

CONCEJO DE EDUCACIÓN

Mrs. Kathy Allavie, *President* | Mr. Tom Hunt, *Vice President*
Mr. Brent Lee, *Clerk* | Mrs. Patricia Lock-Dawson, *Member* | Dr. Angelov Farooq, *Member*
David C. Hansen, ED.D., *Superintendent*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2020-2021 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que NO se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 2/2020

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES
6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER
5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA GRADOS K-12

(incluyendo kínder transición)



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA ^{1, 2, 3}				
Ingreso a K-12 °	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

ADMITA INCONDICIONALMENTE a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016 en CA) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad; es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.

ADMITA CONDICIONALMENTE a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

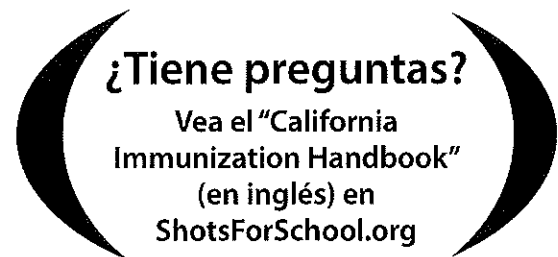
DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.



PREPARATORIA ARLINGTON

Matriculación de Nuevos Alumnos 2020-2021

Fecha de hoy _____

Nombre de alumno _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela Anterior _____ Grado para 2019-2020 _____

Padres/Tutores _____

Dirección _____ Ciudad _____

Código Postal _____ Número de Teléfono _____

¿Su alumno está en clases de Educación Especial (PEI)? Sí o No

Office Use Only:

Completed by: _____

- Has the student ever attended RUSD Yes or No Student ID: _____
- Two forms of Address Verification
- Parent/Guardian Driver's License
- Student Registration Sheet
- Request for Records
- Home Language Survey
- Copy of Immunization Card/Tdap Shot
- Copy of Student's Birth Certificate
- Copy of most recent report card or unofficial transcript
- Copy of Student's most recent I.E.P. (if applies)
- Copy of CELDT Testing (if applies)
- Foster/ Group Home Placement Paperwork (if applies) for the CRC**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2020-2021

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
Apellido del alumno	Nombre	Segundo Nombre	
Nombre legal, si es diferente		Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual		Ciudad	Código Postal
Domicilio de correspondencia, si es diferente		Ciudad	Código Postal
Teléfono del hogar ()	Celular de madre/padre ()	Celular de madre/padre ()	
Fecha de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Femenino		
2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA			
Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado
¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*	*Escuela:
3) INFORMACIÓN DE FAMILIA			
<i>Escriba su nombre y apellido</i>		Marque si el alumno vive con:	
Padre/Padrastro/Padre de crianza Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
Madre/Madrastra/Madre de crianza Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? (Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si esta activo/a, ¿Qué rama?		<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guarda Costas <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Fuerza Naval	
4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR			
Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
5) INFORMACIÓN DE SALUD			
Marque todo lo que proceda:			
<input type="checkbox"/> No se conoce algún problema de salud		Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Alergias (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Deficiencia de atención/hiperactividad		_____	
<input type="checkbox"/> Asma (<input type="checkbox"/> depende de inhalador*)		_____	
<input type="checkbox"/> Diabético (<input type="checkbox"/> depende de insulina*)		_____	
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia (<input type="checkbox"/> requiere medicamento*)		_____	
<input type="checkbox"/> Cirugías		_____	
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Otro medico (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Otros medicamentos (favor de explicar)		_____	
		* REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA ** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD	

6) PROGRAMAS ESPECIALES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Individual vigente (IEP) | <input type="checkbox"/> Educación de dotados y talentosos (GATE) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de habla | <input type="checkbox"/> Plan de Conducta/Contrato de Conducta |
| <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Equipo de estudio estudiantil (SST) |
| <input type="checkbox"/> Clase especial diurna (SDC) | <input type="checkbox"/> Foster/Hogar de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Plan 504 Adaptado | <input type="checkbox"/> Sin Hogar/McKinney-Vento |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno aplica |

