



District Administrative Office
2045 South San Jacinto Avenue
San Jacinto, California 92583
(951) 929-7700
www.sanjacinto.k12.ca.us

**Head Start
State Preschool**
951-654-1531

Megan Cope Elementary
951-654-6069

De Anza Elementary
951-654-4777

Jose Antonio Estudillo Elementary
951-654-1003

Edward Hyatt Elementary
951-654-9391

Park Hill Elementary
951-654-6651

Clayton A. Record Jr. Elementary
951-487-6644

San Jacinto Elementary
951-654-7349

Monte Vista Middle School
951-654-9361

North Mountain Middle School
951-487-7797

San Jacinto Leadership Academy
951-929-1954

**Mountain View High School
Mountain Heights Academy**
951-487-7710

San Jacinto High School
951-654-7374

2018 - 2019

PAQUETE DE REGISTRO

QUERIDOS PADRES/ TUTORES,

Nos alegra dar la bienvenida a usted y a su hijo(a) en el Distrito Escolar Unificado de San Jacinto! Por favor lea a continuación para obtener información importante y poder ayudarle.

PAQUETE DE REGISTRO

SITIO WEB: www.sanjacinto.k12.ca.us

- Puede completar el paquete de inscripción en casa visitando el sitio web del Distrito
- Presione el enlace PARENTS en la parte superior, luego en el ENROLLMENT CENTER, y luego en NEW STUDENT ENROLLMENT
- Es importante que cada formulario se llene con precisión y completamente
- Paquetes impresos disponibles bajo petición en el Centro de Registro y en la oficina del Distrito

ESCUELA DE RESIDENCIA

SITIO WEB: www.sanjacinto.k12.ca.us

- Presione en el enlace de PARENTS y luego en el enlace SCHOOL LOCATOR
- Ingrese su domicilio y presione SUBMIT

IMPORTANTE: Favor de tomar en cuenta que esto no garantiza la admisión a la escuela de la lista. El personal del centro de registro le avisara la disponibilidad de espacio al finalizar el proceso de la inscripción.

KINDERGARTEN

Estudiantes deben tener CINCO (5) AÑOS DE EDAD PARA EL 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 O ANTES.

PROGRAMA TRANSITORIO DE KINDERGARTEN (TK)

Los estudiantes deben tener CINCO (5) AÑOS EL O ENTRE EL 2 DE SEPTIEMBRE y 2 DE DICIEMBRE DEL 2017 para calificar. Este es un programa de dos años de kindergarten con una edad y un plan de estudios apropiado para el desarrollo.

REPORTE DEL EXAMEN DE SALUD PARA EMPEZAR LA ESCUELA

Los estudiantes matriculados en Kindergarten y Primer Grado deben presentar prueba de examen físico que incluya sangre, orina y pruebas audio métricas.

- ✓ TK/K: Con la fecha no antes del 10 de Febrero de 2018 / 6 meses antes del primer día de asistencia
- ✓ 1st: Con la fecha no antes del 10 de Febrero de 2017 / 18 meses antes del primer día de asistencia

EVALUACION DE LA SALUD ORAL

- ✓TK-K/1: Requisito para los estudiantes registrados por primera vez en la escuela pública en kindergarten o primer año escolar
- ✓ El formulario debe ser completado por un dentista licenciado dentro de los 12 meses anteriores del primer día de asistencia

EDUCACION ESPECIAL

- Copia del actual IEP y reporte del Psicólogo son requeridos para la colocación y servicios apropiados
- Colocación es determinado por el departamento de educación especial

TRANSPORTACION

- Transportación está disponible para estudiantes que viven fuera de la distancia especificada para caminar de su escuela de residencia. Primaria: 2 millas/ Secundaria: 5 millas
- Para ver si califica ingrese su domicilio en el sitio web: <http://transpo.hemetusd.k12.ca.us/eduweb/webquery/>

APLICACIÓN PARA ALMUERZO

- Un formulario por familia DEBE SER PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCION EN LÍNEA
 - Procesar la aplicación para el almuerzo puede tomar hasta 10 días
 - Favor de mandar almuerzo o dinero con su estudiante hasta que aviso haiga sido recibido
- Para más información con referencia a nuestros programas de almuerzo o preguntas con referencia al proceso de aplicación por favor de contactar al Departamento de Servicios de Nutrición al (951) 929-7700, ext. 3792


SELECCIONAR UNO:

NUEVO A SJUSD

PERM ID: _____

ESTUDIANTE PREVIO A SJUSD

STUDENT #: _____

<input type="checkbox"/> 2017 - 2018						
<input type="checkbox"/> 2018 - 2019						
AÑO ESCOLAR	ESCUELA	GRADO	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
			<h1 style="margin: 0;">REGISTRACIÓN</h1> <h2 style="margin: 0;">LISTA DE COMPROBANTES</h2>			CENTRO DE REGISTRO 1000 North Ramona Boulevard San Jacinto, CA 92582 (951) 929 - 7303

¿QUIEN PUEDE REGISTRAR AL ESTUDIANTE?

- Padres • Cuidador • Representante de la Agencia de Crianza con Licencia • Tutor Legal

¡IMPORTANTE!

Por favor, ayúdenos a ayudarle con el proceso de inscripción lo más rápido posible. Utilice la siguiente lista para estar listo.

- 1) TODOS los documentos requeridos (★) en la lista de abajo deben ser presentados
- 2) TODO el paquete de fórmulas deben ser completados
- 3) ORGANIZAR todos los documentos y paquetes del formulario en orden de la lista

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

FALSIFICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO RESULTARÁ EN QUE EL ESTUDIANTE ESTÁ DESCENDIENDO DEL SJUSD

1. ★ **Comprobante de Identificación** Licencia de Manejo del Estado / ID Pasaporte
 Identificación Militar Identificación con Foto Emitida por el Consulado

2. ★ **Comprobante de Nacimiento** (Consulte la página "Nombre y información legal del alumno" detrás del paquete de inscripción)

3. ★ **Comprobante de Residencia** ✓ REQUERIDO ANUALMENTE POR TÍTULO 5 CÓDIGO DE REGULACIONES DE CALIFORNIA SECCIÓN 432

