



BUSD Dual Immersion

What is Dual Immersion?

Dual Immersion (DI) is a proven educational model that integrates native English-speaking students with students whose native language is not English, beginning in TK / K. Over the course of their elementary education, the students in a DI program learn the second language simultaneously with grade level academic content. DI programs produce bilingual/bi-literate students by immersing them in a second language at a time when their minds have the greatest aptitude for language development.

Vision

The BUSD Dual Immersion Program will follow what is called the 90-10 model. This means that in kindergarten 90% of instruction will be in Spanish and the remaining 10% will be in English. Each year an additional 10% of the curriculum will be taught in English bringing the percentages to 50/50 by 5th grade. This model was selected as it is the most supported by research and ensures the students are getting sufficient access to the language that is less accessible in society beyond the school. **The BUSD dual immersion program will begin next year in Kindergarten and Transitional Kindergarten only.** Grades will be added one per year until the program runs K-6. After grade 6 students will have the opportunity to continue in Dual Immersion through partnership programs.

Frequently Asked Questions:

- Where will the program be?

The Kawana campus was selected as the location for the dual immersion program.

- *New Classrooms/remodels will coincide with growth of program*
- *High level of technological access to leverage additional language tools*
- *Bilingual principal in place at location*
- *Easy integration into existing student transportation*

- I don't live in the Kawana attendance area, can my child attend the program?

Yes. District/Interdistrict students may apply to attend the program but transportation will only be provided to students in the Kawana attendance area.

- I live in the Kawana attendance area but would prefer to have my student attend a traditional program?

If you live in the Kawana attendance area, and are enrolling a student in Kindergarten, your child may attend a traditional program at another school within the district. In this event transportation will be provided at no cost.

- I will only be in the area for a few years- is this program a good fit?

It is recommended that student only attend a dual immersion program if the family can commit to seeing it through the full course to 6th grade.

Questions Contact: Carol Castro at ccastro@busd.org or 707-545-4283



Programa de Inmersión Dual de BUSD

¿Qué es Inmersión Dual?

Inmersión Dual (DI) es un modelo educativo comprobado que integra a los estudiantes de habla inglés con los estudiantes cuyo idioma materno no es el inglés, empezando en el TK/K. Durante el curso de su educación primaria, los estudiantes en el programa DI aprenden la segunda lengua simultáneamente con el contenido académico del nivel académico. Programas DI producen estudiantes bilingües/bi-alfabetizados con sumirse en una segunda lengua al tiempo cuando sus mentes tienen la aptitud mayor para el desarrollo de lenguaje.

Visión

El Programa de Inmersión Dual de BUSD seguirá lo que se llama el modelo 90-10. Esto quiere decir que en el kindergarten 90% de la instrucción será en español y el resto del 10% será en inglés. Cada año un 10% adicional del currículum se enseñará en inglés con los porcentajes a 50/50 para el 5° nivel académico. Este modelo se seleccionó en cuanto es el cual tiene el mayor apoyo por las investigaciones y asegura que los estudiantes reciben acceso suficiente a la lengua que es menos accesible en la sociedad más allá de la escuela. **El programa de inmersión dual de BUSD empezará el año próximo sólo en el Kindergarten y el Kindergarten de Transición.** Se añade uno de los niveles académicos al año hasta que el programa llega a K-6. Después los estudiantes del 6° nivel tendrán la oportunidad de continuar en el programa de Inmersión Dual por programas de asociación.

Preguntas que se Hacen con Frecuencia:

- ¿Dónde toma lugar el programa?
Se seleccionó el recinto de Kawana como la ubicación para el programa de inmersión dual.
 - Salones Nuevos/renovaciones coincidirán con el aumento del programa
 - Acceso a tecnología de alta calidad para usar instrumentos de ayuda de lenguas adicionales
 - Directora Bilingüe en el sitio de la ubicación
 - Integración fácil al transporte de estudiante existente
- Yo no vivo en el área de asistencia de la Kawana, ¿puede mi niño asistir el programa?
Sí. Los estudiantes del Distrito/Entre Distritos pueden hacer solicitud para asistir al programa pero el transporte sólo se proporciona para los estudiantes en el área de asistencia de la Kawana.
- Yo vivo en el área de asistencia de la Kawana pero me gustaría que mi estudiante asista a un programa tradicional.
Si Ud. vive en el área de asistencia de la Kawana, y está inscribiendo a un estudiante en el Kindergarten, su niño puede asistir un programa tradicional en otra escuela entre el distrito. En este caso el transporte se proporciona sin ningún costo.
- Sólo voy a estar en el área por unos pocos años - ¿Sería este programa bueno para mí?
Se recomienda que estudiantes sólo asistan un programa de inmersión dual si la familia puede comprometerse de estar en él por todo el curso hasta el 6° nivel académico.

