

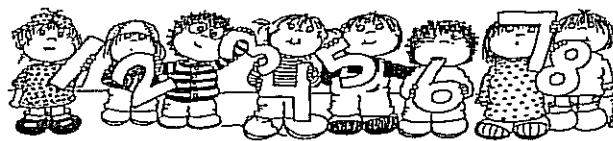
2012-2013

EL REGISTRO DE KINDERGARTEN 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
9:00 a.m. – 4:00 p.m.





PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT

Hoja de registro de verificación de Kinder. (Jardín)

www.pousd.org

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

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

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Celula _____ Teléfono de trabajo _____

POR FAVOR ANOTE:
El registro no es completo hasta que todas las formas y las vacunas sean completas y verificadas.

OFFICE USE ONLY (Para uso de oficina solamente)

- REGISTRATION FORM (FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN)
- EMERGENCY CARD (TARJETA DE EMERGENCIA)
- BIRTH CERTIFICATE (CERTIFICADO DE NACIMIENTO)
- LIBRARY (BIBLIOTECA)
- TECHNOLOGY (TECNOLOGIA)

(**MUST BRING ORIGINAL**) (**DEVE TRAER LA ORIGINAL**)

MEDICAL INFORMATION: (INFORMACIÓN MÉDICA)

- HEALTH HISTORY (INFORMACIÓN MÉDICA)
 - ORAL HEALTH ASSESSMENT (EVALUACIÓN DE SALUD BUCAL)
 - IMMUNIZATIONS RECORD (REGISTRO DE INMUNIZACIONES)
- (**MUST BRING ORIGINAL**) (**DEVE TRAER LA ORIGINAL**)
- Complete (Completo) Incomplete (Incompleto)

IMMUNIZATIONS NEEDED (VACUNAS 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 ___

Date of appointment for immunizations. (Fecha de la cita para las vacunas): _____

- PHYSICIANS' REPORT (Informe del Doctor)
- Complete (Completo)
- Incomplete (Incompleto)

Date of appointment of physical. (Fecha de la cita para el chequeo físico): _____

Comments (Comentarios): _____

Staff initial: _____ Date Packet Received: _____

WHITE - Office Copy

YELLOW - Parent Copy



Grade _____
Teacher _____
School _____

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

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MASCULINO: FEMENINO:

INFORMACION DEL REGISTRO DEL ESTUDIANTE
(POR FAVOR IMPRESIÓN)

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 atendió		Fechas:		
Dirección de la escuela	Ciudad	Estado	Código Postal	
• Fecha primera en que atendió a una escuela por primera vez en California.: _____ / _____ / _____ • Fecha primera que atendió a una escuela en los Estados Unidos : _____ / _____ / _____				

NACIONALIDAD

<input type="checkbox"/> Indian Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiian
<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 Isleno Pacifico
<input type="checkbox"/> Indio Asiatico	<input type="checkbox"/> Filipino
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Latino/Hispanic
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Black or African-American
<input type="checkbox"/> Otro Asiatico	<input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano)

SERVICIOS ESPECIALES QUE EL ESTUDIANTE HA RECIVIDO

<input type="checkbox"/> Recursos de Pragrama Especialista	<input type="checkbox"/> Programa Dotado (GATE)
<input type="checkbox"/> Clases de Educación Especial	<input type="checkbox"/> Consejería
<input type="checkbox"/> Discurso /Terapia de Lenguaje	<input type="checkbox"/> Problema de Salud _____
<input type="checkbox"/> Ayuda Espacial Lectura	
<input type="checkbox"/> Título I	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> ESL/ELD Programa	

ENCUESTA SOBRE LENGUAJE EN CASA
El código de la educación de california requiere escuelas determinar el language(s) hablando en el país de cada estudiante. Esta información es esencial en la orden para que las escuelas proporcionen la instrucción significada para todos los estudiantes. Su cooperación nos ayuda a resolver los requisitos que se solicita.

Por favor conteste lo siguiente

1. Que idioma su niño aprendió primero cuando empezó a hablar ?

2. Que idioma su niño habla con ma s frecuencia?

3. Que idioma usted habla con más frecuencia con su hijo?

4. Que idioma habla hablan más amenudo con los adultos en casa.

INFORMATION FAMILIAR (POR FAVOR IMPRESIÓN)

NOMBRE DEL PADRE _____

Lugar de Nacimiento _____ Ocupación _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

Nombre de la madre de soltera _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

• **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"/> Padrastra	<input type="checkbox"/> Otro _____

Nombre de padrastra/ padre adoectivo -tutor _____

Dirección (otro aparte de la del estudiante)

• Si el estudiante vive con excepción de ambos padres naturales a tiempo completo, explique por favor (por favor entregue papeles de orden judicial si existe)

• **PADRE CON MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN**

<input type="checkbox"/> Graduado de escuela o, Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria: Grado que terminó _____
<input type="checkbox"/> Graduado del la unuversidad	<input type="checkbox"/> No graduado de la secundaria
<input type="checkbox"/> Algo de unuversidad	<input type="checkbox"/> Negado a empear algo

