



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville
Lista de Cotejo de Registro para Jardín de Niños
2020-2021

Le damos la bienvenida a Ud. y a su niño al Jardín de Niños! Será 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 2020-2021. Por favor asegúrese de incluir todas las formas para asegurar el proceso de registro.

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

1. Formulario de Registro (dos páginas; asegúrese de firmar y colocar fecha))
2. Formulario de Aplicación de Interés de Lenguaje Dual (si aplica)
NUEVO ESTE AÑO – el Formulario de Solicitud de Interés de Lenguaje Dual está disponible en línea en: <https://www.wlww.k12.or.us/domain/1467>
Fecha límite para el formulario de solicitud de interés de lenguaje dual en línea – 4:00 pm, 31 de enero de 2020.
3. Prueba de edad. Una copia de lo siguiente: Certificado de Nacimiento, pasaporte, anuncio del hospital, certificado de bautizo, formas de seguro de salud con fecha de nacimiento, o documentación de servicios del estado tales como beneficios con fecha de nacimiento. Los niños deben tener 5 años al 1ro de Setiembre del año calendario para el cual está 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: DPT, Polio, Sarampión, Hepatitis A, Hepatitis B, y Varicela o Historia of Varicela
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. Comprobante de residencia/dirección. Una copia de uno de los siguientes: factura de impuestos sobre la propiedad actual, contrato de alquiler/arrendamiento o carta del propietario/administrador de la propiedad (que debe incluir el nombre legal de los padres, dirección, nombre del propietario/administrador de la propiedad, número de teléfono y firmas de los padres y propietarios/gerentes de la propiedad), declaración de hipoteca actual, factura de electricidad, agua/alcantarillado, cable o basura, fechada dentro de los últimos 45 días, o documentos de ingresos estatales/federales.

Fechas Importantes:

7 de Enero, 2020	Registro para Jardín de Niños empieza en todas las Escuelas Primarias
14 de Enero, 2020	Noche Informativa de Programa de Lenguaje Dual de la Escuela Primaria Lowrie, 6:00-7:00 pm
16 de Enero, 2020	Noche Informativa de Programa de Lenguaje Dual de la Escuela Primaria Trillium Creek 6:30-8:00 pm
31 de Enero, 2020	Fecha límite para completar el Formulario de Solicitud de Interés de Lenguaje Dual en línea (4:00 pm)
3 de Febrero, 2020	Reunión de Padres del Jardín de niños de Educación Especial a Edad Temprana (ECSE) 6:00 pm, Oficina del Consejo de Distrito Escolar
7 de Febrero, 2020	Lotería del Programa de Lenguaje Dual (De ser necesario)
12 de Febrero, 2020	Padres son notificados si sus niños son ubicados en el programa de Lenguaje Dual
19 de Febrero, 2020	Padres deben confirmar la ubicación de sus niños en el programa de Lenguaje Dual
Mayo 2020	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 FORMULARIOS 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

___ Vida – Alergias Amenazadoras	___ Enfermedad Cardíaca	___ Problemas Ortopédicos
___ Asma	___ Enfermedad Renal	___ Problemas Auditivos
___ Convulsiones	___ Diabetes	___ 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.

Documentos Legales/Custodia: Por favor escriba los nombres de cualquier persona que tenga la custodia legal de este niño _____

¿Hay documentos legales relativos a la custodia de este niño? ___ Sí ___ No

Si es así, usted tendrá que proporcionar copias de los documentos al presentar este formulario.

(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.).



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>	Complete for all Up-to-date Medical Non medical
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>		

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] ☐ 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 _____

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

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

Continued On Reverse Side



Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

Oregon Health Authority, Immunization Program

Child's Last Name *Apellido* First *Primer Nombre* Middle Initial *Segundo Nombre* Birthdate *Fecha de Nacimiento*

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):

- ☐ Diphtheria/ Tetanus/Pertussis
- ☐ Polio
- ☐ Varicella
- ☐ Measles/Mumps/Rubella
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hib

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 médica				
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 _____