Si tiene preguntas el contacto es: Carol Castro a ccastro@busd.org o 707-545-4283

Kindergarten Intake Checklist

Name _____ Date _____

| School of Residence (Home School) | Interested in the Dual Immersion Program |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bellevue | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Meadow View | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kawana | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Taylor Mountain | <input type="checkbox"/> |

_____ Birth Certificate _____ DOB must be on or before September 1, 2012
For Kindergarten

_____ DOB must be before December 2, 2012
For Transitional Kindergarten

_____ Proof of Address

_____ Complete Registration Form

_____ White Emergency Card (signed and filled out)

_____ Physical Exam (needs to be done after February 1, 2017)
(needs to be signed by parent and physician)

_____ Dental Exam (needs to be done after July 2016)
(needs to be signed by parent and dentist)

_____ Copy of Current Immunization Records (must have Dr. signature, stamp, or clinic stamp)

| Immunization Requirements | |
|---------------------------|--|
| _____ Polio | 4 doses, but 3 if last dose was on or after 4 th birthday |
| _____ DPT | 5 doses, but 4 if last dose was on or after 4 th birthday |
| _____ MMR | 2 doses of measles & at least 1 dose of mumps & rubella (both after the 1 st birthday) |
| _____ Hep B | 3 doses (series) |
| _____ Varicella | 1 dose or must have had disease verified by doctor |

Lista de Control de Admisión al Kindergarten

Nombre _____ Fecha _____

| Escuela de Residencia | Interesado en el Programa de Inmersión Dual |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bellevue | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Meadow View | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kawana | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Taylor Mountain | <input type="checkbox"/> |

_____ Acta de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento tiene que ser el día o antes del 1 de septiembre, 2012 para el Kindergarten

_____ Fecha de Nacimiento tiene que ser el 2 de diciembre, 2012
Para Kindergarten de Transición

_____ Prueba de Dirección

_____ Forma de Inscripción Completa

_____ Tarjeta Blanca de Emergencia (firmada y completada)

_____ Examen Físico (necesita estar hecho después del 1 de febrero, 2017)
(Necesita estar firmado por el padre y el médico)

_____ Examen Dental (necesita estar hecho después de julio de 2016)
(Necesita estar firmado por el padre y el dentista)

_____ Copia de los Récor ds de Inmunización Actual (tiene que tener la firma, sello del doctor o el sello de la clínica)

Requisitos de las Inmunizaciones

_____ Polio 4 dosis, pero 3 si el último dosis era el o después del 4º cumpleaños

_____ DPT 5 dosis, pero 4 si el último dosis era el o después del 4º cumpleaños

_____ MMR 2 dosis de sarampión y por lo menos 1 dosis de paperas y rubéola
(ambos después del primer cumpleaños)

_____ Hep B 3 dosis (la serie)

_____ Varicela 1 dosis o tiene que tener la enfermedad verificado por el doctor

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM

Page 1 of 2

Enrollment Date: _____ *School Use Only* School Year: 20__ - __

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: Birth Certificate Verified:

STUDENT'S NAME: Last Name First Name MI

LEGAL NAME: Last Name First Name GRADE

BIRTH DATE: MONTH DAY YEAR **GENDER:** Male Female **PHONE:**

HOME ADDRESS: Street City State Zip Code

BIRTH PLACE: City State Country MONTH DAY YEAR

PARENT EDUCATION: Check the response that describes the education level of the *most educated parent*. **DATE FIRST ATTENDED U.S. SCHOOL**
 Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or AA Degree (12)
 High School Graduate (14) Not a High School Graduate (14) MONTH DAY YEAR

