



**COTATI-ROHNERT PARK**  
**UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
*Learning for a Lifetime*

**CRPUSD**  
**2015 – 2016**  
**Kindergarten Registration**

Dear Kindergarten Parents/Guardians:

Welcome to Cotati-Rohnert Park Unified School District's Kindergarten Program. We are excited about enrolling our new kindergarteners for the 2015-2016 school year and look forward to meeting you and your children. Students eligible for enrollment must be five years old on or before September 1, 2015. If you would like to visit one of our schools, please call your school of choice to schedule an appointment. You may also visit the district website at [www.crpUSD.org](http://www.crpUSD.org) for more information.

In order to register your child for school, the materials in this packet must be completed. Please bring:

- **Proof of date of birth** (copy of birth certificate, baptismal certificate, passport or an immigration card)
- **Proof of residency** (purchase agreement, rental agreement, city utility or PG&E bill) If you do not have your own residence and are living with another person/family, bring a letter from that person and a utility bill with that person's name and address.
- **Complete proof of immunization**
- **An oral health assessment Dental checkup** required by May 31 in a child's first year of public school. The assessment must be by a licensed dentist or licensed/registered dental health professional
- **A physical exam** is required by law for 1<sup>st</sup> grade; however, we suggest that your child have a physical prior to starting Kindergarten. Please have the physical after March 1, 2015, so it will meet the health examination for school entry requirement.

As forms are completed, please return them to the office of your school of choice. It is very important your packet is returned as soon as possible as our classes fill quickly. If you need assistance, please contact your school of choice or our District Enrollment Coordinator at 707-792-4708.

The key to a successful educational experience for all students is the team approach – students, parents, and teachers – working together for the good of our children. We welcome you to the district community.

Sincerely,

Elizabeth Kaufman  
Assistant Superintendent

*Our focus is learning*

*All students are entitled to a  
successful education*

*We are a team*



COTATI-ROHNERT PARK  
UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
*Learning for a Lifetime*

## 2015 – 2016 Inscripción para Kindergarten

Estimado Padre/Tutor:

Bienvenido al Programa de Kindergarten aquí en el Distrito Escolar Unificado de Cotati- Rohnert Park. Nos complace estar inscribiendo a nuestros nuevos estudiantes de kindergarten para el curso 2015-2016 y estamos ilusionados de conocerles a usted y a su hijo/a. Para poder matricularse, los estudiantes tienen que cumplir los cinco años para el 1 de septiembre, 2015. Si desea visitar una de nuestras escuelas, favor de llamar la escuela que desee para hacer cita. Para obtener más información acerca de kindergarten, puede visitar la página Web del distrito en [www.crpUSD.org](http://www.crpUSD.org).

Para poder inscribir a su hijo/a en la escuela, es necesario completar los documentos incluidos en el paquete. Por favor traiga también lo siguiente:

- **Comprobante de la fecha de nacimiento** (copia de acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, o tarjeta de inmigración)
- **Comprobante de residencia** (contrato de renta o compra de residencia, recibo de servicios públicos [cable, PG& E, teléfono], etc.). Si usted no tiene su propia residencia y está viviendo con otra persona/familia, presente una carta de esa persona junto con un recibo de servicios públicos al nombre y la dirección de esa persona.)
- **Boleta de vacunas completa y actualizada**
- **Una evaluación de salud oral (reviso odontológico)**, requerido para el 31 de mayo el primer año que asiste el niño a la escuela pública. La evaluación debe ser por un dentista autorizado o profesional licenciado en salud dental
- *Se requiere por ley un examen físico* para el 1<sup>er</sup> grado. Sin embargo, le sugerimos que su niño obtenga el examen físico antes de comenzar el kindergarten. Es preferible que obtenga el examen físico después del 1<sup>o</sup> de marzo de 2015, de modo de cumplir con el requisito del examen de salud de entrada a la escuela

Por favor vaya entregando los formularios al paso que los vaya completando a la oficina de la escuela de su elección. Es muy importante devolver los documentos lo más pronto posible ya que nuestras clases se llenan rápidamente. Si necesita ayuda, favor de contactar a la escuela de su elección o a nuestra Coordinadora de Matriculas del Distrito al 707-792-4708.

