



DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

2019-2020

DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA LAS ESCUELAS OLIVET, SCHAEFER & JACK LONDON

- ▶ FAVOR DE ENTREGAR: DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN completada a: su ZONA ESCOLAR
- ▶ FAVOR DE TRAER: ACTA DE NACIMIENTO certificada por el condado
 REGISTRO DE INMUNIZACIÓN original
 Comprobante de una EVALUACIÓN DE SALUD ORAL
 PRUEDBA DE RESIDENCIA
- ▶ Si usted tiene alguna duda, sírvase llamar al gerente de la oficina de su zona escolar durante las horas especificadas a continuación.

ESCUELA PRIMARIA SEMI-AUTÓNOMA OLIVET



1825 Willowside Rd.
522-3045
Lunes - viernes
8:00 AM - 4:00 PM

ESCUELA PRIMARIA JACK LONDON



2707 Francisco Ave.
522-3030
Lunes - viernes
8:00 AM - 4:00 PM

ESCUELA SEMI- AUTÓNOMA SCHAEFER



1370 San Miguel Ave.
522-3015
Lunes - viernes
8:00 AM - 4:00 PM

TRASLADOS A ESCUELAS FUERA DEL DISTRITO

Oficina del Distrito de Piner-Olivet

Cathy Manno

3450 Coffey Lane
522-3000

Lunes - viernes
8:00 AM - 4:00 PM



DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

www.pousd.org

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIÓN

Nombre del alumno _____ Fec. de nac. _____
Nombre del (de los) padre(s) _____ Grado _____ Año escolar _____
Domicilio _____ Cod. postal _____
Correo electrónico _____
Tel. fijo _____ Celular _____ Tel. del trabajo _____

*** TOME EN CUENTA:**

La inscripción no está finalizada hasta que todos los formularios hayan sido completados; las inmunizaciones, recibidas; y ambos, verificados.

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN | <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA |
| <input type="checkbox"/> TARJETA DE EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> BIBLIOTECA |
| <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO
(**DEBE TRAER EL ORIGINAL**) | <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES | <input type="checkbox"/> ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR |

INFORMACIÓN MÉDICA:

- HISTORIAL MÉDICO
- EVALUACIÓN DE SALUD ORAL
- REGISTRO DE INMUNIZACIÓN **(**DEBE TRAER EL ORIGINAL**)**
- Completo** **Incompleto**

INMUNIZACIONES NECESARIAS:

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

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

MMR: #1 _____ #2 _____

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

Varicela: #1 _____ #2 _____

Fecha de cita para inmunizaciones: _____

- INFORME DEL MÉDICO **Completo** **Incompleto**

Fecha de cita para chequeo médico: _____

Comentarios: _____

Iniciales del empleado: _____ Fecha de recepción de documentación: _____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN Fecha de recepción _____ Fecha de inscripción _____ Inter_____ Intra_____ Desplazado _____	 DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET 3450 Coffey Lane ♦ Santa Rosa, CA ♦ 95403-1919 (707) 522-3000 ♦ Fax (707) 522-3007	ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN Grado _____ Maestro _____ Escuela _____
---	--	---

Solicitud/inscripción para el año escolar _____ - _____

- Escuela Primaria Jack London
 Escuela Semi-autónoma Schaefer
 Escuela Primaria Semi-autónoma Olivet
 Escuela Semi-autónoma Piner-Olivet (POCS)
 Escuela Preparatoria Semi-autónoma Northwest

Nombre legal del niño: Apellido _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Solicita ingreso al: _____ grado en el año escolar _____ - _____. Fec. de nac. ____/____/____ Sexo: M F NB

Lugar de nacimiento del niño _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod. postal _____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod. postal _____

El alumno reside con: _____
 (Nombre y relación)

Distrito correspondiente a la zona del alumno _____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> JL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> POCS <input type="checkbox"/> NWP

Hermano/a que asiste al distrito (nombre, grado y escuela): _____

¿Ha asistido su hijo a una escuela pública de Piner-Olivet anteriormente? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuándo egresó (mes/año) y en qué nivel de grado estaba? _____

ESCUELA MÁS RECIENTE	_____	_____	_____	_____
A LA QUE ASISTIÓ	(Nombre de la escuela)	(Dirección: Ciudad/estado/CP)	(Grado/s)	(Última fecha de asistencia)

Favor de marcar todas las casillas que correspondan. Sírvase contestar las 4 preguntas.

