

Sonoma Valley Unified School District

Kindergarten Registration Forms 2016-2017

You must bring the following documents with you at the time of registration.
We will not be able to complete the registration process unless we have this documentation.

- ◆ Current proofs (2) of home address
 - ◆ Birth certificate or passport (child must be five by September 1, 2016)
 - ◆ Immunization record from your child's doctor
- { Please bring the original and, if possible, one copy of each.

Forms to Complete and Return (white pages)

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1 School Registration Form | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |
| 2 Emergency Information Card | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |
| 3 Home Language Survey (yellow) | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |
| 4 Health History | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |
| 5 Kindergarten Registration Survey | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |
| 6 Early Childhood Education Survey | <input type="checkbox"/> Completed Form Returned |

The following forms are required as indicated below:

- | | |
|--|---|
| 7 Oral Health Assessment Form* | By May 31 of first year of school |
| 8 Report of Health Examination for School Entry* | Due within 90 days of entering first grade. |

**Completed health forms must be returned to the school office.*

For more information, please visit the SVUSD website at www.svusdca.org

Formas de Matriculación para el Kinder 2016-2017

Usted debe traer los siguientes documentos con usted a la hora de matricular a su hijo. Nosotros no podremos completar el proceso de matriculación a menos que tengamos estos documentos.

- ◆ Comprobante actual (2) de la dirección de su casa
 - ◆ Acta de nacimiento o pasaporte (el niño debe haber cumplido cinco años en o antes del 1 de septiembre, 2016)
 - ◆ Comprobante de vacunas de su doctor
- { Por favor traiga el original y, si es posible, una copia de cada uno.

Formularios para completar y devolver (páginas blanco)

- | | |
|---|---|
| 1. Formulario de matriculación de la escuela | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |
| 2. Tarjeta de emergencia | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |
| 3. Encuesta del idioma usado en casa (amarillo) | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |
| 4. Historial de salud | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |
| 5. Encuesta de matriculación en el Kinder | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |
| 6. Encuesta de Educación Infantil Temprana | <input type="checkbox"/> Formulario completo y devuelto |

The following forms are required as indicated below:

- | | |
|---|---|
| 7. Formulario de Evaluación de Salud Dental * | By May 31 of first year of school |
| 8. Reporte del examen físico requerido para entrar a la escuela * | Due within 90 days of entering first grade. |

**Completed health forms must be returned to the school office.*

For more information, please visit the SVUSD website at www.svusdca.org

K-8 REGISTRATION FOR SONOMA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT GRADE/GRADO: _____

