



SY- 2020-2021

Documents Required for Enrollment

1. **To prove age, Education Code section 48002 permits school to accept the following:**
 - 2 proofs of residency
2. **Immunization record**
 - Include the Tdap booster shot for all new 7th graders and new students to the district.
3. **Address verification** (two items are required)
 - Current utility bill
 - **AND** one of the following:
 - Property tax payment receipts
 - Rental property contract, lease, or payment receipts
 - Utility service contract, statements, or payment receipts
 - Pay stubs (with physical address)
 - Voter registration
 - Correspondence from a government agency
 - Declaration of residency executed by the parent or legal guardian of the student



SY- 2020-2021

Documentos requeridos para la inscripción

1. **Para demostrar la edad, la sección 48002 del Código de Educación permite que la escuela acepte lo siguiente:**
 - Copia certificada del acta de nacimiento.
 - Declaración del registrador local o registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento
 - Certificado de bautismo
 - Pasaporte
 - Cuando nada de lo anterior se puede obtener, una declaración jurada del padre, tutor o custodio, o cualquier otro medio apropiado para probar la edad del niño.
2. **Cartilla de vacunación** - Incluir la vacuna de refuerzo Tdap para todos los estudiantes de 7º grado y estudiantes nuevos en el distrito.
3. **Verificación de domicilio (se requieren dos comprantes)**
 - **Recibos de utilidad**
 - **Y uno de los siguientes:**
 - Recibos de pago de impuestos sobre la propiedad
 - Contrato de renta, arrendamiento o recibos de pago
 - Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos de pago.
 - Talones de pago
 - Registro de votantes
 - Correspondencia de una agencia del gobierno.
 - Declaración de residencia ejecutada por el padre o tutor legal del estudiante.



SAN PASQUAL VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 RT. 1, 676 BASELINE ROAD
 WINTERHAVEN, CA 92283
 (760) 572-0222

SAN PASQUAL VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT FORM

STUDENT NAME (LAST) (FIRST) (MIDDLE)			CHECK: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		GRADE	STUDENT BIRTHDATE		
PARENT(S) /GUARDIAN (S) (For Mailing Purposes)				HOME PHONE #	PARENT/GUARDIAN #1 WORK #	PARENT/GUARDIAN #2 WORK #		
RESIDENCE STREET ADDRESS (NOT P.O. BOX)			CITY	STATE ZIP	BIRTHPLACE			
MAILING ADDRESS IF DIFFERENT FROM RESIDENCE ADDRESS			CITY	STATE ZIP	STUDENT CELL PHONE #			
STUDENT ID #	ENROLLMENT DATE	ENROLLMENT CODE	DIST. OF RESIDENCE	SCHOOL OF RESIDENCE	I/S	HM RM/TEACHER #	EC	SCHOOL #
STUDENT EMAIL ADDRESS			LAST SCHOOL ATTENDED: NAME: ADDRESS CITY ZIP STATE					
SCHOOL PREVIOUSLY ATTENDED: NAMES: YEARS:				LANGUAGE OTHER THAN ENGLISH SPOKEN IN HOME:				
PREFERRED CORRESPONDENCE LANGUAGE ENGLISH SPANISH								
DOES THE STUDENT HAVE A DISABILITY? YES NO		HAS STUDENT BEEN SERVED BY AN I.E.P. / SECTION 504 PLAN? YES NO		HAS THE STUDENT EVER RECEIVED SPECIAL EDUC. OR RELATED SERVICES? YES NO				
HAS THE STUDENT BEEN EXPELLED OR RECOMMENDED FOR EXPULSION FROM ANOTHER DISTRICT? YES NO		WAS THE STUDENT ENROLLED IN AN ALTERNATIVE SCHOOL? YES NO		HAS THE STUDENT RECEIVED INTERVENTION AND/OR TUTORING SERVICES? YES NO				
STUDENT LIVES WITH: <input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> BOTH <input type="checkbox"/> GUARDIAN <input type="checkbox"/> STEPFATHER <input type="checkbox"/> STEPMOTHER <input type="checkbox"/> FOSTER PARENT <input type="checkbox"/> OTHER								
INFORMATION CONCERNING PARENT OR GUARDIAN #1	<input type="checkbox"/> MR. <input type="checkbox"/> DR. <input type="checkbox"/> MS. <input type="checkbox"/> MRS. <input type="checkbox"/> Miss		NAME (LAST NAME, FIRST)					
	RELATION TO CHILD		OCCUPATION EMPLOYER					
	MAILING ADDRESS IF DIFFERENT FROM STUDENT'S RESIDENCE ADDRESS			CITY	STATE	ZIP		
	SEND EXTRA MAILING HERE YES NO		EMAIL ADDRESS			CELL PHONE #		
INFORMATION CONCERNING PARENT OR GUARDIAN #2	<input type="checkbox"/> MR. <input type="checkbox"/> DR. <input type="checkbox"/> MS. <input type="checkbox"/> MRS. <input type="checkbox"/> Miss		NAME (LAST NAME, FIRST)					
	RELATION TO CHILD		OCCUPATION EMPLOYER					
	MAILING ADDRESS IF DIFFERENT FROM STUDENT'S RESIDENCE ADDRESS			CITY	STATE	ZIP		
	SEND EXTRA MAILING HERE YES NO		EMAIL ADDRESS			CELL PHONE #		
PARENT EDUCATION PARENT/GUARDIAN #1 1 Not a High School Grad 3 Some College 5 Graduate School/Post 2 High School Grad 4 College Graduate 6 Declined/Unknown				PARENT EDUCATION PARENT/GUARDIAN #2 1 Not a High School Grad 3 Some College 5 Graduate 2 High School Grad 4 College Graduate 6 Declined/Unknown				

(USE BALLPOINT PEN ONLY) NOTE: Parents DO NOT write in shaded areas.

