



BONSALL

UNIFIED SCHOOL DISTRICT



Usted ha recibido Nuevas Formas para la Matriculación de Estudiantes para el año escolar 2014/15.

Kínder/El Kínder de transición:

- Acta de nacimiento original certificada** (Su hijo(a) deberá tener 5 años de edad el o antes de el 01 de septiembre, por TK 9/2 - 12/2)
- Registro de inmunización** (completa y verificada por un médico)
- Examen de salud** (con fecha después de 24 de febrero del 2014)
- Prueba de residencia** (vea la forma para Verificación de la Residencia)
- Información de custodia** (si es aplicable)
- Formas de matriculación completadas** (deben estar 100% completas)
 - 1) Hoja de Datos del Alumno
 - 2) Información del Nuevo Estudiante
 - 3) Historial de Salud
 - 4) Examen de Salud
 - 5) Recibo de la Notificación Anual
 - 6) Encuesta para el Idioma del Hogar
 - 7) Verificación de la Residencia
 - 8) Contactos de Emergencia

Primer Grado – Noveno Grado:

- Acta de nacimiento original certificada**
- Registro de inmunización** (completa y verificada por un médico)
- Prueba de residencia** (vea la forma para Verificación de la Residencia)
- Información de custodia** (si es aplicable)
- Examen de salud – (Primer Grado)**
- Formas de matriculación completadas (deben estar 100% completas)**
 - 1) Hoja de Datos del Alumno
 - 2) Información del Nuevo Estudiante
 - 3) Historial de Salud
 - 4) Recibo de la Notificación Anual
 - 5) Encuesta para el Idioma del Hogar
 - 6) Verificación de la Residencia
 - 7) Divulgación de los Registros
 - 8) Release of Records
 - 9) Examen de salud (Primer Grado)
 - 10) Contactos de Emergencia

Evaluación de Salud Oral:

La ley de California requiere que cada niño tenga una evaluación de salud oral de su primer año de kindergarten o primer grado. Por lo tanto, no requerimos el formulario de Evaluación de Salud Oral para ser entregado en escuela de su hijo hasta el 30 de abril de 2015 (la primavera de su primer año de escuela).

Kindergarten Examen de la Salud:

La ley de California requiere que cada niño tenga un informe de examen de salud completo antes de entrar en la escuela pública. Los estudiantes que ingresan a kindergarten, deben tener el informe no antes de 6 meses antes del primer día de la escuela. Por lo tanto, el examen debe ser completada después de 24 de el febrero 2014. Además, todas las pruebas y evaluaciones (excepto análisis de sangre) se deben hacer después de que el niño tiene 4 años con 3 meses de edad.

Kindergarten Requisito Edad de Entrada:

El niño debe tener 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre..

Formulario de Examen de Primer Grado de la Salud:

Los de primer grado deben presentar prueba de haber tenido un examen de salud antes de entrar en la escuela pública. El examen se puede realizar hasta 18 meses antes de la entrada en el primer grado. Si usted tiene un formulario de examen de salud completo, puede proporcionar esto como prueba de haber cumplido con este requisito. Si no, su hijo tendrá que tener un formulario de examen de salud completado por un Examinador de Salud.

Kinder de Transición Requisito de Entrada Edad:

El niño debe cumplir 5 años de edad entre 02 de septiembre y 2 de diciembre.

Visítenos en línea:

Para obtener más información acerca de BUSD y nuestras escuelas, visítenos en línea: www.bonsallusd.com.

BONSALL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
INFORMACIÓN DE NUEVOS ESTUDIANTES: 2014-2015

Maestro: _____

Por favor escriba a máquina o use tinta negra para llenar todas las formas completamente.

