



**Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville**  
**Lista de cotejo de registro para jardín de niños 2017-2018**

Le damos la bienvenida a Ud. y a su niño al Jardín de niños! Sera un maravillosos año lleno de experiencias de aprendizaje y crecimiento. Por favor empiece por registrar a su niño. La lista de cotejo abajo incluye lo que necesitara para matricular a su niño para el año escolar 2017-2018. Por favor asegúrese de incluir todas las formas para completar el proceso de registro.

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

1. Forma de registro (Dos páginas; asegúrese de firmar y colocar la fecha)
2. Forma de Aplicación de Interés de Lenguaje Dual (Si se aplica)
3. Fotocopia de Certificado de Nacimiento (esto puede ser del Estado o del Hospital)  
Los niños deben tener 5 años para Setiembre 1ro. del año calendario en el que están registrándose para Jardín de niños
4. Registro de vacunas - no olvide firmar y colocar fecha en esta forma  
Vacunas que se requieren para el ingreso escolar:
  - a. DPT
  - b. Polio
  - c. Sarampión
  - d. Hepatitis B
  - e. Varicela or historia de varicela
  - f. Hepatitis A
5. Forma de examen de Visión. (Todos los estudiantes de 7 años o menores que ingresan al programa educacional por primera vez deben enviar un certificado de examen de visión/examen de la vista dentro de los 120 días de que el estudiante haya empezado la escuela)
6. Examen de Certificación Dental (Todos los estudiantes de 7 años o menores que ingresan al programa educacional por primera vez deben enviar un certificado de examen dental dentro de los 120 días de que el estudiante haya empezado la escuela)

**Fechas Importantes:**

- |                     |                                                                                                                                    |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 de Enero, 2017    | Registro de Jardín de niños empieza en todas las escuelas primarias.                                                               |
| 17 de Enero, 2017   | Noche de Información del programa de lenguaje Dual en la Primaria Lowrie. 6:00 pm (se brinda cuidado de niños).                    |
| 30 de Enero, 2017   | Reunión de Padres de Educación Especial a Edad Temprana<br>5:00 pm, Boardroom de la oficina del Distrito de West Linn-Wilsonville. |
| 2 de Febrero, 2017  | Lotería del programa de Lenguaje Dual (Si es necesario).                                                                           |
| 6 de Febrero, 2017  | Padres serán notificados de la ubicación de sus niños en el programa Dual.                                                         |
| 13 de Febrero, 2017 | Padres deben confirmar la ubicación de sus niños en el programa de lenguaje dual.                                                  |
| Mayo 2017           | Jardín de niños Escuela abierta en los Escuelas Primarias.                                                                         |

**PARA REGISTRARSE TRAIGA ESTA LISTA DE COTEJO CON TODAS LAS FORMAS A LA ESCUELA.**

Nombre:

(Apellido primero, luego nombre)

# Distrito Escolar West Linn Wilsonville #3Jt

## Forma de Registro

Maestro/Consejero:

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
 Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
 Grado Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Genero:  Masculino  Femenino Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Etnicidad: Hispano/Latino?**  Si  No  
**Grupo Racial (marque lo que aplique):**  Nat. Americano/Nat. de Alaska  Asiático  
 (Debe de marcar cuando menos una.)  Negro o Afro Americano  Nat. de Hawai/Isla del Pacífico  
 Blanco

**Tel. Celular del Estudiante/Texto:** Las escuelas pueden comenzar a contactar a estudiantes a través del teléfono celular o mensajes de texto. Por favor provea la siguiente información si su estudiante tiene un celular o un equipo de textos.  
 Numero Celular: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
 No apruebo que la escuela use el celular o mensajería de textos de mi hijo para comunicaciones.

**Información del Padre/Guardián:** La dirección proveída debe de ser la residencia primaria del estudiante  
 Relación:  Madre  Padre  Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ponga sus iniciales para confirmar que la dirección de arriba es la residencia del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Tel. de la Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono no Enlistado?  Si  No Empleador: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
**Padre/Guardián Adicional (en la misma dirección):**  
 Relación:  Madre  Padre  Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de Correo Extra:**  
 Bajo ciertas circunstancias, el distrito puede mandar correos extras, por ejemplo, a los padres que no tienen la custodia. Si un correo extra es deseado, por favor provea la información abajo:  
 Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
 Tel. de la Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono no Enlistado?  Si  No Empleador: \_\_\_\_\_  
 Otro Tel. : \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Describa las circunstancias que UD crea justifique un correo secundario: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Documentos Legales o de Custodia:**  
 Por favor enliste los nombres de cualquiera que tenga custodia legal de este niño (a): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Existen documentos legales referente a la custodia de este niño (a)?  Si  No  
 Si la respuesta es SI, UD tiene que proveer copia de los documentos cuando entregue esta forma.

**Otros Contactos de Emergencia:** Las partes (incluyendo el Proveedor de Cuidados infantiles, si es apropiado) listados a continuación están autorizados para recoger a su hijo de la escuela y para tomar determinaciones relacionadas con casos de emergencia, enfermedades graves y accidente.