NAMES OF OTHER CHILDREN IN FAMILY	DATE OF BIRTH	MALE/FEMALE	NAME OF SCHOOL (IF IN SCHOOL)

EMERGENCY CONTACT INFORMATION / DISASTER

List four (4) emergency contacts (local if possible) other than the parent / guardian, to call if the parent or guardian cannot be contacted, or who can transport the child to your home or to receive medical help in case emergency / disaster. **YOUR CHILD WILL ONLY BE DELIVERED TO THE INDIVIDUALS INDICATED BELOW:**

Contact Name	Contact Phone Number	Contact Cell Phone Number	Contact Address	Relationship to Student
1.				
2.				
3.				
4.				

PUBLICATION OF STUDENTS IN CASE OF A DISASTER - PLEASE VERIFY ONLY ONE

_____ In the event of a disaster, my child must remain under the supervision of the school until I arrive
 _____ In the event of a disaster, my child may be released to the persons listed above

***** RESTRICTION OF STUDENT RELEASE**

Name of the person who, by court, cannot pick up your child.

(THE COPY OF THE COURT'S DECREE MUST BE ON THE OFFICE FILE)

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN		DATE	
Health and Emergency Card Completed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Photocopy of current immunization attached	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Proof of Residence _____
Completed by School District Employee (Please Print) _____		Position _____	



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN PASQUAL
(UTILICE SÓLO EL BALLPOINT PEN) NOTA: Los padres NO escriben en áreas sombreadas.

Nombre del estudiante (Apellido)		(Primer)		(Segundo)		Marca:	Grado	Fecha de Nacimiento:		
						<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino				
PADRE (S) / TUTOR (S) (Para propósitos de envío)				Número de teléfono de casa		PADRE / TUTOR # 1		PADRE / TUTOR # 2		
						TRABAJO #				
DIRECCION DE LA CALLE DE RESIDENCIA (NO ES UNA CAJA DE P.O.)				Ciudad		Estado ZIP		Lugar de Nacimiento		
DIRECCIÓN DE CORREO SI ES DIFERENTE DE RESIDENCIA				Ciudad		Estado ZIP		TELEFONO CELULAR DEL ESTUDIANTE #		
STUDENT ID #	ENROLLMENT DATE	ENROLLMENT CODE	DIST. OF RESIDENCE	SCHOOL OF RESIDENCE	I/S	HM RM/TEACHER #	EC	SCHOOL #		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE			Ultima Escuela Asistida: Nombre:							
			Dirección		Ciudad		ZIP		Estado	
ESCUELA ASISTADA ANTERIORMENTE:					IDIOMA EXTERIOR AL INGLÉS QUE SE HABLA EN EL HOGAR:					
Nombres:					Cuantos Años:					
LENGUAJE DE CORRESPONDENCIA PREFERIDO										
Ingles			Español							
¿EL ESTUDIANTE TIENE UNA DISCAPACIDAD?		¿HA SIDO SERVIDO EL ESTUDIANTE POR UN PLAN I.E.P. / SECCIÓN 504?			¿HA RECIBIDO EL ESTUDIANTE EDUCACIÓN ESPECIAL? ¿O SERVICIOS RELACIONADOS?					
SI NO		SI NO			SI NO					
¿EL ESTUDIANTE HA SIDO EXPULSADO O RECOMENDADO PARA EXPULSIÓN DE OTRO DISTRITO?		¿ESTABA EL ESTUDIANTE MATRICULADO EN UNA ESCUELA ALTERNATIVA?			¿ESTABA EL ESTUDIANTE RECIBIENDO SERVICIOS DE INTERVENCIÓN Y/O TUTORÍA?					
SI No		SI NO			SI NO					
EL ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> MADRES <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> PASO-MADRE <input type="checkbox"/> PASO-PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTHER										
INFORMACIÓN SOBRE PADRES O GUARDIAN # 1] MR.] DR.		NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)							
] MS.] MRS.] Miss									
	RELACIÓN CON EL NIÑO		EMPLEADOR DE TRABAJO							
	DIRECCIÓN DE CORREO SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE				Ciudad		Estado		ZIP	
ENVIAR CORREO EXTRA AQUÍ		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO MÓVIL #				
SI NO										
INFORMACIÓN SOBRE PADRES O GUARDIAN # 2] MR.] DR.		NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)							
] MS.] MRS.] Miss									
	RELACIÓN CON EL NIÑO		EMPLEADOR DE TRABAJO							
	DIRECCIÓN DE CORREO SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE				Ciudad		Estado		ZIP	
SEND EXTRA MAILING HERE		EMAIL ADDRESS				CELL PHONE #				
YES NO										

EDUCACIÓN PARA PADRES PADRE / TUTOR # 1	EDUCACIÓN PARA PADRES PADRE / TUTOR # 1
1.No es un graduado de escuela secundaria 2 Graduado de secundaria	1. No es un graduado de escuela secundaria 2. Graduado de secundaria
3. Un poco de universidad 4. Graduado de universidad	3. Un poco de universidad 4. Graduado de universidad
5. Escuela de postgrado 6. Declinado / Desconocido	5. Escuela de postgrado 6. Declinado / Desconocido

NOMBRES DE OTROS NIÑOS EN FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO O FEMININO	NOMBRE DE LA ESCUELA (SI ESTA EN LA ESCUELA)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA / DESASTRE

Enumere cuatro (4) contactos de emergencia (locales si es posible) que no sean el padre / tutor, para llamar si no se puede contactar al padre o tutor, o quién puede transportar al niño a su casa o para recibir ayuda médica en caso de emergencia / desastre. SU HIJO SOLO SERÁ ENTREGADO A LAS PERSONAS QUE SE INDICAN A continuación:

Nombre de contacto	Número de teléfono de contacto	Teléfono celular de contacto	Dirección de contacto	Relación con el estudiante
1.				
2.				
3.				
4.				