_____ Apellido legal del estudiante	_____ Nombre propio	_____ Segundo nombre completo <i>Favor de no usar iniciales</i>	_____ Grado
--	------------------------	---	----------------

_____ Alias del estudiante (también conocido como)	_____ Escuela
---	------------------

Maque a continuación la casilla si su estudiante **ALGUNA VEZ HA SIDO COLOCADO** en cualquiera de los siguientes programas. Por favor indique los grados en los que su estudiante ha participado en su(s) escuela(s) anterior(es).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ___ IEP actual durante el último año
Fecha del último IEP _____
Fecha de egreso de Educación Especial _____ | <input type="checkbox"/> ___ GATE (Dotados y Talentosos)
Se requiere comprobante de la colocación |
| <input type="checkbox"/> ___ Día de Clases Especial (SDC) | <input type="checkbox"/> ___ ELL (Estudiantes en Proceso de Aprender Inglés) |
| <input type="checkbox"/> ___ Programa del Especialista de Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> ___ Evaluación por parte de un psicólogo escolar |
| <input type="checkbox"/> ___ Comunicación Oral / Lenguaje / Oído | <input type="checkbox"/> ___ Plan 504 |
| | <input type="checkbox"/> ___ Título 1 |
| | <input type="checkbox"/> ___ Otro |

Las últimas 3 escuelas a las que asistió su estudiante (incluya las fechas y los grados):

1. _____			
Nombre de la última escuela a la que asistió	Dirección de la escuela	Ciudad	Estado

Teléfono de la escuela (incluya el código del área)	Fecha / año dado de baja	Distrito escolar	

2. _____			
Nombre de la escuela (a la que asistió previamente)	Dirección de la escuela	Ciudad	Estado

Teléfono de la escuela (incluya el código del área)	Fecha / año dado de baja	Distrito escolar	

3. _____			
Nombre de la escuela (a la que asistió previamente)	Dirección de la escuela	Ciudad	Estado

Teléfono de la escuela (incluya el código del área)	Fecha / año dado de baja	Distrito escolar	

HISTORIAL DE ASISTENCIA A LA ESCUELA:

¿Su estudiante ha sido matriculado en cualquier escuela en Bonsall? Si la respuesta es sí, liste cada escuela y grado(s) asistidos.

¿Su estudiante ha sido matriculado en cualquier escuela en California? Si la respuesta es sí, liste cada escuela y grado(s) asistidos.

¿Su estudiante ha sido colocado en Expulsión? Si la respuesta es sí, en qué grado _____

¿Su estudiante ha repetido cualquier grado? Si la respuesta es sí, en qué grado _____

¿El estudiante ha tomado el Examen de California para Salir de la Escuela Preparatoria? Sí No

Si la respuesta es sí, deberá proporcionar los resultados

¿Vive usted: con más de una familia en una casa o departamento? en un albergue, motel, auto, o campamento?
 con amigos o familiares (que no sea un padre / guardián)?

**BONSALL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HOJA DE DATOS DEL ESTUDIANTE
2014/15**

For School Use Only:	
SSID#: _____	Teacher: _____

Información del estudiante:	hombre	mujer	
------------------------------------	--------	-------	--

--	--	--	--

Apellido de estudiante	Nombre propio	Segundo nombre completo	Grado

 Cell
 Home

Fecha de Nacimiento	Ciudad & Estado	País/Provincia	Teléfono (padre o a guardián)

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección de envió (si diferente de arriba)	Ciudad	Estado	Código Postal	Email

Información de los Padres:

Padre/Guardián (apellido, propio)	Relación al estudiante	Teléfono celular	¿vive con estudiante?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lugar de empleo	Teléfono del trabajo	email	

Padre/Guardián (apellido, propio)	Relación al estudiante	Teléfono celular	¿vive con estudiante?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lugar de empleo	Teléfono del trabajo	email	

Padre/Guardián (apellido, propio)	Relación al estudiante	Teléfono celular	¿vive con estudiante?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lugar de empleo	Teléfono del trabajo	email	

Padre/Guardián (apellido, propio)	Relación al estudiante	Teléfono celular	¿vive con estudiante?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lugar de empleo	Teléfono del trabajo	email	

Contactos de Emergencia:

Liste 4 personas LOCALES (aparte de los padres) que puedan ser contactadas y que puedan asumir cuidado temporal de su hijo(a) si no nos podemos comunicar con usted. (Debe de ser 18 años or mayor de edad. Se requiere indentificación antes de dejar que su hijo(a) salga de la escuela)

1) _____	Teléfono en casa	Teléfono celular	Relación al estudiante

2) _____	Teléfono en casa	Teléfono celular	Relación al estudiante

3) _____	Teléfono en casa	Teléfono celular	Relación al estudiante

4) _____	Teléfono en casa	Teléfono celular	Relación al estudiante

Nombre (Apellido, Propio)	Teléfono en casa	Teléfono celular	Relación al estudiante

Notificación de Custodia:	De acuerdo al decreto de la corte, no se permite que, _____ recoja al estudiante del plantel escolar. (Una copia de este decreto deberá estar archivada en la oficina de la escuela de que la declaración pueda ser honrada)
----------------------------------	--

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA?

