One Team, Una Familia!

Cartwright School District No. 83

5220 W. Indian School Rd Phoenix,
AZ 85031
Phone 623-691-4000
Fax 623-691-4079

Lista de documentos para inscripción

Se requiere que traigan consigo

- □ Acta de nacimiento original certificada del estudiante o un certificado de bautismo o una solicitud de número de seguro social
- □ Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
- □ Comprobante de domicilio
  - (Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)
- □ Identificación de los padres / tutor
- □ Boleta de calificaciones/hoja de baja de la escuela anterior – si esta disponible.

Formularios de Inscripción **(se puede descargar y completar antes de entregar, pero por favor firme y feche cuando este en la escuela)**

- □ Formulario de Inscripción (Información del Estudiante) – completar y firmar el formulario
- □ Historial Médico Estudiantil – completar y firmar el formulario
- □ Encuesta sobre el Idioma en el Hogar – completar y firmar el formulario
- □ Formulario de Documentación de Residencia de Arizona – completar y firmar el formulario (incluya el nombre del estudiante que esta inscribiendo)
- □ Encuesta de Residencia– completar apropiadamente de acuerdo a susnecesidades y firmar el formulario
- □ Encuesta de Poblaciones Únicas – completar y firmar el formulario
- □ Encuesta de Información Medica – completar y firmar el formulario
- □ Autorización para Compartir Archivos Estudiantiles – completar y firmar el formulario

Documentos adicionales que pudiese necesitar

- □ Documentación de guardián/custodia (si corresponde)
- □ Formulario de documentación de residencia de Arizona (si corresponde)

CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

Formulario de inscripción

Familias, empiecen aquí. Por favor llene el formulario en su totalidad.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal	Nombre	Segundo nombre	Sufijo

Apellido que usa el estudiante *(si es diferente al de arriba)*	Nombre/ Apodo que usa el estudiante *(si es diferente al de arriba)*	Género: ☐ M ☐ F

Grado	Fecha de nacimiento	Ciudad, estado, país de nacimiento

Nombre de la madre *como aparece en el certificado de nacimiento*	Nombre del padre *como aparece en el certificado de nacimiento*

Etnicidad: Hispana o Latina? ☐ Sí ☐ No

Raza *(Marque todo lo que se aplique)*: ☐ asiática ☐ Negra ☑ Blanca ☐ Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico ☐ Indígena americano o Nativo de Alaska: Nombre tribal_____ CIB # _____

Última escuela a la que asistió	Ciudad, estado	Teléfono

SERVICIOS PARA LOS ESTUDIANTES

¿Ha estado su niño alguna vez inscrito en un Programa para Superdotados? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido su niño alguna vez Servicios Especiales, incluyendo Habla/Idioma? ☐ Sí ☐ No

¿Desea una conferencia con la trabajadora social de la escuela? ☐ Sí ☐ No

PADRES/GUARDIANES - DEBEN SER GUARDIANES LEGALES – TODOS LOS DEMÁS DEBEN ESTAR EN LA LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA A CONTINUACIÓN

PADRE/ GUARDIÁN VIVE CON EL ESTUDIANTE

Relación: ☐ Padre ☐ Otro guardián legal *(por favor especifique y proporcione documentos legales)* | **Género:** ☐ M ☐ F | **¿Comunicación entre la escuela y el hogar?** ☐ Inglés ☐ Español

Apellido	Nombre	Segundo nombre	
			☑ Vive con el estudiante ☐ Derechos Ed. ☐ Entregar a ☐ Padre inscribiendo ☐ Tiene custodia ☐ Resp. Financiera ☐ Contacto Permitido ☐ Correspondencia permitida

Teléfono principal *¿Okay enviar Texto?* ☐ Sí ☐ No ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Hogar	Teléfono 2 *¿Okay enviar Texto?* ☐ Sí ☐ No ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Hogar	Correo electrónico

Dirección	Ciudad, código postal	Dirección postal *(si es diferente)*	Ciudad, código postal

PADRE/ GUARDIÁN

Relación: ☐ Padre ☐ Otro guardián legal *(por favor especifique y proporcione documentos legales)* | **Género:** ☐ M ☐ F | **¿Comunicación entre la escuela y el hogar?** ☐ Inglés ☐ Español

Apellido	Nombre	Segundo nombre	
			☐ Vive con el estudiante ☐ Derechos Ed. ☐ Entregar a ☐ Padre inscribiendo ☐ Tiene custodia ☐ Resp. Financiera ☐ Contacto Permitido ☐ Correspondencia permitida

