



Greenfield Union School District Kindergarten Registration Packet 2020-2021 School Year

During the past year, did your child receive childcare from the following places? (select all that apply)

- ☐ A relative other than a parent
 - ☐ In a private home from a non-relative
 - ☐ Pre School/ Head Start: (Location/Teacher)_____, _____
 - ☐ Private preschool (Location)_____
 - ☐ Transitional Kindergarten
 - ☐ Playgroup
 - ☐ Other
-

Durante el año pasado, ¿su hijo recibió cuidado de niños de los siguientes lugares? (seleccione todas las que corresponden)

- ☐ Un pariente distinto de los padres
- ☐ En un hogar privado que no es un familiar
- ☐ Preescolar / Head Start: (Lugar / Maestra/o) _____, _____
- ☐ Preescolar privado (Lugar)_____
- ☐ Transición de kinder
- ☐ Grupo de juego
- ☐ Otros

Return survey with kindergarten registration packet/ entrega la encuesta con el paquete del registro de kínder

Intra District request to another school **IN** the district:



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD
KINDER Lista de verificación de inscripción

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante _____ hermano(a)(s) en esta escuela? Si o No
Primero Medio apellido

Teléfono (s): _____
Casa trabajo

(Personal de la oficina: Verificación de cada elemento que se ha completado. Cuando **todas** las casillas están marcadas, la grapa de esta forma a la parte superior de todas las formas en el siguiente orden y enviar a la escuela asignada):

- ☐ **FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE (Formulario: EF-2)**
- ☐ **FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA** (completado y firmado) **(forma: EF-3)**
- ☐ **VERIFICACION DE RESIDENCIA** (adjuntar comprobante de domicilio) **(forma: EF-4A o EF-4B)**
- ☐ **HISTORIA DE SALUD** (completado y firmado) **(Forma: EF-5)**
- ☐ **PRUEBA DE FECHA DE NACIMIENTO** (copia adjunta)
- ☐ **IDENTIFICACION DE PADRE O TUTOR** (copia adjunta)
- ☐ **REGISTROS DE VACUNAS** (tarjetas amarillas, print-out oficial o otra tarjeta de inmunización del estado) ☐ Inmunización de la secuencia en curso pero no completado.
- ☐ Informe de **Examen de salud** de la escuela de inscripción completada por el examinador de salud California Code of Regulations, Title 5, Section 432 (ahora el mandato para todos los kindergarten y primer grado nuevo estudiantes) **Cita en:** _____
- ☐ **Prueba de examen Dental** La ley de CA, Educación 49452.8 de código, requiere una evaluación de salud oral (Ahora el mandato para todos los kindergarten y primer grado nuevo estudiantes) **Cita en:** _____

**HOME LANGUAGE
SURVEY**



TODA LA INFORMACIÓN COMPLETADA POR PADRE O TUTOR

- ☐ Inscripción del comité de los padres (Forma: EF-6) ☐ Contrato del Usuario de tecnología (formulario: EF-7B)
- ☐ Lanzamiento de cinta: Fotografía, películas, diapositivas, Internet, Video y Audio grabación (forma: EF-7C)
- ☐ Aviso Annual (derechos de padres) (forma: EF-8) ☐ Aplicación de Transporte de Autobús (Form: EF-10)

PAQUETE de inscripción incompleta en _____ Por: _____
Fecha Nombre del personal

REGISTRO completado y verificado en _____ Por: _____
Fecha Nombre del personal

Familia ha solicitado: (Marque si corresponde)

— Inter-distrito de transferencia de **otro** Distrito: _____

— Distrito de Intra solicitar a otra escuela **EN** el distrito:: _____



GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY

This is my first time attending a California school. Please Check Box and Fill Out This Form.

☐

Date: _____ School: _____ Grade: _____

Name of student: _____
Last First Middle

Birthdate: _____ Birthplace (State or Country): _____

Last school First entered First entered
Attended: _____ School in U.S.: _____ School in California: _____
State or Country mm/dd/yy mm/dd/yy

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. Please answer the following questions:

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. What language does your child most frequently speak at home? _____
3. What language do you (the parents or guardians) most frequently use? _____
4. What language is most often spoken by adults in the home? _____
(Parents, guardians, grandparents, or any other adults)

In what language do you wish to receive notifications from the school? (Circle one)

Spanish English Other: _____

Signature of parent or guardian

Date

ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Fecha: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Estado o País): _____

La última Fecha que entró Fecha que entró en
escuela que asistió: _____ en una escuela de EE. UU.: _____ una escuela de California: _____
mm/dd/aa mm/dd/aa

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes. Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo (a) con más frecuencia en la casa? _____
3. ¿Qué idioma (padres o tutores) usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? _____
4. ¿Qué idioma se habla más la mayoría del tiempo por los adultos en la casa? _____
(Padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

¿En qué idioma desea recibir notificaciones de la escuela? (Círcular uno)

Español Inglés Otro: _____

Firma de padre o tutor

Fecha

Esta es la primera vez que asisto a una escuela de California. Por favor, marque la casilla y complete este formulario.