Marque una:

- Hispano o Latino** (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)
- No Hispano o Latino**

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)

La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno más de los cuadros, para indicar la que considera que es su raza,

Indígena americano, Nativo de Alaska o personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica

Indígena americano, Nativo de Alaska o personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica (México, Guatemala, Colombia, Puerto Rico, Chile, etc.) (100)

Isleño del Pacífico

Hawaiano (301)

Guamaní (302)

Samoano (303)

Tahitiano (304)

Otro Isleño del Pacífico (399)

Filipino (400)

Blanco o Europeo

Blanco (No Hispano) personas con origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o el Medio Oriente (700)

Asiático

Chino (201)

Japonés (202)

Coreano (203)

Vietnamita (204)

Indio Asiático (205)

Laosiano (206)

Camboyano (207)

Hmong (208)

Otro Asiático (209)

Negro o Afro Americano

Negro o Afro Americano (600)

EDUCACIÓN DE LOS PADRES:

Nivel de educación de los padres: (marque uno)

- 1= No es graduado de la escuela preparatoria
- 2= Graduado de la escuela preparatoria
- 3= Algunos años de universidad
- 4= Graduado de la universidad
- 5= Escuela o entrenamiento de postgrado

¿Está su padre o guardián en el militar?:

- Sí
- No

Firma del Padre/Guardián::

Firma del padre/guardián

Fecha

**BONSALL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2014/2015
HISTORIAL CLÍNICO DEL ESTUDIANTE**

Nombre _____ Maestro [A] _____ Grado []

Por favor marque la casilla apropiada, si cualquiera de las siguientes condiciones aplica al estudiante y dé una explicación breve en el espacio ofrecido abajo. Liste todas las condiciones de salud incluyendo aquellas de años previos. Por favor notifique a la enfermera registrada de la escuela de su hijo(a) si hay cualquier cambio en la condición de salud de su hijo(a) o si hay cambios de medicamentos.