PUBLICACIÓN DE ESTUDIANTES EN CASO DE UN DESASTRE - FAVOR DE VERIFICAR SOLAMENTE UNO

- En el caso de un desastre, mi hijo debe permanecer bajo la supervisión de la escuela hasta que llegue
- En el caso de un desastre, mi hijo puede ser entregado a las personas mencionadas anteriormente

***** RESTRICCIÓN DE LIBERACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre de la persona que, por decreto judicial, no puede recoger a su hijo.

(LA COPIA DEL DECRETO DEL TRIBUNAL DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO DE LA OFICINA)

FIRMA DE PADRE/TUTOR:	FECHA:
Health and Emergency Card Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Photocopy of current immunization attached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Residence Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Completed by School District Employee (Please Print) _____	Position _____

3/14/2019-The San Pasqual Valley Unified School District (SPVUSD) prohibits discrimination, harassment, intimidation and bullying in education programs, activities, or employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, immigration status, religious beliefs or customs, sexual orientation, parent, pregnancy, family or marital status or association with a person or a group with one or more of these an actual or perceived characteristics. SPVUSD requires that school personnel take immediate steps to intervene when safe to do so when he or she witnesses an act of discrimination, harassment, intimidation, or bullying.



SCHOOL YEAR: _____

ANNUAL VERIFICATION OF STUDENT ADDRESS

Administrative Regulation 5111.1:

Prior to admission in district schools and at the beginning of each subsequent school year, parent(s) or legal guardian(s) shall provide proof of a student's residency within the district. **Failure to provide reasonable evidence of residency will delay your student(s) being placed in classrooms (Grades TK-5) or courses (Grades 6-12).**

Reasonable evidence of residency may be established by documentation including, but not limited to, the following:

Please present two (2) of the following documents to school

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Property Tax Statement-Grant Deed | <input type="checkbox"/> Voter Registration |
| <input type="checkbox"/> Rental Lease/Contract/Rental Receipt | <input type="checkbox"/> Correspondence from a government agency |
| <input type="checkbox"/> Utility Service Bill – gas, electric, water | <input type="checkbox"/> Declaration of Residency |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub | <input type="checkbox"/> Declaration of Residency (Unaccompanied youth) |

School: _____

Student ID #: _____

Student Name: _____ Grade: _____ Date of Birth ____ / ____ / ____

Address: _____

Parent Name: _____ Parent Telephone #: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Form is NOT VALID without verification signature and date by school staff.

For school use only:

Verified by _____ **Verification Date:** ____ / ____ / ____



ANO ESCOLAR: _____

VERIFICACIÓN ANUAL DE LA DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE

Reglamento administrativo 5111.1:

Antes de la admisión en las escuelas del distrito y al comienzo de cada año escolar subsiguiente, los padres o tutores legales deben proporcionar un comprobante de la residencia de un estudiante dentro del distrito. Si no se proporciona evidencia razonable de residencia, se demorará que su (s) estudiante (s) sea asignado (s) a clases (grados TK-5) o cursos (grados 6-12).

La evidencia razonable de residencia se puede establecer mediante la documentación que incluye, entre otros, los siguientes:

Por favor presente dos (2) de los siguientes documentos al

- Declaración de impuestos a la propiedad - Alquiler de escritura
- Arrendamiento / Contrato / Recibo de renta
- Factura de servicios públicos: talón de pago de gas, electricidad, agua
- Registro de votantes
- Correspondencia de una agencia del gobierno.
- Declaración de Residencia
- Declaración de residencia (jóvenes no acompañados)

Escuela: _____ Número de identificación del estudiante _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento / /

Dirección: _____

Nombre del Padre: _____ Numero de Teléfono: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

El Formulario NO ES VALIDO sin la Firma de verificación y la fecha por parte del personal de la escuela.

For school use only:

Verified by _____ **Verification Date:** ____/____/____



CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

Instructions: *Completion of items 1-4 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school-related medical care.* Completion of items 5-8 is additionally required to authorize any other medical care. Print clearly.

The minor named below *lives in my home and I am 18 years of age or older.*

1. Name of minor: _____

2. Minor's birth date: _____

3. My name (adult giving authorization): _____

4. My home address: _____

5. I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor (see next page for a definition of "qualified relative").

6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):

____ I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor of my intent to authorize medical care and have received no objection.

____ I am unable to contact the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor currently, to notify them of my intended authorization.

