



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville
Lista de Cotejo de Registro para Jardín de Niños
2019-2020

Le damos la bienvenida a Ud. y a su niño al Jardín de Niños! Sera un maravilloso año lleno de experiencias de crecimiento y aprendizajes. Por favor empiece a registrar a su niño. La Lista de cotejo abajo incluye lo que necesitara para registrar a su niño para el año 2019-20. Por favor asegúrese de incluir todas las formas para asegurar el proceso de registro.

Nombre del estudiante _____ **Fecha** _____

1. Forma de Registro (dos páginas; asegúrese de firmar y colocar fecha))
2. Forma de Aplicación de Interés de Lenguaje Dual (si aplica)
3. Fotocopia de Certificado de Nacimiento (Esto puede ser del estado o del hospital)
Los niños deben tener 5 años al 1ro de Setiembre del año calendario para el cual están registrando a su niño para ingresar a Kindergarten
4. Record de Vacunas - No olvide firmar y colocar la fecha en esta forma
Vacunas requeridas para ingresar a la escuela:
 - a. DPT
 - b. Polio
 - c. Sarampió
 - d. Hepatitis B
 - e. Varicela o Historia of Varicela
 - f. Hepatitis A
5. Forma de Certificado de Revisión Visual (Todos los estudiantes de 7 años o menores entrando al programa por primera vez deben enviar un certificado de revisión o examen visual dentro de los 120 días del inicio de clases del estudiante)
6. Certificado de Revisión Dental (Todos los estudiantes de 7 años o menores entrando a un programa educacional por primera vez deben presentar un certificado de Revisión Dental dentro de los 120 días del inicio de clases del estudiante)
7. Prueba de dirección (ejemplo: recibo de servicios, contrato de renta - por favor asegúrese de cubrir información de importancia)

Fechas Importantes:

- | | |
|---------------------|---|
| 8 de Enero, 2019 | Registro para Jardín de Niños empieza en todas las Escuelas Primarias |
| 15 de Enero, 2019 | Noche Informativa de Programa de Lenguaje Dual de la Escuela Primaria Lowrie |
| 17 de Enero, 2019 | Noche Informativa de Programa de Lenguaje Dual de la Escuela Primaria Trillium Creek |
| 5 de Febrero, 2019 | Reunión de Padres del Jardín de niños de Educación Especial a Edad Temprana (ECSE) 6:00 pm, Oficina del Consejo de Distrito Escolar |
| 6 de Febrero, 2019 | Lotería del Programa de Lenguaje Dual (De ser necesario) |
| 11 de Febrero, 2019 | Padres son notificados si sus niños son ubicados en el programa de Lenguaje Dual |
| 19 de Febrero, 2019 | Padres deben confirmar la ubicación de sus niños en el programa de Lenguaje Dual |
| Mayo 2019 | Oportunidad del Jardín de niños para conocer al personal escolar y la escuela primaria |

PARA REGISTRARSE: POR FAVOR TRAER ESTA LISTA DE COTEJO CON SUS FORMAS A LA ESCUELA

West Linn Wilsonville School District #3JT
Formulario de Registro

Sólo Para Uso de Oficina:

Nombre _____
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero _____

Apellido _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Nombre Preferido _____
Año Escolar _____	Fecha de Nacimiento _____
Genero Varón _____ Hembra _____	Lugar de Nacimiento _____
Etnicidad Hispano/Latino? Sí _____ No _____	
Raza (marque todos los correspondientes –debe elegir al menos uno) _____ Nativo Hawaiano/Pac Isleño	
_____ Indígena Americano/Nativo de Alaska _____ Negro o Afroamericano _____ Asiático _____ Blanco	

Otros Contactos de Emergencia: Las partes (incluya guarderías, en su caso) a continuación enumerados están autorizados para recoger a este niño de la escuela y tomar decisiones con respecto a casos de emergencia, enfermedades, lesiones graves o accidentes.

Nombre	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Otro	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Número Celular del estudiante/Mensajes de texto: Las escuelas pueden comenzar a contactar a los estudiantes a través del teléfono celular o enviar mensajes de texto. Por favor proporcione la siguiente información si su hijo tiene un dispositivo para mensajes o teléfono celular.

