

Student Registration Information

Grades 1 – 5

The following papers need to be completed and provided for enrollment at Elementary School:

1. Complete both sides of the enrollment form, (please be sure to include the name, address, and if possible phone number of previous school attended);
2. Turn in a complete immunization record for your child, (see requirements);
3. Turn in a birth record for your child;
4. Complete a Request for Records Form;
5. Turn in Proof of Residence
6. First Grade Only – Get a Physician's report for a 1st Grade Physical. Physical must be completed between 3/31/16 to present. If a child has already had one, just provide proof to the school in August.

Información para Matricular al Estudiante

Grados 1^o - 5^o

Los siguientes documentos deben ser completados y entregados para la inscripción en la escuela primaria:

1. Complete ambos lados de la forma de inscripción, (por favor asegúrese de incluir el nombre, dirección y si es posible numero de teléfono de escuela anterior que asistió;
2. Entregar la acta de vacunas completa de su hijo/a (ver requisitos);
3. Entregar acta de nacimiento de su hijo/a;
4. Completar el formulario "Pedido de Archivo Académico"
5. Entregar comprobante de residencia
6. Solo para Primer Grado: - obtener reporte de un medico del examen físico de 1er grado, debe completarse entre 3/31/16 al presente. Si su hijo/a ya tuvo uno, solo muestre el comprobante a la escuela en agosto.

COTATI-ROHNERT PARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT'S LEGAL NAME: (MUST MATCH BIRTH CERTIFICATE) (PLEASE PRINT)				www.crpusd.org		GRADE:		BIRTHDATE:		AGE:	
Last		First		Middle		Student Goes By		SEX: ☐ F ☐ M		Month	
Day		Year		Year		Year		Year		Year	
BIRTHPLACE:				DATE OF U.S. ENTRY:				DATE FIRST ENROLLED IN U.S. SCHOOL:			
City				State or Country				Month			
Day				Year				Year			
PARENT/GUARDIAN:				HOME PHONE:				FATHER'S WORK/EXT:			
First				Last				()			
()				()				()			
RESIDENCE ADDRESS:				MOTHER'S WORK/EXT:				MOTHER'S CELL:			
Street				City				Zip Code			
()				()				()			
/				/				/			
Student lives with: ☐ Mother ☐ Father ☐ Both ☐ Guardian ☐ Caregiver											
Information on Mother or other Guardian in the home:											
Parent/Guardian Email Address _____											
Name: _____ Birthplace: _____											
Relationship to Student: ☐ Mother ☐ Step-Mom ☐ Foster Mom ☐ Aunt ☐ Grandmother ☐ Other (Please specify): _____											
Employer: _____											
Name											
Address											
City											
Occupation											
Information on Father or other Guardian in the home:											
Parent/Guardian Email Address: _____											
Name: _____ Birthplace: _____											
Relationship to Student: ☐ Father ☐ Step-Dad ☐ Foster Dad ☐ Uncle ☐ Grandfather ☐ Other (Please specify): _____											
Employer: _____											
Name											
Address											
City											
Occupation											
Siblings:											
Name											
Birthdate											
School & Grade											
Name											
Birthdate											
School & Grade											
Last Grade Attended: _____ Was Child Ever Retained? ☐ No ☐ Yes In which grade?: _____ Has Child Previously Attended School At CRPUSD ☐ No ☐ Yes											
Previous School Attended: (Name, Street, City, State, and Zip Code) _____											
Duplicate Mailing- 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? ☐ Yes ☐ No											
2. Does your child have an active I.E.P. (Individualized Education Plan)? ☐ Yes ☐ No											
3. Does your child have an active 504 Plan? ☐ Yes ☐ No											
4. What special services has your child received? ☐ Special Education Services ☐ English Language Learner (ELL) ☐ Gifted and Talented Program (GATE)											
5. Other services (Please specify): _____											
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN: _____ DATE: _____											
FOR SCHOOL USE ONLY											
SCHOOL OF RESIDENCE: _____ SCHOOL OF CHOICE: _____ STUDENT #: _____											
Notified ☐ SPED ☐ EL ☐ 504											
Proof of Birth Type: _____											
Residence Type: _____											
Immunization Type: _____											
CUM Requested / /											
Entry Code											
Enrollment Date / /											
Assigned to: Grade: _____ Room: _____											
Teacher: _____											
Verified by: _____											

Student's Name: _____

MILITARY SERVICE: Is a parent active in any branch of the Armed Forces ☐ Yes ☐ No

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

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

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)