PROPONER UN DOCUMENTO ORIGINAL						EN CASO DE QUE LA PRUEBA DE RESIDENCIA NO ESTE A SU NOMBRE	
✓ Identificación Deben Coincidir ✓ Debe ser Actual –Dentro de 30 Días							
Factura de Electricidad	Factura del Agua	Factura De Basura	Cheque de Nómina / Talón	Estado de Cuenta	Registración del DMV	1) Formulario de Declaración de Residencia 2) Verificación de Identidad 3) Verificación de Documentos de Residencia	
Factura del Gas	Factura de Cable	Factura de Teléfono	Formulario de agencia estatal / federal	Documentos de Fideicomiso Final	Acuerdo de alquiler/ arrendamiento		

4. **Documentos Legales** (Según sea Apropiado)
- Padrastrós: Certificado de Casados Documentos de Padres de Crianza Documentos de Tutela
 - Acuerdos de Custodia (Legal / Física) Autorización del Cuidador
 - Ordenes de restricción Autorización Para que el adulto actúe como padre custodio

5. ★ **Comprobante de Vacunas** ✓ LAS FECHAS DEBEN SER LEGIBLES O POR FAVOR OBTENER UNA IMPRESIÓN CLARA

6. **SOLO LOS GRADOS TK-K-1** ★ **Formulario de Exámenes de Salud**
 ✓ K: Fecha no antes de 6 meses antes del primer día de asistencia (el niño debe tener 4 años-3 meses)
 ✓ 1st: Fecha dentro de los 18 meses previos del primer día de asistencia

7. **SOLO LOS GRADOS TK-K-1 ENTRANDO A AL ESCUELA POR PRIMERA VEZ** ★ **Formulario de Exámen Oral de Salud**
 ✓ Fecha dentro de 12 meses antes del primer día de asistencia en la escuela

8. **SOLO GRADOS 6-12** ★ **Transcripciones** ★ **Calificaciones de Baja**

9. **SI ES APLICABLE** **Información Suplementaria**
 504 IEP –Plan de Educación Individual
 (Para Servicios Especiales incluyendo Habla)

10. **2017-2018 AÑO ESCOLAR SOLAMENTE (2018-2019 DISPONIBLE EN JULIO 2018)** ★ **Aplicaciones de Almuerzo**
 ✓ SOLO 1 FORMULARIO NECESARIO POR FAMILIA
 ✓ COMPLETAR EN LÍNEA PARA PROCESAMIENTO RÁPIDO

FORMAS DE PAQUETES

- Información de Inscripción Historial de Salud del Estudiante ✓ FORMAS ADICIONALES SERÁN DADAS SI SE APLICA
- ✓ TK – NECESITARA UN FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Autorización del Medicamento Liberación de Información
- Información de Inscripción Complementaria Alergias a Alimentos
- Suspensión / Expulsión Acuerdo de Uso Aceptable de Tecnología y Materiales
- Cuestionario de Residencia Página de Firmas de Autorización
- Encuesta del Idioma habla en Casa SÓLO Grados 11-12: Liberacion de Reclutamiento Militar



INFORMACION DE REGISTRACION

ESCUELA

GRADO

PERM ID

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
ALIAS (AKA)				<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE			
DOMICILIO DE RESIDENCIA		CIUDAD	CODIGO POSTAL
<input type="checkbox"/>			
IGUAL	DOMICILIO DE CORREO SI ES DIFERENTE	CIUDAD	CODIGO POSTAL

INFORMACION DE LA ESCUELA ANTERIOR DEL ESTUDIANTE		
Escuela Anterior:	Distrito:	Ciudad:
¿Ha sido su estudiante previamente registrado en cualquier escuela en San Jacinto USD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, ¿qué escuela? _____		Grado: _____

ESTUDIANTE VIVE CON: (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padrastra (CERTIFICADO DE MATRIMONIO REQUERIDO)	<input type="checkbox"/> Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madrastra (CERTIFICADO DE MATRIMONIO REQUERIDO)	<input type="checkbox"/> Cuidador (DECLARACIÓN JURADA)	
<input type="checkbox"/> Foster/Grupo en casa	Trabajador Social:	TS Teléfono:	

PADRE O TUTOR #1	DOB:
NOMBRE Y APELLIDO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
CASA:	
CELL:	
TRABAJO:	
NÚMEROS DE TELÉFONO	
EMPLEADOR / OCUPACIÓN	
<input type="checkbox"/> 10 ESCUELA DE GRADUACION/ENTRENAMIENTO PARA POST-GRADUADOS <input type="checkbox"/> 11 GRADUADO DE COLEGIO <input type="checkbox"/> 12 ALGO DE COLEGIO (INCLUYE UN CERTIFICADO DE AA) <input type="checkbox"/> 13 GRADUADO DE PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 14 NO GRADUADO DE LA PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 15 SE NEGÓ A ESTADO O DESCONOCIDO	
MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN	

PADRE O TUTOR #2	DOB:
NOMBRE Y APELLIDO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
CASA:	
CELL:	
TRABAJO:	
NÚMEROS DE TELÉFONO	
EMPLEADOR / OCUPACIÓN	
<input type="checkbox"/> 10 ESCUELA DE GRADUACION/ENTRENAMIENTO PARA POST-GRADUADOS <input type="checkbox"/> 11 GRADUADO DE COLEGIO <input type="checkbox"/> 12 ALGO DE COLEGIO (INCLUYE UN CERTIFICADO DE AA) <input type="checkbox"/> 13 GRADUADO DE PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 14 NO GRADUADO DE LA PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 15 SE NEGÓ A ESTADO O DESCONOCIDO	
MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN	

El Número de teléfono primario es:	<input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> LINEA DE CASA
¿En qué idioma le gustaría que la escuela se comuniqué con usted?	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> Otro:
¿Es la persona nombrada arriba tutor legal del estudiante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es afirmado, y hay un legal acuerdo de custodia del estudiante, compruebe por favor el tipo.	<input type="checkbox"/> MUTUO <input type="checkbox"/> UNICO <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL
IMPORTANTE ¿Hay Documentos legales en el archivo de la oficina de la escuela?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CORREO DUPLICADO DE LA COMUNICACIÓN DE LA ESCUELA PARA PADRES QUE VIVEN POR SEPARADO

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		
Favor de enviarlo a:		NOMBRE	DOMICILIO

LUGAR DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE

CIUDAD	ESTADO	PAIS

¿Su hijo nació fuera de Estados Unidos? SI NO

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE REQUIERE PARA CUMPLIR CON REQUISITOS FEDERALES

¿CUÁL ES EL ORIGEN ÉTNICO DE SU ESTUDIANTE?

SELECCIONE UNO

Hispano/Latino

Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sur o Centroamérica, u otra cultura u origen Español, independientemente de la raza

¿CUÁL ES LA RAZA DE EL ESTUDIANTE?