STUDENT'S ETHNICITY (Please check one): Hispanic or Latino NOT Hispanic or Latino

STUDENT'S RACE (Please check up to five racial categories):
Student's Ethnicity is about ethnicity, not race. No matter what you selected under student's ethnicity, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.
 American Indian or Alaskan Native (100) Vietnamese (204) Other Asian (208) Tahitian (304)
 Chinese (201) Asian Indian (205) Hawaiian (301) Other Pacific Islander (399)
 Japanese (202) Cambodian (207) Guamanian (302) African American or Black (600)
 Korean (203) Hmong (208) Somoan (303) White (700)

Is either parent/guardian on active duty in the US armed forces: Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard or on full-time National Guard Duty? YES NO

HOME LANGUAGE SURVEY:
1. What language/dialect does your son/daughter most frequently speak at home? _____
2. What language/dialect did your son/daughter learn when he/she first began to talk? _____
3. What language/dialect do you most frequently speak to your child? _____
4. Has your child ever been given the CELDT Test (Calif English Language Development Test)? Yes No I don't know

SPECIAL SERVICES Please check any services your child has received.
 Special Education Remedial Reading and/or Math English Language Learner/ESL SARB-Attendance Review Board
 504 Resource (RSP) Speech Counseling
 Gifted (GATE) Other (please specify): _____

RESIDENCE: Please check the appropriate box - where your child/family are currently living. (Federally mandated)
 In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) In a Motel/Hotel (09)
 Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (11)
 Unsheltered (car/campsite) (12) In a shelter or transitional housing program (10)
 Other (15) (please specify) _____

LAST SCHOOL ATTENDED:
Name: _____ Grade(s): _____ Date(s): _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM

Page 2 of 2

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i> | | School Year: 20__ - __ |
| School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | GRADE <i>SCHOOL USE ONLY</i> |
| Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | Registration Date: _____ | Birth Certificate Verified: _____ |

| | | | |
|------------------------|-----------|------------|----|
| STUDENT'S NAME: | | | |
| | Last Name | First Name | MI |

PARENT/GUARDIANSHIP INFORMATION (with whom the student lives) - check all that apply Other _____

Father Mother Both Step-Mother Step-Father Guardian Foster/Group Home

Is the above checked person(s) the student's LEGAL guardian?

Yes No If NO, please complete a "Caregiver Affidavit".

If there is a legal custody agreement regarding this student, please check one:

Joint Custody Sole Custody Guardian

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION FOR PARENT(S)/GUARDIAN WITH WHOM THE STUDENT LIVES

1 Father Step-Father Guardian
Name: _____ Employer: _____ Phone: _____

2 Mother Step-Mother Guardian
Name: _____ Employer: _____ Phone: _____

HEALTH INFORMATION / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please check all the following conditions that your child has had and if they are under medical care or taking medication.

If yes, does the medication need to be dispensed at school. Yes No

| | | | |
|--|---------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing | Glasses | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

Physician's Name: _____ Phone: _____

Address _____ Medi-Cal: Yes No

I give my permission to consult my family Physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities. I give my permission for the school to transport my child in case of emergency.

Parent signature _____ Date _____

Emergency contact:

1. Name/Relationship _____ Phone _____

2. Name/Relationship _____ Phone _____

3. Childcare provider: _____ Phone _____

PROOF OF RESIDENCY: California Education Code requires proof of residency in any District within which you are registered.

The following proof has been provided upon registration:

Rent Receipt PG&E Bill Phone Bill Water Bill Other _____

Purchase of Property Contract

My signature indicates that I have read and understand the registration form. It also certifies that the information on this form is true and correct. My signature affirms that the child resides with me at this address (affirmed by PG&E bill, recent bill with my name). I understand that any change of residency information (address, telephone number, guardianship) must be reported to the school, examined and verified within 30 days of change. Falsification of information will be grounds for invalidating the student's enrollment.

| | |
|----------------------------------|-------------|
| PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ | DATE: _____ |
|----------------------------------|-------------|