Número Celular _____ Número del Proveedor del Servicio. _____

No apruebo que la escuela contacte a mi hijo a través de mensajes de texto o teléfono celular.

Hermanos: Provea una lista de los nombres, edades, grados y escuelas de cualquier hermano:

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

Información de los Padres/Tutores: La dirección debe ser la residencia principal del estudiante.

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código Postal _____

Dirección Correo _____ Condado _____

Email _____

Coloque sus Iniciales para Confirmar que la Dirección es la Residencia del Estudiante: _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Información Adicional de los Padres/Tutores (en la misma dirección):

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Teléfono Trabajo _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Email _____

Escuelas Anteriores: Nombre, Ubicación, Fechas:

Condiciones Médicas:
Por favor revise todas condiciones que apliquen y explique abajo

Condiciones Médicas: marque todos los correspondientes y agregue detalles

<input type="checkbox"/> Vida – Alergias Amenazadoras	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Problemas Auditivos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión

Detalles/Otras Preocupaciones con la Salud _____

Medicamentos Actuales/Dosis _____

El personal de Enfermería del Distrito se pondrá en contacto con UD en referencia a estas situaciones específicas.

Información de correo adicional: Bajo ciertas circunstancias, el distrito está dispuesto a enviar correo por segunda vez, por ejemplo, a los padres sin custodia. Si se desea un segundo envío, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido _____ Primer Nombre _____

Relación _____ Email _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código _____

Dirección Correo _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Otro _____ Profesión _____

Describa las circunstancias por la cuales cree que requiere un segundo envío _____

Denegación de Permisos:
Requiere sus iniciales en cada sección en que niega el permiso.

Yo **no apruebo** que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo para propósitos educativos, incluyendo el uso de tales en la página web de la escuela o distrito.

Yo **no quiero** que la información de contacto de mi familia sea revelada por el distrito escolar. Esto significa que los directorios de la escuela no incluirán la dirección de mi familia, número de teléfono o correo electrónico.

Yo **no quiero** que ninguna otra información sobre mi hijo o mi familia a aparecer en cualquier publicación de la escuela. Entiendo que esto significa que mi hijo no se incluirá en los anuarios, listas deportivas, carteles, y otras publicaciones relacionadas con actividades.

(Para el estudiante de edad de HS) Yo **no apruebo** que datos sobre mi estudiante se remita a los militares con fines de reclutamiento.

(FRENTE)

Por Favor continúe en el respaldo de este formulario

(FRENTE)

Nombre _____
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero _____

Servicios Especiales (por favor marque las áreas en las que su hijo ha recibido servicios especiales en el último año:

Título I _____ Educación Dotados _____ Educación Especial (IEP) _____ ESL (Inglés Como Segundo Idioma) _____ Plan 504 _____

Otros _____

Plan de Emergencia /Cierre Temprano (Para niños de la Primaria). Si la escuela se cierra temprano, ¿qué debe hacer a su hijo? Por favor, elija sólo dos:

___ Tomar el autobús a casa y puede entrar a casa. ___ Tomar el autobús y quedarse con _____ . Será recogido por _____ .

___ Puede caminar a casa y puede entrar a casa. ___ Tomar el autobús a centro de cuidado _____ .

Plan Alternativo _____

Encuesta Sobre el Idioma:

¿Cuál es el idioma principal del estudiante? _____

¿Se ha mudado durante los últimos tres años con el fin de obtener un empleo estacional o temporal en la agricultura, la silvicultura o la pesca? Sí _____ No _____

Este estudiante, ¿ha perdido más de 3 meses de la escuela? Sí _____ No _____

Si Sí, ¿cuando? _____

Complete estas preguntas solo si el inglés no es el único idioma que aparece arriba.

Idioma nativo del Padre _____ Idioma nativo de la Madre _____

¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia los adultos en la familia? _____

¿Qué idioma aprendió primer el estudiante? _____

¿Qué idioma utiliza el estudiante para comunicarse con los adultos en casa? _____

¿Qué idioma utiliza el estudiante con más frecuencia para comunicarse con amigos? _____

¿Cual es el nombre de la persona que ayuda a la familia con la comunicación en Inglés con la escuela? _____

Toda la información en ambos lados de este formulario es fiel y de acuerdo a mis mejores conocimientos.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Sólo Para Uso de Oficina:

Prueba de residencia verificada Documento proveído/examinado _____ y verificado por (iniciales) _____ Fecha _____
(marque la caja) (tipo de documento)

Encuesta sobre el uso de idiomas

El propósito de esta encuesta es determinar si el contacto lingüístico y el uso de idiomas que actualmente tiene su hijo(a) le puede calificar para recibir los servicios del Programa de aprendizaje del idioma inglés (ELL).