• **OTROS NINOS QUE ATIENDEN A ESCUELAS DE PINER-OLIVET:**
(Apunte por favor al niño mayor primero)

Nombre _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela _____	Grado _____

• **OTROS NINOS QUE VIVAN EN CASA**

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

WHITE - CUM

YELLOW - SPECIAL SERVICES (Send to District Office)

PINK - TEACHER



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:				
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:	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> YO doy permiso <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) Hospital: _____ Doctor: _____	PROBLEMAS SERIOS DE SALUD (Por favor anote todos los problemas de salud o nuevos problemas) _____ _____ _____ _____	USO DE OFICINA SOLAMENTE <input type="checkbox"/> RSO <input type="checkbox"/> EPI-PEN <input type="checkbox"/> GRANTED <input type="checkbox"/> DENIED
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) 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).		

* Firma del padre / guardian

Fecha

**Sonoma County Office of Education
HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Fecha: _____		Escuela: _____	
Nombre del estudiante: _____		Sexo: M F	
Fecha de nacimiento: _____		Maestro _____	
Padre / Tutor: _____			
Domicilio: _____			
Calle	Apartamento:	Ciudad	Codigo
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"/> Asthna	<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, la incatucción
<input type="checkbox"/> Refriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del oído	<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos
<input type="checkbox"/> Limitación de movimiento		
<input type="checkbox"/> Hospitalización, cirugía u otra condición física que limite su hijo(a) la actividad física en la escuela.		

Por favor provee más información de cualquiera de las anteriores condiciones marcadas:

➤ **TODOS LOS MEDICAMENTOS ENVIADOS A LA ESCUELA DEBEN ESTAR EN LA PRESCRIPCIÓN DE CONTENEDORES CON UNA FECHA ACTUAL.**

Su niño 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 usa lentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Su hijo tiene alguna condición médica que puede requerir atención en la escuela o que pudiera restricciones de actividad física, como en deportes de contacto? (Por favor describir)	

Información obtenida mediante esta historia de salud pueden incluirse de forma confidencial la lista de las condiciones de salud, en su caso. Para mas información o preocupaciones, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.

_____	_____
FIRMA DEL PADRE	FECHA
White: CUM File	Yellow: Health Office

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

Dental professional's signature

(Firma del profesional denta)

Date

(Fecha)

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

Sección 3

Renuncia del requisito oral del gravamen de la salud

Ser terminado por un padre o un guarda que solicita para ser excusado de este requisito

Solicito que excusen a mi niño del requisito oral del gravamen de la salud por la razón siguiente:
(compruebe por favor la caja que describe lo más mejor posible la razón)

No puedo encontrar una oficina dental que tome mi régimen de seguros de niño.

El régimen de seguros cubre a mi niño siguiente:

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno

Otro _____

No puedo permitirme un gravamen oral de la salud para mi niño.

No deseo a mi niño para recibir un gravamen oral de la salud.

Opcional: otro razónó mi niño no podía conseguir un gravamen oral de la salud: _____

La ley de California requiere escuelas mantener la aislamiento de la información de la salud de los estudiantes. La identidad de su niño no será asociada a ningún informe producido como resultado de este requisito. Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre este requisito, entre en contacto con por favor su oficina de la escuela.

Firma del padre o del guarda

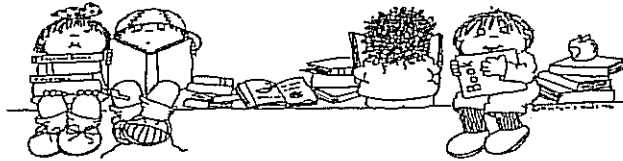
Fecha

Updated: 12/22/09

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



Piner-Olivet Union School District



Deslizamiento Del Permiso De Los Materiales De La Biblioteca

Queridos Padres:

Los valores del Distrito de la Escuela de la Unión de Piner-Olivet que tienen un programa fuerte de la biblioteca en cada escuela. Con el fin de tener la calidad de los materiales de la biblioteca de fácil acceso, pedimos su apoyo y ayuda en vista de que los estudiantes observen lo siguiente:

1. Los libros deben ser devueltos a tiempo. Los estudiantes de K-3 tendrán sus libros por una semana. Los estudiantes de los grados 4-6 tendrán sus libros por 2 semanas.
2. Los estudiantes son responsables por el cuidado y condición de materiales de la biblioteca en su poder. Será necesario para los padres pagar por la pérdida de materiales o dañados. Los estudiantes perderán el privilegio de la biblioteca hasta que su expediente de la biblioteca esté claro.
3. Los avisos serán enviados a los estudiantes con los libros o las multas excepcionales. 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 boletas de calificaciones serán sostenidas hasta que éstos se liquiden.

Gracias por su apoyo del programa de la biblioteca.

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

Gracias!

Mi niño, _____ grado _____

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

Firma del padre

Fecha

****PLACE IN CUM FILE****

Updated: 1/10/10