

ALLENSWORTH ELEMENTARY SCHOOL
DISTRICT
ENROLLMENT FORMS



**ALLENSWORTH ELEMENTARY SCHOOL
EMERGENCY CONTACT FORM (One per family)**

Child 1 Name _____ ☐ Male ☐ Female DOB _____ SSN _____
Child 1 Name _____ ☐ Male ☐ Female DOB _____ SSN _____
Child 1 Name _____ ☐ Male ☐ Female DOB _____ SSN _____
Child 1 Name _____ ☐ Male ☐ Female DOB _____ SSN _____

Residential Address _____
Mailing Address/PO Box _____ ☐ same as residential address

Father's Name	Occupation	Cell Phone	Work Phone
Mother's Name	Occupation	Cell Phone	Work Phone
Guardian's Name	Occupation	Cell Phone	Work Phone

Custody - Child Lives With: ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Guardian ☐ Other _____

When neither parent nor guardian is available, please indicate emergency contacts:

Contact's Name	Relation	Address	Ph Number	Permission to pick up student
_____				☐ Yes ☐ No
_____				☐ Yes ☐ No
_____				☐ Yes ☐ No
_____				☐ Yes ☐ No

☐ **EMERGENCY RELEASE:** If parents/guardians cannot be reached, I give consent to transport my child to an emergency facility and to receive attention from a physician or dentist. I authorize all medical/surgical treatment, X-ray, laboratory, anesthesia and other medica/dental and or hospital procedures as may be performed or prescribed by attending physician and or paramedics for my child(ren) and waive my right to informed consent of treatment. This waiver applies only when neither parent nor guardian can be reached in an emergency.

Doctor/Clinic Name/Ph Number _____ Dentist Name/Ph Number _____

Child's Name _____ Medication(s)/Medical Condition(s) _____
Insurance Company _____ Policy Number/Medi-Cal Number _____

Child's Name _____ Medication(s)/Medical Condition(s) _____
Insurance Company _____ Policy Number/Medi-Cal Number _____

Child's Name _____ Medication(s)/Medical Condition(s) _____
Insurance Company _____ Policy Number/Medi-Cal Number _____

Child's Name _____ Medication(s)/Medical Condition(s) _____
Insurance Company _____ Policy Number/Medi-Cal Number _____

Any medication administered to students whether over the counter or by prescription, must have a medical form signed by prescribing physician and must be labeled by dispensing pharmacy. Forms available in office upon request.

☐ I give permission for my child(ren) to attend field trips. I release Allensworth ESD and individuals from liability in case of accident during activities related to Allensworth ESD provided normal safety procedures were followed. Permission slips for every activity or event will be provided to parents, this release serves only as a backup when a signed form has not been returned and parent/guardian permission has been verbally granted to school staff.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

ALLENSWORTH ELEMENTARY SCHOOL
TARJETA DE EMERGENCIA (Uno por familia)

Nino/a 1 _____	☐ Nino ☐ Nina Fecha de Nacimiento _____	# de seguro _____
Nino/a 1 _____	☐ Nino ☐ Nina Fecha de Nacimiento _____	# de seguro _____
Nino/a 1 _____	☐ Nino ☐ Nina Fecha de Nacimiento _____	# de seguro _____
Nino/a 1 _____	☐ Nino ☐ Nina Fecha de Nacimiento _____	# de seguro _____

Dirección residencial _____

Dirección de correo/PO Box _____ ☐ mismo que residencial

Nombre de padre _____	Empleador _____	Numero celular _____	Numero de trabajo _____
Nombre de madre _____	Empleador _____	Numero celular _____	Numero de trabajo _____
Nombre de guardián _____	Empleador _____	Numero celular _____	Numero de trabajo _____

Custodia – Nino(s) vive(n) con ☐ Los dos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardian ☐ Otra _____

cuando ninguno de los padres o guardines esté disponible, se puede contactar a los siguientes en caso de emergencia:

Nombre	Relación	Dirección	No de teléfono	Permiso de recoger niño/a(s)
_____				☐ Si ☐ No
_____				☐ Si ☐ No
_____				☐ Si ☐ No
_____				☐ Si ☐ No

☐ **LIBERACION DE EMERGENCIA:** Si no se puede contactar a los padres/guardianes, doy mi consentimiento para transportar a mi hijo a un centro de emergencia y recibir atención de un médico o dentista. Autorizo todo tratamiento médico/quirúrgico, rayos X, laboratorio, anestesia y otros procedimientos médicos/dentales y/o hospitalarios que puedan ser realizados o recetados por el médico tratante y/o los paramédicos para mi(s) hijo(s) y renuncio a mi derecho al consentimiento informado de tratamiento. Esta exención se aplica solo cuando no se puede contactar a los padres ni al tutor en una emergencia.