La clave para que todos los estudiantes tengan una experiencia educativa exitosa es que todos estemos en el mismo equipo – estudiantes, padres y maestros – trabajando unidos para el bienestar de nuestros hijos. Les damos la bienvenida a la comunidad de nuestro distrito.

Atentamente,

Elizabeth Kaufman  
Subsuperintendente

*Our focus is learning*

*All students are entitled to a  
successful education*

*We are a team*

## COTATI-ROHNERT PARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT

<b>STUDENT'S LEGAL NAME:</b> (MUST MATCH BIRTH CERTIFICATE) (PLEASE PRINT)				<a href="http://www.crpUSD.org">www.crpUSD.org</a>	<b>GRADE:</b>	<b>BIRTHDATE:</b>		<b>AGE:</b>
Last	First	Middle	Student Goes By	<b>SEX:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Month	Day	Year
<b>BIRTHPLACE:</b>		<b>DATE OF U.S. ENTRY:</b>		<b>DATE FIRST ENROLLED IN U.S. SCHOOL:</b>				
City _____ State or Country _____		Month _____ Day _____ Year _____		<b>DATE FIRST ENROLLED IN CALIFORNIA SCHOOL:</b>				
<b>PARENT/GUARDIAN:</b>		<b>HOME PHONE:</b>		<b>FATHER'S WORK/EXT:</b>		<b>FATHER'S CELL:</b>		
First _____ Last _____		( ) _____		( ) _____ / _____		( ) _____		
<b>RESIDENCE ADDRESS:</b>				<b>MOTHER'S WORK/EXT:</b>		<b>MOTHER'S CELL:</b>		
Street _____ City _____ Zip Code _____				( ) _____ / _____		( ) _____		
<b>Student lives with:</b> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Guardian								
<b>Information on Mother or other Guardian in the home:</b>				Parent/Guardian Email Address: (Optional) _____				
Name: _____ Birthplace: _____								
Relationship to Student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Mom <input type="checkbox"/> Foster Mom <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Grandmother <input type="checkbox"/> Other (Please specify): _____								
Employer: _____								
Name _____				Address _____		City _____		Occupation _____
<b>Information on Father or other Guardian in the home:</b>				Parent/Guardian Email Address: (Optional) _____				
Name: _____ Birthplace: _____								
Relationship to Student: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step-Dad <input type="checkbox"/> Foster Dad <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Grandfather <input type="checkbox"/> Other (Please specify): _____								
Employer: _____								
Name _____				Address _____		City _____		Occupation _____
Other Siblings: _____								
Name _____				Birthdate _____		Name _____		Birthdate _____
Name _____				Birthdate _____		Name _____		Birthdate _____
<b>Previous School Attended:</b> (Name, Street, City, State, and Zip Code) _____								
<b>Last Grade Attended:</b> _____ Was Child Ever Retained? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes In which grade? _____								
<b>Duplicate Mailing-</b> If divorced/separated & joint custody allows duplicate mailing/information to be given to other parent, Please include their name, address, & phone number								
Full name: _____ Address: _____ City/State/Zip _____ Phone: _____								
1. Are there any psychological or confidential reports available from student's former school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
2. Does your child have an active I.E.P. (Individualized Education Plan)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
3. Does your child have an active 504 Plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
4. What special services has your child received? <input type="checkbox"/> Resource Specialist Program (RSP) <input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <input type="checkbox"/> Speech								
5. Other services (Please specify): <input type="checkbox"/> English Language Learner (ELL) <input type="checkbox"/> Adapted P.E. <input type="checkbox"/> Title I <input type="checkbox"/> Gifted and Talented Program (GATE)								
<b>SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN:</b> _____						<b>DATE:</b> _____		
<b>FOR SCHOOL USE ONLY</b>			<b>SCHOOL OF RESIDENCE:</b> _____		<b>SCHOOL OF CHOICE:</b> _____		<b>STUDENT #:</b> _____	
<b>Notified</b>		<b>Proof of Birth</b>	<b>Residence</b>	<b>Immunization</b>	<b>CUM Requested</b>	<b>Entry Code</b>	<b>Enrollment Date</b>	<b>Assigned to:</b>
<input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> 504		Type: _____	Type: _____	Type: _____	/ /		/ /	Grade: _____ Room: _____
Verified by: _____								Teacher: _____

