



331 SHAFTER AVENUE, SHAFTER, CALIFORNIA 93263
(661) 746-8600, (661) 746-8614 (FAX)

Dear Parent of Prospective Richland School District Kindergarten Student:

Welcome to the Richland School District! On behalf of the Richland School District, I would like to request that you complete the enclosed enrollment packet and return to the school of residence to ensure proper placement of your student with the District.

If you have any questions regarding enrollment, please feel free to contact the school site or the District Office at the numbers listed above.

Thank you. We look forward to your student's participation within our District.

Estimado padre de alumno prospectivo de Kindergarten del Distrito Escolar de Richland:

¡Bienvenido al Distrito Escolar de Richland! De parte del Distrito Escolar de Richland, deseo solicitarle que llene las hojas de inscripción y regrese a la escuela de residencia para asegurar la colocación apropiada de su niño(a) dentro del Distrito.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la inscripción, por favor siéntase libre de comunicarse con el sitio escolar o la oficina del Distrito en los números mencionados arriba.

Gracias. Estamos deseosos de tener la participación de su niño dentro de nuestro Distrito.

Sincerely/Atentamente,

Rosa A. Romero
Interim Superintendent/Superintendente Interino

Interim Superintendent
Rosa A. Romero

Assistant Superintendent Educational Services
Annette Blacklock

Chief Business Official
Martin Rodriguez

Board Members
Tony Aguirre
Tammy Rubio Criswell
Melissa DeWitt
Cain Maldonado
Deanna Rodriguez-Root

Golden Oak Elementary
(661) 746-8670
(661) 746-1033 (Fax)

Redwood Elementary
(661) 746-8650
(661) 746-1055 (Fax)

Sequoia Elementary
(661) 746-8740
(661) 746-1022 (Fax)

Richland Junior High
(661) 746-8630

Lista de verificación de registro

- Llame a su médico para hacer una cita para un examen físico
(El físico necesita tener la fecha del 15 de febrero o después)
- Llame a su dentista para hacer una cita para un examen dental
- Llame a la oficina de la escuela para hacer una cita para matricular a su hijo(a)
- Comprobante de edad (acta de nacimiento, pasaporte, registro bautismal)
- Comprobante de su domicilio
Prueba Aceptable: Factura de Gas, Electricidad o Agua, o contrato de renta que incluye su nombre y dirección actual. Si no tiene estos documentos disponibles, por favor póngase en contacto con la oficina de la escuela para opciones alternativas.
- Tarjeta de Vacunas (actualizada)
- Examen Dental
- Físico Medico
- Prueba de TB o Cuestionario de evaluación de riesgos de TB
- Encuesta Sobre El Asma



RICHLAND SCHOOL DISTRICT REGISTRATION
Inscripción para estudiantes al Distrito Escolar Richland

FOR SCHOOL USE ONLY / SOLO PARA USO DE

<input type="checkbox"/> Golden Oak Elementary	<input type="checkbox"/> Redwood Elementary	Enrollment Date	Grade	Teacher	I.D. #
<input type="checkbox"/> Sequoia Elementary	<input type="checkbox"/> Richland Junior High				

→ **Has your student ever attended any of the Shafter Public schools before** **YES,** _____ **NO**
 ¿Ha asistido su estudiante a cualquiera de las Escuelas Publicas de Shafter antes? **Si,** _____ **No**

Student's First Name/Primer Nombre del estudiante	Student's Middle Name/Segundo Nombre estudiante	Student's Last Name/APELLIDO del estudiante
--	--	--

Residence Address/Domicilio en que vive	City/Ciudad	Zip/Zona Postal	Mailing address or PO Box /Domicilio Postal
--	--------------------	------------------------	--

Student Birth Date: Fecha en que nació el estudiante Month (mes) Day (día) Year (año)	<input type="checkbox"/> Boy (niño) <input type="checkbox"/> Girl (niña)	Home phone / Teléfono de casa
--	---	--------------------------------------

e-mail address /correo electrónico	What is your child's Ethnicity? ¿Cual es el origen étnico de su hijo? <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <i>Hispano o Latino</i> <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <i>No Hispano o Latino</i>
---	---

Father/Guardian Name <i>Nombre del Padre o Guardian</i>	Lives at home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Vive en casa? Si No</i>	If not at home, has court restriction order? -¿Si no vive en casa, tiene orden de restricción? <input type="checkbox"/> Yes—Si <input type="checkbox"/> No—No
--	---	---

E-mail address <i>correo electrónico</i>	Cellular #	Work Phone #
---	-------------------	---------------------

Mother/Guardian Name <i>Nombre de la Madre o Guardian</i>	Lives at home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Vive en casa? Si No</i>	If not at home, has court restriction order? -¿Si no vive en casa, tiene orden de restricción? <input type="checkbox"/> Yes—Si <input type="checkbox"/> No—No
--	--	---

E-mail address <i>correo electrónico</i>	Cellular #	Work Phone #
---	-------------------	---------------------

Step Parent/Other Guardian <i>Padrastra/Madrastra—Otro padre/guardián</i>	Lives at home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Vive en casa? Si No</i>	If not at home, has court restriction order? -¿Si no vive en casa, tiene orden de restricción? <input type="checkbox"/> Yes—Si <input type="checkbox"/> No—No
--	--	---

E-mail address <i>correo electrónico</i>	Cellular #	Work Phone #
---	-------------------	---------------------

