

2012-2013

**EL REGISTRO DE 1RO A 6TO PARA
LAS ESCUELAS OLIVET, SCHAEFER & JACK LONDON
COMIENZA:**

Jueves 2 de FEBRERO DEL 2012

- ▶ **POR FAVOR REGRESE:** PAQUETE DE REGISTRO Completo a:
su ESCUELA DE ASISTENCIA QUE LE PERTENECE
- ▶ **POR FAVOR TRAER:** CERTIFICADO DE NACIMIENTO del Condado
 REGISTRO DE VACUNAS Original
 Prueba de EVALUACION DE SALUD ORAL
- ▶ Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Gerente de Oficina de su escuela de asistencia durante las horas en la lista de abajo.

¡Gracias!



ESCUELA OLIVET
Azura Leon
1825 Willowside Rd.
522-3045
lunes – viernes
9:00 a.m. – 3:00 p.m.

Escuela Jack London
Sue Cole
2707 Francisco Ave
522-3030
lunes – viernes
9:00 a.m. – 3:00 p.m.

ESCUELA SCHAEFER
Katie Birge
1370 San Miguel Ave.
522-3015
lunes – viernes
9:00 a.m. – 3:00 p.m.



TRANSFERENCIA DE
INTERDISTRITO
Oficina de Distrito
Piner-Olivet
Cathy Manno
3450 Coffey Lane
522-3000
lunes – viernes
8:00 a.m.- 4:00 p.m.





PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT

HOJA DE REGISTRO NUEVA DE LOS ESTUDIANTES DEL DE 1 y 6 GRADOS
www.pousd.org

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de padre(s) _____ Grado _____ En el año escolar de _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Teléfono de trabajo _____

POR FAVOR NOTE:
Registración no está completa hasta que todas las formas de inmunización sean completas y verificadas

FOR OFFICE UNSE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE)

REGISTRATION INFORMATION (INFORMACIÓN DE REGISTRACIÓN)

- REGISTRATION FORM (FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN)
- BIRTH CERTIFICATED (CERTIFICADO DE NACIMIENTO)
(**MUST BRING ORIGINAL**) (**DEVE TRAER LA ORIGINAL**)
- EMERGENCY CARD (TARJETA DE EMERGENCIA)
- RELEASE OF STUDENT RECORDS (LIBERACIÓN DEL REGISTRO DEL ESTUDIANTE)
- LIBRARY (BIBLIOTECA)
- TECHNOLOGY (TECNOLOGÍA)

MEDICAL INFORMATION (INFORMACIÓN MÉDICA)

- HEALTH HISTORY (INFORMACIÓN MÉDICA)
- ORAL HEALTH ASSESSMENT (EVALUACIÓN DE SALUD BUCAL)
(NEEDED FOR GRADES K-5 ONLY) (NECESARIO PARA LOS GRADOS K-5)
- IMMUNIZATIONS RECORD (REGISTRO DE INMUNIZACIONES)
(**MUST BRING ORIGINAL**) (**DEVE TRAER LA ORIGINAL**)

IMMUNIZATIONS NEEDED (INMUNIZACIONES QUE NECESITA):

Polio: #1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____ #5 _____

DTP: #1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____ #5 _____

MMR: #1 _____ #2 _____

Hepatitis B: #1 _____ #2 _____ #3 _____

Varicella (Chickenpox): #1 _____

Comments (Comentarios): _____

Staff initial: _____ Date Packet Received: _____

WHITE – Office Copy

YELLOW – Parent Copy

Date Received _____
Date Enrolled _____
Inter _____ Intra _____ O/E _____
Displaced _____



Olivet
3450 Coffey Lane ♦ Santa Rosa, CA ♦ 95403-1919
(707) 522-3000 ♦ Fax (707) 522-3007

Grade _____
Teacher _____
School _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MASCULINO: FEMENINO:

INFORMACION DEL REGISTRO DEL ESTUDIANTE
(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

APELLIDO LEGAL DEL NIÑO				PRIMER	INITIAL
Dirección		Apartamento. #			
Ciudad		Estado	Código		
Número de Teléfono					
Lugar de nacimiento del niño		Estado	Código Postal		
Última escuela que asistió			Fechas:		
Dirección de la escuela		Ciudad	Estado	Código Postal	
<ul style="list-style-type: none"> Primera fecha en que asistió a la escuela en California: _____ / _____ / _____ Primera fecha que asistió a la escuela en los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ 					
<ul style="list-style-type: none"> NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano) 					
<ul style="list-style-type: none"> SERVICIOS ESPECIALES QUE EL ESTUDIANTE HA RECIBIDO <input type="checkbox"/> Programa de Recursos Especiales <input type="checkbox"/> Programa Dotado (GATE) <input type="checkbox"/> Clases de Educación Especial <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Terapia del Habla/ Lenguaje <input type="checkbox"/> Problema de Salud _____ <input type="checkbox"/> Ayuda Especial de Lectura <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Programa ESL/ELD 					
<ul style="list-style-type: none"> ENCUESTA SOBRE EL LENGUAJE EN CASA El código de la educación de California requiere que las escuelas determinen el lenguaje(s) hablado en casa de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas proporcionen la instrucción adecuada para todos los estudiantes. Se requiere su cooperación en ayudarnos a alcanzar estos requisitos. Por favor conteste lo siguiente 1. ¿Qué lenguaje aprendió su hijo/a cuando comenzó a hablar? _____ 2. ¿Qué lenguaje usa su hijo/a con más frecuencia en casa? _____ 3. ¿Qué lenguaje habla con más frecuencia con su hijo/a? _____ 4. Nombre el lenguaje que hablan los adultos con más frecuencia en casa. _____ 					