Student's Name: \_\_\_\_\_

**HOME LANGUAGE SURVEY**

1. Which language did your child first learn to speak? \_\_\_\_\_(First)
2. Which language does your child use most frequently at home? \_\_\_\_\_(Primary)
3. Which language do you most frequently use to speak to your child? \_\_\_\_\_(At Home)
4. Which language is most often spoken **BY THE ADULTS** in the home? \_\_\_\_\_(By Adults)

In which language do you wish to receive written communications from the school?  
English Spanish

**PARENT EDUCATION LEVEL**

Please indicate the highest level of either parent's/guardian's education:

Not a high school graduate  
 High school graduate  
 Some college  
 College graduate  
 Graduate school/post graduate training  
 Decline to respond to this request for information

**ETHNIC CODE**

**WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one):**

Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)  
 Not Hispanic or Latino

**If Hispanic**

**WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (Please check up to five racial categories)**

Unless you decline to state, please continue to answer the following by checking one or more races to indicate what you consider your race to be.

American Indian or Alaskan Native (100)  
(Persons having origins in any of the original people of North, Central or South America )

Chinese (201)  
 Japanese (202)  
 Korean (203)  
 Vietnamese (204)  
 Asian Indian (205)  
 Laotian (206)  
 Cambodian (207)  
 Hmong (208)  
 Other Asian (299)  
 Hawaiian (301)  
 Guamanian (302)  
 Samoan (303)  
 Tahitian (304)  
 Other Pacific Islander (399)  
 Filipino/Filipino American (400)  
 African American or Black (600)  
 White (700) (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East)

Is your child on medication?  No  Yes

If yes, please name? \_\_\_\_\_

Does your child have a medical condition the school should be aware of?  
 No  Yes If yes, describe? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HEALTH HISTORY**

	Year		Year
Chicken Pox		Orthopedic	
German Measles		Tonsillitis	
Measles		Tonsils Removed	
Mumps		Frequent Nose Bleeds	
Scarlet Fever		Hearing or Ear Problems	
Rheumatic Fever		Vision Problem	
Asthma		Heart Trouble	
Allergies		Convulsions or Seizures	
Diabetes		Fainting Spells	
Tuberculosis		Bed Wetting (frequent)	
Limited Physical Activity		Extreme Nervousness	
Tuberculosis in Family		Surgeries	
Rheumatism		Other	

## COTATI-ROHNERT PARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT

<b>NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:</b> (DEBE SER IGUAL AL INDICADO EN ACTA DE NACIMIENTO)		<a href="http://www.crpused.org">www.crpused.org</a>		<b>GRADO:</b>		<b>NACIDO:</b>		<b>EDAD:</b>					
Apellido _____ Nombre _____ Segundo _____ Se le llama _____		<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Mes _____		Día _____		Año _____					
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> Ciudad _____ Estado o País _____		<b>FECHA DE ENTRADA A USA:</b> Mes _____ Día _____ Año _____		<b>FECHA DE 1ª MATRICULACIÓN EN ESCUELA DE USA:</b> <b>FECHA DE 1ª MATRICULACIÓN EN ESCUELA DE CALIFORNIA:</b>									
<b>PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:</b> Nombre _____ Apellido _____		<b>TELÉFONO DE CASA:</b> ( ) _____		<b>TEL DE TRABAJO - PADRE:</b> ( ) _____ / _____		<b>CELULAR DE PADRE:</b> ( ) _____							
<b>DOMICILIO:</b> Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____				<b>TEL DE TRABAJO - MADRE:</b> ( ) _____ / _____		<b>CELULAR DE MADRE:</b> ( ) _____							
<b>El estudiante vive con:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Guardián/Tutor Legal <b>Información sobre la madre o tutor legal en el hogar:</b> Email de la Madre/Tutor legal: (Opcional) _____ Nombre: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra (especifique: _____) Empleador: _____ # Teléfono de Trabajo _____ Ocupación _____													
<b>Información sobre el padre o tutor legal en el hogar:</b> Email del Padre/Tutor legal: (Opcional) _____ Nombre: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Parentesco: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____) Empleador: _____ # Teléfono de Trabajo _____ Ocupación _____													
<b>Hermanos, Hermanas:</b> _____ <small>Nombre Fecha de Nacimiento Nombre Fecha de Nacimiento Nombre Fecha de Nacimiento</small>													
<b>Última escuela a la que asistió:</b> (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) _____ <b>Último grado que asistió:</b> _____ ¿Ha sido retenido este estudiante en algún grado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿En cual grado? _____ <b>CORREO DUPLICADO</b> – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre: Nombre completo: _____ Dirección postal: _____ Ciudad/ Estado/Zip _____ Phone: _____													
1. ¿Existen reportes confidenciales o psicológicos disponibles en la escuela previa del estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 2. ¿Tiene su hijo/a un Programa Educativo Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 3. ¿Tiene su hijo/a un Plan 504 activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 4. ¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? <input type="checkbox"/> Especialista de Recursos (RSP) <input type="checkbox"/> Clase Especial Durante el Día (SDC) <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Programa para Estudiantes de Inglés (ELL) <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptiva <input type="checkbox"/> Title I <input type="checkbox"/> Programa Educativo para Dotados y Talentosos (GATE) Otros servicios (especifique): _____													
<b>Firma del Padre/Madre/Tutor:</b> _____					<b>Fecha:</b> _____								
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA SCHOOL OF RESIDENCE: _____ SCHOOL OF CHOICE: _____ STUDENT #: _____</b>													
<b>Notified</b>		<b>Proof of Birth</b>		<b>Residence</b>		<b>Immunization</b>		<b>CUM Requested Entry Code</b>		<b>Enrollment Date</b>		<b>Assigned to:</b>	
<input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> 504		Type: _____		Type: _____		Type: _____		/ /		/ /		Grade: _____ Room: _____	
Verified by: _____								Teacher: _____					