Nombre del/de la Estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Fecha de nacimiento _____

1. ¿Qué idioma(s) oye(n) su hijo(a) con frecuencia en su casa (ej. hablado, medios de comunicación, música, literatura, etc.)? oye/n _____ use/n (ej. ASL) _____

2. Describa el idioma/los idiomas que su hijo(a) entiende.

- No inglés
- Un poco de inglés y sobre todo otro idioma
- Inglés y otro idioma utilizado equitativamente
- Sobre todo inglés y un poco de otro idioma
- Lengua Nativa o Tribal
- Sólo inglés

3. ¿Qué idioma(s) utilizan los adultos con más frecuencia cuando hablan con su hijo(a)?

Padre/Tutor: _____ Madre/Tutora _____

Otros adultos del hogar _____ Proveedores de cuidado del niño(a): _____

4. ¿Qué idioma(s) habló/expresó su hijo(a) con más frecuencia desde los años 0-4? _____

5. ¿En qué idioma habla/expresa su hijo/a actualmente más frecuentemente fuera de la escuela? _____

6. ¿Participa a su hijo/a frecuentemente en actividades culturales que son en un idioma más que inglés? Por favor, indique las actividades y la frecuencia con la que su hijo/a participa en la actividad. (por ejemplo: una vez/semana, dos veces/semana, una vez/mes, etc.) _____

7. ¿Hay algo más que piensa que la escuela debería saber sobre el uso del idioma de su hijo(a)? _____

Pregunta para los Padres: ¿En qué idioma(s) quiere/n usted/es recibir información de la escuela (si está disponible)?

Padre/Tutor:

Oral _____ Escrito _____ Lenguaje de signos americano _____

Madre/Tutor:

Oral _____ Escrito _____ Lenguaje de signos americano _____

¿Necesitará interpretación/traducción para?: Reuniones _____ Conferencias _____ Papeleo _____

Firma del padre/Tutor(a) _____ Fecha _____

¿Cuál es su relación con el estudiante? _____ (ej. padre, madre, abuelo/a, etc.).



WEST LINN – WILSONVILLE SCHOOL DISTRICT
Forma de Aplicación de Interés del Programa de
Lenguaje Dual 2019-2020

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____
Nombre del Padre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de casa _____ Celular _____
Email _____

- Si, me gustaría que mi niño sea ubicado en lenguaje dual (Español) en Jardín de niños.
Yo entiendo que este es un programa de K-5. Yo entiendo que el registro para este programa está sujeto a un proceso de lotería de ser que el interés exceda la capacidad de la clase, por lo tanto esta forma debe entregarse hasta el 31 de Enero, 2019.
La lotería se llevara a cabo el 6 de Febrero, 2019 si se requiere.

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

Por favor marque su preferencia de escuela:

- Primaria Lowrie - el programa en Lowrie es un programa de inmersión bidireccional, lo que significa que la mitad de los estudiantes hablan español como su primer idioma y la mitad de los estudiantes hablan Ingles como su primer idioma.
- Primaria Trillium Creek - el programa en Trillium Creek es primariamente de inmersión unidireccional ya que la mayoría de los estudiantes son hablantes del idioma Ingles como su primer idioma, aprendiendo Español como su segundo idioma.
- Cualquiera

Proceso de lotería de Lenguaje Dual de Jardín de niños (de haber mayor interés que la capacidad) implica:

- 1) Un Paquete completo de Registro para jardín de niños, incluyendo esta Forma de Aplicación entregado a su escuela hasta el 31 de Enero, 2019.
- 2) Todos los niños con una Forma de Aplicación de Interés ingresaran a una lotería el 6 de Febrero, 2019 a las 10:30 en la Oficina del Consejo del Distrito. La lotería es un proceso publico; padres son bienvenidos a observar
- 3) Notificación a padres de los niños ubicados en el programa Dual será enviado el 11 de Febrero, 2019.
- 4) Padres deben confirmar su intención de aceptar la ubicación en el programa dual hasta el 19 de Febrero, 2019, 4:00 pm; de otra forma se abrirá la vacante al siguiente niño en la lista de espera.