INFORMATION FAMILIAR (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

NOMBRE DEL PADRE	
Lugar de Nacimiento	Ocupación
NOMBRE DE LA MADRE	
Nombre de la madre de soltera	
Lugar de nacimiento	Ocupación
<ul style="list-style-type: none"> STUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre adoptiva <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____ 	
Nombre del padrastro/ padre adoptivo -tutor	
Dirección (otro aparte de la del estudiante)	
<ul style="list-style-type: none"> Si el estudiante vive con otro que con los padres naturales tiempo completo, explique por favor (por favor añada papeles de orden judicial si existe) 	
<ul style="list-style-type: none"> PADRE CON MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> Graduado de escuela o, Entrenamiento <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria: Grado que terminó _____ <input type="checkbox"/> Graduado del colegio <input type="checkbox"/> No graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Negado a declarar o desconocido 	
<ul style="list-style-type: none"> OTROS NIÑOS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE PINER-OLIVET: (Añote por favor al niño/a mayor primero) 	
Nombre	Escuela Grado
Nombre	Escuela Grado
Nombre	Escuela Grado
<ul style="list-style-type: none"> OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA 	
Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre	Fecha de nacimiento

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Escuelas Primarias Olivet – Schaefer – Jack London
FORMA TEMPORAL DEL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

KINDER - 6^{to} GRADO INFORMACIÓN NUEVA DEL ESTUDIANTE

- * POR FAVOR IMPRIMIR TODA LA INFORMACIÓN
- * REGRÉSELA A LA OFICINA DE LA ESCUELA

* *Esta es una forma temporal, recibirá una tarjeta de emergencia solicitando amplia información el primer día de escuela.*

Nombre (Apellido)		Nombre (Primero)	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Teléfono de casa:	Grado:

Domicilio:		Ciudad:	Código postal:
Madre:		Padre:	
Lugar de trabajo:		Lugar de trabajo	
Número de teléfono	Celular:	Número de teléfono:	Celular:
Estudiante vive con:		Relación:	
Si otro que ambos de los padres (arriba), por favor proporcione el nombre y dirección del padre no residente.:			
Hermanos asistiendo en el Distrito		Escuela	
Nombre:		Escuela:	
Nombre:		Escuela:	

En caso de emergencia, (enfermedad y accidente) o desastre (inundación / temblor /etc.) Yo autorizo al personal de la escuela para que mi hijo/a sea dado en libertad a las personas, otras que los padres (nombradas en orden de preferencia) abajo:

1	Nombre:	Teléfono de casa:	Celular:
	Relación:		
	Empresa:	Lugar de trabajo:	
2	Nombre:	Teléfono de casa:	Celular:
	Relación:		
	Empresa:	Teléfono de trabajo:	

<p>INFORMACIÓN DE EMERGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> YO doy permiso</p> <p><input type="checkbox"/> YO NO doy permiso para que lleven a mi hijo(a) al centro médico más cercano para tratamiento (si es que yo no estoy dispuesto/a)</p> <p>Hospital: _____</p> <p>Doctor: _____</p>	<p align="center">PROBLEMAS SERIOS DE SALUD</p> <p align="center">(Por favor anote todos los problemas de salud o nuevos problemas)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p align="center">USO DE OFICINA SOLAMENTE</p> <p><input type="checkbox"/> RSO</p> <p><input type="checkbox"/> EPI-PEN</p> <p><input type="checkbox"/> GRANTED</p> <p><input type="checkbox"/> DENIED</p>
<p>En caso de emergencia, <input type="checkbox"/> YO DOY permiso <input type="checkbox"/> YO NO DOY permiso para que le den sangre a mi hijo(a), (Si no estoy disponible)</p> <p>EN CASO DE UN RIESGO PARA LA VIDA REACCIÓN ALÉRGICA, <input type="checkbox"/> YO autorizo <input type="checkbox"/> YO NO autorizo, AL PERSONAL DE LA ESCUELA CAPACITADA PARA ADMINISTRAR UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (ADRENALINA VIA EPI-PEN) A MI HIJO(A).</p>		