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

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

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: (DEBE SER IGUAL AL INDICADO EN ACTA DE NACIMIENTO)				www.crpusd.org		GRADO:		NACIDO:		EDAD:					
Apellido		Nombre		Segundo		Se le llama		SEXO: ☐ F ☐ M		Mes Día Año					
LUGAR DE NACIMIENTO:				FECHA DE ENTRADA A USA:				FECHA DE 1ª MATRICULACIÓN EN ESCUELA DE USA:							
Ciudad Estado o País				Mes Día Año				FECHA DE 1ª MATRICULACIÓN EN ESCUELA DE CALIFORNIA:							
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:				TELÉFONO DE CASA:				TEL DE TRABAJO - PADRE:		CELULAR DE PADRE:					
Nombre Apellido				()				() /		()					
DOMICILIO:				TEL DE TRABAJO - MADRE:				CELULAR DE MADRE:							
Calle Ciudad Código Postal				() /				()							
El estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos ☐ Guardián/Tutor Legal ☐ Cuidador Información sobre la madre o tutor legal en el hogar: Email de la Madre/Tutor legal: _____ Nombre: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Parentesco: ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Madre Adoptiva ☐ Tía ☐ Abuela ☐ Otra (especifique: _____) Empleador: _____ Nombre Dirección # Teléfono de Trabajo Ocupación															
Información sobre el padre o tutor legal en el hogar: Email del Padre/Tutor legal: _____ Nombre: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Parentesco: ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Padre Adoptivo ☐ Tío ☐ Abuelo ☐ Otro (especifique: _____) Empleador: _____ Nombre Dirección # Teléfono de Trabajo Ocupación															
Hermanos, Hermanas: _____ Nombre Fecha de Nacimiento Escuela y grado Nombre Fecha de Nacimiento Escuela y grado															
Último grado que asistió: _____ ¿Ha sido retenido este estudiante en algún grado? ☐ No ☐ Sí ¿En cuál grado? _____ ¿Su hijo/a ha previamente asistido a una escuela en CRPUSD? ☐ No ☐ Sí Última escuela a la que asistió: (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) _____ CORREO DUPLICADO – 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 _____ Teléfono: _____															
1. ¿Existen reportes confidenciales o psicológicos disponibles en la escuela previa del estudiante? ☐ Si ☐ No 2. ¿Tiene su hijo/a un Programa Educativo Individualizado (IEP)? ☐ Si ☐ No 3. ¿Tiene su hijo/a un Plan 504 activo? ☐ Si ☐ No 4. ¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? ☐ Servicios de Educación Especial ☐ Programa para Estudiantes de Inglés (ELL) ☐ Programa Educativo para Dotados y Talentosos (GATE) 5. Otros servicios (especifique): _____															
Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____															
PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA SCHOOL OF RESIDENCE: _____ SCHOOL OF CHOICE: _____ STUDENT #: _____															
Notified		Proof of Birth		Residence		Immunization		CUM Requested		Entry Code		Enrollment Date		Assigned to:	
☐ SPED ☐ EL ☐ 504		Type:		Type:		Type:		/ /				/ /		Grade: Room:	
		Verified by:												Teacher:	

Nombre del Estudiante _____

SERVICIO MILITAR ¿Alguno de los padres está activo en cualquier rama de las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No

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. ¿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	

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
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (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 entregelo 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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos 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 (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

PARENTS' GUIDE TO IMMUNIZATIONS REQUIRED FOR SCHOOL ENTRY



Entry Requirements by Age and Grade:

Vaccine	4-6 Years Old Elementary School at Transitional-Kindergarten/ Kindergarten and Above	7-17 Years Old Elementary or Secondary School	7th Grade*
Polio (OPV or IPV)	4 doses (3 doses OK if one was given on or after 4th birthday)	4 doses (3 doses OK if one was given on or after 2nd birthday)	
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, DT, or Tdap)	5 doses of DTaP, DTP, or DT (4 doses OK if one was given on or after 4th birthday)	4 doses of DTaP, DTP, DT, Tdap, or Td (3 doses OK if last dose was given on or after 2nd birthday. At least one dose must be Tdap or DTaP/ DTP given on or after 7th birthday for all 7th-12th graders.)	1 dose of Tdap (Or DTP/DTaP given on or after the 7th birthday.)
Measles, Mumps, and Rubella (MMR or MMR-V)	2 doses (Both doses given on or after 1st birthday. Only one dose of mumps and rubella vaccines are required if given separately.)	1 dose (Dose given on or after 1st birthday. Mumps vaccine is not required if given separately.)	2 doses of MMR or any measles-containing vaccine (Both doses given on or after 1st birthday.)
Hepatitis B (Hep B or HBV)	3 doses		
Varicella (chickenpox, VAR, MMR-V or VZV)	1 dose	1 dose for ages 7-12 years. 2 doses for ages 13-17 years.	

*New admissions to 7th grade should also meet the requirements for ages 7-17 years.

WHY YOUR CHILD NEEDS SHOTS:

The California School Immunization Law requires that children be up to date on their immunizations (shots) to attend school. Diseases like measles and whooping cough (pertussis) spread quickly, so children need to be protected before they enter. California schools are required to check immunization records for all new student admissions at Kindergarten or Transitional Kindergarten **through** 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry.

THE LAW:

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

WHAT YOU WILL NEED AT REGISTRATION:

Bring your child's Immunization Record. You cannot register without it. The Immunization Record must show the date for each required shot above. If you do not have an Immunization

Record, or your child has not received all required shots, call your doctor now for an appointment.

If a licensed physician determines a vaccine should not be given to your child because of medical reasons, submit a written statement from the physician for a **medical exemption** for the missing shot(s).

