

BOARD OF EDUCATION

Dr. Angelov Farooq, *President* | Mr. Dale Kinnear, *Vice President*

Mr. Tom Hunt, *Clerk* | Mr. Brent Lee, *Member*

Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Member* | Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Mr. Timothy R. Walker, Deputy Superintendent, Pupil Services/SELPA
Mr. Raúl Ayala, Director of Pupil Services

2023-2024 School Year - Establishing Proof of Residency

In accordance with California Education Code, proof of residency must be established prior to enrollment in school. To establish residency, parents/guardians need to produce at least two documents from the list below including the name of parent/guardian, and current Riverside address. **Documents shall be dated within the previous thirty (30) days of their presentation to school site staff.**

Acceptable Documents Used to Establish Residency:

- Escrow Papers, with closing date not more than 30 days from the current date.
(Note: Schools may ask for the final closing docs after the 30-day date to assure residence).
- Lease/rental agreement **with** receipt from property owner;
- Mortgage statement
- Utility service contracts, statements, or payment receipts, (Gas, Electric, Water providers).
- Employer's verification of address (i.e. pay stub);
- Proof of Insurance – car or home;
- Electronic payment receipt of monthly payments or security deposit or cancelled checks;
- Statements from medical providers, (Example Kaiser Permanente)
- Mail from old address with forwarding address label with new address – online confirmation;
- Mail from state or federal government agencies; (i.e., Medi-Cal, food stamps, court ordered child support payments, DMV registration, jury summons, housing authority document, County DPSS, Medical, Cal Works, Child support statements, voter registration, taxes
- Court documents regarding foster care, guardianship, custody orders.

Documents NOT Acceptable:

- Cable, Trash, Telephone/Cellphone, bills
- Credit card statements
- Junk Mailers, (Advertisements)
- Driver's License
- Restraining Orders
- Bank Statements

Revised 2/2023

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

BOARD OF EDUCATION

Dr. Angelo Farooq, *President* | Mr. Dale Kinnear, *Vice President*

Mr. Tom Hunt, *Clerk* | Mr. Brent Lee, *Member*

Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Member* | Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA

Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2023-2024 – 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 2/2023

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

TK – 12TH GRADE

(including transitional kindergarten)



GRADE	NUMBER OF DOSES REQUIRED OF EACH IMMUNIZATION ^{1, 2, 3}				
TK-12 Admission (7th-12th) ⁸	4 Polio ⁴ TK-12 doses	5 DTaP ⁵ + 1 Tdap	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicella
7th Grade Advancement ^{9,10}	1 Tdap ⁸				2 Varicella ¹⁰

- Requirements for TK-12 admission also apply to transfer pupils.
- Combination vaccines (e.g., MMRV) meet the requirements for individual component vaccines. Doses of DTP count towards the DTaP requirement.
- Any vaccine administered four or fewer days prior to the minimum required age is valid.
- Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the 4th birthday.
- Four doses of DTaP meet the requirement if at least one dose was given on or after the 4th birthday. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the 7th birthday (also meets the 7th-12th grade Tdap requirement. See fn. 8.)
- One or two doses of Td vaccine given on or after the 7th birthday count towards the TK-12 requirement.
- For 7th grade admission, refer to Health and Safety Code section 120335, subdivision (c).
- Two doses of measles, two doses of mumps, and one dose of rubella vaccine meet the requirement, separately or combined. Only doses administered on or after the 1st birthday meet the requirement.
- For 7th-12th graders, at least one dose of pertussis-containing vaccine is required on or after the 7th birthday.
- For children in ungraded schools, pupils 12 years and older are subject to the 7th grade advancement requirements.
- The varicella requirement for seventh grade advancement expires after June 30, 2025.

DTaP/Tdap = diphtheria toxoid, tetanus toxoid, and acellular pertussis vaccine

Hep B = hepatitis B vaccine

MMR = measles, mumps, and rubella vaccine

Varicella = chickenpox vaccine

INSTRUCTIONS:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK /Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry. Students entering 7th grade who had a personal beliefs exemption on file must meet the requirements for TK/K-12 and 7th grade. See shotsforschool.org for more information.