Teléfono principal *¿Okay enviar Texto?* ☐ Sí ☐ No ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Hogar	Teléfono 2 *¿Okay enviar Texto?* ☐ Sí ☐ No ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Hogar	Correo electrónico

Dirección	Ciudad, código postal	Dirección postal *(si es diferente)*	Ciudad, código postal

CONTACTOS DE EMERGENCIA, que no sean el padre/guardián anotados arriba, que tienen permiso para recoger al niño o para ser contactados en caso de emergencia o enfermedad. Los estudiantes no se dejarán ir con una persona que no esté anotada como un contacto de emergencia.

	Nombre y Apellido	Teléfono	Relación: ☐ Padrastro ☐ Abuelo ☐ Amigo ☐ Otro:
1			
2			
3			
4			

Si es necesario, Pueden proporcionar contactos adicionales a la oficina de la escuela.

La información anotada arriba es precisa y completa según mi mejor entendimiento

Firma del Padre/ Guardián _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha AZELLA más reciente: _____

Total Nivel de habilidad: _____

Historial de Programa ELL más reciente

Fecha: _____

☐ Programa ELL más reciente
☐ Salida de SPED más reciente
☐ Retiro más reciente de los padres

Cuidados después de la escuela: ☐ Bus ☐ PAC ☐ recoge ☐ camina ☐ Otro:

Inscripción especial: ☐ Residente ☐ Transferencia de residente ☐ No residente

Verificación de nacimiento: ☐ BC ☐ BAP ☐ INS ☐ Adopción ☐ Pasaporte ☐ NP

Edad Sept. 1

Número del estudiante	EDFI ID

Escuela	Grado

Maestro	Sección	Salón

Fecha de entrada	Código de entrada

CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

Historial Médico

Nombre del niño(a):_____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que llena esta forma:_____ Fecha:_____

Parentesco con el alumno(a): _____

HISTORIAL MÉDICA DEL ALUMNO: Sírvase indicar las fechas:

ADD/ADHD ☐	En que Fecha:	Asma ☐	En que Fecha:
Alergias: Temporales: ☐ Medicamentos: ☐ Comida: ☐ Otros ☐		En que Fecha:	Alergia Especifica
Varicela ☐	En que Fecha:	Diabetes ☐	En que Fecha:
Problemas del Corazón: ☐ Especifique:	En que Fecha:	Hemofilia ☐	En que Fecha:
Convulsiones: ☐ **Se debe de llenar el plan de cuidado para convulsiones**	Tipo:		En que Fecha:
Otro: ☐ Especifique			En que Fecha:

HISTORIAL QUIRÚRGICO DEL ESTUDIANTE: (Indique las fechas)

Apendicectomía ☐ Fecha:	Hernia ☐ Fecha:	Oído ☐ Fecha:	Amigdalectomía ☐ Fecha:	Ojo ☐ Fecha:	Otra:
Exámenes Especiales:	Célula Falciforme ☐ Fecha:	Resultado:	Tuberculosis: Fecha:	Resultado:	

¿Enfermedades o lesiones graves? Describa:

¿Al presente, está su hijo(a) tomando alguna medicina?	Si ☐ No ☐	
Medicamento	Razón	
Medicamento	Razón	
¿Ha su hijo(a) tomado alguna medicina durante un período largo de tiempo?	Si ☐ No ☐ Nómbrelos:	Medicamentos: _____ Razón: _____
Se ha diagnosticado a su hijo(a) con algún problema de audición o de la vista?	Si ☐ No ☐	Explique: _____
Tiene su hijo(a) alguna discapacidad u otras condiciones significativas de las que debemos estar enterados?	Si ☐ No ☐	Explique: _____

Historial de Desarrollo Si su respuesta es "Si" provea una explicación.