Nombre del médico/clínica/Número de teléfono _____	Nombre del dentista/Número de teléfono _____
Nombre del niño _____	Medicamento(s)/Condición(es) médica(s) _____
Compañía de seguros _____	Número de póliza/Número de Medi-Cal _____
Nombre del niño _____	Medicamento(s)/Condición(es) médica(s) _____
Compañía de seguros _____	Número de póliza/Número de Medi-Cal _____
Nombre del niño _____	Medicamento(s)/Condición(es) médica(s) _____
Compañía de seguros _____	Número de póliza/Número de Medi-Cal _____
Nombre del niño _____	Medicamento(s)/Condición(es) médica(s) _____
Compañía de seguros _____	Número de póliza/Número de Medi-Cal _____

Cualquier medicamento que se administre a los estudiantes, ya sea sin receta o con receta médica, debe tener un formulario médico firmado por el médico que lo recetó y debe estar etiquetado por la farmacia que lo dispensó. Formularios disponibles en la oficina.

☐ Doy permiso para que mi(s) hijo(s) asista(n) a excursiones. Libero a Allensworth ESD y a las personas de responsabilidad en caso de accidente durante las actividades relacionadas con Allensworth ESD siempre que se hayan seguido los procedimientos de seguridad normales. Los formularios de permiso para cada actividad o evento se proporcionarán a los padres, este comunicado sirve solo como respaldo cuando no se ha devuelto un formulario firmado y el permiso del padre/tutor se ha otorgado verbalmente al personal de la escuela.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Proof of Age/Name for Admission ☐ Birth Certificate ☐ Parent Affidavit ☐ SSN Card **Special Program** ☐ Special Ed ☐ RSP ☐ IEP ☐ Other _____

Proof of Immunizations ☐ IZ Card ☐ Copy of IZ Card ☐ Blue Card Previous School (Nurse Sig) ☐ 1st Gr Physical ☐ 7th Gr Physical ☐ K Physical

-----DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE-----

PLEASE PRINT

STUDENT'S LEGAL LAST NAME LEGAL FIRST NAME MIDDLE NICKNAME

SEX (M/F) GRADE BIRTH DATE CITY, STATE AND COUNTY OF BIRTH

ADDRESS OF STUDENT (STREET, CITY, ZIP CODE) HOME PHONE PARENT CELL PHONE

CHECK ONE: ☐ Mother ☐ Stepmother ☐ Guardian ☐ Foster Mother

CHECK ONE: ☐ Father ☐ Stepfather ☐ Guardian ☐ Foster Father

ADDRESS IF DIFFERENT FROM STUDENT ADDRESS

ADDRESS IF DIFFERENT FROM STUDENT ADDRESS

HIGHEST LEVEL OF EDUCATION COMPLETED BY MOTHER:

☐ Not a high school graduate ☐ High school graduate ☐ Some College ☐ College Graduate ☐ Grad School ☐ Decline to State

HIGHEST LEVEL OF EDUCATION COMPLETED BY FATHER:

☐ Not a high school graduate ☐ High school graduate ☐ Some College ☐ College Graduate ☐ Grad School ☐ Decline to State

MOTHER'S EMPLOYER _____ WORK PH # _____ FATHER'S EMPLOYER _____ WORK PH # _____

BROTHERS/SISTERS LIVING IN THE HOME (Not enrolled in Allensworth Elementary)

1. _____ 2. _____ 3. _____

How will student be transported to/from school?

LAST SCHOOL ATTENDED PH NUMBER CITY/STATE/ZIP ☐ Bus ☐ Walk ☐ Bike ☐ Parent Pick Up

Has student ever been retained or skipped a grade? ☐ Yes ☐ No Name of School/Yr/Grade _____

Has student ever been identified as mentally gifted/talented? ☐ Yes ☐ No

Has student ever been in any special programs? ☐ Yes ☐ No Type of Program _____

Is this student currently in any special education programs? ☐ Yes ☐ No Type of Program _____

HOME LANGUAGE RACE/ETHNICITY SURVEY

Please only indicate one language per line:

Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____

Which language does your child most frequently speak at home? _____

Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? _____

Which language is most often spoken by adults in the home? _____

Ethnicity: Is this student Hispanic or Latino (Select One) ☐ Yes ☐ No

Race: What is the race of this student? (select one or more that apply)

☐ Filipino	☐ Chinese	☐ Guamanian	☐ Japanese	☐ Korean	☐ Hmong	☐ Vietnamese	☐ Samoan	☐ Cambodian	☐ Tahitian
☐ White/Caucasian		☐ Asian Indian		☐ Laotian	☐ Other Asian		☐ American Indian/Alaskan Native		
☐ Black/African American		☐ Native Hawaiian/ Pacific Islander			☐ Hispanic/Latino of any race				

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Proof of Age/Name for Admission ☐ Birth Certificate ☐ Parent Affidavit ☐ SSN Card **Special Program** ☐ Special Ed ☐ RSP ☐ IEP ☐ Other _____

Proof of Immunizations ☐ IZ Card ☐ Copy of IZ Card ☐ Blue Card Previous School (Nurse Sig) ☐ 1st Gr Physical ☐ 7th Gr Physical ☐ K Physical