Is (are) the above checked person(s) the student's LEGAL GUARDIAN? ¿Es (son) la (s) persona(s) arriba nombrada(s) GUARDIAN(ES) LEGAL(ES) del estudiante? If not, please complete a "Caregiver Affidavit" form / Si no es , por favor llene una declaración jurada de "persona a cargo"

<p>PARENT EDUCATION: Check the response that describes the education level of the <u>most educated parent.</u> <i>Marque la respuesta que indica el <u>nivel mas alto de educación</u> escolar que tenga cualquiera de los dos padres.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Graduate Degree or higher <i>Licenciatura o doctorado (10)</i> <input type="checkbox"/> College graduate <i>Graduado de la Universidad (11)</i> <input type="checkbox"/> Some College or Associate Degree <i>Un poco de un Universidad (12)</i> <input type="checkbox"/> High School Graduate <i>Graduado de preparatoria (13)</i> <input type="checkbox"/> Not a High School Graduate <i>No se graduó de la preparatoria (14)</i>



I WISH TO RECEIVE MY MAIL IN: **English** **Español**

Are you or your spouse an active member of the Armed Forces? (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Coast Guard)

¿Es usted o su esposo/a miembro activo de las Fuerzas Armadas? (Armada, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo Marino, Guarda Costera)

YES Si **NO** No

What is your Student's Race? (you may check up to five racial categories)

¿Cuál es el origen racial o la raza del estudiante? (usted puede marcar hasta cinco razas)

- White** Blanco (700) Personas originarias de Europa, Medio Oriente, Norte de Africa o Latinos
- African American** Afro-Americano (600) No de origen Hispano o Latino
- Native American or Alaskan Native** Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
- Chinese** Chino (201)
- Korean** Coreano (203)
- Asian Indian** Hindú Asiático (205)
- Cambodian** Camboyano (207)
- Other Asian** Otro Asiático (299)
- Guamanian** Guames (302)
- Tahitian** Tahitiano (304)
- Filipino/Filipino American** Filipino o América-Filipino (400)
- Japanese** Japonés (202)
- Vietnamese** Vietnamita (204)
- Laotian** Laos (206)
- Hmong** Monge (208)
- Hawaiian** Hawaiano (301)
- Samoan** Samoano (303)
- Other Pacific Islander** Otro originario de las Islas del Pacifico (399)

Other children in the family <i>Otros niños en la familia</i>	Date of Birth <i>Fecha que nació</i>	School Attending <i>Escuela que asiste</i>	Grade <i>Grado</i>	Boy <i>Niño</i>	Girl <i>Niña</i>	Lives home? <i>¿Vive en casa?</i>	at <i>en</i>

Date the student first attended school in the U.S.

Fecha en que el estudiante asistió a la escuela por primera vez en los E.U.

Month _____
Mes

Day _____
Día

Year _____
Año

Date the student first attended school in California

Fecha en que el estudiante asistió a una escuela por primera vez en California

Month _____
Mes

Day _____
Día

Year _____
Año

LIST ALL SCHOOLS THE STUDENT HAS ATTENDED STARTING WITH THE MOST RECENT SCHOOL

Escriba todas las escuelas que el estudiante ha asistido, comenzando con la escuela mas reciente

School Name <i>Nombre de la escuela</i>	Address / City / State / Zip <i>Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal</i>	Grade/Grado	DATE <i>Fecha</i>

Residence: Where is your child/family currently living? (Federal mandate by NCLB) - Please check appropriate box
Residencia: ¿Donde vive actualmente su estudiante o la familia? (Mandato federal NCLB) - Marque por favor el cuadro que corresponda

- In a family permanent residence house, apartment, condo, mobile home, doubled up (not due to economic hardship)**
En una residencia permanente, casa, apartamento, condominio, casa móvil (con otras personas pero no debido a dificultades económicas)
- Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due economic hardship or loss (not by Choice)**
Compartiendo con mas de una familia en una casa o apartamento debido a razones económicas o perdidas.
- In a shelter o transitional housing program** - *En un refugio o programa de vivienda en transición*
- In a motel/ hotel** - *En un motel o hotel*
- Unsheltered: car/campsite** - *Sin casa, viviendo en carro o campamento*
- Other, please specify** - *Otro lugar, por favor especifique*

Has your child received special services before? *(Please check all the boxes that apply)*

- Resource (RSP) Recursos didácticos especiales** **Special Day Class (SDC) Clase especial**
- Speech/Language Terapia del habla** **Remedial Math Ayuda en matematicas**
- Migrant Programa Migrante** **Remedial Reading Ayuda en lectura**
- English Language Development Desarrollo del Idioma Ingles** **Gifted or GATE Gate Program**

STUDENT RELEASE WAIVER OF STUDENT FROM SCHOOL AND EMERGENCY CONTACT BY PARENTS. List names of adults that we can call in an emergency or to which the student may be released to in case you "The Parent/Guardian are unable to check your student out of school." Please **BE AWARE** any person checking your student out of school will need to present an **IDENTIFICATION**. The ID must match adult listed on this release waiver. **As a general guideline, the school WILL NOT ACCEPT PHONE CALLS** from parents to release a student to someone else who is not the parent or legal guardian of the student. Emergencias may be evaluated by site administration on a case by case basis. Please check the box if the person is only to be contacted in case of an emergency or if the student may be released to them absolving the district of responsibility. (An adult is someone over 18 years old).

