




Dear Parents/Guardians,

We are delighted that you have chosen to join the Bellevue Union School District (BUSD) community. BUSD provides your child with a quality education in a nurturing and supportive environment. We focus on the “Whole Child” and partner with your family to support your child’s academic and social development from Transitional Kindergarten through Grade 6.

BUSD offers a superb academic and extracurricular program taught by highly skilled teaching and support staff. We encourage you to check out our:

- Free after school care
- After school sports teams and music program
- Spanish Language Dual Immersion Program at Kawana Springs
- Preschool programs
- Full day Transitional Kindergarten and Kindergarten classes
- One-to-one technology for all students
- Free, freshly cooked meals served by school chefs
- Parent education opportunities
- Community events

Our mission is to inspire lifelong learning. In doing so, we will prepare our students with the knowledge and skills needed to excel in the 21st century.

Our vision is to engage and  value our families, students and staff. This is what makes our schools special. BUSD staff members, in partnership with you, are committed to ensuring that your child is engaged in extraordinary learning opportunities.

Enrolling a child in a new school can be overwhelming, but don’t worry, we are here to support you and your child during this transition.

We are excited to welcome you to the Bellevue Union School District and we wish you positive experiences as we strive for each and every child to find their passion and enjoy success.

With pride and gratitude,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Kellison".

Michael Kellison
Superintendent




Estimados Padres/Tutores,

Estamos encantados que Uds. han elegido de reunirse con la comunidad del distrito escolar Bellevue Union School District (BUSD). BUSD proporciona a su niño con una educación de calidad en un ambiente enriquecedor y de apoyo. Nos enfocamos en el “Niño Entero” y nos asociamos con su familia para apoyar las académicas y el desarrollo social de su niño desde el Kindergarten de Transición hasta el 6° Nivel Académico.

BUSD ofrece académicas excelentes y programa extracurricular enseñados por personal de enseñanza altamente calificada y por personal de apoyo. Animamos a Uds. de mirar a nuestro:

- Cuidado después del horario escolar regular gratuito
- Programa de equipos de deportes y de música después del horario escolar regular
- Programa de Inmersión Dual del Lenguaje español en la Kawana Springs
- Programas preescolares
- Clases de Kindergarten de Transición y de Kindergarten de todo el día
- Tecnología particular (1-1) para todos los estudiantes
- Comidas gratuitas recién cocinadas por cocineros escolares
- Oportunidades para la educación de padres
- Eventos comunitarios

Nuestra misión es inspirar el aprendizaje permanente. Al hacerlo, prepararemos a nuestros estudiantes con el conocimiento y las habilidades necesarias para sobresalir en el siglo 21.

Nuestra visión es involucrar y  valorar a nuestras familias, estudiantes y personal. Esto es lo que hace que nuestras escuelas sean especiales. Los miembros del personal de BUSD, en colaboración con ustedes, se comprometen a asegurar que su niño participe en oportunidades de aprendizaje extraordinarias.

Inscribir a su niño en una escuela nueva puede ser abrumador, pero no se preocupen, estamos aquí para apoyarles a Uds. y su niño durante esta transición.

Estamos emocionados de darles la bienvenida al Bellevue Union School District y les deseamos experiencias positivas en cuanto nos esforzamos que todos y cada uno de los niños encuentren su pasión y gocen del éxito.

Con orgullo y agradecimiento,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Kellison".

Michael Kellison
Superintendente

For 1-6th grade Registration

Parent Provides:

Birth Certificate

Immunization Record

Proof of Residence

Padres Traigan:

Acta de Nacimiento

Vacunas

Comprobante de domicilio

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: _____ **GENDER:** Male Female **PHONE:** _____
MONTH DAY YEAR Non-Binary Cell

HOME ADDRESS: _____
Street City State Zip Code

BIRTH PLACE: _____ **DATE FIRST ATTENDED IN CALIFORNIA**
City State MONTH DAY YEAR

PARENT/Guardian 1 EDUCATION: Mother Father Step Mother Step Father Guardian
 Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or AA Degree (12)
 High School Graduate (14) Not a High School Graduate (14) Decline to state

PARENT/Guardian 2 EDUCATION: Mother Father Step Mother Step Father Guardian
 Graduate Degree or Higher (10) College Graduate (11) Some College or AA Degree (12)
 High School Graduate (14) Not a High School Graduate (14) Decline to state

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 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) Samoan (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

SPECIAL SERVICES *Please check any services your child has received.*
 Special Education Special Day Class (SDC) English Language SARB-Attendance
 504 Resource (RSP) Speech Counseling
 Gifted (GATE) Other (please specify): _____

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/lease PG&E Bill Phone Bill Other _____
 Purchase of Property Contract McKinney/Vento Affidavit

LAST SCHOOL ATTENDED:
Name: _____ Grade(s): _____ Telephone: _____
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

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) _____

Home Language Survey

The California Education Code contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

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

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: _____ *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: _____

NOMBRE de Estudiante
Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

NOMBRE LEGAL :
Apellido: _____ Nombre: _____ GRADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MES _____ DIA _____ AÑO _____ **GENERO:** Masc. Fem. No bionario **TELEFONO:** Movil _____

DOMICILIO:
Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ **FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA:** MES _____ DIA _____ AÑO _____