7. My date of birth: _____

8. My California's [driver license](#) or identification card number: _____

Warning: Do not sign this form if any of the statements above are incorrect, or you will be committing a crime punishable by a fine, imprisonment, or both. The district reserves the right to investigate residency of students if evidence proves that the student is not actually living with the caregiver or has moved from the address provided. (SPVUSD BP 5111.1)

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Dated: _____ Signed: _____

Verified by: Notary _____

School District Employee (Signature) _____



DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADO

Instrucciones: *La terminación de los ítems 1-4 y la firma de la declaración jurada es suficiente para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y autorizar la atención médica relacionada con la escuela. La terminación de los ítems 5-8 también se requiere para autorizar cualquier otra atención médica. Imprime con claridad.*

El menor mencionado abajo **vive en mi casa y tengo 18 años o más.**

1. Nombre del menor: _____

2. Fecha de nacimiento del menor: _____

3. Mi nombre (adulto dando autorización): _____

4. Mi dirección: _____

5. Soy abuelo, tía, tío u otro pariente cualificado del menor (vea la página siguiente para una definición de "pariente cualificado").

6. Marque uno o ambos (por ejemplo, si uno de los padres fue aconsejado y el otro no puede ser localizado):

____ He aconsejado a los padres o otras personas que tienen la custodia legal del menor de mi intención de autorizar atención médica y no he recibido ninguna objeción.

____ No puedo contactar a los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor en este momento, para notificarles de la autorización que se me ha asignado.

7. Mi fecha de nacimiento: _____

8. Mi licencia de conducir de California o mi número de tarjeta de identificación: _____

Advertencia: No firme este formulario si alguna de las afirmaciones anteriores es incorrecta, o estará cometiendo un delito punible con una multa, encarcelamiento o ambos. El Distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de los estudiantes si la evidencia demuestra que el estudiante no está viviendo realmente con el cuidador o se ha mudado de la dirección proporcionada. (SPVUSD BP 5111.1)

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: Firma: _____

Verified by: Notary _____

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code. San Pasqual Valley Unified School District Board Policy and Administrative Regulations 5111 and 5111.1 approved May 9, 2017



Declaration of Residency with Another Family

I reside at _____
(Address)

In _____, California: _____
(City) (Zip Code)

Telephone # _____ and verify that _____
(Name of Parents of children listed below)

The following children are residing at my home:

Name	Date of Birth
_____	_____
_____	_____
_____	_____

The above named people will be residing at my home until they find a home of their own or until they deem necessary.

I understand that:

1. Residence means family will be living and sleeping in my home.
2. I am responsible for notifying the school within 72 hours of family's change of address.
3. Should the family be found to be residing out of the district while attending San Pasqual Valley Unified School District I can be held liable for tuition payment.

(Signature of homeowner or renter)

Date

MUST BE NOTARIZED BY A CERTIFIED NOTARY PUBLIC.



Declaración de Residencia con otra familia

Yo resido en I reside at _____
(Domicilio)

En _____, California; _____
(Ciudad) (Código postal)

Número de Teléfono _____ y verifico que _____
(Nombre de los padres de los niños listados a continuación)

Los siguientes niños residen en mi casa:

Nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Las personas nombradas arriba residen en mi casa hasta que encuentren un hogar propio o hasta que lo consideren necesario.

Entiendo Que:

1. Residencia significa que la familia vivirá y dormirán en mi casa
2. Yo soy responsable de notificar a la escuela en un plazo de 72 horas cuando la familia se cambie de domicilio.
3. Si la familia se encuentra que reside afuera del distrito para asistir en el Distrito del Valle de San Pascual puede ser responsable por el pago de matrícula.

(Firma del dueño de la casa o arrendador)

(Fecha)

DEBE SER NOTARIADO POR UN NOATARIO PUBLICO

Food Allergy Notification Form
(Formulario de notificación de alergia alimentaria)

****ONLY RETURN IF YOUR CHILD HAS FOOD ALLERGIES****
(Regresar solo si Su hijo(a) tiene alergia de comidas)

Part A		
Student's Name (Nombre de Estudiante)		Age (Edad)
Name of School (Nombre de la Escuela)	Grade (Grado)	Teacher (Homeroom) (Maestro)
Part B		
List any dietary restrictions. (Lista de cualquiera restricción de dieta)		
List any allergies or food intolerances to avoid. (Lista de alergias de comidas o comidas intolerables)		
List a choice of foods that may be used as substitutions, if available. (Lista de comidas cuales pueden ser usadas para substituir, si están disponibles)		
Parent's Signature (Firma del Padre)		Date: (Fecha)
Print Parent Name (Nombre escrito)		Phone: (teléfono)
Physician's Signature (Firma del Medico)		Date: (Fecha)
Print Physician Name (Nombre escrito del Medico)		Phone: (teléfono)

A DOCTOR'S NOTE MUST BE ATTACHED IN ORDER TO MAKE MEAL SUBSTITUTIONS.
 (Una nota del doctor debe ser mandada en orden de poder hacer las substituciones.)



Student Health Information

Student Name: _____ Grade: _____ Birth Date: _____

Home Phone: _____ Cell: _____ Work Phone: _____

Parent/Guardian: Please check the appropriate box(s), if any, that best describes your student’s current health condition(s) and return the completed form to school. Please provide specific information regarding conditions that may affect student learning and participation in school activities.

Medication: ALL medication (prescription, over the counter, homeopathic remedies, vitamins etc.), which is to be administered during the school day, or during school – sponsored activities, requires an Authorization for Medication Administration to be completed and signed by physician and parent. Students are no allowed to carry medication and/or inhalers without a signature by physician and parent on Authorization for Medication Administration form.