PERMISO DE LOS PADRES PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA Y LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA. Escriba el nombre de adultos a los cuales el estudiante puede ser entregado en caso de que usted "El Padre/Guardián no pueda recoger de la escuela." Por favor SEA CONSCIENTE que cualquier persona que saque a su estudiante de la escuela deberá presentar una IDENTIFICACION. EL ID debe tener el nombre del adulto que usted escribió abajo. La escuela **Como pauta general, NO SE ACEPTARÁN LLAMADAS** de los padres para dejar salir a un estudiante con alguien que no es el padre o guardián legal de dicho estudiante. **Emergencias pueden ser evaluadas por la administración de sitio por caso individual.** Favor de marcar en la caja si la persona solo se le llamará en caso de emergencia o si el estudiante se le puede entregar a ellos absolviendo al distrito de toda responsabilidad. (Un adulto es alguien mayor de 18 años).

Name - Nombre	Phone or Cell # Teléfono o celular	Relationship to the child Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> Contact Only <i>Llamar solamente</i> <input type="checkbox"/> Release from school <i>Sacar de escuela</i>
Name - Nombre	Phone or Cell # Teléfono o celular	Relationship to the child Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> Contact Only <i>Llamar solamente</i> <input type="checkbox"/> Release from school <i>Sacar de escuela</i>
Name - Nombre	Phone or Cell # Teléfono o celular	Relationship to the child Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> Contact Only <i>Llamar solamente</i> <input type="checkbox"/> Release from school <i>Sacar de escuela</i>
Name - Nombre	Phone or Cell # Teléfono o celular	Relationship to the child Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> Contact Only <i>Llamar solamente</i> <input type="checkbox"/> Release from school <i>Sacar de escuela</i>
Name - Nombre	Phone or Cell # Teléfono o celular	Relationship to the child Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> Contact Only <i>Llamar solamente</i> <input type="checkbox"/> Release from school <i>Sacar de escuela</i>

MEDIA RELEASE: I / We hereby consent for my child to be observed, interviewed, photographed and/or filmed namely media, social media, radio, television, film and audio or recording (collectively “the programming”) when a representative of the media have been permitted by the principal or designee to be on campus. I, on behalf of myself and my child, hereby waive any rights to control approval use or reuse of the Programming. I also hereby waive any fees, royalties, or other compensation which may arise from my child participation in the Programming under the laws of the United States o any state thereof or under the laws of any other nation or jurisdiction.

Doy mi (nuestro) permiso para que mi (nuestro) estudiante sea observado, entrevistado, fotografiado y/o filmado ya sea para el periódico, medio social, radio, televisión, película, audio o video-grabado (colectivamente llamado la “Programación”) cuando el director o su designado autorice a un representante de los medios a entrar al sitio escolar. Yo en nombre de mí mismo y de mí estudiante cedo cualquier derecho, regalías, u otras compensaciones las cuales se pudieran deducir de la participación de mi estudiante en la “Programación.” bajo las leyes de los Estados Unidos o de cualquier otro estado, o bajo las leyes de cualquier otra nación o jurisdicción.

YES/Sí **NO no**

In the event of a disaster, if parents or emergency contacts are not available, my child may be release to adult familiar to him or her. (*En caso de un desastre, si los padres o contactos de emergencia no pueden ser encontrados, mi estudiante puede ser entregado a una adulto que el niño/niña conozca.*)

YES, I agree *si estoy de acuerdo* **NO, I don't agree** *no estoy de acuerdo*

Parent Signature: *Firma del Padre/Guardian*

Date: *Fecha*

INVENTARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Genero: _____

Para garantizar que el personal escolar apropiado este enterado de cualquier necesidad de atención médica que tenga su estudiante, para proveer el apoyo y los servicios que necesite, por favor llene este formulario con la información más actual. A base de sus respuestas a las preguntas a continuación, pueda que le pidamos proveerle información más detallada de parte del doctor de su alumno.

Mi estudiante no tiene ningunos problemas de salud. (Ignore las preguntas que faltan y firme la parte posterior.)

<i>Problemas de salud</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Problemas de salud</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Alergia a (ciertas comidas, abejas, ciertas temporadas, otro asunto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad/desorden genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de cabeza o Concusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD-desorden- déficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espectro de autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del sistema inmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza crónicos/ migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de oído, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del habla/ lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricción de ciertas comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones/ problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentes sangrados de nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro asunto: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted marcó "sí" para cualquiera de los problemas de salud nombrados arriba, favor de proveer información más específica (por ej. lo que le causa, las reacciones/ el comportamiento relacionado con el problema de salud o a resultado de medicamento recetado, la frecuencia, la fecha del diagnosis, el tratamiento que se requiere, etc.).

- ¿Le afectan cualquiera de los problemas de salud que usted marcó, la habilidad del estudiante de participar en los programas, actividades, y/ o la clase de educación física en la escuela? Sí No
- ¿Tiene un Plan Individual de Atención de Salud el estudiante? Sí No
- ¿Tiene un Plan de Sección 504 el estudiante? Sí No

Anote cualquier medicamento que toma el estudiante. Indique si se toma en casa o durante las horas escolares.

Nombre del medicamento/ el propósito	la dosis/ la frecuencia	
_____	_____	<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> en la escuela
_____	_____	<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> en la escuela

Para que el alumno pueda tomar medicamento en la escuela, durante el día escolar, el "Formulario de Permiso para medicamento recetado" se debe llenar por el médico y el padre.