☐



GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT

EF-2

STUDENT REGISTRATION

☐ Transitional Kinder

Has your child ever attended school in California? ☐ Yes ☐ No

Has your child ever attended school in Greenfield Union School District? ☐ Yes ☐ No If yes, name of school: _____

AS APPEARS ON BIRTH CERTIFICATE

Student Name – Last Name	Student Name – First Name	M.I.	Birthdate mm/dd/yy	Grade	Gender ☐ Male ☐ Female
Residence Address		City		Zip Code	
Mailing Address (If different)		City		Zip Code	
Home Phone		Birthplace – City/State/Country			

Your son/daughter: ☐ Rides the Bus ☐ Walks Home ☐ Picked Up

SPECIAL PROGRAMS – Has your child received assistance from or participated in any of the following programs?

____ Gifted & Talented Education (GATE) ____ Speech/Language (LSH) ____ Individual Education Plan (IEP)
____ Resource Specialist Program (RSP) ____ Special Day Class (SDC) ____ 504 Accommodation Plan (504)
____ Migrant Education

Previous School Information

Name of Last School Attended		School Address	City/State/Zip
Date Left	Grade(s) Attended	School's Phone Number ()	Has your child ever been expelled? ☐ Yes ☐ No

MUST ANSWER BOTH QUESTION 1 AND 2:

1. ETHNICITY: Mark the ethnicity with which the student most closely identifies. Please check one:

- ☐ Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)
- ☐ Not Hispanic or Latino

2. WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? You may check up to five racial categories. (Question 1 is about ethnicity, not race.) No matter how you answered question 1, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ American Indian or Alaskan Native (100)
(Person having origins in North, Central, and South America, which includes Mexico & The United States.) | ☐ Vietnamese (204) | ☐ Hawaiian (301) | ☐ African American or Black (600) |
| ☐ Chinese (201) | ☐ Asian Indian (205) | ☐ Guamanian (302) | ☐ White (700) |
| ☐ Japanese (202) | ☐ Laotian (206) | ☐ Samoan (303) | (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East) |
| ☐ Korean (203) | ☐ Cambodian (207) | ☐ Tahitian (304) | |
| | ☐ Hmong (208) | ☐ Other Pacific Islander (399) | |
| | ☐ Other Asian (299) | ☐ Filipino (400) | |

Correspondence from the school or district:

In which language do you wish to receive written communications from the school and District?

☐ English ☐ Spanish



Parent/Guardian: <i>Mother</i> / Other _____	Parent/Guardian: <i>Father</i> / Other _____
First Name: _____ Last Name: _____	First Name: _____ Last Name: _____
Employed by: _____	Employed by: _____
Email Address: _____	Email Address: _____
Work Phone: _____ ext. _____ Hours: _____	Work Phone: _____ ext. _____ Hours: _____
Cell Phone: _____ Other Number: _____	Cell Phone: _____ Other Number: _____
Highest level of education completed: ____ Not high school graduate (14) ____ College graduate (11) ____ High school graduate (13) ____ Graduate school (10) ____ Some college (12) ____ Decline to state (15)	Highest level of education completed: ____ Not high school graduate (14) ____ College graduate (11) ____ High school graduate (13) ____ Graduate school (10) ____ Some college (12) ____ Decline to state (15)

Family Information – Other children in the family living at				
Name	DOB	Grade	School	Relationship to Student
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EMERGENCY CONTACTS			
In case we are unable to reach you in an emergency situation, list the persons (living in the area) you authorize to care for and/or pick up your child. (Must be 18 years or older.) AT LEAST TWO CONTACTS ARE REQUIRED WITH DIFFERENT PHONE NUMBERS FROM YOUR HOME NUMBER.			
Name	Relationship	Address	Phone or Mobile (cell)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

I, the parent/legal guardian of this child, certify that all information on this enrollment form is correct and true.	
Parent/Guardian Signature: _____	Date: _____



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD

EF-2

INSCRIPCIÓN ESCOLAR

☐ Transitional Kinder

¿Ha asistido su hijo(a) una escuela en CALIFORNIA? ☐ Sí ☐ No

¿Ha asistido su hijo(a) una escuela en el Distrito Escolar Unificado de Greenfield? ☐ Sí ☐ No Si, si nombre de escuela:_____