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN CASA**

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo? \_\_\_\_\_(First)
2. ¿Qué idioma habla su hijo/a con más frecuencia cuando conversa en casa? \_\_\_\_\_(Primary)
3. ¿Qué idioma habla usted con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? \_\_\_\_\_(At Home)
4. ¿Qué idioma hablan **LOS ADULTOS** con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_(By Adults)

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela?  Inglés  Español

**NIVEL DE EDUCACION DE PADRES**

Por favor marque el nivel más alto de educación de cualquiera de los padres/tutores:

- No completó la escuela secundaria (*High School*)
- Graduado de escuela secundaria (*High School*)
- Hizo algunos estudios universitarios
- Graduado de universidad
- Estudios o capacitación para graduados/diplomados de universidad
- No deseo proveer esta información

**¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una)**

- Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)
- No Hispano o Latino

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)**

La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.

- Indígena americano o nativo de Alaska (100)  
(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica)
- Chino (201)
- Japonés (202)
- Coreano (203)
- Vietnamita (204)
- Indio de Asia (205)
- Laos (206)
- Camboyano (207)
- Hmong (208)
- Otro asiático (299)
- Hawaiano (301)
- Guamés (302)
- Samoa (303)
- Tahitiano (304)
- Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)
- Filipino/Filipino Americano (400)
- Afroestadunidense o negro (600)
- Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente)

¿Está tomando algún medicamento su hijo/a?

- No  Sí: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna condición médica que debe saber la escuela?

- No  Sí: Describa por favor: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

	Año		Año
Varicela (Chicken Pox)		Ortopédico	
Rubéola (German Measles)		Tonsilitis	
Sarampión (Measles)		Sacado las amígdalas	
Paperas (Mumps)		Sangra la nariz frecuentemente	
Escarlatina (Scarlet Fever)		Problemas de oído u oreja	
Fiebre Reumática (Rheumatic Fever)		Problemas de visión	
Asma		Problemas de corazón	
Alergia		Convulsiones o ataques	
Diabetes		Desmayos	
Tuberculosis		Se moja la cama frecuentemente	
Actividad Física Limitada		Nerviosismo exagerado	
Tuberculosis en la Familia		Otro:	
Reumatismo		Operaciones	

# Kindergarten Questionnaire



Thank you for taking the time to complete this questionnaire. It will assist the kindergarten teachers in many ways as we begin the journey of your child's education. We are looking forward to meeting you and your child. We hope to be working together during your child's school years.

All questions are optional and to be answered only at your discretion. Thank you for your time and consideration.