1. ¿Actualmente queda pendiente la expulsión de su hijo de otra escuela? NO SÍ
2. ¿Alguna vez ha sido suspendido su hijo? NO SÍ
3. ¿Alguna vez ha sido expulsado su hijo? NO SÍ
4. ¿Otros problemas disciplinarios? NO SÍ, explique: _____

Programas especiales - Únicamente para propósitos informativos y para el fin exclusivo de determinar una colocación adecuada, así como para determinar posibles problemas relacionados con la capacidad y espacio que puedan requerir la creación de un nuevo programa o servicio. Esta información se utilizará únicamente para los fines del personal y no como criterios de admisión.

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje (SLP) | <input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma (ELL) | <input type="checkbox"/> Plan 504 |
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada (APE) | <input type="checkbox"/> Clase Especial Diurna (SDC) | <input type="checkbox"/> Orientación |
| <input type="checkbox"/> Programa Especialista en Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguno |
- ¿Alguna vez ha tenido su hijo un Programa de Educación Individual (IEP)? SÍ NO Fecha de finalización: _____

En caso afirmativo, adjunte una copia del IEP más reciente.

Complete **TANTO** su origen étnico **COMO** su raza.

Origen étnico - Marque uno No hispano ni latino Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)

Raza - Marque su raza primaria y cualquier otra raza que corresponda. (La pregunta anterior aborda el origen étnico, no la raza. Independientemente de lo que seleccionó para su origen étnico, conteste la siguiente pregunta marcando una o más casillas para indicar qué considera usted como su ascendencia).

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o alasqueño | <input type="checkbox"/> Filipino/filipino-americano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro | <input type="checkbox"/> Guameño | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Hindú | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Asiático - otro | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico - otro | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano | |

Favor de llenar la siguiente información también:

Padre/tutor: _____
Apellido Nombre

¿Es el padre/tutor miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera) en servicio activo o en servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional? Sí No

Relación con el alumno _____ Vive con el alumno Sí No Recibe correo escolar Sí No

¿Es la persona anteriormente mencionada el tutor LEGAL del alumno? Sí No

Si no, favor de completar una "Declaración Jurada de Autorización del Cuidador"

Si hay un acuerdo legal respecto a la custodia de este alumno:

Domicilio (si difiere del domicilio del alumno) _____
Calle Ciudad Estado CP

Teléfono principal _____ Celular _____

Teléfono del trabajo _____ Correo electrónico _____

Enumere cualquier otro alumno de POUSS de quien usted sea el padre/tutor _____

Padre/tutor: _____
Apellido Nombre

¿Es el padre/tutor miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera) en servicio activo o en servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional? Sí No

Relación con el alumno _____ Vive con el alumno Sí No Recibe correo escolar Sí No

¿Es la persona anteriormente mencionada el tutor LEGAL del alumno? Sí No

Si no, favor de completar una "Declaración Jurada de Autorización del Cuidador"

Si hay un acuerdo legal respecto a la custodia de este alumno:

Domicilio (si difiere del domicilio del alumno) _____
Calle Ciudad Estado CP

Teléfono principal _____ Celular _____

Teléfono del trabajo _____ Correo electrónico _____

Enumere cualquier otro alumno de POUSS de quien usted sea el padre/tutor _____

EDUCACIÓN DE LOS PADRES - Marque la respuesta que describa el nivel de educación del padre más educado.

No es bachiller Bachiller Universidad (sin título) o título técnico

Graduado universitario Maestría o superior

Domicilio - ¿Dónde está viviendo su hijo/familia actualmente? Favor de marcar la casilla correspondiente.