	Health Condition	Medication	Specific Information
	ADD/ADHD		
	Allergy- Bee, Insect Life Threatening Yes/No		
	Allergy-Food Life Threatening Yes/No		
	Allergy- to medication Life Threatening Yes/No		
	Allergy- Other Life Threatening Yes/No		
	Asthma- Mild to Moderate or Serious (circle one)		
	Autism		
	Birth Defect/Genetic Disorder		
	Bladder/Kidney Problem		
	Blood Disorders (Chronic)		
	Cerebral Palsy		
	Colitis/Crohn’s Disease		
	Diabetes (Requires meeting with District Nurse)		
	Down Syndrome/Intellectual Disability		
	Emotional/Psychological/Eating Disorder		
	Hearing Problems (infections, tubes, nerve damage, etc.)		
	Heart Problems		
	Hemophilia- Call District Nurse		
	Hypoglycemia /Physician		
	Medication taken at home, explain		
	Menstrual Problems		
	Migraine Headaches (physician diagnosed, list med)		
	Nosebleeds- (severe)		
	Orthopedic Condition		
	Prosthesis		
	Scoliosis (physician diagnosed, list med)		
	Seizure Disorder –Type		
	Sickle Cell Anemia		
	Glasses/Contact Distance or Reading		
	Other Health Concerns		

Do you currently have Health Insurance/Medi-Cal? Yes No Dental Insurance Yes No Vision Insurance Yes No
 If yes, please state name of insurance company or complaint(s) _____

IF IN NEED OF EMERGENCY MEDICAL CARE AND WE ARE NOT ABLE TO CONTACT YOU, WE WILL CALL 9-1-1. STUDENT MAY BE TRANSPORTED TO YUMA REGIONAL MEDICAL CENTER.

 Parent/Guardian Signature

 Date



Información de salud del estudiante

Nombre de Estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Numero de Trabajo:** _____

PADRE/GUARDIAN: Por favor marque las casillas correspondientes, en su caso, que mejor describe las condiciones actuales de salud de su hijo y devolver el formulario completo a la escuela. Por favor proporcionar información específica con respecto a las condiciones que pueden afectar el aprendizaje y la participación de los estudiantes en las actividades escolares.

MEDICACION: Todos los medicamentos (con receta, sin receta médica, remedios homeopáticos, vitaminas, etc.), que se va a administrar durante el día escolar o durante las actividades patrocinadas por la escuela, requiere una Autorización para Administración Medicación para ser completado y firmado por un médico y los padres. Los estudiantes no se les permite llevar la medicación y / o inhaladores sin una firma por el médico y los padres en el formulario de Autorización para Administración de Medicamentos

✓	Estado de Salud	medicación	información Especifica
	ADD/ADHD		
	Alergia- abeja/insecto Potencialmente mortal Sí/No		
	Alergia-Comida Potencialmente mortal Sí/No		
	Alergia- medicación Potencialmente mortal Sí/No		
	Alergia- Otra Potencialmente mortal Sí/No		
	Asma -Leve a moderada o serio (circule uno)		
	Autismo		
	defecto de nacimiento / trastorno genético		
	Vejiga / problema de Riñón		
	Trastorno de la sangre (crónica)		
	Parálisis cerebral		
	Colitis / Enfermedad de Chron		
	Diabetes (requiere reunión con el distrito de la enfermera)		
	Síndrome de Down / invalidez Intelectual		
	Desorden; Emocional/ Psicólogo/Comer		
	Problemas de audición (infecciones, tubos, daño en el nervio)		
	Problema de corazón - sin restricciones o sin restricciones (circule uno)		
	Hemofilia- llame a la enfermera de la escuela		
	Hipoglucemia / diagnóstico medico		
	Medicación tomada en casa		
	Problemas menstruales		
	Dolores de cabeza de migraña		
	Hemorragias nasales		
	Condición ortopédica		
	Prótesis		
	Escoliosis		
	Incautación Tipo- desorden:		
	La anemia de células falciformes (explicar)		
	Lentes/Contactos distancia o Lectura		
	Otros problemas de salud Describa:		

Tiene actualmente seguro de salud / Medí-Cal? Si No Seguro dental Si No Seguro de visión Si No
 En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros o la (s) queja (s) _____

SI NECESITA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y NO PODEMOS CONTACTARLO, LLAMAREMOS AL 9-1-1. EL ESTUDIANTE PUEDE SER TRANSPORTADO AL CENTRO MEDICO REGIONAL DE YUMA.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



PHOTOGRAPHY/VIDEO RELEASE FORM

During the school year, San Pasqual Valley Unified School District host events and gather photographs and/or video footage. Your child’s participation in these events is important, and parent permission is needed to include him or her in events where photography may take place. Parents/Guardians who prefer that their child not be photographed, or video recorded must notify their school by using this form. Schools make every effort to ensure the wishes of the parent/guardian. Please be aware that photographing and video recording by devices such as mobile phones may take place without the knowledge of the teacher, principal, or district staff.

PARENTS OR GUARDIANS: Indicate your level of permission OR use the last circle to opt out completely.

I give my permission to have my student photographed and/or video recorded by the school or district and to have my child’s name published to credit his or her work. Photos and videos may be used on school or district websites, social media, brochures, etc.

I DO NOT want my child’s name, photo, or video published publicly.