Nombre	Teléfono/Trabajo/Celular	Relación
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____

**Hermano(a,s):** Por favor liste los nombres, edades, grados & escuela de cualquier hermano(a,s).

Nombre	Edad	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Escuela(s) Previas** Nombre, Lugar y Fechas  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas:** Por favor marque las condiciones que correspondan y explique a continuación:

<input type="checkbox"/> Alergias peligrosas	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas del Oído
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vista

Detalles/Otras preocupaciones de salud: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medicamentos que está tomando/Dosis:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 El personal de Enfermería del Distrito Escolar se pondrá en contacto referente información específica en estas situaciones.

**Negación de Permiso:** (Ponga su inicial en cada artículo en el cual niega su permiso):  
 **No apruebo** el uso que mi hijo (a) sea fotografiado (a) o video grabado (a) con propósitos educativos, incluyendo el uso en el sitio de Internet de la escuela o distrito.  
 **No quiero** que ninguna información de contacto de mi familia sea revelado por el distrito escolar. Esto significa que los directorios de la escuela no incluirán la dirección de mi familia, número telefónico o correo electrónico.  
 **No quiero** que cualquier otra información acerca de mi hijo o mi familia aparezca en cualquier publicación escolar. Entiendo que esto significa que mi hijo no será incluido en anuarios, listas de deportes, noticias de teatros, y otras actividades relacionadas que sean publicadas.  
 (Para estudiante de prepa) **No apruebo** que mi estudiante sea incluido en información mandada a los militares con propósitos de reclutamiento.  
 en el directorio.

Nombre \_\_\_\_\_  
(Apellido primero y luego el nombre)

**Distrito Escolar West Linn-Wilsonville #3J**  
**Forma de Registro**

Maestro/Consejero: \_\_\_\_\_

**Servicios Especiales** (Por favor marque las áreas en las cuales su hijo (a) ha recibido servicios especiales el pasado año):

\_\_\_\_\_ Titulo I                      \_\_\_\_\_ Educación de Talentos                      \_\_\_\_\_ Educación Especial (IEP)  
\_\_\_\_\_ Inglés como Segunda Lengua)                      \_\_\_\_\_ Plan 504                      \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Plan de Emergencia por Cierre Anticipado (para niños de Escuela Primaria) - Si la escuela cierra temprano, que debe de hacer su hijo (por favor escoja solamente DOS):**

\_\_\_\_\_ Tomar el camión para la casa y entrar en ella.                      \_\_\_\_\_ Tomar el camión y quedarse con \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_ Será recogido (a) por \_\_\_\_\_.                      \_\_\_\_\_ Caminar hacia la casa y entrar en ella.  
\_\_\_\_\_ Tomar el camión hacia \_\_\_\_\_ en la Guardería.  
\_\_\_\_\_ Plan Alternativo: \_\_\_\_\_

**Encuesta del Lenguaje:**

Cuál es el lenguaje que aprendió primero el Estudiante? \_\_\_\_\_

Cuál es el lenguaje primario del Estudiante? \_\_\_\_\_ Qué lenguaje (s) se habla (n) en casa? \_\_\_\_\_

Se ha UD trasladado durante los últimos tres años con el propósito de obtener trabajo de estación ó temporal de agricultura, silvicultura ó pesca? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ha perdido el estudiante más de tres meses de escuela? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "sí", dónde? \_\_\_\_\_

**Complete las siguientes preguntas si el inglés no es el único idioma enlistado arriba.**

Lengua Nativa del Padre \_\_\_\_\_

Lengua Nativa de la madre \_\_\_\_\_

Qué lenguaje es más usado por los adultos en la familia?

\_\_\_\_\_

Qué lenguaje usa el estudiante para comunicarse con los adultos en casa?

\_\_\_\_\_

Qué lenguaje usa el estudiante mas frecuentemente para comunicarse con sus amigos?

\_\_\_\_\_

Toda la información proveída en ambos lados de esta forma es exacta hasta donde yo tengo conocimiento.

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**WEST LINN – WILSONVILLE SCHOOL DISTRICT**  
**Forma de Interés de Aplicación para Programa Dual 2017-2018**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre(s) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Día/Celular \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

- Si, Me gustaría que mi niño fuera ubicado en el programa de lenguaje dual (Español) de Jardín de niños. Entiendo que este es un programa de Jardín de niños a 5to grado. Comprendo que el registro para este programa es sujeto a un proceso de lotería el cual el interés excede la capacidad de clase, por lo tanto la fecha límite para esta forma es el 31 de Enero, 2017. La lotería se llevara a cabo el 2 de Febrero, 2017 si se requiere.