Until 2016, if a vaccine is contrary to your **personal beliefs**, you may submit form CDPH 8262 for the missing shot(s). The form must include the signatures of both a parent and an authorized health care practitioner. For details, see: [ShotsForSchool.org/laws/faqs/pbe](https://www.cdph.ca/Programs/CID/DCDC/Pages/Immunizations/ShotForSchool/Forms/8262.aspx).

You must also submit an immunization record for all required shots not exempted.

Questions? Visit [ShotsForSchool.org](https://www.shotsforschool.org) or contact your local health department (bit.do/immunization).

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



Requisitos de ingreso por edad y grado:

Vacuna	4-6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kínder de transición/ kínder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV or IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, Tétanos y Pertussis (Tos Ferina)	5 dosis de DTaP, DTP o DT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después). Para los alumnos de 7° a 12° grado, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/ DTP y que se la hayan puesto al cumplir los 7 años de edad o después).	1 dosis de Tdap o DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después
Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si es que recibió vacunas separadas).	1 dosis en o después del primer cumpleaños. (La vacuna contra las paperas no es necesaria si es que recibió vacunas separadas).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión. (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después)
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis		
Varicela (VAR, MMR-V o VZV)	1 dosis	1 dosis para alumnos de 7-12 años de edad 2 dosis para alumnos de 13-17 años de edad	

*Los nuevos alumnos de 7° grado también deben cumplir con los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

LA RAZON POR QUÉ SU NIÑO(A) NECESITA VACUNARSE:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que todos los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. Las enfermedades como el sarampión y la tos ferina se propagan rápidamente, de modo que los niños deben estar protegidos antes de entrar. Se requiere que las escuelas en California verifiquen los comprobantes de inmunización de todos los nuevos estudiantes de kínder/kínder de transición **hasta** el 12° grado y de los estudiantes pasando a 7° grado antes del comienzo de clases.

LA LEY (en inglés):

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 6000-60755

LO QUE NECESITA PARA LA INSCRIPCIÓN:

Traiga el comprobante de inmunización de su niño(a). No es posible inscribirlo(a) sin eso. El comprobante de inmunización debe mostrar la fecha para cada una de las vacunas requeridas arriba. Si no tiene un comprobante de inmunización, o si su niño(a) no ha recibido todas las vacunas requeridas, llame a su doctor inmediatamente para hacer una cita.

Si un médico licenciado determina que su niño(a) no debe recibir cierta(s) vacuna(s) por razones médicas, presente una declaración escrita para obtener una **exención médica** para la(s) vacuna(s) que le falta(n).

Hasta el 2016, si una vacuna es contra sus **creencias personales**, usted puede presentar el formulario CDPH 8262 para la(s) vacuna(s) que le falta(n). El formulario debe tener las firmas de un padre de familia y de un profesional médico autorizado. Para más detalles, visite: <http://www.shotsforschool.org/laws/faqspe/>.

También debe presentar un comprobante de inmunización para todas las vacunas no exentas.

¿Tiene preguntas? Visite shotsforschool.org o comuníquese con su departamento de salud local (bit.do/immunization).



COTATI-ROHNERT PARK
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REQUEST FOR STUDENT RECORDS

TO: _____ Date: _____

Student's Name:	Birth Date:	Grade:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

The above named/ students/ students have enrolled in our school. Please send records as indicated below. Thank you.

____ **Please FAX a copy of birth certificate and immunization record ASAP**
____ **Please Send ALL Records ASAP – {CUMULATIVE FOLDER** (attendance record, test results, grades, birth certificate); **HEALTH FOLDER** (hearing, vision, immunization records); **CONFIDENTIAL FOLDER** (including special education assessment), etc.}
____ Please FAX CELDT Score (If Applicable):
Has student taken the CELDT test this year? ____ Yes ☐ No
Most CEDLT test scores: Listening/ Speaking ____ Reading ____
____ Writing ____ Overall ____
____ **Other:** _____

_____	Evergreen School (K-5) 1125 Emily Ave Rohnert Park, CA 94928 707-588-5715/ FAX 707-588-5720	_____	Marguerite Hahn School (K-5) 825 Hudis St Rohnert Park, CA 94928 707-588-5675/ FAX 707-588-5680	_____	Thomas Page Academy (K-8) 1075 Madrone Ave Cotati, CA 94931 707-792-4860/ FAX 707-792-4514		
_____	John Reed School (K-2) 390 Arlen Dr Rohnert Park, CA 94928 707-792-4845/ FAX 707-792-4517	_____	Monte Vista School (K-5) 1400 Magnolia Ave Rohnert Park, CA 94928 707-792-4531/ FAX 707-792-4513	_____	Waldo Rohnert School (3-5) 550 Bonnie Ave Rohnert Park, CA 94928 707-792-4830/ FAX 707-792-4519	_____	University Elementary (K-3) 8511 Liman Way Rohnert Park, CA 94928 707-792-4840/ FAX 707-242-8201

Cotati-Rohnert Park Unified School District, 7165 Burton Ave, Rohnert Park, CA 94928