UNCONDITIONALLY ADMIT a pupil whose parent or guardian has provided documentation of any of the following for each immunization required for the pupil's age or grade as defined in table above:

- Receipt of immunization.
- A permanent medical exemption.*
- A personal beliefs exemption (filed in CA prior to 2016); this is valid until enrollment in the next grade span, typically at TK/K or 7th grade.†

CONDITIONALLY ADMIT any pupil who lacks documentation for unconditional admission if the pupil has:

- Commenced receiving doses of all the vaccines required for the pupil's grade (table above) and is not currently due for any doses at the time of admission (as determined by intervals listed in Conditional Admission Schedule, column entitled "EXCLUDE IF NOT GIVEN BY"), or
- A temporary medical exemption from some or all required immunizations.*

GRADOS TK-12

(incluyendo kínder transición)



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

- Los requisitos para ingresar a TK-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 TK-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/Kinder 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*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) 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.*

CONDITIONAL ADMISSION SCHEDULE FOR GRADES K-12

Before admission a child must obtain the first dose of each required vaccine and any subsequent doses that are due because the period of time allowed before exclusion has elapsed.

DOSE	EARLIEST DOSE MAY BE GIVEN	EXCLUDE IF NOT GIVEN BY
Polio #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Polio #3¹	4 weeks after 2nd dose	12 months after 2nd dose
Polio #4¹	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
DTaP #3²	4 weeks after 2nd dose	8 weeks after 2nd dose
DTaP #4	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #5	6 months after 4th dose	12 months after 4th dose
Hep B #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Hep B #3	8 weeks after 2nd dose and at least 4 months after 1st dose	12 months after 2nd dose
MMR #2	4 weeks after 1st dose	4 months after 1st dose
Varicella #2	Age less than 13 years: 3 months after 1st dose	4 months after 1st dose
	Age 13 years and older: 4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose

1. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the fourth birthday. If polio #3 is the final required dose, polio #3 should be given at least six months after polio #2.
2. If DTaP #3 is the final required dose, DTaP #3 should be given at least six months after DTaP #2, and pupils should be excluded if not given by 12 months after second dose. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the seventh birthday. One or two doses of Td vaccine given on or after the seventh birthday count towards the requirement.

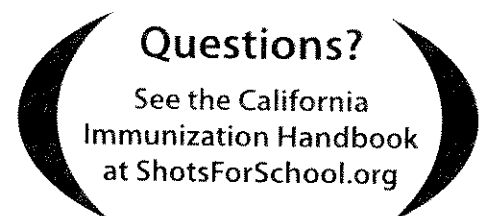
Continued attendance after conditional admission is contingent upon documentation of receipt of the remaining required immunizations. The school shall:

- review records of any pupil admitted conditionally to a school at least every 30 days from the date of admission,
- inform the parent or guardian of the remaining required vaccine doses until all required immunizations are received or an exemption is filed, and
- update the immunization information in the pupil's record.

For a pupil **transferring** from another school in the United States whose immunization record has not been received by the new school at the time of admission, the school may admit the child for up to 30 school days. If the immunization record has not been received at the end of this period, the school shall exclude the pupil until the parent or guardian provides documentation of compliance with the requirements.

* In accordance with 17 CCR sections 6050-6051 and Health and Safety Code sections 120370-120372.

f In accordance with Health and Safety Code section 120335.



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.



* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

ARLINGTON HIGH SCHOOL

Office Use Only

Month _____

New Student Enrollment 2023-2024

Today's Date ____/____/____

Student's Name _____ DOB ____/____/____

Previous School _____ Grade for 2022-2023 _____

Parent/ Guardian _____

Address _____ City _____

Zip _____ Primary Phone Number _____

Is your student in Special ED classes (IEP)? Yes or No

Office Use Only:

Completed by: _____

Student ID: _____

Start Date: _____

Current Grade: _____

AVID: _____

EL: _____

SP: _____

Has the student ever attended RUSD Yes or No

_____ 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 unofficial transcript/withdrawal grades

_____ 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

_____ AB 216

Foster Youth

_____ AB 365

Military Migration

_____ AB 1806

Homeless Youth

_____ AB 2306

Juvenile Ct

_____ AB 2121

Migrant Farmworker/Newcomer

ARLINGTON HIGH SCHOOL

Office Use Only

Inscripción de nuevos estudiantes
2023-2024

Month

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Nombre de alumno Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Escuela Anterior Grado para 2022-2023

Padres/Tutores

Dirección Ciudad

Código Postal Número de teléfono

¿Está su estudiante en clases de educación especial? (PEI)? Si o No

Solo para use de la oficina:

Student ID:

Completed by:

Has the student ever attended RUSD Yes or No

Start Date:

..... Two forms of Address Verification

..... Parent/ Guardian Driver's License

Current Grade:

..... Student Registration Sheet

..... Request for Records

AVID:

..... Home Language Survey

EL:

..... Copy of Immunization Card/Tdap Shot

..... Copy of Student's Birth Certificate

SP:

..... Copy of unofficial transcript/withdrawal grades

..... 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

... AB 216
Foster Youth

AB 365
Military Migration

AB 1806
Homeless Youth

AB 2306
Incarcerated

AB 2121
Migrant Farmworker Newcomer



RUSD

**RIVERSIDE UNIFIED
SCHOOL DISTRICT**

Student Housing Questionnaire

Student Last Name	First	Middle	Date of Birth	ID Number

The information provided below will help the LEA determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations? **Check all that apply.**

- ☐ Living in a single-home residence that is permanent
- ☐ Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or Federal Emergency Management Agency (FEMA) trailer
- ☐ Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing, or similar reason
- ☐ Living in a car, park, campground, abandoned building, or other inadequate accommodations (i.e. lack of water, electricity, or heat)
- ☐ Temporarily living in a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, etc.
- ☐ I am a student under the age of 18 and living apart from parent(s) or guardian

The undersigned parent/guardian certifies that the information provided above is correct and accurate.

Print Parent/Guardian Name	Signature	Date

Phone number	Street Address	City	State	Zip Code

Please list all school aged children currently living with you:

Name	M/F/Nonbinary	Birthdate	Grade	School

Your child or children may have the right to:

- Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.
- Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

If you have any questions about these rights, please contact the local homeless liaison,
Chris Sewell, by phone at (951) 352-1200 or by email at csewell@riversideunified.org

FOR OFFICE USE ONLY

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

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, physical or mental disability, physical gender, gender identity, gender expression, nationality, national origin, race or ethnicity, immigration status, ethnic group identification, religion, sex, sexual orientation, parental or marital status, pregnancy, medical condition, genetic information or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics. If you have any complaints or questions regarding this policy you may contact: Senior Administrator for Pupil Services or the District Complaint Officer 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 or (951)352-1200

**RUSD****RIVERSIDE UNIFIED
SCHOOL DISTRICT****Cuestionario de Residencia del Estudiante**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Marque todo lo que corresponda.**

- ☐ Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- ☐ Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- ☐ Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- ☐ Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- ☐ Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- ☐ Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Enumere todos los niños en edad escolar que viven actualmente con usted:

Nombre	M/F/Non binario	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, **Chris Sewell**, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico csewell@riversideunified.org