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA**SUSPENSIÓN:**

-
- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*
- Mi hijo/a ésta actualmente siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)*8) NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES***Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*Por favor marque la casilla que más se asemeje a **los padres**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es graduado de preparatoria | <input type="checkbox"/> Graduado de universidad |
| <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria | <input type="checkbox"/> Escuela/Capacitación de Pos graduado |
| <input type="checkbox"/> Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) | <input type="checkbox"/> Escuela/Capacitación de Pos graduado |

9) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino
- Sí, es hispano o latino

10) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guamaniano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Otro isleño pacifico | |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano | |

***** FIRMA DE PADRE/TUTOR*****

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. **Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con:** Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

REV. 12/19

OFFICE USE ONLY**GRADE:****Student ID:** **REGISTRATION COMPLETE****DOCUMENTS VERIFIED:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Photo ID | <input type="checkbox"/> Birth Verification | <input type="checkbox"/> Transcripts |
| <input type="checkbox"/> Caregiver | <input type="checkbox"/> Emergency Card | <input type="checkbox"/> Student Housing Questionnaire |
| <input type="checkbox"/> Proof of Address | <input type="checkbox"/> Immunization record | <input type="checkbox"/> Home Language Survey |
| Proof #1 Date: _____ | <input type="checkbox"/> Physical | <input type="checkbox"/> Mandatory Parent Notification Receipt |
| Proof # 2 Date: _____ | <input type="checkbox"/> Custody documents | <input type="checkbox"/> Parent Handbook |
| | <input type="checkbox"/> Health History Form | <input type="checkbox"/> Lunch Application |

SCHOOL OF RESIDENCE:



Riverside Unified School District
 Pupil Services/SELPA Department
 5700 Arlington Ave, Riverside CA 92504

STUDENT ID#: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CUESTIONARIO DE VIVENCIA DEL ESTUDIANTE

El propósito de este cuestionario es identificar a los estudiantes que viven en una situación desamparada. El completar la información siguiente, asegurará que se provean los derechos educativos, las protecciones, y los servicios conforme al acta federal McKinney-Vento Homeless Education Assistance Act.

No aplica; el estudiante no está sin hogar (si esta casilla está marcada, proceda a firmar y fechar al final)

Si su familia está sin hogar, seleccione una de las siguientes declaraciones:

- Viviendo en un albergue, incluidos los albergues de vivienda de transición. (p.ej. *Path of Life Family Shelter*);
 Por favor proporcione el nombre del albergue: _____
 Dirección del albergue: _____
- Viviendo en las calles, edificios abandonados, en autos, casa móvil, campamentos, lugares públicos, o viviendas que no son aptas para la vivienda;
 Por favor proporcione información sobre el área en la que vive el estudiante:

- Viviendo en un hotel/motel por falta de otra vivienda adecuada;
 Por favor proporcione el nombre y la dirección del hotel/motel (incluyendo el número de habitación):

- TEMPORALMENTE** viviendo con otra familia; viviendo con otra familia o amigos debido a la falta de vivienda adecuada o por dificultades económicas.
 Por favor proporcione la dirección de donde vive el estudiante:

Por favor responda a lo siguiente si marcó una de las cuatro casillas de arriba:

Fecha en que el estudiante se mudó a esta dirección: _____
 ¿Cuánto tiempo espera estar en esta dirección? _____
 ¿Están buscando vivienda permanente? _____
 ¿Viven los padres con el estudiante? _____
 ¿Si no, con quién vive el estudiante? _____ Relación al estudiante: _____

Por favor, proporcione la siguiente información sobre los hermanos del estudiante de edad preescolar y escolar:

NOMBRE	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA	DISTRITO

Yo declaro bajo pena de perjurio de las leyes de California que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Padre/Tutor/Tutor Legal/Estudiante No Acompañado

Su Nombre en Letra de Molde

Fecha

For Office Use Only(Solamente para uso de la oficina):

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Jaemy Zavala in Pupil Services:

jzavala@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

2020-2021 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
 Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F** **Grade:** _____ **Age:** _____ **Birthdate:** _____
Genero Grado Edad Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ **Zip Code** _____ **Home Phone** _____
Domicilio Código Postal Teléfono

Father/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** ____ Yes ____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Mother/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** ____ Yes ____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication _____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? ____ Yes ____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que sí anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian**. If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older.**
Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor**. Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 años de edad.**

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/ Tutor Fecha



Riverside Unified School District
Department of Research, Assessment, and Evaluation
Home Language Survey

Assessment Center Use Only:	STU-ID: _____
School Year _____	School: _____
Appointment Date: _____	Time: _____
Distribution: Original = Cdm	Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif Ed. Code 52164.1.a	Required per NCLB & Title III Regulations

Instructions for parents/guardians: The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of the student. 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.