COMO APARECE EN LA ACTA DE NACIMIENTO

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento Mes, Día y Año	Grado	Género ☐ Hombre ☐ Mujer
Domicilio			Ciudad	Código Postal	
Dirección Postal (si es diferente)			Ciudad	Código Postal	
Teléfono de Casa			Lugar de Nacimiento – Ciudad / Estado / País		
Su hijo(a): ☐ Usa el Autobús ☐ Caminara a Casa ☐ Alguien lo(a) Recoge					
Programas Especiales - ¿Ha recibido su hijo ayuda o participado en alguno de los siguientes programas? ____ Educación para Niños Dotados y Talentosos (GATE) ____ Terapia del Habla y de Lenguaje (LSH) ____ Programa de Educación Individualizada (IEP) ____ Programa de Recursos Didácticos (RSP) ____ Clase de Educación Especial Diurna (SDC) ____ Plan 504 de Arreglos Especiales (504) ____ Educación Migrante					

Información de la Escuela Anterior

Nombre de la escuela anterior a la que su niño asistió		Domicilio de la Escuela	Ciudad / Estado / Código Postal
Fecha del último día	Grado(s) al que asistió	Número de Teléfono de la Escuela ()	¿ Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado(a)? ☐ Sí ☐ No

ES NECESARIO CONTESTAR AMBAS PREGUNTAS 1 Y 2:

1. Origen Étnico: Marque el origen étnico con el cual el estudiante se identifica más cercanamente. Por favor marque un casillero:

- ☐ Hispano/Latino (Una persona de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, de América del Sur o América Central, o de cualquier otra Cultura u origen Hispano independiente de la raza)
- ☐ No Hispano/Latino

2. ¿Cuál es la raza de su hijo? Puede marcar hasta cinco categorías de raza. (La Pregunta 1 es acerca del origen étnico, no de la raza). Independientemente de lo que haya contestado en la Pregunta 1, por favor proceda a contestar lo siguiente marcando uno ó más de los casilleros para indicar lo que usted considera la raza de su hijo.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
(persona que tiene orígenes de América del Norte, Central y del Sur, y que incluye México y los Estados Unidos .) | ☐ Vietnamita (204) | ☐ Hawaiano (301) | ☐ Afroamericano o Negro (600) |
| ☐ Chino (201) | ☐ Indo asiático (205) | ☐ Guameño (302) | ☐ Blanco (700)
(Una persona originaria de uno de los pueblos originales de Europa, África del Norte, o del Oriente Medio) |
| ☐ Japonés (202) | ☐ Laosiano (206) | ☐ Samoano (303) | |
| ☐ Coreano (203) | ☐ Camboyano (207) | ☐ Tahitiano (304) | |
| | ☐ Hmong (208) | ☐ De otro origen de las Islas del Pacífico (399) | |
| | ☐ De otro origen Asiático(299) | ☐ Filipino (400) | |

Notificaciones por correo de parte de la escuela o del distrito escolar:

¿En qué idioma prefiere usted recibir las notificaciones escritas de parte de la escuela o del distrito escolar?

☐ Inglés

☐ Español



Padre /Tutor: <i>Madre / Otro</i> _____	Padre /Tutor: <i>Padre / Otro</i> _____
Nombre: _____ Apellido: _____	Nombre: _____ Apellido: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Extensión: _____ Horario: _____	Teléfono del Trabajo: _____ Extensión: _____ Horario: _____
Teléfono Celular: _____ Otro Número: _____	Teléfono Celular: _____ Otro Número: _____
El nivel de educación más alto que usted terminó: ____ No soy graduado de la Preparatoria (14) ____ Graduado de la Preparatoria (13) ____ Graduado de la Universidad (12) ____ Estudios de Postgrado (11) ____ Algunos cursos de la Universidad (10) ____ No deseo especificar mi grado de estudios (15)	El nivel de educación más alto que usted terminó: ____ No soy graduado de la Preparatoria (14) ____ Graduado de la Preparatoria (13) ____ Graduado de la Universidad (12) ____ Estudios de Postgrado (11) ____ Algunos cursos de la Universidad (10) ____ No deseo especificar mi grado de estudios (15)