Vivienda permanente Vivienda compartida temporal Albergues temporales Moteles/hoteles

Temporalmente sin refugio Hogar de una familia de crianza temporal o un familiar Otro (favor de especificar) _____

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo el formulario de inscripción. También da fe de que la información en este formulario es verdadera y correcta. Mi firma asevera que el niño reside conmigo en esta dirección (comprobado por el recibo de PG&E u otro recibo reciente con mi nombre). Entiendo que cualquier cambio en información concerniente a la residencia (domicilio, número telefónico, tutela) debe ser reportado a la escuela, examinado y verificado dentro de los 30 días siguientes al cambio. La falsificación de esta información será motivo para invalidar la inscripción del alumno.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

HISTORIAL MÉDICO ESTUDIANTIL

Fecha: _____ Escuela: _____
Nombre del alumno: _____ Sexo: M F NB
Fecha de nacimiento: _____ Maestro: _____
Padre/tutor: _____
Domicilio: _____
Calle _____ Dpto. _____ Ciudad _____ Código postal _____
Teléfono: (Fijo) (____) _____ (Trabajo) (____) _____

¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Otras alergias | <input type="checkbox"/> Movimiento limitado |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales | |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes | |

¿Usa su hijo lentes o lentes de contacto? Sí No

Convulsiones: ¿Fecha de su última convulsión? _____

Enfermedad, hospitalización o cirugía reciente, u otro padecimiento físico que limite la actividad física de su hijo en la escuela

Favor de proporcionar información adicional para cualquiera de los padecimientos que usted haya marcado arriba:

➤ CUALQUIER MEDICAMENTO RECETADO QUE SE TRAIGA A LA ESCUELA DEBE ESTAR EN EL FRASCO ORIGINAL CON LA FECHA ACTUAL.

¿Requiere su hijo medicamento en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, sírvase completar el formulario "Autorización para la Administración de Medicamento", el cual puede obtenerse del secretario escolar.

Favor de indicar:

Medicamento _____ Dosis _____ Hora(s) de administración _____
Medicamento _____ Dosis _____ Hora(s) de administración _____

Fecha de último chequeo médico: ____/____/____ Médico _____
Fecha de último examen dental: ____/____/____ Dentista _____

¿Tiene su hijo algún padecimiento médico que pueda requerir atención en la escuela o restringir su actividad física, tal como en deportes de contacto? (Favor de describir)

La información obtenida de este historial de salud puede incluirse en una lista confidencial de padecimientos médicos, según proceda. Para mayores informes o para expresar preocupaciones, por favor comuníquese con el enfermero escolar.

FIRMA DEL PADRE

FECHA

Con copia a: Archivo ACUMULATIVO



PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT

PROMESAS SOBRE LA TECNOLOGÍA

ACCEPTABLE USE POLICY
WHILE ATTENDING PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT
GRADES TK -12

DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

ubicación de mi escuela.

- ♦ Prometo decirles inmediatamente a mis padres o mi maestro si me topo con información que me haga sentir incómodo.
- ♦ Prometo no juntarme nunca con alguien que "conozca" en línea sin hablar con mi maestro o mis padres primero.
- ♦ Prometo que nunca le enviaré a nadie mi foto ni ninguna

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE

MIENTRAS ASISTAS AL DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET
KINDER DE TRANSICIÓN (TK) AL 12º AÑO

Estimados Padres:

Nos complace proporcionarles servicios de internet a nuestros alumnos. El uso del internet para proyectos educativos ayudará a preparar a su hijo para triunfar en la vida y el trabajo en el siglo XXI.

La Política de Uso Tecnológico del Distrito restringe acceso a material que sea inapropiado en el ambiente escolar. Aunque el uso del internet por parte de su hijo será supervisado por el personal, no podemos garantizar que su hijo no acceda a material inapropiado.

Deseamos animarlo a aprovechar la oportunidad de hablar con su hijo sobre sus

**avor de entregar este formulario a la oficina de la escuela de su hijo
mediatamente. ¡Gracias! (LETRA DE MOLDE)**

Nombre del alumno: _____ **Grado:** _____

Mi firma: _____

Mi firma de mi padre: _____

Fecha: _____

- ★ ♦ I promise that I will not access areas that are n Actualizado: 17/12/18
by my teacher, librarian, or school staff.
- ★ ♦ I promise not to break these rules.
- ★ ♦ If I break these rules, I understand that I will not be allowed