Historial de Desarrollo y los Hitos

De 2 a 5 años de edad	Avanzado	Promedio	Demoró	No se sabe
Sentar, gatear, y pedir algo con los brazos alzados				
Correr, brincar, tirar, cachar				
Hablar en oraciones, tener vocabulario				
Desarrollo social, hacer amigos				
Contar, conocimiento del abecedario, armar rompecabezas, entender conceptos				

	Edad/ Meses o años	No se sabe
Se sentó sólo		
Gateó		
Caminó		
Habló		
Aprendió a usar el inodoro		

Atestiguo que la información proveída en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del padre/ tutor

Firma de padre/ tutor

Fecha

El Distrito Escolar Richland participa en un programa estatal que le permite a los distritos escolares cobrarle a Medi-Cal por servicios provistos por la enfermera escolar, terapeutas del habla, psicólogos escolares y consejeros de escuelas. Este programa le permite al Distrito proveer servicios adicionales a los estudiantes y sus familias. A los padres no se les cobra nada por estos servicios. Los servicios escolares actualmente requeridos por el Código de Educación de California permanecen sin cambiar. El Estado de California y el gobierno Federal le requieren a los distritos escolares cobrar a los seguros de salud para todos los alumnos. Para poder hacer esto, el Distrito está obligado solicitar la siguiente información, la cual es opcional proveerla.

Información de seguro médico (**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**)

¿Está cubierto su niño(a) por algún seguro médico?

Privado Healthy Families Medi-Cal Otro: _____

Información del seguro:

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Número de grupo: _____ Número de póliza: _____

Respuesta a los reclamos de seguro de parte del distrito escolar (**solamente marque uno**):

Doy mi consentimiento para presentar reclamaciones a mi compañía de seguro.

No doy mi consentimiento para presentar reclamos a mi compañía de seguro.

Doy mi autorización para que el Distrito Escolar Richland divulgue información a mi compañía de seguro según sea necesario para procesar el reclamo o para solicitar pago de beneficios de asistencia de Medi-Cal.

Firma de padre/tutor

Nombre de padre/tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MEDICA DE UN MENOR DE EDAD:

Doy autorización para que el Distrito Escolar Richland actúe como mi agente para dar su consentimiento para un examen de rayos-x, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y atención hospitalaria la cual se recomienda por, y con licencia bajo la provisión de la Acta de Práctica Médica para el niño(a) cuyo nombre aparece arriba en caso de que no se puedan comunicar conmigo o la persona designada por mí. El médico nombrado será contactado o el niño será llevado a una sala de emergencias con licencia bajo la Acta de Práctica Médica, los gastos serán mi responsabilidad (Sección 25.8 del Código Civil de California). Por este medio doy mi autorización para que el personal escolar transporte a mi niño(a) según se considere necesario durante una emergencia, y/o durante supervisados viajes escolares.

Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Richland actúe como mi agente.

No estoy de acuerdo en permitir al Distrito Escolar Richland servir como mi agente.

Médico: _____

Número de Teléfono del Médico: _____

Confirmo que en mi mejor conocimiento la información que se encuentra en el presente es correcta.

Firma de padre/tutor

Fecha



331 SHAFTER AVENUE, SHAFTER, CALIFORNIA 93263
(661) 746-8600, (661) 746-8614 (FAX)

Estimados padres/tutores,

El Código de Educación de California les requiere a las escuelas determinar los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es muy importante para que las escuelas puedan proveer instrucción significativa para todos los estudiantes. Su cooperación en ayudarnos a cumplir con este importante requisito, se les pidió el día de la matriculación.

Conforme al Código de Educación 11518.5 Evaluación Inicial, si la respuesta del padre o tutor en la **Encuesta del Idioma del Hogar**, indica un idioma principal o nativo distinto al inglés, el distrito determina que el alumno reúne los requisitos para la evaluación inicial, y le notificará al padre o tutor por escrito, antes de que le administre la Evaluación Inicial de Dominio del Lenguaje Inglés al alumno.

Le notificamos que si su hijo/a es identificado como Aprendiz de Inglés (EL) a su niño/a se le administrará la Evaluación Inicial de Dominio del Lenguaje Inglés para California (ELPAC), (siglas en inglés) dentro de 30 días de calendario, de la inscripción inicial en nuestro Distrito.

Usted es una parte importante de la educación de su hijo. Para ayudar a su hijo a prepararse para esta prueba, puede:

- Leerle a su hijo o hacer que su hijo le lea a usted en forma periódica.
- Usar dibujos y pedirle a su hijo que le diga lo que ve en o lo que está ocurriendo en cada dibujo.
- Dar a su hijo oportunidades de usar el idioma fuera de la escuela.
- Hablar con el maestro de su hijo sobre sus destrezas de comprensión auditiva, expresión oral, lectura y escritura, para poder ayudar a su progreso.

Para obtener más información sobre las ELPAC, visite la página web de las "Guías de padres para comprender" (Parent Guides to Understanding) del Departamento de Educación de California: <https://www.cde.ca.gov/ta/tg/ca/parentguidetounderstand.asp>.

También puede ver preguntas de muestra en las pruebas de práctica, que se encuentran en el sitio web de las ELPAC: <https://www.elpac.org/resources/practicetests/>

Si usted tiene alguna pregunta favor de comunicarse con Elia Sagasta, Directora de Datos e Instrucción al 661-746-8625.