NO SE SABE DE NINGÚN PROBLEMA DE SALUD

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A1 Alergia - piquete de abeja severo. Requiere epi-pen / medicamento | <input type="checkbox"/> H2 Hemofilia, por favor llame a la enfermera de la escuela (RN) |
| <input type="checkbox"/> A2 Alergia – piquete de abeja, liste los síntomas abajo | <input type="checkbox"/> H3 Hipoglucemia / diagnosis por un médico |
| <input type="checkbox"/> A3 Alergia – alimentos, liste abajo incluyendo síntomas | <input type="checkbox"/> K1 Trastorno / enfermedad del riñón (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> A4 Asma - alergia de temporada. Requiere medicamento o inhalador | <input type="checkbox"/> M1 Medicamento tomado en casa (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> A5 Artritis (reumatoide) | <input type="checkbox"/> M2 Medicamento necesario en la escuela – REQUIERE UNA FORMA DEL MÉDICO |
| <input type="checkbox"/> A6 Asma –severa. Requiere inhalador o medicamento a diario | <input type="checkbox"/> M3 Problemas de menstruación (severos) |
| <input type="checkbox"/> A7 Trastorno de Déficit de Atención, liste medicamentos abajo | <input type="checkbox"/> M4 Migrañas – diagnosis por un médico – liste el medicamento |
| <input type="checkbox"/> A8 Autismo | <input type="checkbox"/> M5 Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> B1 Defecto de nacimiento / enfermedad de cromosoma, liste abajo | <input type="checkbox"/> N1 Hemorragias nasales (severas) |
| <input type="checkbox"/> B2 Deterioro visual / ceguera | <input type="checkbox"/> O1 Enfermedad de <i>Osgood-Schatter</i> (se requiere una nota del médico si la actividad está limitada) |
| <input type="checkbox"/> B3 Trastorno de la sangre, liste abajo | <input type="checkbox"/> P1 Limitaciones para actividades físicas (liste abajo) SE REQUIERE UNA NOTA DEL MÉDICO |
| <input type="checkbox"/> C1 Cáncer / leucemia | <input type="checkbox"/> R1 Historial de fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> C2 Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> S1 Escoliosis / diagnosis por un médico |
| <input type="checkbox"/> C3 Visión (deficiencia de colores) | <input type="checkbox"/> S2 Anemia de célula falciforme (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> C4 Colitis / enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> S3 Dificultades con la comunicación oral |
| <input type="checkbox"/> C4 Problema de salud confidencial, por favor llame a la enfermera de la escuela (RN) | <input type="checkbox"/> T1 Tuberculosis / o historial de pruebas positivas de la piel (liste el medicamento) |
| <input type="checkbox"/> C6 Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> U1 Úlceras / tipo, medicamento |
| <input type="checkbox"/> D1 Sordera / pérdida profunda del oído, por favor note abajo si se necesitan auxiliares para el oído | <input type="checkbox"/> V1 Visión (usa anteojos / lentes de contacto) |
| <input type="checkbox"/> D2 Diabetes, dependiente de insulina. Requiere junta con la enfermera de la escuela (RN) | <input type="checkbox"/> Z1 Otros problemas de salud no listados (síndromes etc.) |
| <input type="checkbox"/> D3 Diabetes, tipo II, por favor llame a la enfermera de la escuela (RN) | |
| <input type="checkbox"/> E1 Trastorno de alimentación / diagnosis por un médico | |
| <input type="checkbox"/> E2 Trastorno endocrino | |
| <input type="checkbox"/> E3 Epilepsia / ataques, liste los medicamentos abajo – describa los síntomas | |
| <input type="checkbox"/> E4 Trastorno de crecimiento, (explique abajo) | |
| <input type="checkbox"/> H1 Enfermedad / defecto del corazón (explique abajo) | |

* todos los estudiantes que ingresan al 7°, 8°, 9°, 10°, 11° o 12° grado necesitan un comprobante de que recibieron la vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (llamada "Tdap") antes de comenzar la escuela.

TODO EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO EN LA ESCUELA (recetado o sin receta médica) REQUIERE UNA NOTA POR PARTE DEL MÉDICO. LOS ESTUDIANTES EN LAS ESCUELAS SECUNDARIAS Y PREPARATORIAS QUE CARGUEN UN INHALADOR REQUIEREN UNA NOTA DEL MÉDICO. (Formas disponibles en la Oficina de Salud)

EXPLICACIÓN: _____


Tiene usted seguro médico corrientemente? No Si

Si su respuesta es sí, favor de declarar el nombre de su seguro médico: _____

TRANSPORTE MÉDICO: Yo autorizo al personal paramédico y de emergencia a que transfieran y traten a dicho menor en caso que uno de los padres / guardianes no pueda ser localizado. Además yo entiendo que todos los costos del transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos x, o tratamiento ofrecido en relación a esta autorización deberá ser responsabilidad de los padres / guardianes. Esta autorización deberá permanecer en vigencia durante todo el año escolar a menos que sea revocada por escrito y sea entregada al plantel escolar.

Telefono en Casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Contactos de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

 _____
Firma del padre / madre / guardián

_____ Fecha

**BONSALL UNIFIED SCHOOL DISTRICT RECIBO
DE NOTIFICACIÓN ANUAL
2014-2015**

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE PROPIO	SEGUNDO NOMBRE COMPLETO	GRADO
-------------------------	---------------	-------------------------	-------

Por favor refiérase a las formas para "Leer Solamente" acerca de los temas a continuación.

NORMA DE ASISTENCIA: Yo he sido informado(a) y comprendo la Norma de Asistencia de BUSD.

DERECHOS DE LOS PADRES E INFORMACIÓN: Yo he sido informado acerca de mis derechos como padre o guardián de un estudiante en una escuela pública. Esto no da consentimiento para que mi hijo(a) o protegido(a) participe en cualquier actividad o programa escolar, ni esto me niega mi derecho a rehusarme a dar mi consentimiento en cualquier momento más adelante.