Student’s Name _____ Parent’s Signature _____

Phone (day) _____ Email Address (optional) _____

FORMULARIO PARA CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA/VIDEO

Durante el año escolar, el Distrito Unificado del Valle de San Pasqual organiza eventos y se toman fotografías y/o videos. La participación de su hijo en estos eventos es importante y se necesita el permiso de los padres para incluirlo en los eventos en los que se pueden realizar fotografías. Los padres/tutores que prefieran que su hijo no sea fotografiado o grabado en video deben notificarlo a la escuela mediante este formulario. Las escuelas hacen todo lo posible para garantizar los deseos de los padres/tutores. Tenga en cuenta que la toma de fotografías y grabación de videos mediante dispositivos como teléfonos móviles pueden realizarse sin el conocimiento del maestro, el director o el personal del distrito. **PADRES O TUTORES:** Favor de escoger una de las siguientes opciones.

Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado y/o grabado en video por la escuela o el distrito y para que se publique el nombre de mi hijo(a) a fin de acreditar su trabajo. Fotos y videos pueden ser utilizados en sitios web de la escuela o el distrito, medios de comunicación social, folletos, etc.

NO quiero que se publique públicamente el nombre, la foto, o el video de mi hijo.

Nombre del Estudiante _____ Firma del Padre/Guardián _____

Número de teléfono (día) _____ Correo Electrónico (opcional) _____

Online/Internet Services: User Obligations and Responsibilities

Students are authorized to use district equipment to access the Internet or other online services in accordance with Board policy 6163.4, the user obligations and responsibilities specified below, and the district's Acceptable Use Agreement.

1. The student in whose name an online services account is issued is responsible for its proper use at all times. Students shall keep personal account numbers and passwords private and shall only use the account to which they have been assigned.
2. Students shall use the district's system safely, responsibly, and primarily for educational purposes.
 - a. **NOT permitted:** Games, social media, Internet Games, YouTube, chat rooms, Instant Messengers, Blog Websites, Fantasy Sports, etc.
 - b. Students should save on their Google drive or approved USB Drive only.
 - c. Bypassing the school's firewall will result in loss of internet and computer use at the administration's discretion.
3. Students shall not access, post, submit, publish, or display harmful or inappropriate matter that is threatening, obscene, disruptive, or sexually explicit, or that could be construed as harassment or disparagement of others based on their race/ethnicity, national origin, sex, gender, sexual orientation, age, disability, religion, or political beliefs.
4. Unless otherwise instructed by school personnel, students shall not disclose, use, or disseminate personal identification information about themselves or others when using email, chat rooms, or other forms of direct electronic communication. Students also shall be cautioned not to disclose such information by other means to individuals contacted through the Internet without the permission of their parents/guardians.
5. Students shall not use the system to encourage the use of drugs, alcohol, or tobacco, nor shall they promote unethical practices, or any activity prohibited by law, Board policy, or administrative regulations.
6. Students shall not use the system to engage in commercial or other for-profit activities.
7. Students shall not use the system to threaten, intimidate, harass, or ridicule other students or staff.
8. Copyrighted material shall be posted online only in accordance with applicable copyright laws. Any materials utilized for research projects should be given proper credit as with any other printed source of information.
9. Students shall not intentionally upload, download, or create computer viruses and/or maliciously attempt to harm or destroy district equipment or materials or manipulate the data of any other user, including so-called "hacking."
10. Students shall not attempt to interfere with other users' ability to send or receive email, nor shall they attempt to read, delete, copy, modify, or use another individual's identity.
11. Students shall report any security problem or misuse of the services to the teacher or principal.
12. Food and drinks are not permitted near computers.
13. **No Guarantees.** The district will make good faith efforts to protect children from inappropriate or harmful matter which may be on the internet. At the same time in signing this agreement, the parent and student recognize that the district makes no guarantees about preventing improper access to such materials on the part of the student.

Student Name (please print clearly): _____

Student Signature: _____

Parent/Guardian Name (please print clearly): _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____



Servicios de Internet: Obligaciones y responsabilidades del usuario

Los estudiantes están autorizados a usar el equipo del distrito para acceder a Internet u otros servicios en línea de acuerdo con la política de la Junta 6163.4, las obligaciones y responsabilidades del usuario que se especifican a continuación y el Acuerdo de Uso Aceptable del distrito.