-----DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE-----

PLEASE PRINT

APELLIDO LEGAL DE ESTUDIANTE

NOMBRE DE PILA

SEGUNDO NOMBRE

APODO DE NOMBRE

SEXO (M/F)

GRADO

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO e CONDADO)

DIRECCION DE ESTUDIANTE (Calle, ciudad, código)

TELEFONO DE CASA

CELULAR DE PADRE

MARQUE UNO: ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Guardián ☐ Madre adoptiva

MARQUE UNO: ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Guardián ☐ Padre adoptivo

DIRRECCION SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE

DIRRECCION SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE

NIVEL DE EDUCACION MAS ALTO QUE COMPLETO MADRE:

☐ No gradué de escuela secundaria ☐ Gradué de secundaria ☐ Algún Colegio ☐ Gradué de colegio ☐ Escuela de post graduado ☐ No quiero contestar

NIVEL DE EDUCACION MAS ALTO QUE COMPLETO PADRE:

☐ No gradué de escuela secundaria ☐ Gradué de secundaria ☐ Algún Colegio ☐ Gradué de colegio ☐ Escuela de post graduado ☐ No quiero contestar

EMPLEO DE MADRE _____ NUMERO DE TRABAJO _____ EMPLEO DE PADRE _____ NO DE TRABAJO _____

HERMANOS/HERMANAS QUE VIVEN EN CASA 1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Cómo llegará e regresará de la escuela el estudiante?

☐ Bus ☐ Caminar ☐ Bicicleta ☐ Yo recojo

ESCUELA MAS RECIENTE ATENDIDA

NUMERO DE ESCUELA

CIUDAD/ESTADO/CODIGO

¿Ha sido reprobado o se saltó de algún grado?

☐ Si ☐ No

Nombre de escuela/ano/grado _____

¿Ha sido clasificado como mentalmente dotado?

☐ Si ☐ No

¿Ha participado en algún programa especial?

☐ Si ☐ No

Tipo de programa _____

¿Está ahora en un programa especial?

☐ Si ☐ No

Tipo de programa _____

ENCUESTA DEL IDIOMA RAZA/ETNICIDAD EN EL HOGAR

Por favor indique no más un idioma por línea:

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____

¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____

¿Qué idioma utilizan ustedes (padres/guardianes) con más frecuencia cuando habla con su niño? _____

¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar? _____

Etnicidad: Es este estudiante Hispano o Latino (Seleccione uno) ☐ Si ☐ No **Raza:** De que raza es este estudiante? (seleccione uno o más)

☐ Filipino	☐ Chino	☐ Guamanian	☐ Japonés	☐ Korean	☐ Hmong	☐ Vietnamita	☐ Samoana	☐ Camboyano	☐ Tahitiano
☐ Caucásico	☐ Asiático Indio	☐ Latían	☐ Otro Asiático	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska					
☐ Negro/Afro-Americano		☐ Nativo de Hawái/Isleño Pacifico				☐ Hispano/Latino de cualquier raza			

Firma de padre/Guardian _____ Fecha _____

Household Income Data Collection – Allensworth Elementary School District 2025/2026 (Rev.4/15)

Parent/Household Name _____ Ph/Cell Phone _____ Email _____

PART 1: Assistance Programs CalFresh, CalWORKs, or FDPIR Do ANY household members participate in one of the following programs?If **YES**, do not complete part 3 Check the applicable program box, enter case number and complete **Steps 2 and 4**Select Program Type ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR** Case Number _____**PART 2: Fill in the following information for children living in your household**

Name(s) of Child(ren) attending a California K-12 Public School

Last	Middle	First	School Attending	Birth Date	Grade Level

PART 3: Fill in the following information for Household size and Household Income*See additional information on the back of this form for assistance in determining your household size and annual household income.***1. Circle the total number of adults and children living in your household:**

Circle one: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Other _____

2. Total Annual Household Income: \$**PART 4: Parent or Guardian Information and Signature***I certify (promise) that the information provided on this form is true and that I included all income. I understand that the school may receive state and federal funds based on the information I provide and that the information could be subject to review.*_____
Signature of adult household member
completing this form_____
Printed name of adult household member
completing this form_____
Date

The information submitted on this form is a confidential educational record and is therefore protected by all relevant federal and state privacy laws that pertain to educational records including, without limitation, the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA), as amended (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Part 99); Title 2, Division 4, Part 27, Chapter 6.5 of the California Education Code, beginning at Section 49060 et seq.; the California Information Practices Act (California Civil Code Section 1798 et seq.) and Article 1, Section 1 of the California Constitution.

Who should I include in “Household Size”?

You must include yourself and all people living in your household, related or not (for example, children, grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. If you live with other people who are economically independent (for example, who do not share income with your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do *not* include them.