Edad de la madre al dar a luz		Duración del embarazo		Peso al nacer	
¿Dio a luz un solo bebe? Si ☐ No ☐		Número de bebes		Prematuro	Si ☐ No ☐
Problemas durante el embarazo	Si ☐	No ☐	Explique:		
Uso medicamentos/drogas	Si ☐	No ☐	Explique:		
Uso alcohol o tabaco	Si ☐	No ☐	Explique:		

Avances importantes de desarrollo

	TEMPRANO	TIPICO	TARDIO	SI TARDÍO, ¿A QUÉ EDAD?
Se sentó solo(a)	☐ Antes de 5 meses	☐ 5-8 meses	☐ Después de 8 meses	_____
Gateó	☐ Antes de 6 meses	☐ 6-10 meses	☐ Después de 10 meses	_____
Caminó	☐ Antes de 10 meses	☐ 10-15 meses	☐ Después de 15 meses	_____
Dijo sus primeras palabras	☐ Antes de 10 meses	☐ 10-16 meses	☐ Después de 16 meses	_____
Dijo frases de 2 ó 3 palabras	☐ Antes de 15 meses	☐ 15-24 meses	☐ Después de 24 meses	_____
Aprendió a ir solo al baño	☐ Antes de 2 años	☐ 2-3 años	☐ Después de 3 años	_____

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 Cartwright School District #83

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)

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

Incluyendo al estudiante(s) inscrito, *escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:*

Inscribiendo estudiante:_____ Distrito: **C.S.D. #83**

Estudiante:_____ Distrito: **C.S.D. #83**

Estudiante:_____ Distrito: **C.S.D. #83**

Estudiante:_____ Distrito: **C.S.D. #83**

Padre/Guardián Legal _____

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro* que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante:**

- ☐ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- ☐ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ☐ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- ☐ Factura de impuesto de propiedad *(el más reciente)*
- ☐ Acuerdo de alquiler o arrendamiento *(firmado por el propietario y el inquilino)*
- ☐ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono *(el más reciente y usando la direcciónde servicio)*
- ☐ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito *(el más reciente)*
- ☐ Declaración de salario W-2 *(el más reciente)*
- ☐ Talón de pago *(el más reciente)*
- ☐ Certificado de inscripción tribal (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígenareconocida que tiene una dirección en Arizona.
- ☐ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– *(el más reciente)*
- ☐ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)

- ☐ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provistouna declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X _____ _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL **FECHA**

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuetos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.

Cartwright School District #83

One Team, Una Familia!

Cuestionario de domicilio

Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento U.S.C. 11435. Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

1. ¿La dirección del domicilio del estudiante es un arreglo de vivienda ***temporal***? Si:☐ No:☐
2. Si es temporal, ¿este arreglo de vivienda se debe a la ***pérdida de vivienda o dificultades económicas***? Si:☐ No:☐

Si repondió **SÍ** a las preguntas 1 y 2, completa la parte inferior del formulario.
Si respondió **NO** a cualquiera de las preguntas, puede detenerse aquí. ¡Gracias!

¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (marque cualquiera que aplique)

☐ En un motel
☐ En un refugio
☐ Con mas de una familia en una casa o apartamento
☐ En un lugar no diseñado para dormir (coche, parque, campamento, edificio abandonado etc.)

Nombre de estudiante: _____ FDN: _____ Escuela: _____Grado: ___

Nombre de estudiante: _____ FDN: _____ Escuela: _____Grado: ___

Nombre de estudiante: _____ FDN: _____ Escuela: _____Grado: ___

Nombre de estudiante: _____ FDN: _____ Escuela: _____Grado: ___

Nombre de los padre(s)/tutor(es) legal (es): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

Numero(s) de teléfono: _____ Coreo electrónico: _____

¿Cuanto tiempo lleva en la dirección actual? _____

Al firmar, yo atestiguo que esta información es verdadera y exacta

Firma del padre/tutor legal: X_____ Fecha: _____

¿Le gustaría ser contactado con respecto a la elegibilidad para el transporte bajo McKinney-Vento? Si:☐ No:☐

Office Use Only:

Enrolling School:_____ Name of Enrolling School Personnel: _____

For questions call or email McKinney-Vento Liaison, Phone: 623-691-1984

Please scan yes/yes forms to the documents tab in Synergy (separately) & email the McKinney-Vento Liaison
Do not place in cumulative folders (retain hard copies in separate file)

CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

For Office Use Only
School Name: _____
Enter Date: _____
Student ID: _____

Identificación de poblaciones únicas

Nombre legal del estudiante (como aparece en el certificado de nacimiento): _____ Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de nacimiento

Nombre que usa el estudiante: _____ Apellido _____ Primer Nombre

1 ☐ Si ☐ No ¿Ha trabajado en trabajos relacionados con la agricultura, como trabajo de campo, empresas empacadoras de frutas o verduras, lecherías o ranchos en los últimos 3 años?

2 ☐ Si ☐ No ¿Se ha mudado recientemente con la familia de otra ciudad, estado o país para trabajar en el campo, empacadoras, lecherías o ranchos?