SELECCIONE HASTA CINCO CATEGORÍAS RACIALES

100 Nativo Americano o de Alaska. Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación o apego comunitario a una tribu

299 Asiático (lejano Oriente, Pakistán, Sudeste de Asia)

399 Islas del Pacífico

Si está marcado como Asiáticos o Isleños del Pacífico, marque el país de origen

<input type="checkbox"/> 201 Chino	<input type="checkbox"/> 202 Japonés	<input type="checkbox"/> 203 Coreano	<input type="checkbox"/> 204 Vietnamita
<input type="checkbox"/> 205 Indio asiático	<input type="checkbox"/> 206 Laotian	<input type="checkbox"/> 207 Camboyano	<input type="checkbox"/> 208 Hmong
<input type="checkbox"/> 301 Hawaiano	<input type="checkbox"/> 302 Guamanian	<input type="checkbox"/> 303 Samoano	<input type="checkbox"/> 304 Tahitian
<input type="checkbox"/> 400 Filipino/Filipino Americano			
<input type="checkbox"/> 600 Negro/Africano Americano			
<input type="checkbox"/> 700 Blanco (Europeo, Oriente Medio o Norte de África)			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Mi firma abajo autoriza a SJUSD y los mantiene inofensivos en la búsqueda de servicios médicos de emergencia en caso de que el padre / tutor no puedan ser contactados. A continuación se enumeran las personas autorizadas para ser contactados si los padres / tutor no puedan ser contactados cuando el niño está enfermo, ha tenido un accidente, en tiempo de desastre natural, o para negocios escolares. Su firma autoriza a su hijo(a) sea liberado(a) solamente a personas mayores de 18 años y nombradas en esta tarjeta que presenten la identificación apropiada.

1				
	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO
2				
	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO
3				
	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO
4				
	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO
5				
	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO

MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Y TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES PRECISO.

	FIRMA DEL PADRE / TUTOR	FECHA

	INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN SUPLEMENTARIO			ESCUELA		GRADO	
				PERM ID			

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

¿ES O EL PADRE / TUTOR DEL DERECHO ACTIVO EN LAS FUERZAS ARMADAS? El servicio activo se define como tiempo completo en el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, Marines o la Guardia Costera. Esto no incluye el deber de la Guardia Nacional.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si esta active en que nivel? <input type="checkbox"/> AIR FORCE <input type="checkbox"/> ARMY <input type="checkbox"/> COAST GUARD <input type="checkbox"/> MARINE CORP <input type="checkbox"/> NAVY	

COLOCACION ESCOLAR

Si el nivel de grado está lleno en la escuela de residencia del estudiante, el estudiante será reasignado a un sitio alternativo. Esta determinación se hará dentro de dos (2) semanas después de que la escuela comience en orden de que el último estudiante matriculado sea el primero en ser reasignado. Se puede proporcionar transporte a los estudiantes que viven más allá de la distancia aprobada del distrito de la residencia a la escuela asignada. (Primaria: más de 2 millas / Secundaria: más de 5 millas)

A medida que el espacio esté disponible, los padres / tutores serán contactados en orden cronológico y les preguntarán si les gustaría que su estudiante regrese a la escuela de residencia. Los padres / tutores pueden optar por que su estudiante permanezca inscrito en la escuela a la cual que fueron reasignados. Además, se puede completar un Formulario de Solicitud de Transferencia Intra-Distrito para permanecer en la escuela asignada nuevamente para el siguiente año escolar.

RETENCION YO CERTIFICO QUE MI HIJO(A):

- NUNCA HA SIDO RETENIDO
- FUE RETENIDO: **GRADO:** _____ **ESCUELA:** _____ **DISTRICTO:** _____

PROGRAMAS ESPECIALES / SERVICIOS ESPECIALES YO CERTIFICO QUE MI HIJO(A):

- NUNCA** ha estado inscrito en un programa especial y / o recibido servicios especiales
- Estaba **PREVIAMENTE, PERO NO ACTUALMENTE**, inscrito en un programa especial y / o recibiendo servicios especiales. ★ **REVISAR PROGRAMAS/SERVICIOS ABAJO**

FECHA DE SALIDA: _____ **ESCUELA** _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO** _____

- ESTA ACTUALMENTE**, registrado en programas especiales y/ recibe servicios especiales★ **REVISAR PROGRAMAS/SERVICIOS ABAJO**

★ **REVISAR PROGRAMA/SERVICIOS AQUI**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptativa (APE) | <input type="checkbox"/> Clase Especial Día (SDC) |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés (ELD) | <input type="checkbox"/> Programa de Habla y Lenguaje (SLP) |
| <input type="checkbox"/> Educación para dotados y talentosos (GATE) | <input type="checkbox"/> Programa de discapacidad visual (VI) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Especialistas en Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Otro: |

MY SIGNATURE CERTIFIES I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS DOCUMENT AND ALL INFORMATION PROVIDED IS ACCURATE.

		
	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	

	SUSPENSION / EXPULSION DECLARACIÓN JURADA			ESCUELA		GRADO	
				PERM ID			

NOMBRE DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

ESTUDIANTE VIVE CON: (FAVOR DE MARCAR LA QUE CORRESPONDE)					
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padrastro (CERTIFICADO DE MATRIMONIO)	<input type="checkbox"/> Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madrastra (CERTIFICADO DE MATRIMONIO)	<input type="checkbox"/> Cuidador (DECLARACIÓN JURADA)			
<input type="checkbox"/> Criador/Grupo de Casa	Trabajador Social:		Teléfono del TS:		



**FALSIFICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO
RESULTARÁ EN QUE EL ESTUDIANTE ESTÁ DESCENDIENDO DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN JACINTO**

SUSPENSION (DEBE MARCAR UNO)	
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) NO ha sido suspendido por más de 5 días en el año escolar actual.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) ha sido suspendido por más de 5 días en el año escolar actual.

EXPULSION	
AVISO De acuerdo con la Ley del Estado de California (Código de Educación 48915 y 48918), el Distrito Escolar Unificado de San Jacinto debe ser informado por el estudiante y los padres si el estudiante está bajo una orden de expulsión de cualquier escuela o distrito dentro o fuera del estado de California.	
CONSULTE LA OFICINA DE APOYO AL ESTUDIANTE, A LA COMUNIDAD Y AL PERSONAL Los estudiantes con una orden de expulsión completa o actualizada deben ser referidos a la Oficina de Apoyo al Estudiante, la Comunidad y el Personal. Pueden llamar para una cita al (951) 929-7700 x4288. Si es apropiado, se programará una audiencia con el estudiante / padre, el administrador del sitio y el Director de Apoyo al Estudiante, la Comunidad y el Personal.	