Interim Superintendent
Rosa A. Romero

**Assistant Superintendent
Educational Services**
Annette Blacklock

Chief Business Official
Martin Rodriguez

Board Members
Tony Aguirre
Tammy Rubio Criswell
Melissa DeWitt
Cain Maldonado
Deanna Rodriguez-Root

Golden Oak Elementary
(661) 746-8670
(661) 746-1033 (Fax)

Redwood Elementary
(661) 746-8650
(661) 746-1055 (Fax)

Sequoia Elementary
(661) 746-8740
(661) 746-1022 (Fax)

Richland Junior High
(661) 746-8630
(661) 746-1066 (Fax)

Encuesta del Idioma del Hogar Español

PARA SER LLENADO POR LOS PADRES/GUARDIAN:

El Código de Educación de California requiere que la escuela determinen el(los) idioma(s) que se hable(n) en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveerles una instrucción significativa a todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación para cumplir con este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y pida a su hijo(a) que la devuelva a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

Nombre de alumno: _____

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	M / F	Grado
_____/_____ Estado / País <i>lugar de nacimiento</i>	_____/_____/_____ mes / día / año <i>fecha de nacimiento</i>			

1. ¿Cuál idioma aprendió su hijo(a) a hablar por primera vez? _____
2. ¿Cuál idioma habla su hijo(a) frecuentemente en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma habla usted con más frecuencia con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en casa? _____
5. ¿Cuándo asistió su hijo(a) a la escuela por primera vez en los Estados Unidos? ____/____/____
¿En California? ____/____/____

Firma de Padres/Guardián _____ **Fecha** _____

Sí usted habla otro idioma además del inglés, y desea ayudar dando clases privadas o como interprete para los padres/estudiantes que no hablan inglés, por favor indíquelo aquí. Me gustaría ser voluntario(a): Sí No

Idioma(s) que hablo: _____ Teléfono: _____

SCHOOL: Sequoia

Redwood

Golden Oak

RJH

Richland Migrant Education Questionnaire Cuestionario del Programa de Educación Migrante

Some educational services are available through the Migrant Education Program
Algunos beneficios educativos están disponibles a través del Programa Migrante

Please check yes or no to answer the questions below. *Por favor marque sí o no para contestar las preguntas.*

1. Have you or your spouse worked in Agriculture in the last 3 years? Yes/Sí No
¿Usted ha trabajado en agricultura en los últimos 3 años?
2. What type of work do you do? *Qué tipo de trabajo hace usted y su esposo/a?*
You/Usted: _____ Spouse/Esposo/a: _____
3. Have you moved outside of Shafter or into Shafter in the last 3 years? *¿Se ha mudado fuera de Shafter o llegaron a Shafter en los últimos 3 años?* Yes/Sí No
If so, when did you move? *¿Si se mudaron, cuando fue?* _____
If so, where did you move from? *¿De dónde se mudaron?* _____

Please write the first and last names of ALL your children, grade, and school.
Por favor escriba el nombre, apellido, grado, y escuela de TODOS sus hijos.

First Name/ <i>Nombre</i>	Last Name/ <i>Apellido</i>	Birthdate <i>Fecha de nacimiento</i>	Grade <i>Grado</i>	School/ <i>Escuela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Name of Parent/ Guardian: _____
Nombre de Padre/ Guardián: _____ Date _____

Telephone number/ *Numero de teléfono:* _____

Please circle the best time to contact you: Morning Afternoon Evening
Circule el mejor tiempo para hablarle: *En la mañana* *En el dia* *En la tarde*

Signature/ *Firma:* _____

If you do not hear from our office, it is likely you did not meet the requirements to qualify for Migrant Education Services.

Si no escucha de nuestra oficina, es probable que no cumpla los requisitos para calificar para los servicios del Programa Migrante.

REQUISITOS PARA KINDER / ENTRADA DE PRIMER GRADO ESCUELA

Los niños que comienzan la escuela por primera vez deben mostrar una prueba de que han recibido un examen de salud y vacunas, antes de que puedan asistir a la escuela.

Cada escuela le pedirá que el adjunto, "INFORME DE EXAMEN DE SALUD PARA LA ENTRADA DE LA ESCUELA" traer a la escuela, llenado y firmado por un médico.

EL EXAMEN DE SALUD:

No debe ser anterior obtenido de seis meses antes de entrar en el jardín de infantes o dieciocho meses antes de entrar al primer grado.

Debe incluir los siguientes servicios:

- Un historial de salud y el desarrollo
- Análisis de orina y análisis de sangre
- Un examen de los dientes y las encías
- Una prueba de visión
- una prueba de audición
- un historial médico completo
- una prueba de la tuberculina
- otras pruebas si es necesario

LAS VACUNAS:

Debe incluir las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola, (triple vírica o MMR-V). Ambas dosis administrada en o después del primer año y sólo una de las paperas y la rubéola son necesarios si se administran por separado; contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP / DTaP / DT / Td); contra la poliomielitis (IPV); contra la hepatitis B (Hep B), y contra la varicela (varicela) o proveedor de atención médica documentada enfermedad de la varicela. **(Vea la hoja adjunta para más información).**

Cómo y dónde obtener servicios:

Si su hijo está en Medi-Cal o su ingreso familiar es inferior a 200% del nivel federal de pobreza, su hijo puede ser elegible para un **EXAMEN Y VACUNAS GRATIS.**

El niño tiene que ir a uno de los CHDP programa certificado MÉDICOS o clínicas que figuran en este paquete para obtener un examen gratis. Si tiene Medi-Cal, llame a su médico de atención primaria para una cita.

Si su hijo no es elegible para un examen gratis, llame a su médico de familia, pediatra o fuente usual de atención médica. (Se cobrará la tarifa habitual.)