What is included in “Total Household Income”? Total Household Income includes all of the following:

- **Gross earnings from work:** Use your gross income, not your take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. This information can be found on your pay stub or if you are unsure, your supervisor can provide this information. Net income should only be reported for self-owned business, farm, or rental income.
- **Welfare, Child Support, Alimony:** Include the amount each person living in your household receives from these sources, including any amount received from CalWORKs.
- **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran’s benefits (VA benefits), and disability benefits:** Include the amount each person living in your household receives from these sources.
- **All Other Income:** Include worker’s compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received. Do not include income from CalFresh, WIC, federal education benefits and foster payments received by your household.
- **Military Housing Allowances and Combat Pay:** Include off-base housing allowances. Do not include Military Privatized Housing Initiative or combat pay.
- **Overtime Pay:** Include overtime pay ONLY if you receive it on a regular basis.

How do I report household income for pay received on a monthly, twice per month, bi-weekly, and weekly basis?

- Determine each source of household income based on above definitions. Households that receive income at different time intervals must annualize their income as follows:
 - If paid monthly, multiply total pay by 12
 - If paid twice per month, multiply total pay by 24
 - If paid bi-weekly (every two weeks), multiply total pay by 26
 - If paid weekly, multiply total pay by 52
- Add all annualized pay together to determine the total annual household income entered in Part II, 2.

If your income changes, include the wages/salary that you regularly receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made \$900, put down that you made \$1,000 per month. Only include overtime pay if you receive it on a regular basis. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, enter zero or your current reduced income.

For additional information on Household Size and Gross Household Income, please see the Eligibility Manual for School Meals on the U.S. Department of Agriculture Guidance and Resource Web page at <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

Ingresos del hogar – Allensworth Elementary School District 2025/2026 (Rev.4/15)

Nombre de Padre _____ Tel/Celular _____ Email _____

PARTE 1: Programas de Asistencia CalFresh, CalWORKs, o FDPIR ¿Hay cualquier persona en el hogar corrientemente participando en uno de los programas de asistencia?Si participan, no complete la PARTE 3 Marque la apropiada caja, el número de caso e siga a **partes 2 y 4**Seleccione el programa ☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDPIR Numero de Caso _____**PARTE 2: Complete la información para los niños que viven en su hogar****Nombre(s) de niño(s) asistiendo escuela pública de California grados K-12**

Apellido	Medio	Primero	Escuela que Asiste	Fecha de Nacimiento	Grado

PARTE 3: Complete para el número de personas en casa e ingresos*Para ayuda determinando el número de personas e el anual ingreso total del hogar, por favor refiere a las instrucciones al revés de este formulario***1. Indique en número de todas personas que viven en su hogar:**

Marque uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

2. Ingresos totales del hogar: \$**PART 4: Firma de padre o guardián***Yo prometo que la información proveído en este formulario es verdad y que si incluye todo el ingreso. Yo entiendo que la escuela puede recibir fondos federales basado en la información que yo ha proveído y esta información puede ser reveado.*

Firma de adulto del hogar que completo este formulario _____

Nombre escrito de adulto del hogar que completo este formulario _____

Fecha _____

La información presentada en este formulario es confidencial, historial educativo y por tanto está protegido por todas las leyes de privacidad federales y estatales que corresponden a los registros educativos incluyendo, sin limitación, los derechos educativos de la familia y la Ley de Privacidad de 1974 (FERPA) Modificada (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99); título 2, División 4, Parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California, comenzando en la Sección 49060 et seq.; la Ley de Prácticas de Información de California (Código Civil de California, Sección 1798 et seq.) y el artículo 1, Sección 1 de la constitución de California.

Who should I include in “Household Size”?

You must include yourself and all people living in your household, related or not (for example, children, grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. If you live with other people who are economically independent (for example, who do not share income with your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do *not* include them.

What is included in “Total Household Income”? Total Household Income includes all of the following:

- **Gross earnings from work:** Use your gross income, not your take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. This information can be found on your pay stub or if you are unsure, your supervisor can provide this information. Net income should only be reported for self-owned business, farm, or rental income.
- **Welfare, Child Support, Alimony:** Include the amount each person living in your household receives from these sources, including any amount received from CalWORKs.
- **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran’s benefits (VA benefits), and disability benefits:** Include the amount each person living in your household receives from these sources.
- **All Other Income:** Include worker’s compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received. Do not include income from CalFresh, WIC, federal education benefits and foster payments received by your household.
- **Military Housing Allowances and Combat Pay:** Include off-base housing allowances. Do not include Military Privatized Housing Initiative or combat pay.
- **Overtime Pay:** Include overtime pay ONLY if you receive it on a regular basis.

How do I report household income for pay received on a monthly, twice per month, bi-weekly, and weekly basis?

- Determine each source of household income based on above definitions. Households that receive income at different time intervals must annualize their income as follows:
 - If paid monthly, multiply total pay by 12
 - If paid twice per month, multiply total pay by 24
 - If paid bi-weekly (every two weeks), multiply total pay by 26
 - If paid weekly, multiply total pay by 52
- Add all annualized pay together to determine the total annual household income entered in Part II, 2.

If your income changes, include the wages/salary that you regularly receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made \$900, put down that you made \$1,000 per month. Only include overtime pay if you receive it on a regular basis. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, enter zero or your current reduced income.