* Firma del padre / guardian

Fecha



PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT

www.pousd.org

3450 Coffey Lane ♦ Santa Rosa, California 95403-1919 ♦ (707) 522-3000 ♦ Fax (707) 522-3007

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION: *(INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:)*

Name of previous school *(Nombre de la escuela anterior)*

Address *(Dirección)*

(area code) *(código de area)* Telephone *(Teléfono)*

City *(Ciudad)*

State *(Estado)*

Zip *(Código postal)*

(area code) *(código de area)* FAX number *(Número de fax)*

RELEASE OF STUDENT RECORDS: *(LANZAMIENTO DE LOS EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE:)*

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act Of 1974 and California State Law, I hereby authorize the release of the school named below of all records, including grades and health records, as well as psychological, social, educational, or developmental information regarding the following pupil(s).

(De conformidad con los Derechos Educativos Familiares y Ley de Privacidad de 1974 y la Ley del Estado de California, Yo autorizo la liberación de la escuela nombrada a continuación todos los expedientes, incluidos los grados y los historiales medicos, así como psicológicos, sociales, educativos o de desarrollo en relación con la información siguiente del alumno(s).)

Name *(Nombre)*

Date of Birth *(Fecha de nacimiento)*

Grade *(Grado)*

Parent Signature *(Firma del padre)*

Date *(Fecha)*

Office Use Only: *(Uso de Oficina Solamente:)*

CELDT SCORE: *(If Applicable)*

Under State and Federal Law, schools and school districts are required to provide student CELDT results to schools receiving English Learner students.

➤ Please complete the CELDT Score section below and return it to the receiving school immediately.

Has student taken the CELDT? _____ NO _____ YES

CSIS # _____

If reclassified, provide date: _____ (If reclassified, please send documentation.)

	Scale Score	Level	Date Testing Completed:
Listening/Speaking	_____	_____	_____
Reading	_____	_____	_____
Writing	_____	_____	_____
Overall	_____	_____	_____

PLEASE SEND RECORDS TO:

PINER-OLIVET CHARTER
2707 Francisco Ave
Santa Rosa, CA 95403
(707) 522-3310
(707) 522-3017 Fax

OLIVET ELEMENTARY
1825 Willowside Rd.
Santa Rosa, CA 95401
(707) 522-3045
(707) 522-3047 Fax

SCHAEFER ELEMENTARY
1370 San Miguel Ave.
Santa Rosa, CA 95403
(707) 522-3015
(707) 522-3017 Fax

JACK LONDON ELEMENTARY
2707 Francisco Avenue
Santa Rosa, CA 95403
(707) 522-3030
(707) 522-3317 Fax

NORTHWEST PREP @ PINER-OLIVET
2590 Piner Rd.
Santa Rosa, CA 95403
(707) 522-3320
(707) 522-3101 Fax

**Oficina de Educación del Condado de Sonoma
HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____ Maestro: _____

Padre / Tutor: _____

Domicilio: _____

Calle Apartamento: Ciudad Código

Telefono: (Casa) () _____ (Trabajo) () _____

SU NIÑO HA TENIDO UNO DE LOS SIGUIENTES:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Alergia a picaduras de inserción |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Convulsión, ataques |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> Problemas de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Limitación de movimiento | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades recientes, hospitalización, cirugía u otra condición física que limite la actividad física de su hijo/a en la escuela. | | |

Por favor proporcione más información de cualquiera de las condiciones marcadas arriba:

> TODOS LOS MEDICAMENTOS ENVIADOS A LA ESCUELA DEBEN ESTAR EN LOS RECIPIENTES RECETADOS CON UNA FECHA ACTUAL.

¿Su niño/a requiere medicamentos durante la escuela? Sí No
Si requiere, por favor complete una forma de "Autorización de Administración de Medicamentos" (obtenga una forma con la secretaria de la escuela)

Por favor indique:

Medicina _____	Dosis _____	Hora(s) que se dió _____
Medicina _____	Dosis _____	Hora(s) que se dió _____

Fecha del último exámen físico: / / Doctor _____

Fecha del último exámen dental: / / Dentista _____

¿Su hijo/a usa lentes? Sí No

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica que puede requerir cuidado mientras esté en la escuela o que pudiera limitar su actividad física, como en deportes de contacto? (Por favor describa)

La información obtenida mediante este historial de salud puede incluirse en una lista confidencial de condiciones de salud, si es apropiado. Para más información/preocupaciones, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela.