Si su hijo no es elegible para un examen libre, pero todavía necesita más vacunas y no se puede permitir, llame al Condado de **KERN DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA** al (661) 868 a 0305 para preguntar acerca de las clínicas de inmunización.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE REQUISITOS DE ENTRADA DE LA ESCUELA:

Llame a su oficina del distrito escolar para obtener más información sobre los requisitos de su distrito. Llame a CHDP del Departamento de Salud Programa si necesita más información acerca de los exámenes de salud o son incapaces de obtener un examen para su hijo(a): (661) 321-3000 o al (877) 818-4787.

DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA

A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el Kinder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7º grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre Kinder de Transición/Kinder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a Kinder de Transición/Kinder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes de ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

Estimados padres o tutores:

Para asegurarnos que su hijo(a) esté listo para la escuela, la ley de California, *Código Educativo* Sección 49452.8, ahora exige que su hijo(a) tenga un asesoramiento de salud oral (chequeo dental) antes del 30 de mayo dentro de jardín de infancia o el primer grado, el año que sea su primero dentro del sistema de escuelas pública. Los exámenes que hayan ocurrido dentro de los 12 meses que preceden la entrada de su hijo a la escuela también cumplen con este requisito. La ley especifica que el examen debe efectuarse por un dentista con licencia u otro profesional de salud dental licenciado o debidamente certificado.

Por favor lleve el formulario adjunto, conocido como “Oral Health Assessment/Waiver Request – *Solicitud o desistimiento para asesoramiento de salud oral.*” a la oficina del dentista, ya que será necesaria para completar el chequeo. Si no puede llevar a su hijo para este examen requerido, por favor indique su razonamiento dentro de la sección 3 del formulario. Puede obtener copias adicionales del formulario con la escuela de su hijo o en línea con el sitio web del Departamento de Educación de California en <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>.

La ley de California exige que se mantenga la privacidad del alumno sobre su información de salud. La identificación de su hijo no se asociará con ningún informe que sea el resultado de dicho requisito.

Los recursos que se encuentran a continuación le ayudarán a poder localizar un dentista para que su hijo pueda cumplir con este requisito:

1. El número para llamada gratis o de sitio web de Medi-Cal/Denti-Cal puede ayudarle a localizar a un dentista que trabaje con Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Si desea ayuda para registrar a su hijo con Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con la agencia local para servicios sociales en <http://www.co.kern.ca.us/dhs/>.
2. El número para llamada gratis o de sitio web de “Healthy Families – *Familias Saludables*” puede ayudarle a localizar a un dentista que trabaje con el seguro de Healthy Families o puede informarse si su hijo puede registrarse con el programa: 1-800-880-5305 o <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que pueden serle de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos al 661-6000, disponible también en <http://www.co.kern.ca.us/dhs/>. ¡Recuerde que su hijo no está saludable y listo para empezar su carrera escolar si tiene pobre salud dental! A continuación hay consejo importante para ayudarle a su hijo a poder mantenerse saludable:
 - Lleve a su hijo al dentista dos veces por año.
 - Seleccione alimentos saludables para la familia entera. Alimentos frescos normalmente son alimentos saludables.
 - Cepíllese los dientes por lo menos dos veces por día con pasta dental que contiene fluoruro.
 - Limite el consumo de dulces y bebidas dulces, como ponches o sodas. Los dulces y las bebidas dulces contienen mucha azúcar, lo cual causa caries y reemplazan nutrientes importantes de la dieta de su hijo. Los dulces y las bebidas dulces, también, contribuyen al problema de sobre peso, lo cual puede llevar a otras enfermedades, como el diabetes. ¡Mientras menos dulces y bebidas dulces se consumen, mejor para uno!

La dentadura de leche es muy importante. No solamente son dientes que se caerán con el tiempo. Los niños necesitan sus dientes para poder alimentarse apropiadamente, para hablar, sonreír y para sentirse bien consigo mismo. Los niños con caries pueden tener dificultad alimentándose, dejan de sonreír y tiene problemas prestando atención y aprendiendo en la escuela. La carie dental es una infección que no sana y puede ser dolorosa si se deja sin tratamiento. Si las caries no se tratan a tiempo, los niños pueden enfermarse tanto, que puede ser necesario un viaje a la sala de emergencia, y sus dientes permanentes pueden quedar permanentemente lesionados.

Muchas son las cosas que influyen con el progreso y éxito de su hijo en la escuela, incluyendo su salud. Los niños deben estar saludables para poder aprender, y los niños con caries no están saludables. Las caries se pueden prevenir, pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si usted tiene preguntas sobre el requisito nuevo para asesoramiento de salud oral, por favor comuníquese con la oficina de salud de su escuela, Redwood (746-8650), Sequoia (746-8740), Golden Oak (746-8760).

Atentamente,

Rosa A. Romero
Superintendente Interino

Formulario de Evaluación de Salud Bucal

La ley de California (Código de *Educación* Sección 49452.8) indica que su niño debe tener un chequeo dental para el 31 de mayo del primer año de él/ella en una escuela pública. Un profesional dental con licencia de California que está operando dentro de su ámbito de práctica debe rendir el chequeo y llenar la Sección 2 de este formulario. Si su niño tuvo un chequeo dental en los 12 meses antes de que él/ella empiece la escuela, pídale al dentista que llene la Sección 2. Si usted no puede obtener un chequeo dental para su niño, llene la Sección 3.

Sección 1: Información sobre el niño (Se debe llenar por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño:	Apellido:	Inicial de 2do Nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño:
Domicilio:			Apto.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de Escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Nombre de Padre/Tutor	Raza/Etnicidad del Niño: <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"/> Varias Razas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Colección de Datos de Salud Bucal (Se debe llenar por un profesional dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada caja separadamente. Marque cada caja.