<p>*Legal Name (as identified on Birth Certificate - Court documents are required for a legal name change) *Nombre legal (como se encuentra en el Acta de Nacimiento – se requiere de una orden del juez para un cambio legal de su nombre)</p>				
<p>Student's Legal Last Name* Apellido del estudiante</p>	<p>Student's Legal First Name* Nombre de pila del estudiante</p>	<p>Middle Name Segundo</p>	<p>Suffix (jr., Sr., III) Título (jr., Sr., III)</p>	<p>Gender (M/F) Género (sexo)</p>
<p>Does your child use another first or last name? ¿Usa su hijo(a) algún otro nombre ó apellido?</p>	<p>Name of Previous School El nombre de la escuela anterior</p>	<p>Previous School Address La dirección de esa escuela</p>		
<p>Any Illness School/Staff Should Know About - Información sobre cualquier enfermedad de que debemos saber.</p>				
<p>Has your child previously attended Sonoma Valley public kindergarten and/or school before? ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija al Kinder o escuelas públicas del valle de sonoma? Preschool / preescolar? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____ Kindergarten / Kinder? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____ Other grade/otro grado <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____</p>		<p>Is this the first time your child is enrolling in a California public school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: Date first attended public school in the: / Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en: United States/Estados Unidos _____ California _____</p>		
<p>Mailing Address - La dirección del correo</p>		<p>City - La ciudad</p>	<p>State - Estado</p>	<p>Zip - Código postal</p>
<p>Residence Address - La dirección donde reside</p>		<p>City - La ciudad</p>	<p>State - Estado</p>	<p>Zip - Código postal</p>
<p>Home Telephone - Teléfono de la casa</p>		<p>Unlisted? ¿No alistado? <input type="checkbox"/> Yes – Sí <input type="checkbox"/> No - No</p>		<p>Child Lives With El niño vive con <input type="checkbox"/> Father El Padre <input type="checkbox"/> Mother La Madre <input type="checkbox"/> Guardian Guardián</p>
<p>Father/Guardian Name – Nombres del padre/guardián</p>		<p>Mother/Guardian Name – Nombres la madre/guardián</p>		
<p>Father's Work Telephone – Teléfono del trabajo del padre/guardián</p>		<p>Mother's Work Phone – Teléfono del trabajo de la madre/guardián</p>		
<p>Father's Cell Phone –Teléfono celular del padre/guardián</p>		<p>Mother's Cell Phone- Teléfono celular de la madre/guardián</p>		
<p>Student's Birthdate - Fecha de nacimiento el estudiante</p>		<p>Student's Birthplace – city/state/country El lugar donde nació el estudiante - ciudad/estado/país</p>		
<p>Student's Social Security Number / Número de seguro social del estudiante</p>				
<p>First/Last name of other children in family including ages El apellido y los nombres de los otros niños de la familia y sus edades</p>			<p>School - La escuela</p>	
<p>1</p>				
<p>2</p>				
<p>3</p>				
<p>I live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program. Yo vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No</p>				
<p>I do not live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program at Flowery. Yo no vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble en Flowery. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No</p>				
<p>My child is an English Learner. I am interested in my child receiving instruction in Spanish. – Mi hijo/a es un estudiante aprendiendo inglés. Yo estoy interesado/a en que mi hijo/a reciba instrucción en español. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No</p>				
<p>School to Home Communication Language / Lenguaje de comunicación entre la escuela y su casa <input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Español/Spanish</p>				

I. Student's ETHNICITY ¿Cuál es el origen ÉTNICO de su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (500)	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino

II. What is your student's RACE? (Please check up to five racial categories): ¿Cuál es el origen Étnico de su hijo/a? (Por favor marque hasta un máximo de cinco categorías raciales):		
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native/ Indio Americano o Nativo de Alaska (100)	<input type="checkbox"/> Cambodian/ Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/ Otro de las Islas del Pacifico (399)
<input type="checkbox"/> Chinese/ Chino (201)	<input type="checkbox"/> Hmong/ Hmongo (208)	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American/ Filipino/ Filipino Americano (400)
<input type="checkbox"/> Japanese/ Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Other Asian/ Otro origen Asiático (299)	
<input type="checkbox"/> Korean/ Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Hawaiian/ Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> African American/Black/ Afro- Americano/Negro (600)
<input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Guamanian/ Guamaniano (302)	
<input type="checkbox"/> Asian Indian/ Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Samoan/ Samoano (303)	<input type="checkbox"/> White/ Blanco (700)
<input type="checkbox"/> Laotian/ Laosiano (206)	<input type="checkbox"/> Tahitian/ Tahitiano (304)	

III. Parent Education Level of most educated parent Nivel de educación del padre/madre con más educación académica
<input type="checkbox"/> Father/del padre <input type="checkbox"/> Mother/de la madre <input type="checkbox"/> Guardian/Guardián
<input type="checkbox"/> Not a high school graduate (14) No me gradué de la preparatoria
<input type="checkbox"/> High school graduate (13) Graduado de la preparatoria
<input type="checkbox"/> Some college (12) Algún tiempo en la universidad
<input type="checkbox"/> College graduate (11) Graduado de la universidad
<input type="checkbox"/> Graduate school/post graduate training (10) /Escuela para graduados/ entrenamiento para después de la graduación
<input type="checkbox"/> Decline to state/ Me niego a declarar (15)