ESTADO DE EXPULSIÓN (DEBE SELECCIONAR UN)			
<input type="checkbox"/>	El estudiante NO está bajo una orden de expulsión de ningún distrito.		
<input type="checkbox"/>	El estudiante está ACTUALMENTE bajo una orden de expulsión (FAVOR DE COMPLETAR LA INFORMACION SIGUIENTE)		
	FECHA DE EXPULSION		
	ESCUELA	DISTRITO	
	CIUDAD/ ESTADO	TELEFONO	
<input type="checkbox"/>	El estudiante COMPLETÓ una orden de expulsión asignada (COMPLETE TODA LA INFORMACION DE ENSEGUIDA)		
	FECHA DE REINSTALACIÓN	FECHA DE EXPULSION	
	ESCUELA	DISTRITO	
	CIUDAD/ ESTADO	TELEFONO	

MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Y TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES PRECISO.

		
	FRIMA DEL ESTUDIANTE	FECHA
		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA

	<h1>CUESTIONARIO DE RESIDENCIA</h1>	ESCUELA	GRADO
		PERM ID	

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA - PAGE 1

¿DÓNDE VIVE SU FAMILIA ACTUALMENTE? COMPRUEBE UNA CAJA SOLAMENTE

Esta información se usará para determinar si su hijo(a) califica para cualquier ayuda adicional bajo la ley No Child Left Behind del 2001. Toda la información es confidencial; Ninguna información será compartida con otras agencias sin su permiso. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Departamento de Estudiantes, Comunidad y Personal al (951) 929-7700 X 4223.

ALQUILER / ARRENDAMIENTO / PROPIO

★	REFUGIOS TEMPORALES	★ SI USTED MARCO CUALQUIERA DE ESTAS CAJAS FAVOR DE COMPLETAR PÁGINA 2 ★
<input type="checkbox"/>	Una residencia temporal provista para personas sin hogar que de otra manera dormirían en la calle o una residencia temporal proporcionada a personas en situaciones de emergencia. Esto también es aplicable a los niños que están en residencias temporales en espera de colocación permanente en hogares de guarda.	
★	HOTELES / MOTELES	
<input type="checkbox"/>	Una residencia temporal para personas sin hogar que usualmente requiere pago o cupones para hospedaje y servicios diarios, semanales o mensuales.	
★	DUPLICADO TEMPORALMENTE	
<input type="checkbox"/>	Una residencia temporal donde una familia sin hogar está compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otras razones similares.	
★	TEMPORARIAMENTE SIN VIVIENDA	
<input type="checkbox"/>	Un tipo de residencia para personas sin hogar que no se destina a la vivienda humana, como automóviles, parques, aceras, edificios abandonados, parques de caravanas, estaciones de autobuses y trenes, o personas abandonadas en el hospital (en la calle). Una regla de oro sería ver la vivienda como comparable a un automóvil en que alberga, pero no es una vivienda adecuada.	

NINGUNA DE LAS ANTERIORES
 Puede seleccionar esta opción si ninguna de las anteriores situaciones caseras se aplica a este estudiante.

CANTIDAD DE HABITANTES VIVIENDO EN HOGAR: _____


ESTUDIANTE VIVE CON:

- UN PADRE
 PARIENTE CALIFICADO
 ADULTO - NO TUTOR LEGAL
 AMBOS PADRES
 AMIGO(A)
 SOLO SIN ADULTOS

NIÑOS ADICIONALES:

NOMBRE LEGAL:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____	ESCUELA:	_____
NOMBRE LEGAL:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____	ESCUELA:	_____
NOMBRE LEGAL:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____	ESCUELA:	_____
NOMBRE LEGAL:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____	ESCUELA:	_____
NOMBRE LEGAL:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____	ESCUELA:	_____

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DECLARE BAJO PENALIDAD DE LAS LEYES EN EL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y CORRECTO Y QUE ENTIENDO QUE EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR LA INFORMACIÓN DE RESIDENCIA ANTERIORMENTE.

		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA

	<h1>ENCUESTA DE LENGUAJE HABLADO EN CASA</h1>	ESCUELA		GRADO	
		PERM ID			

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

INSTRUCCIONES PARA PADRES Y TUTORES:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

Muchas gracias por su cooperación.

1.	¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?	
2.	¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?	
3.	¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?	
4.	¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?	
5.	¿Cuál es la fecha y grado escolar que su hijo(a) entró por primera vez los Estados Unidos?	
		FECHA
6.	¿Cuál es la fecha y la escuela primaria que su (a) asistió por primera vez en los Estados Unidos?	
		FECHA
7.	¿Cuál es la fecha y grado que su hijo(a) asistió por primera vez a una escuela en California?	
		FECHA

Al firmar a continuación, confirma que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

		
	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	DATE

	<h1>HISTORIAL DE SALUD</h1>			ESCUELA		GRADO	
				PERM ID			

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

CONDICION MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> Marque todas las casillas que describa la condición medica actual y pasada de su hijo(a) Proporcionar detalles específicos relacionados con la condición(es) y el posible efecto en el aprendizaje y actividades escolares Avisar la secretaria de la enfermería en su escuela de cualquier cambio en la condición de salud o cambios en los medicamentos
-------------------------	---

MEDICAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> "AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS" DEL MEDICO es REQUERIDA para todos los medicamentos (RECETADOS O SIN RECETA) que deban ser administradas durante horas de escuela o actividades escolares.
---------------------	---