For additional information on Household Size and Gross Household Income, please see the Eligibility Manual for School Meals on the U.S. Department of Agriculture Guidance and Resource Web page at <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

**Allensworth Elementary School
Mandatory Disclosures/Notices**



***One per family**

WAIVER LIABILITY NOTICE

I give permission for my student(s) _____,
To be transported by Allensworth Elementary School staff for the purpose of field trips or for any school sponsored activities that are within Tulare County. I will hold Allensworth Elementary School Employees and its agents harmless from any and all liability and claims arising out of or in connection with my student's participation with these activities.

***PARENT SIGNATURE** _____ **DATE** _____

PARENTS RIGHTS NOTIFICATION

Please sign this section to indicate you have received the Parents Rights Notification included in your student's handbook.

***PARENT SIGNATURE** _____ **DATE** _____

MEDIA RELEASE

As the custodial parent/legal guardian, I hereby give my consent and authorization to Allensworth Elementary and/or its agents to take photographs or audiotapes of my minor child. Student(s) _____. By signing this agreement, I hereby waive any proprietary rights to this material and authorize any subsequent use thereof, including its release and showing the general public in newspaper or television in clinical training or by any other means selected by Allensworth Elementary or its agents for publicity, educational or promotional purposes.

***PARENT SIGNATURE** _____ **DATE** _____

STUDENT INTERNET USER AGREEMENT

School based internet access is provided to students only for the academic purposes and Allensworth Elementary School's Acceptable Use Policy governs its use. Allensworth Elementary School believes that internet use can promote academic excellence with online resources are used for research and educational purposes. However, with widespread access to computers and people comes the possibility of encountering material and information that does not support the mission and goals of Allensworth Elementary School and may be considered inappropriate for some families. It is impossible to guarantee that students will never encounter inappropriate materials, so it becomes the responsibility of the student to use good judgment when online. Parents and students should discuss appropriate and inappropriate online activities and reach a mutual understanding about acceptable standards for their family.

STUDENT AGREEMENT

I understand the potential problems concerning inappropriate materials on the internet and I will use good judgment in my online behavior. I further understand that any misuse of computer resources may require suspension or cancellation of my internet access privileges.

Student Signature _____ Student Signature _____ Student Signature _____

PARENT AGREEMENT

My child(ren) have my permission to use school based internet resources. I understand the potential problems concerning inappropriate materials on the internet. I have discussed with my child(ren) acceptable standards for online behavior.

***PARENT SIGNATURE** _____ **DATE** _____

**Allensworth Elementary School
Mandatory Disclosures/Notices**



***Uno por familia**

RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD

Yo le doy permiso a mis hijo/a _____, _____, _____
ser transportado/a de parte de la escuela de Allensworth para el propósito de atender viaje escolar o cualquier actividad dentro
del condado de Tulare. Prometo eximir a la escuela de Allensworth de toda responsabilidad que pudiera surgir respecto del
menor en relación con la excursión antedicha.

***FIRMA DE PADRE** _____ **FECHA** _____

NOTIFICACION DE DERECHOS DE PADRES

Por favor firme esta parte para indicar que ha recibido los derechos de padres encontrado en el guía de padres y estudiantes.

****FIRMA DE PADRE** _____ **FECHA** _____

COMUNICADO DE PRENSA

Como padre/guardián legal, doy mi consentimiento y autorización para escuela Allensworth y/ o sus agentes para tomar
fotografías/audio de mi hijo menor de edad. Nombre de estudiante(s) _____,
_____. Con firmar, renuncio a cualquier derecho de propiedad a este material y autorizar cualquier
uso posterior, incluida su liberación y mostrando o el público en general del periódico, en televisión, en formación clínica o por
cualquier otro medio seleccionado por Allensworth elemental o sus agentes para la publicidad, educativas o fines promocionales

***FIRMA DE PADRE** _____ **FECHA** _____

ACUERDO DE USARIOS DE INTERNET PARA ESTUDIANTES

El acceso al internet es proveer a los estudiantes solo para propósitos académicos y la política de Uso Aceptable de la escuela de Allensworth gobierna el uso. La escuela de Allensworth cree que la utilización de Internet puede promover excelencia académica cuando los recursos del internet se utilizan para los propósitos de investigación y educación. Sin embargo, con un amplio acceso a computadoras e personas viene la posibilidad de encontrar material e información que no apoyan la misión y objetivos de la escuela de Allensworth y puede ser considerado inapropiado por algunas familias. Es imposible garantizar que los estudiantes nunca encuentren materiales inapropiados, lo que convierte la responsabilidad del estudiante de utilizar buen juicio con recursos del internet. Padres y estudiantes deben discutir cuales actividades son apropiados e inapropiados en el uso del Internet e llegar a un entendimiento mutuo sobre normas aceptables para sus familiares.