IV. Residence – where is your child/family currently living? (Federally mandated by NCLB) Please check:
<input type="checkbox"/> In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) (200) <input type="checkbox"/> Other: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temporarily doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (120) <input type="checkbox"/> In a shelter or transitional housing program (100) <input type="checkbox"/> In a motel/hotel (110) <input type="checkbox"/> Unsheltered (car/campsite) (130) <input type="checkbox"/> Foster Family/Kinship Placement (210) <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____
Residencia - ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación por NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s
<input type="checkbox"/> En una residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (200) <input type="checkbox"/> Otra: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temporalmente con más de una familia en una casa o departamento (120) <input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (100) <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (110) <input type="checkbox"/> Sin residencia (carro o campamento) (130) <input type="checkbox"/> Colocación con Familiar/ Padres de Adopción Temporal (210) <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____

V. Previous Programs Your Student Was Enrolled In:	Programas anteriores en los que estaba matriculado su hijo/a:
Special Education	Programa de Educación Especial
<input type="checkbox"/> Resource Specialist Program/RSP	<input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos/RSP
<input type="checkbox"/> Speech/Language	<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje
<input type="checkbox"/> 504 Plan	<input type="checkbox"/> 504 Plan
<input type="checkbox"/> Special Day Class/SDC	<input type="checkbox"/> Clases de Día Especiales/SDC
English Learner Program	Programa del aprendiz del inglés
<input type="checkbox"/> Two-Way Program at Flowery	<input type="checkbox"/> Programa de Inmersión Doble en Flowery
Other Services	Otro Servicios
<input type="checkbox"/> GATE	<input type="checkbox"/> Superdotado
<input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> OTRO: _____

For Office use Only - Sólo por el use de la oficina	
Year Student Entered District _____	Year Student Entered Site _____
Grade Student Entered District _____	Grade Student Entered Site _____
Year entered US schools (mm/dd/yyyy) _____	First year entered California schools (mm/dd/yyyy) _____
If RFEP, date reclassified (mm/dd/yyyy) _____	_____

S.V.U.S.D. EMERGENCY INFORMATION CARD/ S.V.U.S.D. Tarjeta de Emergencia
PLEASE PRINT OR TYPE / POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE

Grade/Grado _____
Room/Salón _____

Student Name/Nombre del estudiante _____ Home. Tel./Tel. de casa _____
Last/Apellido _____ First/Nombre _____ Middle/Segundo _____

Parent's E-mail Address/Dirección electrónica de los padres: _____

Child Lives With/El Niño vive con: _____ Child Lives With/El Niño vive con: _____

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____ Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____
Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____

Social Security # / # de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sex/ Sexo M F Birthdate/ Fecha de Nacimiento _____
(Circle One/ Circule uno)

Home Address/Dirección _____
Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Mailing Address (if different)/Dirección del Correo (si sea diferente) _____
Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Medical Alert/Alerta Médica: Health Problems/Problemas de Salud _____
Allergies/Alergias _____
Medications taken regularly/Las medicinas tomadas regularmente _____

Allergy to bee stings/Alergia a picado de abejas Asthma/Asma Diabetes/Diabetes Heart Condition/Condición cardíaca
 Epilepsy/Epilepsia Other/Otras _____

In the event of a life threatening allergic reaction, I authorize trained school personnel to give emergency treatment (adrenalin via epi-pen) to my child. / En caso de una reacción alérgica que amenaza la vida, autorizo al personal de la escuela entrenados a dar tratamiento de emergencia (adrenalina por medio de epi-pen) a mi hijo/hija. SVUSD submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any school health services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing Services Company. / El Distrito escolar de Sonoma somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones basicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No le les pedira a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy de Acuerdo que se envíen a las agencias de MEDI-CAL/ ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar informacion relacionada con recibos de pago con las companias de servicios del distrito escolar.

Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____ Date/Fecha _____

In case of emergency, illness, or accident to the child named above, the school is authorized to release my child as indicated below. Number each item # 1,2,3,4,5 in order of desired action. **PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION.** / En caso de emergencia, enfermedad o accidente del niño nombrado, la escuela está autorizada a dejar salir el niño en la manera notada abajo. Ponga los números 1,2,3,4,5, para indicar en que orden. **COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN**

_____ CONTACT MOTHER/ Llame a la madre Name/Nombre _____

Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ CONTACT FATHER/ Llame al padre Name/Nombre _____

Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ BABYSITTER/FRIEND - La Niñera Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FRIEND/RELATIVE/MENTOR- Amigo/Pariente/Mentor Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FAMILY PHYSICIAN/ Médico Familiar Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

Special Instructions / Instrucciones Especiales: _____

(If applicable) My child **MAY NOT BE RELEASED** to the following individual(s) [if parent of child, **restraining order must be on file in school office**] / **(Si es aplicable)** Mi niño **NO DEBE SALIR** con las siguientes personas) [Si es un padre/madre, **una orden de restricción debe estar en el archivo de la oficina**]:

1. _____ 2. _____

I certify that all information given is accurate and true. / Certifico que todo la información dado es correcto.

Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____

Date/Fecha _____

Dear Parent/Guardian:

Please complete every line of this temporary emergency card (over).

Emergency cards are very important. They are used for calling parents when your child has an accident at school, gets sick or school emergencies occur. It is very important to keep all phone numbers and addresses current and complete. It is necessary to contact the school to update your child's emergency card whenever the information changes.

You will be asked to complete a new emergency card after school starts. Please complete every annual request for emergency card information promptly and completely throughout your child's education.

Thank you.

Estimado Padre/Guardián:

Haga el favor de completar cada renglón de esta tarjeta de emergencia (a la vuelta).

Las tarjetas de emergencia son muy importantes. Las ocupamos para llamar a los padres en caso que su hijo/a tenga un accidente en la escuela, se enferme o cuando una ocurra emergencia. Es muy importante para mantener todos los números de teléfono y direcciones completas y actualizadas. Es necesario que nos informe cada vez que haya un cambio en esta información.

Vamos a pedir que llene una tarjeta nueva después del comienzo de clases. Haga el favor de completar una tarjeta nueva cada año lo más pronto que le sea posible durante todo el tiempo que su hijo asista a la escuela.

Gracias.

~ OVER / A LA VUELTA ~

**Sonoma Valley Unified School District
HOME LANGUAGE SURVEY**

Name of Student: _____
Surname / Last Name First Given Name Second Given Name

School: _____ Age: _____ Grade Level: _____

Directions to Parents and Guardians:

The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to determine the language(s) spoken in the home of each student. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services to prepare your child for college and career readiness. The district is responsible for ensuring that English Language Learners will make steady, and even accelerated, progress in English language development. While in Sonoma Valley Unified School District, all students will have full access to an intellectually rich and comprehensive curriculum.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with this legal requirement. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? _____
4. Which language is most often spoken by adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adults) _____

Please sign and date this form in the spaces provided below, then return this form to your child's school. Thank you for your cooperation.

Signature of Parent or Guardian

Date

**Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma
ENCUESTA DEL LENGUAJE USADO EN CASA**

Nombre del estudiante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Escuela: _____ Edad: _____ Nivel de grado: _____

Direcciones para los padres o tutor legal:

El *Código de Educación en California* contiene requisitos legales que dirigen a las escuelas a determinar el lenguaje(s) hablado en casa de cada estudiante. Esta información es esencial para que la escuela provea programas de instrucción adecuados y servicios para preparar a su hijo para estar listo para la universidad y una carrera profesional. El distrito es responsable por asegurar que los estudiantes que están aprendiendo inglés tengan un progreso continuo, y algunas veces acelerado, en el desarrollo del lenguaje inglés. Mientras que están en el Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma, todos los estudiantes tendrán acceso completo a un currículo amplio e intelectualmente rico.