Fecha de la Evaluación:	Experiencia de caries (Visible decaimiento y/o rellenos presente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visible <u>Decaimiento</u> <u>Presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de Tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio fue encontrado <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental temprana (caries sin dolor o infección; o el niño beneficiaría de sellar o evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita cuidado urgente (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejido blando)
_____ <i>Firma de Profesional Dental con Licencia</i>			_____ <i>Número de Licencia de CA</i>
			_____ <i>Fecha</i>

Sección 3: Renuncia de Requisito de Evaluación de Salud Bucal

Para ser completado por el padre o tutor que está solicitando el ser excusado de este requisito

Por favor excusen a mi niño del chequeo dental porque: (Marque la casilla que mejor describe la razón)

- No puedo encontrar una oficina dental que acepta el plan de seguro dental de mi niño.
El plan de seguro dental de mi niño es:

 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No puedo pagar el costo de un chequeo dental para me niño.
- No quiero que mi niño reciba un chequeo dental.
Opcional: otras razones porque mi niño no puede recibir un chequeo dental: _____

Si está pidiendo que lo excusen de este requisito: ► _____
Firma de Padre o Tutor
Fecha

La ley establece que las escuelas deben guardar la información de salud estudiantil privado. El nombre de su niño no tendrá parte en ningún reporte a resultado de esta ley. Esta información sólo se puede utilizar para propósitos relacionados con la salud de su niño. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a la escuela de su niño.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su niño.

*La original se mantendrá
archivada con el record escolar del niño.*

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California requiere un examen de salud a la entrada de la escuela. Por favor tenga presente informe completado por un examinador de la salud y devolverlo a la escuela. La escuela mantendrá y mantenerla como información confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

NOMBRE DE ALUMNO—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 except el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

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.

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 (auditives)	___/___/___
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis	___/___/___
Análisis de Sangre (para anemia)	___/___/___
Análisis de Orina	___/___/___
Análisis de Sangre para el plomo	___/___/___
Otra	___/___/___

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano, y [acelular] pertusis) 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					

PART III INFORMACION ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional) Y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardian 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)*

Si su niño no es capaz de conseguir la escuela chequeo de salud, llame al Programa de Salud Infantil y Prevención de Incapacidad (CHDP) en su departamento de salud local. Si no quiere que su hijo tenga un chequeo de salud, puede firmar la orden (PM 171 B) se encuentra en la escuela de su hijo. CHDP: página web: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparte con la escuela la infomación adicional de este examen como es explicado en la Part III.

Por favor marque esta caja si Ud. No desea que el examinador llene la Part III.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre, direccion, y teléfono de examinador

Firma del examinador de salud: _____ Fecha: _____

Evaluación de Riesgo de Tuberculosis Pediátrico de California



- Usar esta herramienta para identificar a niños asintomáticos para la prueba (LTBI) de infección TB latente.
- **No se debe repetir la prueba** a menos que han surgido **nuevos factores de riesgo** desde la última prueba.
Si ocurrió una prueba inicial negativa antes de los 6 meses de edad, debe ocurrir una prueba repetida a los 6 meses de edad o mayor
- No se debe tratar para el LTBI hasta que la enfermedad de TB- tuberculosis activa ha sido excluida:
Para los niños con síntomas de TB o radio x del pecho anormal consistente con la enfermedad de TB activa, evaluar para la enfermedad activa de TB con una prueba de radio x, prueba de síntoma, y si es indicado, pruebas de frotis de esputo AFB, cultivos y pruebas de amplificación de ácido nucleico. Una prueba cutánea de tuberculina negativa o prueba libre negativa de interferón gamma no descarta la enfermedad de TB activa.

Se recomienda la prueba LTBI si han sido marcadas cualquiera de las siguientes casillas.

- Nacimiento, viaje, o residencia** en un país con una tasa de TB elevada por a lo menos 1 mes
 - Incluye cualquier país distinto a los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, o un país en Europa del occidente o del norte
 - Si los recursos requieren la priorización dentro de este grupo, priorizar a los pacientes con al menos un riesgo médico para la progresión (ver la Guía de Usuario de Evaluación de Riesgo de Tuberculosis de Adultos de California para esta lista).
 - *La prueba libre de interferón gamma es preferida más que la prueba cutánea de tuberculina para personas que no son nacidas en los EU de ≥ 2 años de edad*
- Inmunosupresión, actual o planeado**
Infección de VIH, recipiente de trasplante de órgano, tratado con antagonista TNF-alfa (por ej., infliximab, etanercept, u otros), esteroides (el equivalente a prednisona ≥ 2 mg/kg/día, o ≥ 15 mg/día por ≥ 2 semanas) u otro medicamento inmunosupresor
- Contacto de cerca** con alguien con la enfermedad infecciosa de TB durante su vida

Tratar para LTBI si el resultado de la prueba LTBI es positiva, y la enfermedad TB activa es descartada.

Ninguno; no se indica ninguna prueba de TB a este tiempo.