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 1: Madre Padre madrastra padrastro guardián/a
 Licenciado o Mayor (10) Graduado de la Univ. (11) Algún Colegio o Licenciado AA (12)
 Graduado de la Secundaria (14) No Graduado de la Secundaria (14) declinar al estado

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 2: Madre Padre madrastra padrastro guardián/a
 Licenciado o Mayor (10) Graduado de la Univ. (11) Algún Colegio o Licenciado AA (12)
 Graduado de la Secundaria (14) No Graduado de la Secundaria (14) declinar al estado

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): Hispano o Latino NO Hispano o Latino

RAZA DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza):
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.
 Indio americano o nativo de Alaska(100) Vietnamita (204) Asiático Otro(208) Taítiano (304) Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico (399)
 Chino (201) Indio Asiático (205) Hawaiano (301) Guamaniano (302) Afro americano o Negro (600)
 Japonés (202) Camboyano (207) Somoano (303) Blanco (700)
 Coreano (203) Hmong (208)

Es uno de los padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos: Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Infantería de Marina Guardia Costera o en completa Guardia Nacional? SI NO

SEVICIOS ESPECIALES Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.
 Educación Especial Lectura y/o Matemát Estudiante de Lenguaje SARB-Mesa Directiva
 504 Recursos (RSP) Logopeda Aconsejería
 Con Talento(GATE) Otro (favor de especificar): _____

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 matricualción:
 Recibo de Aquiler/arrendamiento Cuenta de PG&E Cuenta de Teléfono McKinney/Vento Otro _____
 Acuerdo de Compra de Propiedad

LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA:
Nombre: _____ Grado(s): _____ Telefono: _____
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: _____ *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: _____

NOMBRE de Estudiante			
Apellido	Nombre	Inicial	

RESIDENCIA: Favor de marcar la caja apropiada - *dónde su niño/familia actualmente viven (Federalmente requerido -NCLB)*

- En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana) En un Motel/Hotel (09)
- Más de una familia (compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11)
- Sin hogar (carro/campamento) En programa de retugio de hogar o transitorio (10)
- Otro (15) (favor de especificar) _____

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Instrucciones para padres y tutores:

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

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

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____
4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar?*
(padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

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:

Student Name: _____ Home Phone: _____

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

Parents: _____ Step Foster Guardian

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

Mother's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Father's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Primary Language Eng Span Other _____

Mother's email _____ Father's Email _____

If parent/guardian cannot be reached please call:

1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
 cell

2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
 cell

3. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
 cell

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: _____

Apellido Nombre Inicial
 Domicilio _____ Fecha de nacimiento ____ Sexo: M F
 no bionario

Padres: _____ Padresos Padres de acogida Tutores

El estudiate vive con Padre ___ Madre ___ Tutor Legal _____ Otro

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

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

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

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

Si no se puede contactar al padre / tutor, por favor llame:

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

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

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

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: _____

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 permission for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

If yes, does the medication need to be dispensed at school.

- | | | | |
|--|---------|------------------------------|-----------------------------|
| <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 _____ | | | |

If you are not the legal guardian of the student attending _____ School in the Bellevue Union school District

our district needs a statement from the legal guardian for educational and medical services. I, _____

am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to the

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: _____

Medi-Cal: Si no

Direccion: _____

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 | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir | 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 Bellevue

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



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



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



Butte County Office of Education
MIGRANT EDUCATION – REGION 2
SANTA ROSA AREA OFFICE
 5510 Skylane Blvd., Suite 101-C, Santa Rosa, CA 95403
 Office: (707) 526-1272 /Cell: (707) 293-5927/Fax: (707) 526-9724

ME-1



FORMULARIO DE REFERENCIA
REFERRAL FORM

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL / THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL

¿Le gustaría seguir apoyando a su hijo/a para que tengan éxito en la escuela? ¿El Programa de Educación Migrante es un excelente recurso!

Would you like to continue assisting your child in school? The Migrant Education Program is an excellent resource!

1. ¿Ha trabajado algún miembro de su familia en la agricultura, ganadería, pesca o industria forestal en los últimos tres años? YES NO

 Has any member of your family worked in agriculture, livestock, fishing or logging in the last three years?

2. ¿Se mudó su familia al pueblo/ciudad donde viven en los últimos tres años? YES NO

 Did your family move to the town/city where you live in the last three years?

Si contestó “SÍ” a ambas preguntas, su hijo/a podría ser elegible para recibir servicios educativos. Por favor anote los siguientes datos y entregue este formulario. ¡Gracias!

If you answered “YES” to both questions, your child could be eligible to receive educational services. Please provide the following information and return this form. Thank you!

Fecha/Date: _____

Nombre de los Padres/Parents’ Name: _____

Número de Teléfono/Telephone Number: _____

Dirección/Address: _____
Número /Number Calle/Street Ciudad/City

Nombre del Estudiante/Student’s Name: _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____

Referred by (Agency/School): _____ Telephone Number/e-mail: _____

FOR MIGRANT EDUCATION RECRUITMENT STAFF USE ONLY	
Date: _____	Notes: _____
Date: _____	Notes: _____

Please mail completed surveys to the address above, fax to (707) 526-9724, or e-mail to jocegued@bcoe.org