USO DE LOS RECURSOS DE BIBLIOTECA / LIBROS DE TEXTO: Yo he leído y comprendo las reglas que gobiernan el uso de la biblioteca. Yo acepto la responsabilidad financiera por cargos incurridos por mi hijo(a) debido a materiales de la biblioteca / libros de texto no devueltos, dañados o perdidos. Además yo reconozco que los privilegios para que mi hijo(a) saque libros de la biblioteca y para que reciba libros de texto no comenzarán sino hasta que esta forma sea firmada y devuelta a la escuela a la que asiste.

USO DE SERVICIOS DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES: Yo he leído, comprendo, y observaré las reglas y reglamentos del Distrito con respecto al Uso de Servicios de Información Electrónica por parte de los Estudiantes, y las he discutido. Yo comprendo que cualquier infracción de estas reglas no es ética y puede constituir una ofensa criminal. Yo comprendo que en caso de que un estudiante quebrante estas reglas, sus privilegios de acceso pueden ser revocados, y se podría tomar una acción disciplinaria u otra acción legal apropiada. Yo reconozco que es imposible que el Distrito impida el acceso a todos los materiales controversiales y no los responsabilizaré por los materiales adquiridos por mi hijo(a).

DATOS DEL ESTUDIANTE: 1) Yo he leído y completado la Hoja de Datos del Estudiante 2) Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela inmediatamente cuando haya cualquier cambio a la información que yo he ofrecido en la Hoja de Datos del Estudiante.

AVISO DE LAS CONSECUENCIAS: Yo he leído y entiendo la información ofrecida en el Aviso de las Consecuencias acerca de acciones / comportamiento que podría resultar en una suspensión o expulsión de una escuela en TVUSD.

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE: 1) Yo he leído y completado el Historial de Salud del Estudiante. 2) Yo entiendo que la información de salud es confidencial y es compartida con el personal en base a la necesidad solamente. Yo notificaré a la oficina de salud en mi plantel escolar acerca de cualquier cambio en la condición de la salud de mi hijo(a) o cambio de medicamento.

TRANSPORTE MÉDICO: 1) Yo autorizo al personal paramédico y de emergencia a que transfieran y traten a dicho menor en caso que uno de los padres / guardianes no pueda ser localizado. 2) Además yo entiendo que todos los costos del transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos x, o tratamiento ofrecido en relación a esta autorización deberá ser responsabilidad de los padres / guardianes. Esta autorización deberá permanecer en vigencia durante todo el año escolar a menos que sea revocada por escrito y sea entregada al plantel escolar.

DIVULGACIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

Yo entiendo que tengo que completar y devolver una forma de medios de lanzamiento si decido retener la foto de mi hijo para su uso en un distrito o escuela publicación.

BOLETA DE CALIFICACIÓN PARA LA RESPONSABILIDAD DE LA ESCUELA (SARC): Una SARC ofrece información acerca de la escuela tal como información demográfica, seguridad y ambiente de la escuela, datos académicos, tamaño de las clases, e información de los maestros / personal. Las SARC están listadas en la página de Internet de cada escuela, y están disponibles al solicitarlas.



Firma del padre / guardián

Fecha



Firma del estudiante

Fecha

AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES

De acuerdo con el Decreto de 1974 para los Derechos Educativos y la Privacidad de las Familias y con las leyes del Estado de California, por medio de la presente yo autorizo la divulgación se todos los registros relacionados a la información psicológica, social, educativa o de desarrollo a la escuela nombrada a continuación.

Escuela a la que asistió previamente: _____

Distrito al que asistió previamente: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____



Firma del padre/guardián

Fecha

SEND RECORDS TO:

Bonsall Elementary School
31555 Old River Road
Bonsall, CA 92003

Bonsall West Elementary School
5050 El Mirlo Drive
Oceanside, CA 92057

Sullivan Middle School
7350 West Lilac
Bonsall, CA 92003

Vivian Banks Charter School
11800 Pala Mission Road
Pala, CA 92059

Bonsall High School
7350 West Lilac
Bonsall, CA 92003



FOR OFFICE USE ONLY:
Date Requested: _____
Date Received: _____
Please mail official SIGNED Transcript