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

Riverside Unified School District New Student Registration 2023-2024

1) STUDENT INFORMATION				
Student Last Name		Student First Name		Middle Name
Legal Name, if different			Family Email Address	
Current Street Address			City	Zip Code
Mailing Address, if different			City	Zip Code
Home phone ()	Parent/Guardian Cell ()		Parent/Guardian Cell ()	
Student Date of Birth	Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Nonbinary			
2) LAST SCHOOL ATTENDED				
Name of School	Date Last Attended	Grade	City/County/State	
Has student previously attended a RUSD school? ☐ No ☐ Yes* *School:				
3) FAMILY INFORMATION				
Please include first and last name			Check if student lives with	
Parent/Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent ☐				
<i>This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.</i>				
Please check the box that most closely pertains to <u>you</u> :				
☐ Not a high school graduate ☐ College graduate ☐ High school graduate ☐ Graduate school/Post graduate training ☐ Some college (2 or 4 yr College or University) ☐ Declines to state or unknown graduate				
Parent/Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent ☐				
<i>This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.</i>				
Please check the box that most closely pertains to <u>you</u> :				
☐ Not a high school graduate ☐ College graduate ☐ High school graduate ☐ Graduate school/Post graduate training ☐ Some college (2 or 4 yr College or University) ☐ Declines to state or unknown graduate				
Is Either Parent/Guardian on Active Duty in the Armed Forces? ☐ Yes ☐ No (Active duty is defined as full-time duty in Air Force, Army, Coast Guard, Marines, or Navy) If Active, What Branch? ☐ Air Force ☐ Army ☐ Coast Guard ☐ Marines ☐ Navy				
4) OTHER CHILDREN LIVING AT HOME				
Name (first and last)	Date of Birth	Grade	School	

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2023-2024

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno		Nombre del alumno		Segundo Nombre	
Nombre legal, si es diferente			Correo electrónico de la familia		
Domicilio actual			Ciudad	Código Posta	
Domicilio de correspondencia, si es diferente			Ciudad	Código Posta	
Teléfono del hogar ()		Celular de madre/padre ()		Celular de madre/padre ()	
Fecha de nacimiento		Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario			

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 ☐ No ☐ Si *Escuela:			

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido		Marque si el alumno vive con	
Padre/Madre/Padraastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza		☐	
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:			
☐ No es graduado de preparatoria ☐ Graduado de universidad ☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela/Capacitación de Pos graduado			
☐ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ☐ Escuela/Capacitación de Pos graduado			
Padre/Madre/Padraastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza		☐	
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:			
☐ No es graduado de preparatoria ☐ Graduado de universidad ☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela/Capacitación de Pos graduado			
☐ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ☐ Escuela/Capacitación de Pos graduado			
☐ Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? ☐ Si ☐ No			
Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)			
Si esta activo/a, ¿Qué rama? ☐ Fuerza Aérea ☐ Ejército ☐ Guarda Costas ☐ Marina ☐ Fuerza Naval			

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) HEALTH INFORMATION

Check all that apply:

- ☐ No known health problems
- ☐ Allergies (please explain)
- ☐ Attention Deficit/Hyperactivity
- ☐ Asthma (☐ Inhaler dependent*)
- ☐ Diabetic (☐ Insulin dependent*)
- ☐ Seizures/Epilepsy (☐ Medication required*)
- ☐ Surgeries
- ☐ Serious Illness (please explain)
- ☐ Other Medical (please explain)
- ☐ Other Medications* (please explain)

Comments:

* REQUIRES DOCTOR'S NOTE/COMPLETION
OF DOCTOR'S AUTHORIZATION FORM
** SEE PARENT HANDBOOK FOR MORE
HEALTH SERVICES INFORMATION

6) SPECIAL PROGRAMS

- ☐ Yes, my child has a current Individualized Education Plan (IEP)
- ☐ Gifted and Talented Education (GATE)
- ☐ Behavior Plan/Behavior Contract
- ☐ Speech Therapy
- ☐ Student Study Team
- ☐ Other _____
- ☐ NONE
- ☐ Foster/Group Home
- ☐ Special Day Class (SDC)
- ☐ Homeless/McKinney-Vento
- ☐ 504 Accommodation Plan
- ☐ Resource Specialist Program (RSP)
- ☐ My child has been tested for special education