Información de la Familia - Otros niños en la familia que viven en casa				
Nombre	FDN	Grado	Escuela	Relación con el Estudiante
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION PARA CASOS DE EMERGENCIA			
En caso de una situación de emergencia y que no podamos comunicarnos con los padres, enumere a las personas (que viven en el área) que usted autoriza para recoger y cuidar a su niño. (Deben ser mayores de edad - 18 años ó más.) SE REQUIEREN DOS PERSONAS CON NÚMEROS DE TELÉFONO DIFERENTES APARTE DEL TELÉFONO DE CASA.			
Nombre	Relación al Estudiante	Domicilio	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Yo, el padre/madre/tutor legal del estudiante, certifico que toda la información en este formulario de matriculación es verídica y correcta.	
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal del Estudiante: _____	Fecha: _____



STUDENT EMERGENCY INFORMATION FORM

Parent Information: Please fill out completely and sign where indicated. In a major emergency, it is school district policy to retain students at school for their safety. This form will be used by the school staff when students are released to go home. Please complete electronically or print clearly and return completed form to school.

STUDENT'S LAST NAME				FIRST NAME				M.I.			
BIRTH DATE		☐ MALE ☐ FEMALE		GRADE		HOME LANGUAGE					
STUDENT'S HOME ADDRESS -- NUMBER		STREET				APT #		CITY		ZIP CODE	
MAILING ADDRESS -- NUMBER (IF DIFFERENT FROM ABOVE)		STREET				APT #		CITY		ZIP CODE	
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? ☐ Yes ☐ No		
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET				CITY			ZIP CODE		
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME				EMERGENCY		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
CELL				ATTENDANCE		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
WORK				GENERAL INFO		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? ☐ Yes ☐ No		
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET				CITY			ZIP CODE		
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME				EMERGENCY		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
CELL				ATTENDANCE		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
WORK				GENERAL INFO		☐ Home ☐ Cell ☐ Work					
To the principal: In case you are unable to reach me during any emergency, you are authorized to contact and, if necessary, release my child to any of the following:											
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
NAME			RELATIONSHIP			HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE	
List any other family members attending this school:											
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM		GRADE		RELATIONSHIP	
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM		GRADE		RELATIONSHIP	

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

The undersigned, as parent/legal guardian of, _____ a minor,
(Print name of the student here)

hereby authorizes the principal or designee, into whose care the student has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician and/or dentist. It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to Greenfield Unified School District ("District") to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to the District. I understand that the District, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.

HEALTH ALERTS -- List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention. Include conditions such as asthma and allergies such as peanut and bee stings. If none, please indicate "none".

DOES THE STUDENT HAVE HEALTH INSURANCE? (Check One) ☐ YES ☐ NO* If "Yes": ☐ Private Health Insurance ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families

MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES ID Number:

1. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME		GROUP NO.		2. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME (If covered under more than one plan)		GROUP NO.	
NAME OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE				PHONE NUMBER OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE			

MY CHILD IS ALLERGIC TO THE FOLLOWING MEDICATIONS:

MY CHILD CURRENTLY TAKES THE FOLLOWING MEDICATIONS:

I give permission for my child to participate in walking school field trips supervised by teachers during the school year. ☐ YES ☐ NO

CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND DO HEREBY GIVE MY AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT, AND THAT ALL OF THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS FORM IS TRUE AND CORRECT.

X

DATE

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

MIDDLE INITIAL



FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Información para Padres: Favorellenaresteformularioporcompletoyfirmarenlasecciónindicada. Encasodeunaemergenciagrave lasnormasdel distrito escolarrequierenmanteneralos alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favorellenarelectrónicamente o con letra de molde, declare y entregue el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO				NOMBRE				INICIAL			
FECHA DE NACIMIENTO		☐ Masc. ☐ Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA					
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número		CALLE				APT #		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE				APT #		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE				PARENTEZCO AL ALUMNO				VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE				CIUDAD				CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*						CORREO ELECTRÓNICO:			
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
MSG. DE TEXTO		☐		Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.							
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE				PARENTEZCO AL ALUMNO				VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DOMICILIO – número		CALLE				CIUDAD				CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*						CORREO ELECTRÓNICO:			
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar		☐ Celular		☐ Trabajo			
MSG. DE TEXTO		☐		Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.							
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:											
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO			
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO			
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO			
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:											
APELLIDO		NOMBRE				SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR		PARENTEZCO	
APELLIDO		NOMBRE				SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR		PARENTEZCO	
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): ☐ Sí ☐ No Parentesco con el alumno				Desplegado actualmente: ☐ YES ☐ NO Rama militar: _____ Estatus: ☐ Servicio Activo; ☐ Guardia; ☐ Reservas; ☐ Veterano; ☐ Occiso					
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA											
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, (Escribir el nombre del alumno con letra de molde)											
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar de Greenfield ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.											
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".											
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) ☐ Sí ☐ No * Si respondió "Sí" Indique: Seguro médico Particular Medi-Cal Healthy Families											
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:											
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR				GRUPO #			
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA							
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :											
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:											
Le doy permiso a mi hijo(a) de participar en paseos a pie supervisados por maestros durante el año escolar. ☐ Si ☐ No											
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.											
X FECHA											

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

**Residency Information Form/Formulario de Información de la Residencia**

GUSD is focused on preparing all students for college/career success. To better meet the educational needs of all students, we are requesting your assistance in completing the residency information form. This information is a compliance requirement of all districts that receive state and federal funds. If you have any questions, please contact the community liaison of your child's school. Thank you.