*** Programa de Lenguaje Dual - Forma de Aplicación de Interés hasta el 31 de Enero, 2019 ***



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 _____

For school/facility use only
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

Certificado de Revisión de Salud Visual

Información del estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo
Fecha de Nac.	Genero: M F		

Requisitos de Revisión de Salud Visual

Revisión de visión de estudiante o requerimientos para examen visual.

OAR 581-021-0031

1. Todos los estudiantes de edades 7 o menores ingresando al programa educacional por primera vez deben enviar un certificado de revisión de salud visual dentro de los 120 días del inicio escolar que contenga lo siguiente:

A. Un examen de visión o revisión visual.

B. Cualquier examen o tratamiento necesario o asistencia de poder o rango de la visión del ojo.

2. Revisión de la visión debe ser provista por una persona licenciada por el Departamento de Optometría de Oregón, Departamento medico de Oregón o un practicante de la salud, enfermera escolar, empleado de educación u otra persona que haya completado instrucción de como realizar la revisión de la visión.

3. Certificación de la revisión de la visión no se requiere si el programa educativo recibe un documento que la certificación fue enviada a un proveedor de educación anterior o si las creencias religiosas del estudiante o padre son contrarias a la revisión de visión.

4. El no reunir los requisitos de OAR 581-021-0031 podría resultar en la prohibición del estudiante para asistir a la escuela.

Revisión de visión de estudiante o requerimientos para examen visual.

Nombre del niño:	Fecha de examen:
nombre de la entidad que revisa o examina:	Número telefónico:

Derecho	Izquierdo	Lentes correctivos	Resultados varían ligeramente de límites normales
20/	20/	yes	No Resultados no están dentro de los límites normales

Hay alguna instrucción especial?

Firma del medico

Fecha

Excepción no mdica

He revisado el requerimiento de revisión o examen ocular para estudiantes de edades 7 o menos que ingresan al programa de educación. Mi niño(a) ha sido criado como un adherente a enseñanzas de religión que se oponen a la revisión o examen ocular y pido que mi niño(a) sea exento a estos requerimientos.

Firma del Padre o guardián

Fecha

Documentación de otras entidades educativas

Yo he reunido los requisitos de revisión o examen de visión al proveer la certificación de otra entidad educativa.

Nombre de la entidad educativa: _____

Firma del Padre o guardián

Fecha

Firma del padre o guardián

La información provista en esta forma es verdadera y exacta a la fecha.

Firma de padre o guardián

Fecha

Formulario de certificación de examen dental

La ley ahora requiere que a un niño de 7 años de edad o más joven se le haga un examen dental antes de ingresar a la escuela por primera vez. (HB 2972 (2015))

SI SU HIJO YA HA RECIBIDO UN EXAMEN DENTAL

Padre o tutor:

- Si usted sabe que a su niño se le hizo ya examen dental, marque la casilla de abajo, rellene esta sección y firmela por favor.
- Si usted no sabe si a su hijo se le hizo un examen dental, por favor haga que un proveedor dental rellene esta sección y que la firme.
- Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo _____ ha recibido un examen dental.
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Padre o tutor o proveedor dental

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____

PARA QUE SE LE EXCLUYA DEL REQUISITO DE EXAMEN DENTAL

Padre o tutor: Usted puede elegir que su hijo sea excluido de un examen dental debido a una razón de las que mencionamos a continuación. Por favor, rellene y firme esta sección. Luego devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo no recibió un examen por lo siguiente: (por favor, marque todas las que aplican):

- Ya hemos presentado un formulario de certificación en una escuela anterior.
- El examen dental es contrario a las creencias religiosas de la familia o del estudiante.
- El examen dental es una carga.

El examen dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:

- (A) El costo de obtener el examen dental es muy alto;***
- (B) El estudiante no tiene acceso a un examinador o;***
- (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador***

Padre o tutor

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____