ACUERDO DE ESTUDIANTE

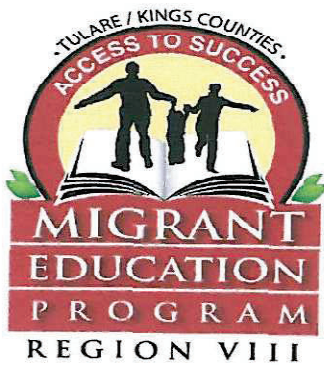
Yo entiendo los posibles problemas tocante materiales inapropiados del internet y voy a utilizar buen juicio en mi comportamiento en el internet. Además, entiendo que cualquier uso indebido de recursos puede requerir suspensión o cancelación de mis privilegios de acceso.

Firma de estudiante _____ Firma de estudiante _____ Firma de estudiante _____

ACUERDO DE PADRE

Mi hijo/a(s) tiene(n) permiso para usar recursos del internet de la escuela. Yo entiendo las potencias problemas tocante materiales improprios del internet. He discutido con mi hijo/a(s) apropiadas normas de comportamiento en el internet.

***FIRMA DE PADRE** _____ **FECHA** _____



**TULARE COUNTY OFFICE OF EDUCATION
MIGRANT EDUCATION PROGRAM REGION VIII**

Distrito Escolar De Allensworth

FORMA DE REFERENCIA

1. ¿Se ha mudado su familia durante los últimos tres años a este distrito? Si___ No___
2. Cuando se mudaron, ¿Les acompañaron sus hijos? Si___ No___
3. ¿Usted o algún miembro de su familia buscaron u obtuvieron trabajo temporal en la agricultura, empaque, lecherías, o en la pesca? Si___ No___

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Mejor hora para llamar _____

Alumno #1 _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento _____

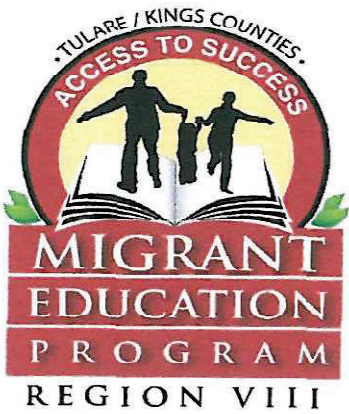
Alumno #2 _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento _____

Alumno #3 _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento _____

Alumno #4 _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento _____

Pronto un miembro del Programa Migrante se comunicará con usted para entablar una entrevista.

**** (School Secretary: Please place completed form in Migrant Box) ****



**TULARE COUNTY OFFICE OF EDUCATION
MIGRANT EDUCATION PROGRAM REGION VIII**

Allensworth School District

REGISTRATION REFERRAL FORM

1. Did your family move to this school district in the last three years? Yes___ No___
2. When you moved, did your children move with you? Yes___ No___
3. Did you or a member of your family seek or obtain seasonal employment in agriculture, dairy, food packing, or fishing-related industry? Yes___ No___

Parent/Guardian_____ Date_____

Address_____

Phone Number_____ Best time to call_____

Student #1_____ School_____ Birthdate_____

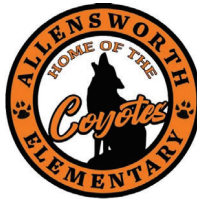
Student #2_____ School_____ Birthdate_____

Student #3_____ School_____ Birthdate_____

Student #4_____ School_____ Birthdate_____

The Migrant Education staff will soon contact you to arrange a brief interview.

(School Secretary: Please place completed form in Migrant Box)****



ALLENSWORTH ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

School Bus Behavior Contract

Please read carefully then sign and return this agreement to your school office within 3 days after receiving the contract.

General Information

- Bus drivers, students, parents, teachers and school administrators share the responsibility for bus safety, following all bus rules and behaving in a responsible manner.
- Riding the school bus is a privilege. If you behave appropriately, you will be allowed to ride the bus.

☐ **I agree to ride the bus safely.**

Stay seated (seat to seat, back to back with seat belt fastened)
Keep aisles free of backpacks, instruments etc.
window
At stops, remain at designated area until bus comes to
A complete stop.

DO NOT distract the driver
DO NOT put any part of my body outside the

DO NOT push or shove others
DO NOT leave seat while bus is in motion

☐ **I agree to follow all bus rules and be responsible**

Keep hands and feet to myself
No eating on the bus
Respect bus property
equipment
Sit in assigned seats

DO NOT possess weapons including laser pens
DO NOT possess alcohol, tobacco or illegal drugs
DO NOT tamper with emergency door or

☐ **I agree to treat the bus, driver and all passengers with respect**

Obey directions from my bus driver
Talk kindly to others

DO NOT leave trash, food, etc. on the bus
DO NOT throw, spit, kick or hit
DO NOT use foul language, tease, threaten others
or use inappropriate gestures.

If I choose not to follow this contract, I understand the following consequences may occur, or in the even of serious offense may be suspended from the bus immediately.