CONDICIONES MEDICAS

ADD	PROBLEMAS GASTROINTESTINALES
ADHD	TRASTORNO DEL CORAZON: <input type="checkbox"/> NO RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> RESTRICCION (Murmullo, Trasplante)
ALERGIAS - BEE /INSECT: <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> NO SEVERO	HEMOFILIA: ★ ENFERMERA DEL DISTRITO MTG
ALERGIAS – COMIDA: <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> NO SEVERO	DISCAPACIDAD INTELECTUAL
ALERGIAS – MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> NO SEVERO	LEUCEMIA
ALERGIAS – OTRO: <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> NO SEVERO <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> OTRO:	SALUD MENTAL
ANSIEDAD	ENFERMEADES MIGRAINE - DIAGNOSTICO
RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD	SANGRADO DE NARIZ: <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> NO SEVERO
ARTRITIS	CONDICIÓN ORTOPÉDICA: <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD RESTRIGIDA <input type="checkbox"/> IMPLANTE
ASMA: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SEVERO ★ ENFERMERA DEL DISTRITO MTG	ESCOLIOSIS
TRASTORNOS AUTISTICOS	TRASTORNO CONVULSIVO
DEFECTO DE NACIMIENTO / TRASTORNO GENÉTICO	ANEMIA FALCIFORME
PROBLEMAS DE LA VEJIGA / RIÑÓN	TRASTORNO DE LA PIEL
CANCER	DIFICULTADES DE DISCURSO
PARÁLISIS CEREBRAL	ESPIÑA BÍFIDA
PROBLEMAS DE SALUD CONFIDENCIAL: ★ ENFERMERA DEL DISTRITO MTG	TIROIDES
FIBROSIS QUÍSTICA	SÍNDROME DE TOURETTE
SORDOS / DIFICULTAD EN LA AUDIENCIA: <input type="checkbox"/> OIDO DERECHO <input type="checkbox"/> OIDO IZQUIERDO	LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA
DIABETES: <input type="checkbox"/> TIPO 1 <input type="checkbox"/> TIPO 2 / ★ ENFERMERA DEL DISTRITO MTG	TUBERCULOSIS HISTORIA DE LA PRUEBA DE LA PIEL POSITIVA
OIDOS, NARIZ, GARGANTA	GEMELO
DESORDEN ALIMENTICIO	VISION
TRASTORNO DE ENDOCRINA / CRECIMIENTO	★ OTROS PROBLEMAS DE SALUD:

MEDICAMENTOS: NECESARIO EN LA ESCUELA CASA


DETALLES ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES MÉDICAS MARCADAS ANTERIORMENTE (UTILICE LA PÁGINA ANTERIOR SI ES NECESARIO):

<input type="checkbox"/>	★ MI HIJO(A) NO TIENE NINGUNA PROBLEMA DE SALUD CONOCIDO		
--------------------------	--	---	--

NOMBRE DEL MEDICO		TELEFONO	
NOMBRE DEL DENTISTA		TELEFONO	

TRATAMIENTO MÉDICO
Entiendo que si se llama al personal de respuesta a emergencias del 911, todos los costos incluyendo los servicios de emergencia, el transporte, la hospitalización, el examen, la radiografía o el tratamiento proporcionado son responsabilidad del padre / tutor legal. Entiendo que SJUSD, sus funcionarios y empleados no asumen ninguna responsabilidad de ninguna naturaleza en relación con el transporte o tratamiento de dicho menor. Después de la llamada al 911, el personal de la escuela intentará ponerse en contacto con el padre / guardián lo antes posible.

MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Y TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES PRECISO.

		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA

	PAGINA DE AUTORIZACIÓN DE FIRMAS	ESCUELA		GRADO	
		PERM ID			

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

Póliza del Contra-Acoso

Cada estudiante tiene derecho a un ambiente escolar seguro y libre de discriminación, el acoso, la intimidación y el acoso. He leído la póliza contra la intimidación de SJUSD y lo he repasado con mi hijo(a). La intimidación se define como el "intento intencional y REPETIDO para intimidar, avergonzar o dañar a otra persona."

La Aprobación para la Atención Médica Necesaria

Yo entiendo que la escuela puede ponerse en contacto con el personal de emergencia (médico, dental, paramédicos y ambulancias) para trasladar y tratar al menor de edad en el caso de que el padre / tutor legal del menor no pueda ser contactado. Además, entiendo que todos los costos de transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos X, o el tratamiento proporcionado en relación con esta autorización será responsabilidad del padre / tutor legal. Entiendo que SJUSD, sus funcionarios y empleados no asumen ninguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor.

Encuesta de Niños Saludables de California

Los estudiantes de los **grados 5, 7, 9 y 11** se les pide ser parte de la participación de nuestro distrito en la Encuesta Niños Saludables (Healthy Kids), patrocinado por el Departamento de Educación de California y desarrollado por WestEd, una institución educativa sin fines de lucro. La encuesta junta información sobre la seguridad en la escuela y el medio ambiente, los comportamientos tales como los hábitos de salud y nutrición (incluyendo la actividad física, el alcohol, el tabaco y otras drogas), las fortalezas individuales y elementos fundamentales del desarrollo. Este estudio ayudará a identificar las áreas problemáticas e informar a nuestros esfuerzos para apoyar el éxito del estudiante, en la salud y la seguridad. La participación del estudiante es confidencial y voluntaria; los estudiantes pueden omitir cualquier o todas las preguntas. La encuesta será administrada en el 4to trimestre, después de las pruebas estandarizadas. Las encuestas están disponibles para su revisión en Inglés / Español en todas las escuelas y en línea en

WestEd: <http://chks.wested.org/administer/download>

Preguntas: Contacte al Departamento de Apoyo a los Estudiantes al 951-929-7700 x4268

- SI** Yo doy permiso a mi hijo(a) que participe en la encuesta de California Healthy Kids
 NO Yo no doy permiso a mi hijo(a) que participe en la encuesta California Healthy Kids

Autorización de Prensa

Yo, como padre / tutor, autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Jacinto a publicar el nombre, imagen, voz o trabajo escolar de mi hijo para su publicación en boletines oficiales de la escuela o del Distrito, o periódico comunitario, o en la página web o redes sociales oficiales de la escuela / distrito, bajo el uso de las pautas en la Política de la Junta 5125.1, Liberación de información del directorio.

	<input type="checkbox"/> SI, AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE MEDIOS PARA MI HIJO
	<input type="checkbox"/> NO, NO AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE MEDIOS PARA MI HIJO

Derecho de los Padres

Mi firma afirma que he sido informado de mis derechos como padre/ tutor de un alumno en escuela publica. Mi firma NO indica la autorización para participar en un programa particular. Mandare una nota por escrito a la escuela en caso de cualquier oposición especifica que tenga con referencia a la participación de mi hijo (a) en algún programa o servicio.

Aviso de Pesticidas


Para recibir avisos de la aplicación de pesticidas individuales en la escuela 72 horas antes de la aplicación seleccione a continuación. El aviso identificará ingrediente(s) activo (s) en cada uso de pesticidas y la reducción.

- SI** Yo solicito el aviso para padres/estudiantes del tratamiento de pesticida
 NO Yo no necesito el aviso del tratamiento de pesticidas


Recibo de la Póliza

FAVOR DE PONER SUS INICIALES ABAJO para confirmar que usted a **LEIDO** y **ENTIENDE** lo siguientes documentos.