7) PAST BEHAVIOR HISTORY

SUSPENSION:

- ☐ My child has previously been suspended from a public/private school.*

EXPULSION:

- ☐ My child has been expelled from a public/private school or district.*
- ☐ My child is currently being referred for expulsion from a public/private school or district.*

* Parents are required by law to divulge this information (EC 48918)

8) STUDENT ETHNICITY

- ☐ No, not Hispanic or Latino
- ☐ Yes, Hispanic or Latino

9) STUDENT RACE (select one or more)

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Filipino
- ☐ Korean
- ☐ Tahitian
- ☐ Asian Indian
- ☐ Guamanian
- ☐ Laotian
- ☐ Vietnamese
- ☐ Black or African American
- ☐ Hawaiian
- ☐ Other Asian
- ☐ White
- ☐ Cambodian
- ☐ Hmong
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Chinese
- ☐ Japanese
- ☐ Samoan

*** PARENT/GUARDIAN SIGNATURE***

My signature certifies that all information provided on this form is accurate. I understand that changes in address, telephone numbers, and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my child.

Parent/Guardian Signature

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, physical or mental disability, medical condition, gender, gender identity, gender expression, or genetic information, nationality, national origin, immigration status, race or ethnicity, ethnic group identification, religion, 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. If you have any complaints or questions regarding this policy you may contact:

Director of Pupil Services or the District Complaint Officer 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 or (951) 352-1200

REV 2/23

OFFICE USE ONLY

GRADE:

Student ID:

☐ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: ☐ Birth Verification ☐ Transcripts ☐ Photo ID ☐ Emergency Card ☐ Student Housing Questionnaire
☐ Caregiver ☐ Immunization record ☐ Home Language Survey ☐ Proof of Address ☐ Physical
☐ Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ ☐ Custody documents
☐ Parent Handbook Proof #2 Date: _____ ☐ Health History Form ☐ Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

- ☐ No se conoce algún problema de salud Comentarios:
- ☐ Alergias (favor de explicar)
- ☐ Deficiencia de atención/hiperactividad
- ☐ Asma (☐ depende de inhalador*)
- ☐ Diabético (☐ depende de insulina*)
- ☐ Convulsiones/Epilepsia (☐ requiere medicamento*)
- ☐ Cirugías
- ☐ Enfermedades graves (favor de explicar)
- ☐ Otro medico (favor de explicar)
- ☐ Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

* 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

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

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 está 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) ETNICIDAD DEL ALUMNO

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

9) RAZA DEL ALUMNO (elijá uno o más)

- ☐ Indígena americana o de Alaska ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Tahitiano ☐ Indio asiático ☐ Guamaniano ☐ Laosiano ☐ Vietnamita
- ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otro asiático ☐ Caucásico ☐ Camboyano ☐ Hmong ☐ Otro isleño pacífico
- ☐ Chino ☐ Japonés ☐ 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: Director de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200 REV. 02/22

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: ☐ Student ID: ☐ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: ☐ Birth Verification ☐ Transcripts ☐ Photo ID ☐ Emergency Card ☐ Student Housing Questionnaire

☐ Caregiver ☐ Immunization record ☐ Home Language Survey ☐ Proof of Address ☐ Physical

☐ Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ ☐ Custody documents

☐ Parent Handbook Proof #2 Date: _____ ☐ Health History Form ☐ Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

2023-2024 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

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

Name _____
Last / Apellido _____ First / Nombre _____

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

Parent/Guardian Name _____ Work Phone _____ Cell _____
Padre/Tutor _____ Num. del Trabajo _____
Email Address _____ Lives with student _____ Yes _____ No
Correo Electrónico _____ Vive con el estudiante _____

Parent/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 si 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/ _____ Fecha _____
Tutor Rev. 02/2023

2023-2024 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____

Completed by _____

Student ID # _____

Gender: M / F / Nonbinary
Genero

Grade: _____
Grado

Age: _____
Edad

Birthdate: _____
Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____
Domicilio

Zip Code _____
Código Postal

Home Phone _____
Teléfono

Parent/Guardian Name _____
Padre/Tutor

Work Phone _____
Num. del Trabajo

Cell _____

Email Address _____
Correo Electrónico

Lives with student _____ Yes _____ No
Vive con el estudiante

Parent/Guardian Name _____
Padre/Tutor

Work Phone _____
Num. del Trabajo

Cell _____

Email Address _____
Correo Electrónico

Lives with student _____ Yes _____ No
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

Nombre del doctor

Phone

Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student?

¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

Yes

No

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 _____

Firma de Padre/

Tutor Rev. 02/2023

Date

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 = Cum 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. _____		City _____		State _____		2. _____		City _____		State _____	
Name of Previous School, District Attended _____		City _____		State _____		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
- X _____ /
Signature of Parent/Guardian Date

Write in the language

Printed name of Parent/Guardian



Distrito escolar unificado de Riverside
Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

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

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

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

Alumno: _____	Apellido _____	Primero _____	Segundo _____	Grado _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Area postal _____	Teléfono _____
1. _____	2. _____				
Nombre de la escuela, distrito escolar anterior _____ Ciudad, Estado _____ Ciudad, Estado _____					

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela
traducido al español o ingles? _____ Ingles _____ Otro idioma _____
Nombre del otro idioma _____

X _____ /
Firma del Padre/tutor _____ Fecha _____
Nombre escrito del Padre/tutor _____

School Funding Form – Riverside Unified School District (School Year 2023-2024)

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

Name of Child(ren) attending a RUSD School		School Name	Birth Date (MM/DD/YY)	Student ID# Ex: 123456
First Name	Last Name			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

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

Household Income reported by Frequency:				
Total Household Size	Monthly Household Income Range	Monthly Household Income Range	Monthly Household Income Range	Monthly Household Income Range
1	☐ \$0 - \$1,580	☐ \$1,581 - \$2,248	☐ \$2,249 - or more	
2	☐ \$0 - \$2,137	☐ \$2,138 - \$3,041	☐ \$3,042 - or more	
3	☐ \$0 - \$2,694	☐ \$2,695 - \$3,883	☐ \$3,884 - or more	
4	☐ \$0 - \$3,250	☐ \$3,251 - \$4,625	☐ \$4,626 - or more	
5	☐ \$0 - \$3,807	☐ \$3,808 - \$5,418	☐ \$5,419 - or more	
6	☐ \$0 - \$4,364	☐ \$4,365 - \$6,210	☐ \$6,211 - or more	
7	☐ \$0 - \$4,921	☐ \$4,922 - \$7,003	☐ \$7,004 - or more	
8	☐ \$0 - \$5,478	☐ \$5,479 - \$7,795	☐ \$7,796 - or more	

If more than 8 household members, please call Nutrition Services at 951-352-6740 for assistance.

PART III: Signature

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.

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

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.

Formulario escolar de Financiación - El Distrito Escolar Unificado de Riverside (Año escolar 2023-2024)

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 del Distrito Escolar Unificado de Riverside		Nombre de Escuela	Fecha de nacimiento	Número de Identificación
Primer Nombre	Apellido			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

SECCIÓN II: 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 mensualmente	Cantidad si se le paga mensualmente	Cantidad si se le paga mensualmente
1	☐ \$0 - \$1,580	☐ \$1,581 - \$2,248	☐ \$2,249 - or more
2	☐ \$0 - \$2,137	☐ \$2,138 - \$3,041	☐ \$3,042 - or more
3	☐ \$0 - \$2,694	☐ \$2,695 - \$3,883	☐ \$3,884 - or more
4	☐ \$0 - \$3,250	☐ \$3,251 - \$4,625	☐ \$4,626 - or more
5	☐ \$0 - \$3,807	☐ \$3,808 - \$5,418	☐ \$5,419 - or more
6	☐ \$0 - \$4,364	☐ \$4,365 - \$6,210	☐ \$6,211 - or more
7	☐ \$0 - \$4,921	☐ \$4,922 - \$7,003	☐ \$7,004 - or more
8	☐ \$0 - \$5,478	☐ \$5,479 - \$7,795	☐ \$7,796 - or more

Si más de 8 integrantes en el hogar por favor llamen a Servicios de Nutrición al 951-352-6740 para asistencia.