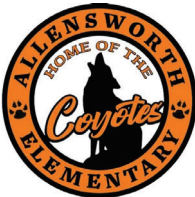
- #1 My parent(s)/guardian will be notified y an administrator at my school and I will be warned about the consequences of not following the school bus rules. I understand that other disciplinary measures may include a lunch detention, after school detention or the consequences as specified in the parent/teacher handbook.
- #2 My parent(s)/guardian will be notified by an administrator and I may lose all bus privileges for 3-5 school days.
- #3 Severe Cause: Students may be suspended immediately from the bus for severe infractions for a period of time to be determined by the school administrator. A serious infraction, such as a weapon, drug, or physical violence may result in bus privileges being suspended immediately. The student may be required to remain at school and law enforcement may be called.

NOTE: If bus privileges are suspended, I must arrange my own transportation to and from school. Additional referrals may result in removal from the bus for the remainder of the school year.

Please print legibly. Signatures indicate that you have discussed, understand and agree to the above statements. Thank You

Name of student _____ Grade _____ Bus Driver _____

Student Signature _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Distrito Escolar Primaria de Allensworth
Contrato de Comportamiento del Autobús Escolar

Por favor, lea atentamente, luego firme y devuelva este acuerdo a su oficina escolar dentro de los 3 días después de recibir el contrato.

Información general

- Los conductores de autobuses, estudiantes, padres, maestros y administradores de escuelas comparten la responsabilidad de la seguridad del autobús, siguiendo todas las reglas del autobús y comportándose de manera responsable.
- Montar en el autobús escolar es un privilegio. Si se comporta apropiadamente, se le permitirá viajar en el autobús.

☐ **Estoy de acuerdo en tomar el autobús a salvo.**

Permanezca sentado (asiento a asiento, de espaldas,
con el cinturón de seguridad abrochado)
Mantenga los pasillos libres de mochilas, instrumentos
En las paradas, permanezca en el área designada hasta
que el autobús viene a la parada completa

NO distraiga al conductor
NO ponga ninguna parte de mi cuerpo fuera de la ventana
NO empuje ni empuje a otros
NO deje el asiento mientras el autobús está en movimiento

☐ **Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas del autobús y ser responsable.**

Mantenga las manos y los pies para mí
No comer en el autobús
Respetar la propiedad del autobús
Sentarse en los asientos asignados

NO poseer armas incluyendo plumas láser
NO posea alcohol, tabaco o drogas ilegales
NO manipule la puerta o el equipo de emergencia

☐ **Estoy de acuerdo en tratar el autobús, el conductor y todos los pasajeros con respeto.**

Obedecer las instrucciones de mi conductor de autobús
Hablar y actuar amablemente con los demás

NO dejar basura, comida, etc. en el autobús
NO tirar, escupir, patear o golpear
NO use lenguaje sucio, se burla, amenace a otros ni use
Gestos inapropiados.

Si elijo no seguir este contrato, entiendo que pueden ocurrir las siguientes consecuencias, o en caso de una infracción grave puedo ser suspendido del autobús inmediatamente:

- #1 Mis padres/tutores serán notificados por un administrador de mi escuela y se me advertirá sobre las consecuencias de no seguir las reglas del autobús escolar. Entiendo que otras medidas disciplinarias pueden incluir una detención del almuerzo, después de la detención escolar u otras consecuencias como se especifica en el Manual para Padres/Estudiantes.
- #2 Mis padres/tutores serán notificados por un administrador y puedo perder todos los privilegios de autobús durante 3 – 5 días escolares.
- #3 Cláusula Severa: Los estudiantes pueden ser suspendidos inmediatamente del autobús por infracciones graves por un período de tiempo que determinará el administrador de la escuela. Una infracción grave, como un arma, una droga o violencia física, puede provocar la suspensión inmediata de los privilegios de los autobuses. El estudiante puede ser requerido para permanecer en la escuela y la aplicación de la ley puede ser llamado.

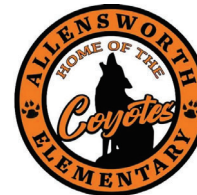
NOTA: Si se suspenden los privilegios de autobús, debo organizar mi propio transporte hacia y desde la escuela. Las referencias adicionales pueden resultar en la remoción del autobús por el resto del año escolar.

Por favor imprima de forma legible. Las firmas indican que usted ha discutido, entendido y está de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Conductor _____
Firma de estudiante _____ Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

Allensworth Elementary School

Teacher/Parent/Student Compact



Teacher Responsibilities:

- Create a welcoming and positive learning environment for students and parents.
- Provide availability for parents to discuss the student's progress in class and make every effort to accommodate the parent's schedule
- Frequently assess students and provide ongoing feedback to parents, in formats easy to understand and at reasonable intervals, on how the student is progressing academically.
- Provide opportunities for parents to participate in decisions about the education of their child.
- Classroom teacher will give each parent an individual student report in written form about the performance of their child on the state assessment in at least math, writing, and reading.
- Ensure that all certified and classified staff are highly qualified.