- Vaya al sitio web del Distrito www.sanjacinto.k2.ca.us - PARENT enlace – SELECCIONE PARENT NOTIFICATIONS.
- Copias imprimidas están disponibles en el Centro de Registro y en todas las escuelas.

	AVISO ANUAL
	MANUAL DEL PADRE / ESTUDIANTE DEL DISTRITO Y LA ESCUELA

AL FIRMAR ABAJO RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS NOTIFICACIONES A COMO ESTÁN ESTABLECIDAS.

		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA

	ACUERDO DEL USO ACEPTABLE DE TECNOLOGÍA Y MATERIALES	ESCUELA		GRADO	
		PERM ID			

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

Código de Educación Sección 48904 (b) (1) permite a las escuelas retener las calificaciones, diplomas y transcripciones de los estudiantes en caso de que la propiedad del distrito escolar, incluyendo el dispositivo electrónico, sea dañada o no regresada cuando sea necesario. El uso del dispositivo electrónico es un privilegio y puede ser revocado en cualquier momento si / cuando el estudiante viola alguna de las políticas mencionadas anteriormente o no sigue las directivas / políticas del personal / escuela.

ACUERDO DE USO DE LIBROS DE TEXTO / ACUERDO DE USO DE MATERIALES DE LA BIBLIOTECA

Los estudiantes reciben libros de texto y materiales de aprendizaje. Además podrán pedir prestados libros de la biblioteca de la escuela sin costo alguno. Estos recursos varían en el precio de \$ 15.00 a más de \$ 250.00. Si estos materiales están dañados, perdidos o ya no son utilizables, el estudiante o su padre / tutor serán responsables del costo de reemplazo actual de los materiales. SJUSD puede retener las calificaciones, el diploma y las transcripciones del estudiante de acuerdo con la ley, la póliza del comité y la regulación administrativa, si los costos no se perdonan ni se pagan. Los estudiantes también pueden ser excluidos de participar en ciertas actividades escolares.

CIUDADANÍA DIGITAL

El objetivo del Distrito Escolar Unificado de San Jacinto es desarrollar estudiantes que se conviertan en jóvenes de carácter que también sean pensadores críticos, comunicadores eficaces, colaboradores respetuosos y solucionadores de problemas resistentes. Enseñanza de la ciudadanía digital establece la base cultural y proporciona las habilidades necesarias para ayudar a alcanzar esas metas. Todos los estudiantes del SJUSD sabrán usar el poder de la tecnología para comportarse de manera segura, respetuosa y responsable para cumplir con sus metas de aprendizaje en la escuela y más allá.

TECNOLOGÍA DEL ACUERDO DE USO ACEPTABLE (BP 6163.4)

IMPORTANTE: Tanto el estudiante como los padres deben leer el Acuerdo de Uso Aceptable de la Tecnología del Distrito Escolar Unificado de San Jacinto que está disponible en línea en www.sanjacinto.k12.ca.us o en el Centro de Inscripción del Distrito y todos los sitios de la escuela. El uso indebido de la tecnología del SJUSD puede constituir la remoción de este privilegio y / o acción disciplinaria.

SOLO San Jacinto High School / Mt. View High School / Mt. Heights Academy



DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (DIGITAL TEXTBOOK) OPCIÓN

Los estudiantes de los grados 9-12 en SJHS y en MVHS y MHA tienen la opción de usar libros de texto digitales (si están disponibles) en lugar de versiones impresas de los libros de texto. A los estudiantes se les dará un dispositivo electrónico en el que podrán ver los libros de texto de los cursos para los cuales están asignados. La conectividad a Internet no es necesaria para ver los libros de texto en el dispositivo. Además de poder acceder a una copia digital de sus libros de texto (si está disponible), los estudiantes podrán usar el dispositivo para acceder a Internet, completar tareas de trabajo y enviar asignaciones de trabajo a su maestro (algunos maestros pueden requerir trabajo para ser Completado y presentado en papel).

RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES

- Siga todas las directrices del Acuerdo del Uso Aceptable de SJUSD
- Siga todas las directrices establecidos en los Reglamentos Administrativos y la junta Directiva
- Regresar/ pagar sus dispositivos electrónicos antes de ser retirado / revisar a otra escuela o programa o / y al final del año escolar
- Los estudiantes entrantes deben devolver o pagar los libros de texto de su escuela anterior antes de que se les de un dispositivo electrónico
- Proporcione una cubierta / parachoques para que el dispositivo electrónico lo proteja y evite que sufra daños graves (Costo estimado de reemplazo puede variar de \$ 100.00 - \$ 300.00)
- Padres / Estudiantes tienen la opción de OPTAR POR NO y regresar a un libro de texto impreso en cualquier momento.

Al firmar a continuación, verifico que he leído, entendido y aceptado por San Jacinto USD ACUERDO DE USO DE LA TECNOLOGÍA ACEPTABLE.

		
	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FECHA
		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA

K-1 ONLY

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		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.

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)	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
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	/ /					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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)

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

*de ser indicado

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 Jóvenes (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

	<h1 style="margin: 0;">K-1 EVALUACIÓN DE LA SALUD ORAL SOLAMENTE</h1>	ESCUELA		GRADO	
		PERM ID			

NOMBRE DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFFIX	FECHA DE NACIMIENTO

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece que su hijo(a) debe hacerse un examen dental antes del 31 de Mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental californiano que trabaje dentro de su campo de práctica debe realizar el examen y llenar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo(a) se sometió a un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede obtener un examen dental para su hijo(a), llene la Sección 3.

