste a su Escuela de Origen tiene derecho a transporte hacia y desde la Escuela de Origen.

Resolución de disputas: Si no está de acuerdo con los funcionarios escolares sobre la inscripción, el transporte o el trato justo de un niño o joven sin hogar, puede presentar una queja ante el distrito escolar. El distrito escolar debe responder rápidamente y debe ser una respuesta por escrito. Durante la disputa, el estudiante debe ser inscrito inmediatamente en la escuela y proporcionar transporte hasta que se resuelva la situación. El Enlace para Personas sin Hogar lo ayudará a tomar una decisión, a notificar cualquier proceso de apelación y a completar los formularios de disputa. Usted tiene el derecho de apelar una decisión a nivel estatal.

Para obtener más información, consulte <http://www.azed.gov/schooleffectiveness/specialpops/homeless> o contacte:

Mehulkumar Gandhi
Maricopa Institute of Technology
3900 S. 55th Ave
Phoenix, Arizona
P: (602) 477-2780
F: (602) 272-0309
mgandhi@mitglobalonline.org

Rita Rodriguez
Coordinator Homeless Education Program
Arizona Department of Education
1535 W. Jefferson Street
Phoenix, AZ
(602) 542-4963
homeless@azeds.gov