- 1) El estudiante en cuyo nombre se emite una cuenta de servicios en línea es responsable de su uso adecuado en todo momento. Los estudiantes mantendrán la privacidad de los números de cuenta y contraseñas personales y solo usarán la cuenta a la que se les asignó.
- 2) Los estudiantes usarán el sistema del distrito de manera segura, responsable y principalmente con fines educativos.
 - a) **NO permitido:** juegos, redes sociales, juegos en Internet, YouTube, salas de chat, mensajeros instantáneos, sitios web de blogs, deportes de fantasía, etc.
 - b) Los estudiantes deben guardar en su unidad de Google o única unidad USB aprobado.
 - c) Si se omite el firewall de la escuela, se perderá el uso de internet y de computadoras a discreción de la administración.
- 3) Los estudiantes no deben acceder, publicar, enviar, publicar o mostrar material dañino o inapropiado que sea amenazador, obsceno, perturbador o sexualmente explícito, o que pueda interpretarse como acoso o desprecio de otros en función de su raza / etnia, origen nacional, Sexo, género, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o creencias políticas.
- 4) A menos que el personal de la escuela indique lo contrario, los estudiantes no divulgarán, utilizarán ni divulgarán información de identificación personal sobre ellos mismos u otras personas cuando utilicen correos electrónicos, salas de chat u otras formas de comunicación electrónica directa. También se debe advertir a los estudiantes que no divulguen dicha información por otros medios a las personas contactadas a través de Internet sin el permiso de sus padres / tutores.
- 5) Los estudiantes no deben usar el sistema para alentar el uso de drogas, alcohol o tabaco, ni deben promover prácticas no éticas o cualquier actividad prohibida por la ley, la política de la Junta o los reglamentos administrativos.
- 6) Los estudiantes no deben usar el sistema para participar en actividades comerciales u otras actividades con fines de lucro.
- 7) Los estudiantes no deben usar el sistema para amenazar, intimidar, acosar o ridiculizar a otros estudiantes o personal.
- 8) El material con derechos de autor se publicará en línea solo de conformidad con las leyes de derechos de autor aplicables. Cualquier material utilizado para proyectos de investigación debe recibir el crédito adecuado, al igual que con cualquier otra fuente de información impresa.
- 9) Los estudiantes no deben cargar, descargar o crear virus de computadora intencionalmente o intentar maliciosamente dañar o destruir equipos o materiales del distrito o manipular los datos de cualquier otro usuario, incluido el llamado "pirateo".
- 10) Los estudiantes no deben intentar interferir con la capacidad de otros usuarios para enviar o recibir correos electrónicos, ni deben intentar leer, eliminar, copiar, modificar o usar la identidad de otra persona.
- 11) Los estudiantes deben reportar cualquier problema de seguridad o mal uso de los servicios al maestro o director.
- 12) No se permiten comidas ni bebidas cerca de las computadoras.
- 13) **No hay garantías.** El Distrito hará esfuerzos de buena fe para proteger a los niños de asuntos inapropiados o dañinos que puedan estar en Internet. Al mismo tiempo que se firma este acuerdo, el padre y el estudiante reconocen que el Distrito no ofrece garantías sobre la prevención del acceso indebido a dichos materiales por parte del estudiante.

Nombre del estudiante (por favor imprima claramente): _____

Firma del alumno: _____

Nombre del padre / tutor (por favor escriba en letra de imprenta): _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Household Income Data Collection – San Pasqual Valley USD/ 2021-2022 SY

Household Last Name: _____ Phone: _____ E-mail: _____

PART I: Fill in the following information for children living in your household

Name of Child(ren) attending a California K-12 Public School			School Attending	Birth Date	Grade Level
Last	Middle	First			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PART II: Fill in the following information for Household Size

Total number of adults and children in Household:

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

See back of this form for information on household size.

PART III: Fill in the following for each source of Household Income

Household Income reported by Frequency:					
Household Members	Amount if Paid Weekly	Amount if Paid Twice Per Month	Amount if Paid Every Other Week	Amount if Paid Monthly	Amount if Paid Annually
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
All Additional Income	\$	\$	\$	\$	\$
Subtotal	\$	\$	\$	\$	\$
Multiply Subtotal by:	X 52	X 24	X 26	X 12	
Total Income by Frequency	\$	\$	\$	\$	\$
Total Household Income (sum of all columns):					\$

PART IV: Signature

_____ Signature of Adult Household Member Completing this Form	_____ Date	_____ Printed Name of Adult Household Member Completing this Form
--	----------------------	---

3/14/2019-The San Pasqual Valley Unified School District (SPVUSD) prohibits discrimination, harassment, intimidation and bullying in education programs, activities, or employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, immigration status, religious beliefs or customs, sexual orientation, parent, pregnancy, family or marital status or association with a person or a group with one or more of these an actual or perceived characteristics. SPVUSD requires that school personnel take immediate steps to intervene when safe to do so when he or she witnesses an act of discrimination, harassment, intimidation, or bullying.

I certify (promise) that the information provided on this form is true and that I included all income. I understand that the school may receive state and federal funds based on the information I provide and that the information could be subject to review.

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

Who should I include in “Household Size”?

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

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

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

How do I report household income for pay received on a weekly, twice per month, every other week, monthly, and annual basis?

- For each household member determine the frequency in which income is received (weekly, twice per month, every other week, monthly, or annually) and enter amount in appropriate column. For example, if you are paid twice per month report the gross amount of your paycheck in the appropriate column.
- Repeat these steps for each source of income for each household member. If you have more sources of income than columns provided, report all additional income in the appropriate column.
- Add amounts reported in each column in the subtotal row. Multiply each subtotal by the appropriate number, as indicated on the form.
- Add all columns to determine the Total Household Income.

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

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

Recopilación de datos de los ingresos del hogar – San Pasqual Valley USD/2021-22

Apellido de la familia: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN I: Proporcione la siguiente información acerca de los niños que vivan en su hogar

Nombre del niño o niños que asisten a una escuela pública de California del kindergarten al doceavo grado			Escuela a la que asiste	Fecha de nacimiento	Grado
Apellido	Segundo nombre	Primer nombre			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

SECCIÓN II: Proporcione la siguiente información acerca de la cantidad de integrantes del hogar

Cantidad total de adultos y niños en el hogar:

Encierre en un círculo: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otra _____

Vea el reverso de este formulario para obtener información sobre la cantidad de integrantes del hogar.

SECCIÓN III: Proporcione la siguiente información acerca de cada fuente de ingresos del hogar

Ingresos del hogar que se declaran por frecuencia:

Integrantes del hogar	Cantidad si se le paga semanalmente	Cantidad si se le paga dos veces al mes	Cantidad si se le paga cada dos semanas	Cantidad si se le paga mensualmente	Cantidad si se le paga anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
Todos los ingresos adicionales	\$	\$	\$	\$	\$
Subtotal	\$	\$	\$	\$	\$
Multiplique el subtotal por:	X 52	X 24	X 26	X 12	
Total de ingresos por frecuencia	\$	\$	\$	\$	\$

Total, de ingresos del hogar (sume todas las columnas): \$

SECCIÓN IV: Firma

Firma del miembro de la familia

Fecha

Nombre en letra de molde

Certifico (prometo) que la información que proporciono en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.