3 ☐ Si ☐ No ¿Ha dejado Phoenix con la familia para ir a trabajar en el campo, empresas empacadoras, lecherías o ranchos?

4 ☐ Si ☐ No ¿Es el estudiante un refugiado?

País: _____ Numero de I-94 registro: _____ Fecha emitida: _____

5 Nombre de agencia de reasentamiento: _____

Dirección actual: _____ Teléfono: _____

6 Nombre de asistente social del reasentamiento: Teléfono: Ext:

7 ☐ Si ☐ No Nacio su hijo/a fuera de los Estados Unidos? **¿Si es así, en que país?** _____

8 ☐ Si ☐ No Si el niño nació fuera de los EE. UU., ¿Los padres son militares activos?

9 Si el niño nació fuera de los EE. UU, enumere todas las escuelas a las que asistió en los últimos tres años:

Ano Escolar	Grado	Nombre de Escuela	Ciudad	Estado	Pais

Firma de padre/tutor legal: X _____ Fecha: _____

If any answers are Yes, scan to the documents tab in Synergy (seperately) & email Andrea Barrera at Educational Services

CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

Nombre de estudiante	
Fecha de nacimiento	

Sólo para uso de la oficina

PERM ID		Room #	
Grade		Teacher	

INFORMACIÓN MEDICA

☐ Seguro medico / ☐ AHCCCS:		Hospital que Prefiere:	
Médico:		Tel:	
Condiciones médicas o enfermedades:			
Alergias: ☐ Temporales ☐ Comida:		☐ Medicinas:	☐ Otras:
Medicinas que está tomando actualmente:			

Mi hijo(a) puede recibir los siguientes tratamientos en la escuela a discreción de la enfermera: (marca Sí / No)

Atomizador Chloraseptic (dolor de garganta)	☐ Sí ☐ No	Caramelos para la tos (tos)	☐ Sí ☐ No
Loción Calamine/Caladryl (picaduras de insectos)	☐ Sí ☐ No	Enjuague salino para los ojos (irritación de los ojos)	☐ Sí ☐ No
Pomada de Antibióticos (cortadas/abrasión)	☐ Sí ☐ No	Aceite de clavo de olor (dolor de dientes)	☐ Sí ☐ No
Oxígeno (emergencias solamente)	☐ Sí ☐ No	*Campho-phenique* (para ampollas)	☐ Sí ☐ No
Acetaminofeno (genérico de *Tylenol*)	☐ Sí ☐ No	Ibuprofeno (genérico de Advil) ***Solo para mayores de 12 años***	☐ Sí ☐ No

Firma del Padre o Tutor:_____ Fecha: Tel:

FAVOR DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE SI LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR

ESEA (Title I) Elegibilidad de Ingresos

El departamento de Educación le proporciona la siguiente guía para determinar elegibilidad de estudiantes asistiendo esta escuela en el año fiscal 2024. Esta información es importante para determinar si el estudiante es elegible para los programas federales de la ley Elementary and Secondary Education Act (ESEA).

¿Considerando la información, en el cuadro izquierdo de abajo, son los ingresos de su familia lo mismo -o- menos que las cantidades indicadas para el tamaño de su familia?

SI Indicator 1 ☐ SI Indicator 2 ☐ NO ☐

Definición de Ingresos: En esta forma debe de incluir todos sus ingresos debido a salarios, antes de deducciones o impuestos, y otros ingresos recibidos en empleo particular, asistencia pública, asistencia del Seguro Social, beneficios del Seguro de Desempleo, pagos de jubilación, pagos legales de asistencia para sus hijos, ingresos de pensiones y pólizas de seguros, etc.

Si su familia califica, por favor proporcione la siguiente información sobre sus hijos:

Nombre Del Estudiante	Nombre de la Escuela	Grado Escolar

Firma del Padre-o-Guardian_____ Fecha: _____

NOTE: Estas forma debe archivarse en las oficinas del distrito escolar

ESEA (Title I) Elegibilidad de Ingresos
Julio 1, 2023- Junio 30, 2024

Elegibilidad de Ingresos 1

CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON LOS INGRESOS

Tamaño de la familia:	Anual	Mensual	2 veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	18,954	1,580	790	729	365
2	25,636	2,137	1,069	986	493
3	32,318	2,694	1,347	1,243	622
4	39,000	3,250	1,625	1,500	750
5	45,682	3,807	1,904	1,757	879
6	52,364	4,364	2,182	2,014	1,007
7	59,046	4,921	2,461	2,271	1,136
8	65,728	5,478	2,739	2,528	1,264
Cada Miembro adicional anadir:	+6,682	+557	+279	+257	+129