SECCIÓN III: Firma

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.

Firma del miembro adulto que llenó este formulario

Fecha

Nombre en letra de molde del miembro adulto que llenó este formulario

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.

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS and PARENTS HANDBOOK 2023-2024
MANDATORY PARENT NOTIFICATION RECEIPT
(A form must be on file at each school/for each student)

Dear Parent/Guardian:

Please read and discuss the **Riverside Unified School District SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS AND PARENTS HANDBOOK** on the RUSD website with your child, for clarification of rules before you and your child sign below to acknowledge your understanding and agreement to abide by RUSD rules and policies.

The handbook can be located at RUSD website:

<https://www.riversideunified.org/departments/pupil-services/parent-handbook>

School Attendance Information – Please read and review with your student the Attendance Information section of this handbook. It is important for parents and students to know and understand the legal requirements for students to attend school each day the schools are open and in session. This section also very clearly defines what constitutes an excused absence from school.

Discipline Information – Please review the Discipline section of this handbook with your student. Your signature below indicates you have reviewed the Discipline information and discussed school rules with your student.

Media Release - The district occasionally receives requests from the news media and other agencies to photograph or videotape/record students. These requests are often received on a spur of-the-moment basis, which makes it difficult to obtain immediate parental consent. Parental consent is requested for your student to be photographed/videotaped/recorded during the school year. This may include District promotional news clips for social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs etc.).

Acceptable Use Agreement - Rules and Regulations #6163.4(g) (Ref. Policy #6163.4)

As the parent or guardian, I hereby consent to my student's use of the Internet at school. I also agree not to hold the district responsible for materials acquired by the student on the system, for violations of copyright restrictions, users' mistakes, negligence, or any costs incurred by users.

Publishing Student Work/Photo/Name – Student work and photos may be published on the Internet for a world-wide audience via www.riversideunified.org or other District affiliated social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc) with the consent of the student and (if the student under 18) parent/guardian.

CUT ALONG DOTTED LINE, SIGN IMMEDIATELY AND RETURN TO SCHOOL OFFICE

Student's Name _____ DOB _____

School _____ Grade _____

Please respond by checking the appropriate box:

Media Release

- ☐ **Yes, I give** permission for my student to be photographed or videotaped. *(as outlined above)*
☐ **No, I do not give** permission for my student to be photographed or videotaped. *(unless I have been reached to give special permission)*

Acceptable Use Agreement

- ☐ **Yes, I/We hereby agree** to comply with the Acceptable Use Policy.
☐ **No, I do not agree** to comply with the Acceptable Use Policy.

Publishing Student Work/Photo/Name

- ☐ **Yes, I give** permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify any background photos).
☐ **No, I do not give** permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify photos).

By signing I acknowledge that I have read, discussed and understand the School Information for Students and Parents Handbook 2023-2024, and I have reviewed the school discipline information in this booklet.

Parent/Guardian Signature _____

Student Signature _____

Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2023-2024
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: <https://www.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 2023-2024, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de alumno _____ Fecha _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Health Services
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY FORM

School _____

Student Name _____ ☐ Male ☐ Female ☐ Nonbinary

Birthdate _____ Age _____ Grade _____

☐ My child **does not** have any health issues at this time.

If your child has health issues please answer the following questions:

Does your child take medication on a routine basis? ☐ Yes ☐ No ☐ During school hours? ☐ Yes ☐ No If yes,

Name of medication _____ Name of medication _____

Name of medication _____ Name of medication _____

If your child must take prescriptions or over the counter medications during the school day, complete the Medication Administration parent/physician authorization form and return to the school office. (One form for each medication).