Date \_\_\_\_\_

## **GENERAL INFORMATION**

Child's Name \_\_\_\_\_ Name to be used at school \_\_\_\_\_

Male  Female Birthdate \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_  
(month) (day) (year)

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Phone work/cell (mother) \_\_\_\_\_ Phone work/cell (father) \_\_\_\_\_

Current Marital Status of Child's Parents \_\_\_\_\_

Other Children in Family Date of Birth School & Grade

<u>Other Children in Family</u>	<u>Date of Birth</u>	<u>School &amp; Grade</u>

## **DEVELOPMENT**

1. Does your child have any health problems of which the school should be aware? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Does your child have any food allergies? \_\_\_\_\_ To What? \_\_\_\_\_

3. Does your child take any medications? \_\_\_\_\_ Name of medication \_\_\_\_\_

How does it affect him/her? \_\_\_\_\_

4. Is your child right or left handed? \_\_\_\_\_

5. Does your child dress himself/herself? \_\_\_\_\_

6. Can your child take care of his/her own bathroom needs? \_\_\_\_\_

7. How does your child react in strange or new situations? \_\_\_\_\_

8. What kind of problems do you have most often with your child? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. How does your child handle frustration? \_\_\_\_\_
10. How do you discipline your child? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
11. Describe your child's personality: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## **SOCIAL EXPERIENCES**

1. Check the places your child has visited:
- |                       |               |                   |               |
|-----------------------|---------------|-------------------|---------------|
| _____ Grocery Store   | _____ Ocean   | _____ Zoo         | _____ Dairy   |
| _____ Factories       | _____ City    | _____ Mountains   | _____ Farm    |
| _____ Nature Preserve | _____ Airport | _____ County Fair | _____ Museums |
2. Where has your child traveled? \_\_\_\_\_
3. Has your child attended Preschool or play group? \_\_\_\_\_ For how long? \_\_\_\_\_
- Which one? \_\_\_\_\_
4. Does your child play mostly: \_\_\_\_\_ alone, \_\_\_\_\_ with siblings, \_\_\_\_\_ with same age children, \_\_\_\_\_ with boys, \_\_\_\_\_ with girls, \_\_\_\_\_ other \_\_\_\_\_
5. What activities does your child enjoy outdoors? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. What activities does your child enjoy indoors? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
7. Does your child enjoy watching TV? \_\_\_\_\_ Favorite programs? \_\_\_\_\_
8. Does your child enjoy books? \_\_\_\_\_ Do you read to your child? \_\_\_\_\_ How often? \_\_\_\_\_
9. Is your child able to remember songs or rhymes? \_\_\_\_\_
10. Has your child had experiences with paints or crayons? \_\_\_\_\_
11. Are there any holidays you do not celebrate? \_\_\_\_\_

## **SCHOOL ADJUSTMENT**

1. Is your child able to sit and listen to a story for 5-10 minutes? \_\_\_\_\_
2. Is your child able to listen without interrupting while someone else talks \_\_\_\_\_
3. Is your child able to share and take turns? \_\_\_\_\_
4. What do you expect your child to acquire through the Kindergarten experience? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
5. What else would you like your child's teacher to know about him/her?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



# CUESTIONARIO DE KINDERGARTEN



Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. Ayudará de muchas maneras a los maestros de Kindergarten ahora que emprendemos en el camino educativo de su hijo(a). Esperamos conocerles a ustedes y su hijo(a). Deseamos trabajar junto con ustedes durante los años escolares de su hijo(a).

Todas las preguntas son opcionales y pueden ser contestadas a su discreción. Gracias por su tiempo y consideración.

Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACION BASICA

Nombre (alumno) \_\_\_\_\_ Nombre que usará en la escuela \_\_\_\_\_

M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Nombre (madre) \_\_\_\_\_ Oficio \_\_\_\_\_

Nombre (padre) \_\_\_\_\_ Oficio \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo/móvil (madre) \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo/móvil (padre) \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres del alumno \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela y grado \_\_\_\_\_