Como padres de familia o tutor legal, solicitamos su cooperación para cumplir con este requisito legal. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas descritas abajo tan correctamente como sea posible. Para cada pregunta, escriba el nombre del lenguaje que aplican en el espacio proveído. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Qué lenguaje aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué lenguaje habla su hijo con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué lenguaje usa usted (padres o tutor legal) con más frecuencia cuando habla con su hijo? _____
4. ¿Qué lenguaje hablan con más frecuencia los adultos en su casa? (padres, tutor legal, abuelos, o cualquier otro adulto) _____

Por favor firmen y pongan fecha a este formulario en los espacios proveídos abajo, luego devuelva este formulario a la escuela de su hijo. Gracias por su cooperación.

Firma de los padres o tutor

Fecha

Health History

Date _____ Birthdate _____ Sex _____

Student's Name _____ Phone _____

Father _____ Mother _____

Brothers _____ Sisters _____

Student is living with _____

Has your child had any of the following? Please indicate Yes or No and dates.

	Yes	No	Date		Yes	No	Date
Tuberculosis				Ear Trouble			
T.B. in family of contact				Tonsillitis			
Other Diseases				Tonsils Removed T & A			
				Frequent Colds			
				Stinging Insect Allergy			
				Asthma			
				Allergies			
				Convulsions, Seizures			
Operations				Heart Disease			
				Diabetes			
				Serious Accidents/Illnesses			
Present Medications _____				Behavior/Emotional Difficulties _____			

If child will need medication dose at school, please contact school for Medication at School Form. No medication, either prescription or over-the-counter will be administered without form completed by a health care provider **and** parent.

Any Physical Limitations No _____ Yes (please specify) _____

Name of Doctor _____ Date Last Seen _____

Name of Dentist _____ Date Last Seen _____

Name of Eye Specialist _____ Date Last Seen _____

Name of Ear Specialist _____ Date Last Seen _____

Health Plan _____

Parent/Guardian Signature: _____

Historia de Salud

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del estudiante _____ Teléfono _____

Padre _____ Madre _____

Hermanos _____ Hermanas _____

El/la estudiante vive con _____

¿Ha tenido su hijo alguno de lo siguiente? Por favor indique SI o No y las fechas.

	Sí	No	Fecha
Tuberculosis			
T.B. en familia o contacto			
Otras enfermedades			
Operaciones			
Medicinas actuales _____			

	Sí	No	Fecha
Problemas con el Oído			
Amigdalitis			
Operación de las amígdalas			
Gripes frecuentes			
Alergias a las picaduras de insectos			
Asma			
Alergias			
Convulsiones, ataques			
Enfermedades del corazón			
Diabetes			
Accidentes/enfermedades serias			
Dificultades emocionales/de conducta _____			

Si el niño va a necesitar tomar medicina en la escuela, por favor contacte a la escuela para obtener un Formulario de Administración de Medicamentos en la Escuela. Ninguna medicina, ya sea recetada o comprada sin receta médica, será administrada si no se presenta el formulario **completado por los padres y el proveedor de salud.**

Alguna limitación física No _____ Sí (por favor indique) _____

Nombre del doctor _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del dentista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Oculista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Otorrino (Especialista de oídos) _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Plan de salud (Seguro médico) _____

Firma de los padres/tutor: _____

SVUSD Kindergarten Registration Survey

Child's Legal Name _____ M or F

Name Child Goes By: _____ Child's Birth date _____

Parents'/Guardians' Names _____

Who does child live with? _____

1. Did your child attend a pre-school? Yes No Name of preschool _____

2. Will your child require daycare during his/her kindergarten year? Yes No

If yes, which daycare? _____ Phone # _____

3. How will your child get to school? I will drive or walk School Bus

4. What will your child do after school? I will pick up School Bus Home

Attend onsite childcare School bus to _____ Other _____

5. Will you be able to volunteer on a regular basis? Yes No

6. Has your child ever been evaluated for academic, behavioral or speech problems? Yes No

If yes, please explain _____

7. Language(s) spoken at home: _____

8. Are you registering your child in another kindergarten program? Yes No

If yes, please indicate which program: Charter Private Other

9. Will you be applying for an intradistrict transfer request? Yes No

If yes, to what school? _____

I have received and read all materials in the Kindergarten Registration packet.