SECCION 1 / INFORMACIÓN DEL NIÑO					
DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES					
NOMBRE DEL NIÑO(A)		APELLIDO		SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE LA ESCUELA		MAESTRO(A)		GRADO	GENERO DEL NIÑO(A)
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiatico
		<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Otro:	
		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ Islas del Pacifico		<input type="checkbox"/> No Conocido	
NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR		RAZA/ ORIGEN ETNICO DEL NIÑO(A)			

SECCION 2 / Recopilación de Datos de Salud Oral			
DEBE DER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DENTAL LICENCIADO DE CALIFORNIA		NOTA IMPORTANTE: CONSIDERE CADA CUADRO POR SEPARADO	
FECHA DE EVALUACION	EXPERIENCIA DE CARIES CARIES VISIBLE Y / O LLENADOS	CARIES VISIBLE PRESENTE	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ningún problema obvio encontrado <input type="checkbox"/> Recomendado atención dental temprana <small>Caries sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría de los selladores o una evaluación adicional</small> <input type="checkbox"/> Cuidado urgente necesario
FIRMA DEL DENTISTA PROFESIONAL CON LICENCIA		NUMERO DE LICENCIA DE CA	FECHA

SECCIÓN 3 / Renuncia al requisito de evaluación de la salud oral				
DEBE SER COMPLETADO POR PADRE O TUTOR PIDIENDO SER JUSTIFICADO POR ESTE REQUISITO				
Favor de justificar mi hijo(a) del examen del dentista porque:				
<input type="checkbox"/> No puedo encontrar un consultorio dental que tome el plan de seguro de mi hijo(a).				
El plan de seguridad dental de mi hijo(a) es:				
<input type="checkbox"/> Medi-Cal/Denti-Cal	<input type="checkbox"/> Healthy Families	<input type="checkbox"/> Healthy Kids	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> No puedo pagar el examen de mi hijo(a).				
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo(a) reciba un examen dental.				
OPCIONAL: Otras razones que mi hijo(a) no puede obtener un examen dental:				
Si está pidiendo un justificante de este requisito:		FIRMA DEL PADRE/ TUTOR		FECHA

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene preguntas, llame a su escuela. Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de Mayo del primer año de su hijo(a). Original se mantendrá en el expediente escolar del niño(a).

	LIBERACIÓN DE RECLUTAMIENTO MILITAR		ESCUELA	GRADO
			PERM ID	

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO

SOLAMENTE LOS GRADOS 11-12 NECESITAN COMPLETAR ESTE FORMULARIO

<input type="checkbox"/> San Jacinto High School	<input type="checkbox"/> Mt. View High School	<input type="checkbox"/> Mt. Heights Academy
--	---	--

El **No Child Left behind Act** fue firmado por el Presidente de los Estados Unidos el 8 de Enero del 2002, ha creado nuevas leyes sobre cómo todos los distritos escolares abordan muchos temas diferentes sobre los estudiantes. Uno de esos cambios requiere que los distritos escolares proporcionen los nombres, direcciones y números de teléfono de todos los estudiantes de secundaria y a los del grado doce de la escuela preparatoria a los reclutadores de cada rama militar.

Esto no debe confundirse con la información de servicio selectivo actual recopilada de los estudiantes después de cumplir 18 años.


Para cumplir con la ley federal de **No Child Left Behind** y con nuestra política de confidencialidad local, estamos proporcionando un permiso positivo para regresar a la oficina de la escuela de su estudiante para ser incluido en la formación de la lista de estudiantes. Si decide no compartir la información personal de su estudiante, no se incluirá en la lista.

Si desea revisar una copia de la política local o la ley federal, están disponibles para su vista previa en Internet en <http://www.cde.ca.gov/nclb/fr/>

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a su escuela para hablar sobre sus preocupaciones.

SELECCIONE UNO

- SI – COMPARTA INFORMACION**
- Con referencia al nombre de mi estudiante, el domicilio del hogar y el número de teléfono con las oficinas de reclutamiento militar.
- NO – NO COMPARTA INFORMACION**
- Con referencia al nombre de mi estudiante, el domicilio del hogar y el número de teléfono con las oficinas de reclutamiento militar.

		
	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR	FECHA



SEGURO CONTRA ACCIDENTES PARA ALUMNOS Ciclo Escolar 2018-2019

Estimados Padres:

District Superintendent Diane Perez

District Administrative Office
2045 South San Jacinto Avenue
San Jacinto, California 92583
(951) 929-7700
www.sanjacinto.k12.ca.us

Board of Trustees

John I. Norman, President
Willie Hamilton, Clerk
Trica Ojeda, Board Member
Deborah Rex, Board Member
Jasmin Rubio, Board Member

Assistant Superintendent

Business Services
Seth Heeren

Assistant Superintendent

Personnel Services
Matthew Hixson

Assistant Superintendent

Educational Services
Sherry Smith

Head Start/State Preschool

Megan Cope Elementary

De Anza Elementary

Jose Antonio Estudillo Elementary

Edward Hyatt Elementary

Park Hill Elementary

Clayton A. Record Jr. Elementary

San Jacinto Elementary

North Mountain Middle School

Monte Vista Middle School

San Jacinto Leadership Academy

Mountain View High School/
Mountain Heights Academy

San Jacinto High School

El Distrito Escolar Unificado de San Jacinto no ofrece seguro medico contra accidentes o seguro dental para los alumnos lesionados en la propiedad escolar o a través de actividades escolares. En acuerdo con el Código de Educación Sección 49472, el Distrito pone a su disposición un programa de seguros contra accidentes medico/dentales de bajo precio. El propósito de este plan es el de ofrecer ayuda a un precio mínimo para cumplir con algunos de los gastos de una lesión accidental. Este plan no ofrece cobertura ilimitada, pero ofrece una ayuda importante en el evento de un accidente.

Existen dos niveles de beneficios disponibles. La "Opción Alta" es recomendada si su hijo/hija no tiene cobertura familiar o si su cobertura privada tiene un deducible alto. Todos los planes están disponibles basados en el "Tiempo de Escuela" o "24 horas" (todo el día, todos los días).

Por favor visite la oficina escolar de su hijo/hija para que obtenga un folleto/aplicación detallada, o usted puede obtener una y firmarla en línea en www.peinsurance.com (haga click en Products, luego Student Insurance). Por favor lea el folleto del Plan de Beneficios del Estudiante para que seleccione el plan que mejor cumpla con sus necesidades.

El plan paga los primeros \$500.00 en beneficios sumados a otro seguro, lo cual puede ayudarlo a que cumpla con su deducible del seguro primario y/o con los co-pagos.

Debido al hecho de que el Distrito no proporciona un seguro contra accidentes medico/dentales, nosotros recomendamos que le de a este programa una seria consideración. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Pacific Educators, Inc., Departamento de Accidentes de Estudiantes al (800) 722-3365 o (714) 639-0962.

Los planes de seguros de salud

Pacific Educators ahora puede ayudar a las personas en la aplicación de los planes de seguros de salud que cumplan con las directrices de la Ley de Atención asequible y ayudarle a evitar posibles sanciones fiscales. Estas penas serán cada vez más cada año a partir de 2014. Algunos podrán beneficiarse de los ahorros fiscales y asistencia del gobierno. Estaremos encantados de ayudarlo a obtener todas las posibilidades de ayuda y las subvenciones que puede optar. Por favor, llame al número que aparece a continuación o visite nuestro sitio web en www.peinsurance.com haga clic en "productos" y luego "seguro de salud".