Student : _____	Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Grade _____	Birthdate _____
Student's Address _____	Apt. # _____	City _____	State _____	Zip _____	Home Phone _____
1. _____	Name of Previous School, District Attended _____	City _____	State _____	2. _____	Name of Previous School, District Attended _____
_____	_____	_____	_____	_____	City _____
_____	_____	_____	_____	_____	State _____

Please read and answer each question carefully to assist the school in planning the most appropriate educational program for your child:

1. Which language did your child learn when he or she first began to speak?

 2. Which language does your child use most frequently at home?

 3. Which language do you use most frequently to speak to your child?

 4. Name the language spoken most often by the adults at home?

- Would you like to have school correspondence sent home to you translated in English or another language? English Other Language _____

Write in the language

Printed name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian _____ / _____
Date

-Riverside Unified School District prohibits discrimination, harassment, intimidation, or bullying in all district programs, activities, and employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, religion, age, sex, sexual orientation, parental or marital status, pregnancy, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics.
-El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.
Form revised 2-2019

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento _____

Alergias Leves Moderadas Severas
 Abejas/insectos
 Comidas _____
 Fiebre del heno de temporada
 Alérgico al medicamento _____
 Otro _____
 EpiPen en casa EpiPen en la escuela

Limitaciones físicas _____
 Equipo especializado necesario en casa
 Equipo especializado necesario en la escuela

Soplo /enfermedad del corazón _____

Otras condiciones _____

Diabetes Tipo I Tipo II

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2020-2021
RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: http://riversideunified.org/departments/pupil_services/parent_handbook/

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión

Sí, doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. *(Como indicado arriba)*

No, no doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. *(A menos que haya sido contactado para dar permiso especial)*

Política de uso aceptable

Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno

Sí, doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

No, no doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2020-2021, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____

Fecha _____

Firma de alumno _____

Fecha _____

BOARD OF EDUCATION
Kathy Allavie, President
Tom Hunt, Vice President
Brent Lee, Clerk
Patricia Lock-Dawson, Member
Dr. Angelov Farooq, Member

Riverside Unified School District

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT
5700 Arlington Avenue
Riverside, California 92504

(951) 352-1200
FAX: (951) 274-4202

David C. Hansen, Ed.D.
District Superintendent



AVISO PARA LOS PADRES DE FAMILIA: NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO PARA LOS COLEGIOS/UNIVERSIDADES, EMPLEADORES POTENCIALES Y RECLUTADORES MILITARES

Las universidades, empleadores y oficiales de reclutamiento de los servicios militares pueden solicitar a los distritos escolares que proporcionen información para comunicarse con los alumnos del 11º y 12º grado. Esta información es conocida como «Información del Directorio» e incluye el nombre, domicilio y número de teléfono de los alumnos. Las leyes Federales incluyendo la *Ley de Ningún Niño Dejado Atrás* (NCLB) exigen que los distritos escolares proporcionen esta información cuando se la soliciten amenos que los padres hayan solicitado por escrito que no sea proporcionada.

Si usted no desea que el Distrito Escolar Unificado de Riverside proporcione esta información del directorio de su hijo/a, por favor complete el formulario de abajo y regrese a la escuela de su hijo/a antes del 20 de noviembre de 2020.

Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del alumno/a: _____ Núm. de matricula estudiantil: _____

Por medio de la presente solicito que la ***información del directorio*** de mi hijo/a, incluyendo nombre, domicilio y número de teléfono, ***NO*** se proporcione a las siguientes entidades:

Marque abajo las que apliquen

- Servicios militares (Armada, Naval, Fuerza Aérea, Infantes de Marina de los Estados Unidos) y escuelas militares
- Universidades e instituciones educacionales
- Posibles empleadores

Nombre del padre/tutor en letra de molde

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del alumno

Fecha