Parent and Family Responsibilities:

- Make sure that my child is on time and strives for 100 percent attendance and contact the school if my child is absent.
- Establish a time and place for homework and work with my child to get it handed in the next day.
- Monitor the amount of television my child watches and ensure that my child gets enough sleep each night.
- Attend conferences and Title I family nights, look at schoolwork, and call the school as needed to monitor my child's progress.
- Check with my child daily for information sent home from school, read it and respond, if necessary.
- Participate, as appropriate, in decisions relating to my child's education. If possible, be a member of the school or the district's policy advisory groups, Site Council, or Title I Site Planning Team.
- Read at least 15 minutes, a minimum of four times a week with my child, outside of school time.

Student Responsibilities:

- Come to school each day on time, ready to learn and do my best!
- Do my homework every day and ask for help when I need it.
- Read at least 30 minutes every day outside of school time.
- Give my parents (or the adult who is responsible for me) all papers and information sent home with me from the school.
- Complete my class work/homework and ask for help when I don't understand.

Teacher Signature

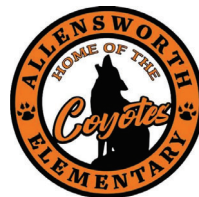
Parent Signature

Date

Student Signature

Student Signature

Student Signature



Responsabilidades del Maestro(a):

- Crear un ambiente positivo de aprendizaje para los estudiantes y los padres.
- Proveer tiempo para padres y discutir el progreso de sus hijos en la clase y hacer cada esfuerzo para acomodar al tiempo disponible de los padres
- Revisar los estudiantes con frecuencia y proveer información durante el año escolar a los padres en forma que se haga simple de entender y a tiempos responsables, tocante el progreso de sus hijos.
- Proveer oportunidad para los padres de participar en decisiones en la relación de la educación de sus hijos
- Al fin del año escolar, durante el verano, la escuela le mandara a cada padre o guardián un reporte escrito individual de cada estudiante del desempeño de su hijo/a en los exámenes estatales en las áreas de matemáticas, ciencia, y lectura.
- Asegurar que todos los maestros y personales sean calificados.

Responsabilidades de padres:

- Hay que asegurar que mi hijo/a llega a tiempo y que asista 100% de los días escolares y llamar a la escuela si mi hijo/a falla de asistir.
- Establecer un tiempo y lugar para la tarea y trabajar con mi hijo/a para que se puede entregar el siguiente día.
- Limitar la cantidad de tiempo que mi hijo/a pasa viendo televisión y asegurar que mi hijo/a obtenga suficiente sueño cada noche.
- Asistir conferencias de padres, revisar la tarea escolar y contactar la escuela cuando sea necesario para supervisar el progreso de mi niño.
- Verificar con mi hijo/a diariamente para información de la escuela y responder si necesario.
- Participar, cuando es apropiado, en decisiones en relación de la educación de mi hijo/a. Cuando posible, ser miembro de grupos consultivos del distrito.
- Leer el mínimo de 15 minutos con mi hijo/a cuatro veces por semana fuera de la escuela.

Responsabilidades del alumno:

- ¡Llegar a la escuela cada día a tiempo y listo para aprender y hacer lo mejor que pueda!
- Completar mi tarea diariamente y pedir ayuda cuando lo necesite.
- Leer por 30 minutos cada día fuera de la escuela.
- Darle a mis padres o guardianes todo los papeles e información que se manda a casa conmigo de la escuela.
- Completar el trabajo de la clase/tarea y pedir ayuda cuando hay algo que no entiendo.

Firma de maestro/a

Firma de Padre

Fecha

Firma de estudiante

Firma de estudiante

Firma de estudiante

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: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ 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) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ Licensed Dental Professional Signature		_____ CA License Number	
		_____ Date	

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 la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el maestro(a))

Primer Nombre del menor	Apellido	Inicial del Segundo nombre	Fecha de Nacimiento del menor
Domicilio		Numero de espacio/apartamento:	
Ciudad		Código Postal	
Nombre De Escuela	Maestro	Grado	Sexo del menor ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre de padre/madre/guardián	Raza/Originó étnico del menor ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ asiático ☐ Nativo de ☐ Hawaii/Islands de Pacifico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

(Oral Health Data to be completed by a California licensed dental professional)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla. (IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box)

Fecha de evaluación Assessment date	Experiencia de caries (Dano visible/amalgamas presentes) ☐ Si ☐ No	Caries visibles presnetes Visible Decay Present ☐ Si ☐ No	Urgencia de tratamiento (Treatment Urgency) ☐ Ningún problema obvio [No obvious problem found] ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
Firma del profesional de salud dental matriculado (Licensed Dental Professional Signature)		Numero de Matriculo de CA (CA License Number)	Fecha (Date)

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo es: ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo. ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

Si pide ser eximido de este requisito: X _____ Firma del padre, madre o guardian Fecha _____

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela. Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

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

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

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

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

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

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

IMMUNIZATION RECORD

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

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

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

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

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

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

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

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

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

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

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año	
DOMICILIO—Número y Calle		Ciudad		Zona Postal		Escuela	

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

AVISO al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

AVISO a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional) y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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)

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