---

---

---

## DESARROLLO

1. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud que debe saber la escuela? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene alergia a alguna comida? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
3. ¿Toma alguna medicina? \_\_\_\_\_ Nombre de medicina \_\_\_\_\_  
¿Cómo le afecta? \_\_\_\_\_
4. ¿Usa la mano derecha o izquierda? \_\_\_\_\_
5. ¿Sabe vestirse solo(a)? \_\_\_\_\_
6. ¿Puede usar el baño solo(a)? \_\_\_\_\_
7. ¿Cómo reacciona en situaciones nuevas o extrañas? \_\_\_\_\_
8. ¿Qué clase de problemas tiene con más frecuencia con él(ella)? \_\_\_\_\_
9. ¿Cómo maneja su hijo(a) su frustración? \_\_\_\_\_
10. ¿Cómo disciplina a su hijo(a)? \_\_\_\_\_
11. Describa la personalidad de su hijo(a): \_\_\_\_\_

## **EXPERIENCIAS SOCIALES**

1. Marcar los lugares que su hijo(a) ha visitado:

<input type="checkbox"/> Supermercado	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Zoológico	<input type="checkbox"/> Granja Lechera
<input type="checkbox"/> Fábrica	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Montañas	<input type="checkbox"/> Granja (Rancho)
<input type="checkbox"/> Arbolada Protegida	<input type="checkbox"/> Aeropuerto	<input type="checkbox"/> Museos	<input type="checkbox"/> Feria del Condado

2. ¿A dónde ha viajado su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Ha asistido una Escuela de Párvulos o juega con algún grupo? \_\_\_\_\_  
¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? Nombre \_\_\_\_\_
4. Él(ella) suele jugar: \_\_\_\_\_ solo, \_\_\_\_\_ con hermanos(as), \_\_\_\_\_ con niños(as) de la misma edad,  
\_\_\_\_\_ con niños, \_\_\_\_\_ con niñas, \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_
5. ¿Cuáles actividades goza él(ella) al aire libre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cuáles actividades goza él(ella) adentro? \_\_\_\_\_
7. ¿Le gusta ver la tele a su hijo(a)? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuáles son sus programas favoritos? \_\_\_\_\_ ¿Le gusta leer libros a su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
¿Lee usted libros a su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
9. ¿Puede recordar su hijo(a) cantos o versos? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha usado su hijo(a) pinturas o creyones? \_\_\_\_\_
11. ¿Hay algunos días festivos que no celebran? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **AJUSTE ESCOLAR**

1. ¿Se puede quedar su hijo(a) sentado y escuchar un cuento/historia durante 5-10 minutos? \_\_\_\_\_
2. ¿Puede escuchar sin interrumpir mientras alguien está hablando? \_\_\_\_\_
3. ¿Sabe compartir y esperar su turno? \_\_\_\_\_
4. ¿Cual experiencia quiere usted que su hijo(a) adquiera en Kíndergarten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Qué más desea usted que el maestro de su hijo(a) sepa de él(ella)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

### PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

### PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

#### HEALTH EXAMINATION

**NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.**

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

#### IMMUNIZATION RECORD

**Note to Examiner:** Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

**Note to School:** Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
<b>POLIO</b> (OPV or IPV)					
<b>DtaP/DTP/DT/Td</b> (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
<b>MMR</b> (measles, mumps, and rubella)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

### PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

#### RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or guardian \_\_\_\_\_  
Date

Name, address, and telephone number of health examiner

\_\_\_\_\_  
Signature of health examiner \_\_\_\_\_  
Date

**If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.**

## 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)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
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	Cuarto	Quinto
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

#### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene 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 conciernen 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)

\*de ser indicado

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta 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

\_\_\_\_\_  
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 Jovenes (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/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

## Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code Section 49452.8*) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within their scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she starts school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

### **Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)**

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

### **Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)**

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i>		_____ <i>CA License Number</i>	_____ <i>Date</i>

### **Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement**

**To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement**

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.  
My child's dental insurance plan is:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Other \_\_\_\_\_     None
  - I cannot afford a dental check-up for my child.
  - I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: \_\_\_\_\_

If asking to be excused from this requirement: ► \_\_\_\_\_  
*Signature of parent or guardian*
*Date*

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

**Return this form to the school no later than May 31** of your child's first school year.  
*Original to be kept in child's school record.*

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

### **Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)**

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### **Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)**

**NOTA IMPORTANTE:** Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
_____ <b>Firma del profesional dental con licencia      Número de licencia de California      Fecha</b>			

### **Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental**

#### **Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento**

Por favor excusa a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).  
El plan de seguro dental de mi hijo es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Otro \_\_\_\_\_     Ninguno
  - No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).
  - No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: \_\_\_\_\_

**Si pides una excusa de este requerimiento:** ► \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**                      **Fecha**

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

**Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo** del primer año escolar de tu hijo ().  
*El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).*



# Grades K-12

**INSTRUCTIONS**

Use this guide as a quick reference to help you determine whether children seeking admission to your school meet California’s school immunization requirements. For the actual laws, see Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075. If you have any questions, call the Immunization Coordinator at your local health department.