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE

Página 1 de 2

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|---|---|--|--------|-----|
| Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i> | | School Year: 20__ - __ | | | | | | |
| School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | | Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | | GRADE <i>SCHOOL USE ONLY</i> | | | | |
| Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | | | Registration Date: | | Birth Certificate Verified: | | | |
| NOMBRE de Estudiante | | Apellido | | Nombre | | Inicial | | |
| NOMBRE LEGAL : | | Apellido | | Nombre | | GRADO | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | MES | DIA | AÑO | GENERO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | TELEFONO | | |
| DOMICILIO: | | Calle | | Ciudad | | Estado | Código | |
| LUGAR DE NACIMIENTO: | | Ciudad | Estado | País | MES | DIA | AÑO | |
| EDUCACION DEL PADRE: Marque la respuesta que describe el nivel <u>del padre con la mayor educación.</u> | | | | | FECHA 1° DE ESCUELA EN LOS EEUU | | | |
| <input type="checkbox"/> Licenciado o Mayor (10) | | <input type="checkbox"/> Graduado de la Univ. (11) | | <input type="checkbox"/> Algún Colegio o Licenciado AA (12) | | MES | DIA | AÑO |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria (14) | | <input type="checkbox"/> No Graduado de la Secundaria (14) | | | | MES | DIA | AÑO |
| ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino | | | | | | | | |
| RAZA DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza): <i>La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionió sobre la etnicidad del estuidiante, favor de continuar de contestar lo siguiente con marcar una o más de las cajas para indicar lo que considera su raza.</i> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska(100) | | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | | <input type="checkbox"/> Asiático Otro(208) | | <input type="checkbox"/> Taitiano (304) | | |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | | <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205) | | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | | <input type="checkbox"/> Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico (399) | | |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | | <input type="checkbox"/> Guamaniano (302) | | <input type="checkbox"/> Afro americano o Negro (600) | | |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | | <input type="checkbox"/> Somoano (303) | | <input type="checkbox"/> Blanco (700) | | |
| Es uno de los padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Ejército, <input type="checkbox"/> Naval, <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea, <input type="checkbox"/> Infantería de Marina <input type="checkbox"/> Guardia Costera o en completa <input type="checkbox"/> Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | |
| ENCUESTA DE LENGUAJE DEL HOGAR: | | | | | | | | |
| 1. ¿Qué lengua/dialecto habla su hijo/a con más frecuencia en casa? | | | | | | | | |
| 2. ¿Que lengua/dialecto aprendió su hijo/a cuando primero empezó a hablar? | | | | | | | | |
| 3. ¿Qué lengua/dialecto habla con su niño/a con más frecuencia? | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha su niño tomado la Prueba CELDT (Prueba del Desarrollo del Lenguaje inglés de Calif)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | | | | | | | |
| SEVICIOS ESPECIALES: Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido. | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial | | <input type="checkbox"/> Lectura y/o Matemát recuperativas | | <input type="checkbox"/> Estudiante de Lenguaje inglés/ESL | | <input type="checkbox"/> SARB-Mesa Directiva de la Asistencia | | |
| <input type="checkbox"/> 504 | | <input type="checkbox"/> Recursos (RSP) | | <input type="checkbox"/> Logopeda | | <input type="checkbox"/> Aconsejería | | |
| <input type="checkbox"/> Con Talento(GATE) | | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): | | | | | | |
| RESIDENCIA: Favor de marcar la caja apropiada - <i>dónde su niño/familia actualmente viven (Federalmente requerido -NCLB)</i> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana) | | | | <input type="checkbox"/> En un Motel/Hotel (09) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar (carro/campamento) ampamento | | | | <input type="checkbox"/> En programa de refugio de hogar o transitorio (10) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (15) (favor de especificar) _____ | | | | | | | | |
| LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA: | | | | | | | | |
| Nombre: _____ | | | Grado(s): _____ | | | Fecha(s): _____ | | |
| Dirección: _____ | | | Ciudad: _____ | | | Estado: _____ Código: _____ | | |
| FIRMA DEL PADRE/TUTOR: | | | | | | FECHA: | | |

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE

Página 2 de 2

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i> | | School Year: 20__ - __ |
| School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | GRADE <i>SCHOOL USE ONLY</i> |
| Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i> | Registration Date: _____ | Birth Certificate Verified: _____ |

| | | | |
|-----------------------------|----------|--------|---------|
| NOMBRE de Estudiante | | | |
| | Apellido | Nombre | Inicial |

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR (con quien vive el estudiante)-marque todos los que aplican Otro _____

Padre Madre Ambos Madrastra Padrastro Tutor Casa de Acogida/ Grupo

¿Es la persona(s) marcada arriba el tutor LEGAL del estudiante?
 Sí No Si NO, favor de completar una "Declaración de Cuido".