Elegibilidad de Ingresos 2

CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON LOS INGRESOS

Tamaño de la familia:	Anual	Mensual	2 veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Cada Miembro adicional anadir:	+9,509	+793	+397	+366	+183

Nota:

Si todo los ingresos se reciben en el mismo horario
Ejemplo: pensión alimenticia = $100 / mes y pensión = $300 / mes
NO utilice factores de conversión

Si la familia reporta fuentes de ingresos de más de un horario
Ejemplo: pensión alimenticia = $100 / mes y pensión = $300 / semana
Los ingresos DEBEN convertirse a anuales.

Ingresos Anuales = Mensual	x 12
Ingresos Anuales = Dos Veces Al Mes (Bimensual	x 24
Ingresos Anuales = Cada Dos Semanas (B semanalmente)	x 26
Ingresos Anuales = Semana	x 52

NO redondee los valores resultantes de cada conversión

Authorization to Release Student Records

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES

CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

Last School Attended: _____ Additional School: _____
Última escuela de asistencia *Escuela adicional*

School Address: _____
Dirección de escuela

School City, State, Zip Code: _____
Ciudad, estado, código postal de escuela

School Phone: _____ Fax: _____ District Name: _____
Número telefónico de escuela *Nombre de distrito*

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
Nombre del estudiante *Fecha de nacimiento* *Grado*

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic, educational, medical (health), psychological, special education, social development, and gifted information to the Cartwright School District.
Según 'Arizona Revised Statute 15-828', yo autorizo el compartir de todos los archivos, incluyendo el acta de nacimiento, información académica, educacional, médica (salud), psicológica, de educación especial, de desarrollo social, y de estudiantes dotados al Distrito Escolar Washington.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: X _____ DATE: _____
Firma del Padre/Tutor *Fecha*

Please send academic file to: *PLEASE SEND COPIES ONLY*

☐ **Cartwright Early Childhood Center (HS/PS)**
5480 W Campbell Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-5100

☐ **Justine Spitalny STE³AM School (K-8)**
3201 N. 46th Drive
Phoenix, AZ 85031
(623)691-4400

☐ **Charles W. Harris Elementary (K-8)**
2252 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4800

☐ **Estrella Middle School (6-8)**
3733 N.75th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5400

☐ **G. Frank Davidson (K-6)**
6935 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-1500

☐ **Raúl H. Castro Academy of Fine Arts (7-8)**
2730 N. 79th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5300

☐ **Cartwright Elementary (K-8)**
2825 N. 59th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-4100

☐ **Holiday Park Elementary (K-6)**
4417 N. 66th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4500

☐ **Desert Sands Middle School (7-8)**
6308 W. Campbell Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4900

☐ **Palm Lane Elementary (K-6)**
2043 N. 64th Drive
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5500

☐ **Marc T. Atkinson Middle School & Gifted Academy (7-8)**
4315 N.Maryvale Parkway
Phoenix, AZ 85031
(623)691-1700

☐ **Glenn L. Downs Social Sciences Academy (K-8)**
3600 N. 47th Ave.
Phoenix, AZ85031
(623)691-4200

☐ **Sunset Elementary (K-6)**
6602 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4600

☐ **Frank Borman Elementary (K-8)**
3637 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-5000

☐ **Peralta Elementary (K-6)**
7125 W. Encanto Boulevard
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5600

☐ **Bret R. Tarver Leadership Academy (K-6)**
4308 N.51st Ave., Suite 102
Phoenix, AZ 85031
(623)691-1900

☐ **John F. Long Elementary (K-6)**
4407 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-4300

☐ **Starlight Park Preparatory and Community School (K-6)**
7960 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4700

☐ **Heatherbrae Elementary (K-6)**
7070 W. Heatherbrae Drive
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5200

☐ **Tomahawk Elementary (K-6)**
7820 W. Turney Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5800

☐ **Manuel Peña Jr. Elementary (K-6)**
2550 N. 79 th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-3100

Please send Psychological/Special Education file to:

spedrecords@csd83.org
Fax 623-691-5924
623-691-3971

Cartwright Special Services Department
5220 W. Indian School Rd.
Phoenix, AZ 85031