**IMMUNIZATION REQUIREMENTS**

To enter into public and private elementary and secondary schools (grades kindergarten through 12, including transitional kindergarten), children under age 18 years must have immunizations.

VACCINE	REQUIRED DOSES
<b>Polio</b>	<b>4 doses at any age, but...</b> 3 doses meet requirement for ages 4–6 years if at least one was given on or after the 4 <sup>th</sup> birthday <sup>1</sup> ; 3 doses meet requirement for ages 7–17 years if at least one was given on or after the 2 <sup>nd</sup> birthday. <sup>1</sup>
<b>Diphtheria, Tetanus, and Pertussis</b>	<b>Age 6 years and under:</b> DTP, DTaP or any combination of DTP or DTaP with DT (diphtheria and tetanus) <b>5 doses at any age, but...</b> 4 doses meet requirements for ages 4–6 years if at least one was on or after the 4 <sup>th</sup> birthday. <sup>1</sup>
	<b>Age 7 years and older:</b> Tdap, Td, or DTP, DTaP or any combination of these <b>4 doses at any age, but...</b> 3 doses meet requirement for ages 7–17 years if at least one was on or after the 2 <sup>nd</sup> birthday. <sup>1</sup> If last dose was given before the 2 <sup>nd</sup> birthday, one more (Tdap) dose is required.
<b>Measles, Mumps, Rubella (MMR)</b>	<b>Age 4-6 years (kindergarten and above): 2 doses<sup>2</sup></b> both on or after 1 <sup>st</sup> birthday. <sup>1</sup>
	<b>7<sup>th</sup> grade: 2 doses<sup>2</sup></b> both on or after 1 <sup>st</sup> birthday. <sup>1</sup>
	<b>Age 7-17 years and not entering or advancing into 7<sup>th</sup> grade: 1 dose</b> on or after 1 <sup>st</sup> birthday. <sup>1</sup>
<b>Hepatitis B<sup>3</sup></b>	<b>Age 4-6 years (kindergarten and above): 3 doses.</b>
<b>Varicella</b>	<b>1 dose<sup>4, 6</sup></b>
<b>Tdap Booster</b> (Tetanus, reduced diphtheria, and pertussis)	<b>7<sup>th</sup> grade: 1 dose</b> on or after 7 <sup>th</sup> birthday. <sup>5, 7</sup>

- <sup>1</sup> Receipt of a dose up to (and including) 4 days before the birthday will satisfy the school entry immunization requirement.
- <sup>2</sup> Two doses of measles-containing vaccine required. One dose of mumps and rubella-containing vaccine required; mumps vaccine is not required for children 7 years of age and older.
- <sup>3</sup> Not required for 7<sup>th</sup> grade.
- <sup>4</sup> Physician-documented varicella (chickenpox) disease history or immunity meets the varicella requirement.
- <sup>5</sup> Tdap, DTaP, or DTP given on or after 7<sup>th</sup> birthday will meet the requirement. Td does not meet the requirement.
- <sup>6</sup> 2 dose varicella requirement for ages 13-17 years applies to transfer students who were not admitted to a California school before July 1, 2001.
- <sup>7</sup> 8th-12th grade students transferring from outside of California must meet the requirement.

**EXEMPTIONS**

The law allows parents/guardians to submit an exemption from immunization requirements based on their personal beliefs or medical conditions. For children with medical exemptions, the physician’s written statement should be submitted. Schools should maintain an up-to-date list of pupils with exemptions, so they can be excluded quickly if an outbreak occurs. For more information, visit [shotsforschool.org](http://shotsforschool.org)

**NOT MEETING REQUIREMENTS**

Refer pupils who do not meet these State requirements to their physician or local health department. Give families a written notice indicating which doses are lacking.

**CONDITIONAL ADMISSIONS**

Children who lack one or more required vaccine doses that are not currently due may be admitted on condition that they receive the remaining doses when due (Title 17, CCR Section 6035).