Tenemos un modelo 50:50 lo cual significa que el 50% de instrucción es en Español y 50% en Ingles

Por Favor marque su preferencia de Ubicación:

- Primaria Lowrie - el programa en Lowrie es un programa de inmersión de 2 vías, lo que significa que la mitad de los estudiantes hablan español como su primer idioma y la mitad de los estudiantes hablan Inglés como su primer idioma.
- Primaria Trillium Creek - el programa en Trillium Creek es primariamente un programa de inmersión de una ya que la mayoría de los estudiantes son Anglo parlantes nativos, aprendiendo Español como su segundo idioma.
- Cualquiera

Proceso de Lotería de lenguaje Dual del Jardín de niños. (de haber mayor interés a la capacidad) involucra:

- 1) Un Paquete completo de Registro, incluyendo una forma de aplicación que haya sido entregada a su escuela hasta el 31 de Enero, 2017
- 2) Todos los niños con una forma de aplicación de interés serán ingresados a una lotería el 2 de Febrero, 2017 a las 10:30 de la mañana en el Boardroom del Distrito Escolar. La lotería es un proceso público, Padres son bienvenidos a observar.
- 3) Notificación a los padres de la ubicación de los niños en el programa dual se enviara el 6 de Febrero, 2017.
- 4) Padres deben confirmar su intención de aceptar la Ubicación del Programa de Lenguaje Dual hasta el 13 de Febrero, 2017, 4:00pm; de lo contrario, la apertura se hará disponible al siguiente niño en la lista de espera.

**\*Programa de Lenguaje Dual - Forma de Aplicación de Interés hasta el 31 de Enero, 2017\***



## Oregon Certificate of Immunization Status Oregon Health Authority, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or an exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority, Immunization Program and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority. Please list immunizations in the order they were received.

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Mailing Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Codigo Postal</i>
Parents' or Guardians' Names <i>Nombre de los padres o guardian</i>		Home Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>	

Complete for all  
Up-to-date  
Medical  
Non medical

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

**I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.**

Signature\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>For school/facility use only</b>
School/facility Name
Student ID Number
Grade

\*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

**Continued On Reverse Side**



# Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

## Oregon Health Authority, Immunization Program

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV) (Only in children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

**For medical exemptions:**  
**Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

**For Immunity Documentation** (history of disease or positive titer): **Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

**Nonmedical Exemption:**  
 I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

A health care practitioner  
 The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/ Tetanus/Pertussis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella	

---

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Optional:**  
 ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of:

Religious belief     Philosophical belief     Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(OFFICE ONLY) Student ID Number:

Date Enrolled:

### VISION HEALTH SCREENING CERTIFICATION

#### STUDENT INFORMATION

Last Name (LEGAL NAME)	First Name	Middle	Suffix
Date of Birth	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

#### VISION HEALTH SCREENING REQUIREMENTS

**Student Vision Screening or Eye Exam Requirements**  
 OAR 581-021-0031

- All students age seven or younger entering an educational program for the first time must submit vision screening/eye examination certification within 120 days of the student beginning school, that the student received:
  - A vision screening or an eye examination; and
  - Any further eye examinations or necessary treatments or assistance of the powers or range of vision of the eye.
- Vision screenings **must be provided by** a person licensed by the Oregon Board of Optometry, Oregon Medical Board, a health care practitioner, school nurse, employee of an education provider, or another person who has completed instruction on how to perform vision screenings.
- Certification of vision screening is not required if the educational program receives a statement that certification was submitted to a prior education provider or if the student's or parent's religious beliefs are contrary to vision screening.
- Failure to meet the requirements of OAR 581-021-0031 may not result in prohibiting the student from attending school.

#### VISION SCREENING OR EYE EXAMINATION RESULTS

Childs Name	Date of Exam			
Screening or Examing Entity Name	Phone Number			
Right	Left	Corrective Lenses	<input type="checkbox"/>	Results vary slightly from normal limits.
20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Results are not within normal limits.

Are there any special instructions?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### NON-MEDICAL EXEMPTION

I have reviewed the requirements of vision screening or eye examination for students age seven or younger entering an educational program. My child is being raised as an adherent to a religion the teachings of which are opposed to vision screening or eye examinations and I request that my child be exempted from such requirement.

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### OTHER EDUCATIONAL ENTITY STATEMENT

I have met the vision screening or eye examination certification requirement by providing certification to another educational entity.

Educational Entity Name: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

*The information provided on this form is true and accurate of this date.*

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**DENTAL SCREENING CERTIFICATION**

**West Linn Wilsonville School District**

HB 2972 requires Education providers (includes Oregon Prekindergarten and Head Start) to collect and file certifications of dental screenings (within the previous 12 months) on all students 7 years of age or younger who are either beginning educational programs, or who are new to an educational program (within 120 days from school start date).

**Please have your child screened by your dentist prior to the start of school. Your dentist will complete this certification form and you will bring it in to school.**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

Result of screening: Normal \_\_\_\_\_

Abnormalities \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Further exam or treatment suggested \_\_\_\_\_

Preventative care (Fluoride/Sealants) \_\_\_\_\_

NAME OF PROVIDER: \_\_\_\_\_

DATE OF EXAM: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PROVIDER \_\_\_\_\_