Nombre del proveedor: _____

Fecha de la evaluación: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



ENCUESTA SOBRE EL ASMA

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Médico que atiende al alumno para el asma: _____ Teléfono: _____

Por favor marque todos los que le aplican al alumno:

• **Identifique las cosas que ocasionan un episodio de asma:**

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Olores fuertes o vapores | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias | <input type="checkbox"/> Polvo de tiza | |
| <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura | <input type="checkbox"/> Polen | |
| <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Moho | |
| <input type="checkbox"/> Alimentos: _____ | | |

• **Síntomas que alertan un episodio de asma:**

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Boqueando por aire | |
| <input type="checkbox"/> Exhalación prolongada | <input type="checkbox"/> Cambio de color (pálido o azul) | |

• **Control para el entorno escolar:**

Anote cualquier medida para control en el entorno y/o restricciones dietéticas que necesita el alumno para prevenir un episodio de asma:

- **Medicamento recetado para el asma:** _____ Hogar Escuela
*Si se necesita medicamento en la escuela, el proveedor medico de su niño necesita llenar un Formulario para Permiso para el Medicamento Recetado.

- **Restricciones de educación física:** _____
(adjunte una copia de la orden del médico)

Consentimiento del padre para dar información sobre la salud del niño.

Yo, _____ autorizo a _____ dar
información médica respecto a _____ al Distrito Escolar Richland.

Firma

Fecha

Relación al alumno



331 SHAFTER AVENUE, SHAFTER, CALIFORNIA 93263
(661) 746-8600, (661) 746-8614 (FAX)

Conforme al requisito de la Sección 11310 del Código de Educación de California, Notificación Parental (a), Una LEA- agencia de educación local, notificará a los padres sobre los programas de adquisición de lenguaje y programas actuales de lenguaje disponibles en la LEA y en la manera que lo especifica la sección 43980 del Código de Educación

Programas de adquisición de lenguaje

Estamos obligados a ofrecer la opción del programa de **Inmersión Estructurada en Inglés (SEI)***. Si escoge esta opción, su hijo será asignado a un aula donde principalmente la instrucción se proporciona en inglés. (Vea la descripción más adelante).

Solicitar un programa de adquisición de lenguaje

Los programas de adquisición de lenguaje son programas educativos diseñados a asegurar que la adquisición del inglés se logre tan rápida y eficazmente como sea posible y proporcionan instrucción para aprendices del inglés basadas en los estándares de la disciplina académica adoptadas por el estado, incluso los estándares para el Desarrollo del Inglés (ELD)*. (20 U.S.C. sección 6312[e][3][A][iii],[v]; EC sección 306[c])

Descripción de las opciones de programas y las metas para aprendices del inglés

En seguida **Richland School District** se muestra una descripción de los programas de adquisición de lenguaje que ofrece. Seleccione el programa que mejor beneficiará a su hijo. (20 U.S.C. sección 6312[e][3][A][iii],[v])

Programa de Inmersión Estructurada en Inglés (SEI): Un programa de adquisición de lenguaje para aprendices del inglés en donde casi toda la instrucción en el aula se proporciona en inglés, pero con un plan de estudio y una presentación diseñada para los estudiantes que están aprendiendo inglés. Como mínimo, a los estudiantes se les ofrece ELD y acceso a la disciplina académica apropiada para su nivel de grado.

Comenzando en 2019-2020-Programa de Inmersión Dual (DLI)*: También conocido como **Doble Inmersión**. Un programa de adquisición de lenguaje que proporciona el aprendizaje y la instrucción académica para hablantes nativos de inglés y hablantes nativos de otro idioma, con los objetivos de un alto logro académico, dominio del primer y segundo idioma y comprensión intercultural. Se inicia este programa típicamente en kindergarten transicional o kindergarten (TK/K)* y continúa hasta el sexto grado.

Los padres/tutores pueden escoger el mejor programa de adquisición de lenguaje para su hijo. Se le requerirá a las escuelas en que los padres o tutores legales de 30 alumnos o más por escuela o los padres o tutores legales de 20 alumnos o más en cualquier grado soliciten un programa de adquisición de lenguaje diseñado a proporcionar enseñanza del idioma que ofrezcan tal programa en la medida de lo posible. (20 U.S.C. sección 6312[e][3][A][viii][III]; EC sección 310[a])

Los padres pueden aportar información acerca de los programas de adquisición de lenguaje durante la elaboración del Plan de Control Local y Rendición de Cuentas. EC sección 52062) Si está interesado en un programa distinto a los mencionados anteriormente, comuníquese con **Elia Sagasta al (661) 746-8625** para preguntar acerca del proceso.

Los padres de aprendices del inglés tienen derecho a rechazar u optar por que sus hijos no participen en el programa de adquisición de lenguaje del distrito escolar o en algún servicio específico para aprendices del inglés dentro de un programa de adquisición de lenguaje. Esta solicitud se debe hacer de manera anual y no son exentos de tomar las pruebas al usar el instrumento ELPAC. (20 U.S.C Sección 6312[e][3][A][viii]). Sin embargo, las LEA siguen obligadas a proporcionar instrucción significativa (5 Código de Reglamentos de California [CCR]* sección 11302) hasta que reclasifique, informar a los padres cuando no haya avances y ofrecer a los padres los programas y servicios que pueden considerar en ese momento. (5 Código de Regulaciones de California, sección 11302)

Interim Superintendent
Rosa A. Romero

**Assistant Superintendent
Educational Services**
Annette Blacklock

Chief Business Official
Martin Rodriguez

Board Members
Tony Aguirre
Tammy Rubio Criswell
Melissa DeWitt
Cain Maldonado
Deanna Rodriguez-Root

Golden Oak Elementary
(661) 746-8670
(661) 746-1033 (Fax)

Redwood Elementary
(661) 746-8650
(661) 746-1055 (Fax)

Sequoia Elementary
(661) 746-8740
(661) 746-1022 (Fax)

Richland Junior High
(661) 746-8630
(661) 746-1066 (Fax)