POLIZA CONTRA ACOSO

INFORMACION
PARA PADRES

FAVOR DE QUEDARSE
CON ESTA PAGINA

POLIZA CONTRA ACOSO

Cada estudiante tiene derecho a un ambiente escolar seguro, libre de discriminación, acoso e intimidación.

La póliza del Distrito Escolar Unificado de San Jacinto (BP5131.2) sobre intimidación puede ser consultada en el sitio web del SJUSD. Las copias están disponibles en cada escuela.

1. El Distrito Escolar Unificado de San Jacinto prohíbe el acoso. Esto incluye, pero no se limita a, la discriminación, la intimidación y el acoso basados en las características reales o percibidas establecidas en la sección 422.55 del Código Penal y en la sección 220 del Código de Educación, la discapacidad, el género, la identidad del género, la expresión del género, la nacionalidad, la raza o etnia, religión, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas. El acoso se define en la sección del Código de Educación 48900(r).
2. El personal de la escuela debe intervenir inmediatamente si es testigo de un acto de discriminación, hostigamiento, intimidación o acoso, siempre que sea seguro hacerlo.
3. Los actos de discriminación o acoso deben ser señalados a la atención del director.
4. Usted puede presentar una queja anónima poniéndose en contacto con el director del Departamento de Apoyo a los Estudiantes, Comunidad, y Personal al (951) 929-7700 Ex. 4288. Si hay suficiente información justificante, el Distrito Escolar Unificado de San Jacinto se iniciará una investigación.
5. Las quejas de acoso o discriminación serán consideradas confidenciales. Sin embargo, puede ser necesario revelar cierta información con el fin de investigar de manera efectiva..
6. Los estudiantes que violen la póliza del Distrito Escolar Unificado de San Jacinto sobre el acoso o discriminación pueden estar sujetos a disciplina, incluyendo suspensión y expulsión.
7. El Distrito Escolar Unificado de San Jacinto prohíbe las represalias contra individuos que denuncian acoso o proveen información relacionada con tales quejas.

El acoso se define como el **“intento intencional y REPETIDO de intimidar, avergonzar o dañar a otra persona.”** El acoso puede tomar la forma de intimidación verbal, física, social / relacional / emocional o cibernética. Cibernética es acoso que se lleva a cabo utilizando la tecnología electrónica algunos ejemplos son mensajes de texto o mensajes de correo electrónico malos, rumores enviados por correo electrónico o publicado en sitios de redes sociales, e imágenes embarazosas, videos, sitios web, "ganging" en un estudiante o un grupo de estudiantes dirigiéndose a otro grupo.



NOMBRE LEGAL E INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

INFORMACION PARA PADRES

FAVOR DE QUEDARSE CON ESTA PAGINA

NOMBRE LEGAL E INFORMACION DEL ESTUDIANTE

La ley de California requiere que los distritos escolares usen los nombres legales de los estudiantes, no los apodos, en los registros de los alumnos. El Código de Regulaciones de California, Título 5, Capítulo 2, Subcapítulo 2, Artículo 3, Sección 432 establece en parte ... los registros incluirán los siguientes:

- (A) NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE
- (B) FECHA DE NACIMIENTO
- (C) MÉTODO DE VERIFICACIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO
- (D) GENERO DEL ESTUDIANTE
- (E) LUGAR DE NACIMIENTO
- (F) NOMBRE Y DOMICILIO DE PADRES DE ALUMNO MENOR DE EDAD
 - a. DOMICILIO DEL ALUMNO MENOR DE EDAD SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA
 - b. UN COMPROBANTE ANUAL DEL NOMBRE Y DOMICILIO DE LOS PADRES Y LA RESIDENCIA DEL ALUMNO
- (G) FECHA DE ENTRADA Y SALIDA DE CADA AÑO ESCOLAR Y PARA CUALQUIER SESIÓN DE VERANO O SESIÓN EXTRA
- (H) ASIGNATURAS TOMADAS DURANTE CADA AÑO, SEMESTRE, SESIÓN DE VERANO O TRIMESTRE
- (I) SI SE DAN MARCAS O CRÉDITOS, LA MARCA O NÚMERO DE CRÉDITOS HACIA LA GRADUACIÓN PERMITE TRABAJAR
- (J) VERIFICACIÓN O EXENCIÓN DE VACUNAS REQUERIDAS
- (K) FECHA DE LA GRADUACION DE LA PREPARATORIA O EQUIVALENTE

Para evitar problemas a los estudiantes en el momento de la graduación, los registradores deben asegurarse de que los nombres legales de los estudiantes están en los diplomas, no los apodos. El uso de un apodo también crearía un problema para los estudiantes que regresan a solicitar sus transcripciones: por ley, las transcripciones deben tener el nombre legal del estudiante impreso en ellos. Además, esto podría afectar negativamente importantes oportunidades incluyendo becas y alistamiento militar.

VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE NACIMIENTO

Comprobantede Documentos incluyen:

- Acta de Nacimiento
- Certificación / Verificación del Registrador del Condado
- Pasaporte
- Certificado de Hospital
- Certificado de Bautismo

GRADOS TK/K-12



Requisitos por edad y grado antes del ingreso:

Vacuna	4 – 6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kinder de transición/ kinder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° 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).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, tétanos y 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°, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/DTP y que se la hayan aplicado 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 aplicadas al cumplir 1 año de edad o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si se aplican por separado).	1 dosis (Aplicada al cumplir 1 año de edad o después. La vacuna contra las paperas no es necesaria si se aplica por separado).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad 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 alumnos nuevos de 7° grado también deben cumplir los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

INSTRUCCIONES:

Las escuelas de California deben verificar los comprobantes de vacunación de todos los estudiantes nuevos de kínder de transición/kínder **hasta** el 12° grado y todos los estudiantes que pasan a 7° grado antes del ingreso.

1. Notifique a los padres sobre las vacunas requeridas y pida los registros de vacunación.
2. Copie la fecha de cada vacuna del registro de vacunación del niño(a) al Registro de Vacunación de Escuelas de California (tarjeta azul, CDPH-286) y/o la calcomanía Tdap complementaria [PM286S (01/11)] o ingrese en un sistema electrónico aprobado que imprima una tarjeta azul.
3. Compare el número de dosis en la tarjeta azul con los requisitos indicados arriba.
4. Determine si el niño(a) puede ser admitido(a)