¿Hay un acuerdo de custodia legal para este estudiante?, favor de marcar uno:
 Custodia de los Dos Tutor

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION DEL PADRE(S)/TUTOR CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE

1 Padre Padrasto Tutor
Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

2 Madre Madrastra Tutor
Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE SALUD / INFORMACION DE EMERGENCIA

Favor de marcar todas las siguientes condiciones que su niño/a ha tendido y si ahora tiene cuidado médico o toma medicamentos.

Si sí, ¿Se tiene que administrar los medicamentos en la escuela? Sí No

| | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Aguja Epi | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Visión/Audición | <input type="checkbox"/> Lentes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Medi-Cal: Sí No

Yo doy permiso de consultar a mi Médico de familia en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discreción de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso para que la escuela transporte a mi niño/a en caso de una emergencia.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Contacto en caso de Emergencia :

1. Nombre /Relación _____ Teléfono _____

2. Nombre/Relación _____ Teléfono _____

3. La persona que cuida al niño/a: _____ Teléfono _____

PRUEBA DE RESIDENCIA: El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación.

La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matriculación:

Recibo de Alquiler Cuenta de PG&E Cuenta de Teléfono Cuenta de Agua Otro _____

Acuerdo de Compra de Propiedad

Mi firma indica que yo he leído y entiendo la forma de matriculación. También certifica que la información en esta forma es verdadera y correcta. Mi firma afirma que mi niño/a vive conmigo en esta dirección (afirmado por la cuenta de PG&E, la cuenta más reciente con mi nombre). Yo entiendo que cualquier cambio de información de vivienda (dirección, número de teléfono, custodia) se tiene que informar a la escuela, examinado y verificado entre 30 días del cambio. La falsificación de información será motivo para invalidar la matriculación del estudiante.

| | |
|-----------------------|--------|
| FIRMA DE PADRE/TUTOR: | FECHA: |
|-----------------------|--------|

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

Student Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____
Last First Middle Initial Birthdate: ____ / ____ / ____ Sex: M F

Parents: _____ Step Foster Guardian

Mother's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Father's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Lives with: ___ Father ___ Mother ___ Legal Guardian ___ Other

Primary Language Eng Span Other _____

Mother's email _____ Father's Email _____

Emergency Contact:

1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

3. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

Permission to transport Student

We, the undersigned (parent/guardian) of _____, do hereby grant permission for the
student's name

Bellevue Union School District in Sonoma, CA to transport the above named student to and from school sponsored events including but not limited to study trips, athletic and social events.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

**Bellevue Union School District
Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro _____ Sala _____

Nombre del Estudiante: _____ No. de telefono de casa: _____

Domicilio _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de nacimiento ____ Sexo: M F

Padres: _____ Padresos Padres de acogida Tutores

Trabajo de madre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

Trabajo de padre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

El estudiant vive con Padre ___ Madre ___ Tutor Legal ___ Otro

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

e-mail de madre _____ e-mail de padre _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

3. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

Permiso de Transportar al Estudiante

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de _____, por la presente damos permiso para
nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor _____ Fecha: _____

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

Family Health Care

Physicians Name: _____ Phone: _____
Medi-Cal: Yes no
Address: _____

I give my permission to consult my family physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities
I give my permisison for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Please check all of the following conditions that your child has had and if they are under mefical care or taking medication.
If yes, doe sthe medication need to be dispensed at school.

- | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing | <input type="checkbox"/> Glasses | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

If you are not the legal guardian of the student attending _____ School in the Bellevue Union school Distri
our district needs a statement from the legal guiardian for educational and medical services. I, _____
am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to th
school office. I give permission to _____ to make educational and medical decisions from
_____ to _____
Date Date

**Bellevue Union School District
Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro _____ Sala _____

Servicios de salud familiar

Nombre del medico _____ Numero de telefono: _____
Direccion: _____ Medi-Cal: Si no

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidio medico o tomando medicamentos. Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir | <input type="checkbox"/> anteojos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela _____ en el Distrito Escolar de Bellevu
Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____
soy el tutor legal de _____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la
oficina de la escuela. Yo doy permiso a _____ de hacer las decisiones educativas y medicas de
_____ a _____
fecha fecha
nombre del individuo

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 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 | 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 | Cuarto | Quinto |
| POLIO (OPV o IPV) | | | | | |
| DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente) | | | | | |
| MMR (sarampión, paperas, rubéola) | | | | | |
| HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente) | | | | | |
| HEPATITIS B | | | | | |
| VARICELLA (Viruelas locas) | | | | | |
| OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado) | | | | | |
| OTRA | | | | | |

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y 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



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>.

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.

For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277. Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

Board of Trustees: Lisa Reyes, Sharon Ligon, Yvonne Kennedy, Victor Ayala, Stephanie Merrida-Grant
Alicia Henderson, PhD, Superintendent



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact the school.

Sincerely,

Alicia Henderson, Ph.D.
District Superintendent



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.

Board of Trustees: Lisa Reyes, Sharon Ligon, Yvonne Kennedy, Victor Ayala, Stephanie Merrida-Grant
Alicia Henderson, PhD, Superintendent



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.
 - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame a la escuela.

Atentamente,

Alicia Henderson, Ph.D.
Superintendente del Distrito

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) |
| | | | |
| _____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i> | | _____ <i>CA License Number</i> | _____ <i>Date</i> |

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.

Requisito de evaluación/exención de salud dental para ingreso escolar

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1: Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|---|
| Primer nombre del menor: | Apellido: | Inicial del segundo nombre: | Fecha de nacimiento del menor: |
| Domicilio (número): | Calle: | Ciudad: | Código Postal: |
| Nombre de la escuela: | Maestro: | Grado escolar: | Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Nombre del padre, madre o tutor: | Raza u origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido | | |

Section 2: Oral Health Data Collection To be completed by the dental professional conducting the assessment (Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)

| | | | |
|---|---|--|---|
| Assessment Date: (fecha de evaluación) | <u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no) (caries visibles y/o empastes presentes) | <u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no) (caries visibles presentes) | <u>Treatment Urgency (urgencia de tratamiento):</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found (ningún problema obvio) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (se recomienda atención dental) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (se necesita atención urgente) |
|---|---|--|---|

Dental professional's signature
Firma del profesional de salud dental

Date
fecha

El original será guardado en el registro escolar del menor.

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud dental
Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:
(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.
Mi hijo está cubierto con el seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro _____

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

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

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

El original será guardado en el registro escolar del menor.

BELLEVUE UNION SCHOOL DISTRICT



Effective communication with families is very important to student success, as well as keeping parents notified and up to date on emergency situations. The Bellevue Union School District utilizes a variety of communication methods (telephone, email, text and telephone). It is very important to keep your contact information up to date to receive timely information.

1. I consent to my child's name being included on a classroom list that is available to the public.
2. I consent to receiving official communications by telephone, text, and/or email from my child's school/district regarding school/district emergencies and related issues.

X _____

Signature

BELLEVUE UNION SCHOOL DISTRICT



La comunicación efectiva con familias es muy importante al éxito del estudiante, tanto como mantener a los padres avisados y actualizados sobre las situaciones de emergencia. El distrito Bellevue Union School District utiliza una variedad de métodos de comunicación (teléfono, correo electrónico, texto, y teléfono). Es muy importante mantener la información de contacto actualizada para recibir información en tiempo oportuno.

1. Yo doy consentimiento de que el nombre de mi niño esté incluido en una lista del salón que es disponible al público.
2. Yo doy consentimiento de recibir comunicaciones oficiales por teléfono, texto, y/o correo electrónico de la escuela/distrito de mi niño sobre emergencias y asuntos relacionados de la escuela/distrito.

X _____

Firma