FIRMA DEL PADRE

FECHA

Blanco: Archivo

Amarillo: Oficina de Salud

Forma Oral De la Petición Del Gravamen/De la Renuncia De la Salud

La ley de California, sección 49452.8 del código de la educación, ahora requiere que su niño tenga un gravamen oral de la salud en Kindergarten a través del quinto grado, cualquiera es su o su primer año de la escuela pública. La ley especifica que el gravamen se debe realizar por un dentista licenciado o un profesional dental licenciado o registrado otro de salud. Los gravámenes orales de la salud que han sucedido dentro de 12 meses antes de que su niño entra en la escuela también resuelven este requisito.

Si usted no puede tomar a su niño para este gravamen, usted puede ser excusado de este requisito llenando la sección 3 de esta forma.

Sección 1

Ser terminado por el padre o el guarda

Nombre Del Niño:	Nombre Pasado:	Inicial Media:	Fecha del nacimiento del niño:
Dirección:			Apartamento #
Ciudad:			Código postal:
Nombre De la Escuela:	Profesor:	Grado:	Género Del Niño: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra
Nombre Del Padre/Del Guarda:	Raza/pertenencia étnica del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano <input type="checkbox"/> Hispanico/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Natural De Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiian Nativo/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection

(Sección 2: Colección De Datos Oral De la Salud)

To be completed by the dental professional conducting the assessment

(Ser terminado por el profesional dental que conduce el gravamen)

Assessment Date: (Fecha Del Gravamen)	Visible caries and/or fillings present: <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no) (Carie y/o rellenos visibles presentes)	Visible caries present: <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no) (Presente visible de la carie)	Treatment Urgency (Urgencia Del Tratamiento): <input type="checkbox"/> No obvious problem found (Ningún problema obvio encontró) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (El cuidado dental temprano recomendó) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (El cuidado urgente necesitó)
------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dental professional's signature
(Firma del profesional denta)

Date
(Fecha)

Original que se conservará en el expediente de la escuela del niño.

Section 3

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason: (Please check the box that best describes the reason.)

- I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan.
- My child is covered by the following insurance plan:
 - Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None
 - Other _____
- I cannot afford an oral health assessment for my child.
- do not wish my child to receive an oral health assessment.

Optional: other reasons my child could not get an oral health assessment: _____

California law requires schools to maintain the privacy of student's health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.

Signature of parent or guardian *Date*

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año: _____

DOMICILIO—Número y Calle: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____ Escuela: _____

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD
AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES
Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES
 Llène esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.
 El examen reveló que no hay condiciones que conclermen las actividades de los programas escolares.
 Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD
 Yo le doy permiso al examinador de salud para que compare con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

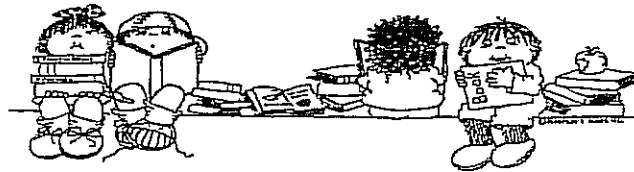
Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián: _____ Fecha: _____
 Nombre, domicilio, y teléfono del examinador: _____
 Firma del examinador de salud: _____ Fecha: _____

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).
 CHDP website: www.dhcs.ca.gov/serv/ces/ichdp*



Union del Distrito Escolar Piner-Olivet



Forma de Permiso de Materiales de la Biblioteca

Queridos Padres:

La Unión del Distrito Piner-Olivet valora el tener un programa fuerte de la biblioteca en cada escuela. Para poder tener materiales de calidad de la biblioteca disponibles de inmediato, pedimos su apoyo y ayuda en que vea de que los estudiantes observen lo siguiente:

1. Los libros se deben regresar a tiempo. Los estudiante de K-3 tendrán sus libros por una (1) semana. Los estudiantes de los grados 4-6 tendrán sus libros por (2) semanas.
1. Los estudiantes son responsables por el cuidado y condición de materiales de la biblioteca en su posesión. Será necesario para los padres pagar por materiales perdidos o dañados. Los estudiantes perderán el privilegio de la biblioteca hasta que su expediente de la biblioteca esté claro.
2. Se les enviarán avisos a los estudiantes que tengan libros pendientes o multas. Apreciaríamos grandemente una respuesta cuanto antes, de modo que podamos despejar nuestros expedientes y los estudiantes puedan recuperar sus privilegios de la biblioteca. Si los estudiantes tienen libros pendientes o multas, sus tarjetas de calificación serán detenidas hasta que estos sean aclarados.

Gracias por su apoyo del programa de la biblioteca.

Por favor regrésela a la oficina de la escuela de su niño inmediatamente.

¡Gracias!

Mi niño/a, _____ grado _____

tiene mi permiso para sacar materials de la biblioteca escolar mientras asiste la Unión del Distrito Escolar Piner-Olivet. Tengo entendido que somos responsables de pagar los objetos perdidos o dañados.

Firma del padre

Fecha