Parent/Guardian Signature _____

Relationship to Child _____ Date _____

Encuesta para la matriculación en el Kinder

Nombre legal del estudiante _____ M o F

Nombre por el cual llaman el niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de los Padres/Tutor Legal _____

¿Con quién vive el estudiante? _____

1. ¿Asistió su hijo(a) a alguna escuela preescolar? Sí No
Nombre de el preescolar al que asistió _____

2. ¿Necesitará su hijo(a) ir a la guardería durante su año en el kinder? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿a cuál guardería? _____

Número de teléfono: _____

3. ¿Cómo llegará el estudiante a la escuela? Yo conduciré o caminaré Autobús

4. ¿Que hará el estudiante después del día escolar? Yo lo recogeré Autobús a casa

Irá a la guardería escolar Autobús a _____ Otro sitio _____

5. ¿Podrá usted ser voluntario regularmente? Sí No

6. ¿Ha sido su hijo evaluado para razones académica, de conducta, o de lenguaje? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

7. Lenguaje(s) usado en casa: _____

8. ¿Va a inscribir a su hijo/a en algún otro programa del jardín de niños? Sí No

Si la respuesta es sí, indique que programa: Charter Privada Otro

9. ¿Aplicará usted para transferir a su hijo(a) a otra escuela en nuestro distrito? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la otra escuela _____

Yo he recibido y leído todos los materiales en el paquete de matriculación para el Kinder.

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Relación con el/la niño(a) _____ Fecha: _____

Sonoma Valley Unified School District Early Childhood Education Survey

1. Child's Name
2. Child's birthdate
3. Home Address
4. Parent Name(s)
5. Phone(s) Cell and/or home and work Cell: _____ Home: _____ Work: _____
6. Sibling(s) and School(s)

7. Did your child attend preschool? Yes or No

8. If yes, which preschool did he/she attend?

Preschool Name	Age attended	Number of years/months of attendance
El Verano Preschool		
Crescent Montessori		
Flowery 4C's		
Flowery Headstart		
Little School		
Moldovan Academy		
Montessori School of Sonoma		
Old Adobe		
Sassarini 4C's		
Sunshine		
Valley of the Moon		
Other		

9. Did your family participate in the AVANCE program at Sassarini? YES or NO

10. If yes when? 2013-2014 2014-2015 2015-16

11. If your child did not attend preschool can you please share why?

Cost	
Availability	
Location	
Transportation	
Other	

Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma
Encuesta de Educación Infantil Temprana

1. Nombre del niño
2. Fecha de nacimiento del niño
3. Dirección de su hogar
4. Nombre de los padres
5. Teléfono móvil y/o de su casa y trabajo Móvil: _____ Casa: _____ Trabajo: _____
6. Hermano(s) y Escuela (s)

7. ¿Asistió su hijo al preescolar? Si o No

8. Si la respuesta es sí, ¿A cuál preescolar asistió?

Nombre del preescolar	Edad cuando asistió al preescolar	Número de años/meses de asistencia
Prescolar El Verano		
Crescent Montessori		
Flowery 4C's		
Flowery Headstart		
Little School		
Academia Moldovan		
Escuela Montessori de Sonoma		
Old Adobe		
Sassarini 4C's		
Sunshine		
Valley of the Moon		
Otra		

9. ¿Participó su familia en el programa AVANCE en Sassarini? SI o NO

10. Si la respuesta es sí, ¿Cuándo? 2013-2014 2014-2015 2015-16

11. Si su hijo no asistió al preescolar, ¿puede usted compartir con nosotros el motivo?

Costo	
Disponibilidad	
Locación	
Transporte	
Otro	

Oral Health Assessment Form

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

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

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

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

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

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 35%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"><i>Licensed Dental Professional Signature</i></div> <div style="width: 25%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"><i>CA License Number</i></div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"><i>Date</i></div> </div>			

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

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

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

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

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

Formulario de Evaluación de Salud Dental

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

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

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

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

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

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

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

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

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

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

Si pides una excusa de este requerimiento: ► _____
Firma del padre o tutor Fecha

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

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