La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.

¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), *no* las incluya.

¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”? El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual y anualmente?

- Para cada integrante del hogar, determine la frecuencia con la que recibe el ingreso (semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual o anualmente) y anote la cantidad en la columna correspondiente. Por ejemplo, si le pagan dos veces al mes, declare la cantidad bruta de su recibo de paga en la columna correspondiente.
- Repita estos pasos para cada fuente de ingresos de cada integrante del hogar. Si tiene más fuentes de ingresos que las columnas que se proporcionan, declare el ingreso adicional en la columna que corresponda.
- Sume las cantidades declaradas en cada columna en el renglón de subtotal. Multiplique cada subtotal por el número apropiado, como se indica en el formulario.
- Sume todas las columnas para determinar el total de ingresos del hogar.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que recibió \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

San Pasqual Valley Unified School District
676 Baseline Road
Winterhaven, CA 92283
760-572-0222

McKinney-Vento Homeless Assistance Act Declaration Form

I declare that my family meets one of the following conditions for the McKinney-Vento Homeless Assistance Act: (Please check all that apply)

- Lack a fixed, regular nighttime residence
- Live with a friend or relative because I cannot afford housing (Doubled-up)
- Live in a motel / hotel
- Live in an emergency shelter, transitional shelter, or domestic violence shelter
- Live in a car, trailer, park, or campground
- Other _____

Name of Parent / Guardian: _____

Address / Current Location: _____

Phone: (_____) _____ Cell: (_____) _____

Emergency Contact: _____ Phone: (_____) _____

Please list the full name of each child below and the corresponding school site.

Student	Birth Date	School	Grade

Signature of Parent / Guardian

Date

For office use only:

Entered information in Synergy – information for student(s) at your site only.

Signature of person entering information _____ Date _____

School Year: _____

3/14/2019-The San Pasqual Valley Unified School District (SPVUSD) prohibits discrimination, harassment, intimidation and bullying in education programs, activities, or employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, immigration status, religious beliefs or customs, sexual orientation, parent, pregnancy, family or marital status or association with a person or a group with one or more of these an actual or perceived characteristics. SPVUSD requires that school personnel take immediate steps to intervene when safe to do so when he or she witnesses an act of discrimination, harassment, intimidation, or bullying.

San Pasqual Valley Unified School District
676 Baseline Road
Winterhaven, CA 92283
760-572-0222

Ley McKinney-Vento para Ayuda a Personas sin Hogar

Declaro que mi familia cumple uno de los requisitos siguientes de la ley McKinney-Vento para Ayuda a Personas sin Hogar (Marque todas las respuestas que correspondan)

- No tener una residencia regular y fija para pasar la noche
- Vivir con un amigo o pariente por no poder pagar una vivienda (espacio compartido)
- Vivir en un hotel o motel
- Vivir en un refugio de emergencia, refugio transitorio o refugio para víctimas de violencia doméstica
- Vivir en un automóvil, tráiler, parque o campamento
- Otro _____

Nombre del padre/madre o tutor _____

Dirección / ubicación actual: _____

Teléfono: _____ Contacto de emergencia: _____

Indique a continuación el nombre completo de todos los hijos y la escuela correspondiente

Estudiante	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

 Firma del Padre/Madre o Tutor

 Fecha

For office use only:

Entered information in Synergy – information for student(s) at your site only.

Signature of person entering information _____ Date _____

School Year: _____

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 (Primer nombre):	Last Name (Apellido):	Middle Initial:	Child's birth date (Fecha de nacimiento):
Address (Domicilio):			Apt (Dpto.):
City (Ciudad):			ZIP code (Código postal):
School Name (Nombre de la escuela):	Teacher (Maestro):	Grade (Grado):	Child's Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> Male / <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name (Nombre del padre):	Child's race/ethnicity (Raza/origen étnico): <input type="checkbox"/> White/ Blanco <input type="checkbox"/> Black/Africano American/ Negro/Afroamericano Hispanic/Latino/ Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asian/ asiático <input type="checkbox"/> Native American/ indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multiracial/ Multirracial Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander/ Nativo de Hawái/islas del Pacífico Unknown/ Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)- Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

Assessment Date (Fecha de la evaluación):	Caries Experience (Incidencia de caries) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present (Caries visibles) : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency (Urgencia de tratamiento): <input type="checkbox"/> No obvious problem found (Ningún problema obvio) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Se recomienda atención dental temprana) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (Se necesita atención urgente)
<hr/> <i>Licensed Dental Professional Signature</i> <i>CA License Number</i> <i>Date</i> (Firma del profesional de salud dental) (Número de matrícula de CA) (fecha)			

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement (Exención del requisito de evaluación de salud dental Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.)

Please excuse my child from the dental check-up because: (Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque)

I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan (No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo). My child's dental insurance plan is (El plan de seguro dental de mi hijo es):

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None

I cannot afford a dental check-up for my child (No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo).

I do not want my child to receive a dental check-up (No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental).

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____
(Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental)

If asking to be excused from this requirement: ► _____
(Si pide ser eximido de este requisito) *Signature of parent or guardian (Firma)* *Date (fecha)*

Original to be kept in child's school record (El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor).

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report because 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.
La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.