Check ☒ the box and explain if your child has a history of or now has the following conditions or concerns.

☐ Asthma
☐ Seizures

☐ Date of last seizure _____
☐ Type _____
☐ Currently takes medication for seizures _____

☐ Allergies

☐ Bees _____
☐ Foods _____
☐ Medication _____
☐ Other _____

☐ Physical Limitations _____
☐ Special Equipment needed at home
☐ Special Equipment needed at school _____

☐ Lactose Intolerance

☐ Heart/Cardiac Condition _____

☐ Other Conditions _____

☐ Diabetes ☐ Type I ☐ Type II

• Has your child been hospitalized for diabetes? ☐ Yes ☐ No

If yes, give date and explain hospital course: _____

• Can your child monitor his/her blood glucose level independently? ☐ Yes ☐ No

• Can your child tell if he/she is having symptoms of high or low blood glucose levels? ☐ Yes ☐ No

If yes, what are his/her symptoms? _____

• Has Glucagon ever been given to your child? ☐ Yes ☐ No Last given: _____

Is your child **currently** under a doctor's care for any of the above? ☐ Yes ☐ No

If yes: Doctor's name _____ Phone _____ Fax _____

Address _____

☐ I hereby give permission to share information pertaining to the health of my child with school staff who need to know.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

☐ Original to Cum ☐ Sent to District Nurse ☐ Health Assistant ☐ Teacher

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 ☐ No binario

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**

☐ **Convulsiones**

☐ Fecha de la última convulsión _____

☐ Tipo de convulsión _____

☐ Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

☐ **Alergias**

☐ Abejas

☐ Comidas _____

☐ Alérgico al medicamento _____

☐ Otro _____

☐ **Limitaciones físicas** _____

☐ Equipo especializado necesario en casa

☐ Equipo especializado necesario en la escuela

☐ **Intolerancia a la lactosa**

☐ **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 Glucagon? ☐ 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:

☐ Original to Cum

☐ Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100)

☐ Health Assistant

☐ Teacher

BOARD OF EDUCATION
Dr. Angelo Farooq, President
Mr. Dale Kinnear,
Vice President
Mr. Tom Hunt, Clerk
Mr. Brent Lee, Member
Dr. Noemi Hernandez-
Alexander, Member

Riverside Unified School District

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

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



PARENT NOTICE: NON-RELEASE OF DIRECTORY INFORMATION FOR COLLEGES/UNIVERSITIES, POTENTIAL EMPLOYERS AND MILITARY RECRUITERS

Colleges, universities, employers, and military recruiters may request school districts to release student contact information for 11th and 12th grade students. This information is known as "directory information" and it includes the student's name, address, and telephone number. Federal law including the *No Child Left Behind Act* (NCLB) requires that school districts release this information upon request unless the parent has requested in writing that it not be released.

If you do not want the Riverside Unified School District to release directory information for your student, please fill out the form below and return it to your student's school before November 17, 2023.

Date: _____ Name of School: _____

Student Name: _____ Student ID#: _____

I hereby request my student's directory information, including name, address, and telephone number, **NOT** be released to the following entities:

Check one or more below that apply:

☐

Military (United States Army, Navy, Air Force, Marines) and military schools

☐

Colleges, universities, and educational institutions

☐

Potential employers

Print Name of Parent or Legal Guardian _____

Date _____

Signature of Parent or Legal Guardian _____

Date _____

Signature of Student _____

Date _____

BOARD OF EDUCATION
Dr. Angelo Farooq, President
Mr. Dale Kinnear, Vice President
Mr. Tom Hunt, Clerk
Mr. Brent Lee, Member
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, Member

Riverside Unified School District

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

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

Renee Hill
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 17 de noviembre de 2023.

Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____

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

Por medio de la presente solicitó 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