GUSD está enfocado en preparar todos los estudiantes para triunfar en la Universidad/Carrera. Para satisfacer mejor las necesidades educativas de todos los estudiantes, estamos solicitando su ayuda para completar el formulario de información de residencia. Esta información es un requisito de cumplimiento de todos los distritos que reciben fondos estatales y federales. Si usted tiene alguna pregunta por favor póngase en contacto con el/la enlace con la comunidad de la escuela de su hijo(a). Gracias.

Name/Nombre: _____ School/Escuela: _____

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Grade/Grado: _____

Parent or Guardian/Padre o Guardián: _____

Address/Domicilio: _____ Phone/Tel.: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código Postal: _____

Residence – Where is your child/family currently living? (Federal mandated by NCLB) – **Please check appropriate box:**
Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo(a) o la familia? (pedido por la federación por NCLB) **Por favor, marque la casilla apropiada:**

- ☐ Temporary Shelter/In a shelter or transitional housing program (100)
Residencia temporalmente/en un refugio o programa de vivienda en transición (100)
- ☐ In a motel/hotel (110)
En un motel/hotel (110)
- ☐ Temporarily Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (120)
Con una familia o más en una casa o departamento temporalmente por causa de dificultades económicas (120)
- ☐ Temporarily Unsheltered (car/campsite) (130)
Sin residencia temporalmente (carro/campamento) (130)
- ☐ In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) (200)
En una residencia permanente de una familia (casa, departamento, condominio, casa móvil) (200)
- ☐ Foster Family Home or Kinship Placement (Section 1502 (c) (6) (Ed Code Section 56155.5[b]) (210)
Hogar de Cuidado Temporal (210)
- ☐ Other/Otra (300) please specify/Especifique: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Military Family / Familia Militar

Is either parent/guardian on active duty in the Armed Forces? ☐ Yes / Sí ☐ No

¿Es uno de los padres/tutores activo en los servicios de las Fuerzas Armadas



GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT

Proof of Residency

SECTION 1: PARENT/DECLARATION

I, (print full name) _____, declare the following:

I am the (check one): ☐ parent ☐ legal guardian, of the following children who are either currently enrolled in the following schools or are seeking admission to the schools. My children and/or I are residing in shared housing; however, my family lives within the district boundaries with the intent/purpose of remaining there.

We live at this address _____ City _____ Move-in date _____

RESIDENCE: What type? Check one box.

If this is a new enrollment, the RESIDENCE box you check must match the RESIDENCE on the *Student Registration Form*

☐ Permanent Residence (*RS 200)

☐ Temporarily Doubled-up (sharing housing with other families or individuals due to economic hardship or loss (*RS120))

STUDENTS: List **ALL** your school-age children and their schools:

	Name	Last Name	Date of Birth	School
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

I declare, under penalty of perjury under the laws of California, that all information on this form is correct.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parent / Guardian Signature	Date	Home Phone	Cell phone	Work	Message

SECTION 2: LEGAL OWNER / RENTER DECLARATION

I declare, under penalty of perjury under the laws of California that the individuals listed above currently live with me at the address below. I have attached **a copy of my photo ID** and **one of the following in my name (must be current):**

☐ PGE, or city utility bill (not older than 60 days) ☐ Mortgage/ property tax bill ☐ Rental agreement (with landlord's name & phone number.

_____	_____	_____	_____
Legal Resident's full name (Print)	Signature	Relationship to Family	Date
_____	_____	_____	_____
Address	City	Home Phone	Work/Cell Phone

Note: Falsifying residency for attendance & enrollment is illegal and will result in immediate disenrollment. District staff or a School Resource Officer may contact the legal resident or visit the address to verify that student and parent/guardian reside at the address.

VERIFICATION: SCHOOL DISTRICT USE ONLY

Staff Name: _____ Site/Office _____ Phone _____
Verified by: GUSD ___ PGE ___ City Utilities ___ Rental Agreement ___ Mortgage/Property Tax Bill ___ Other ___
Was a "30 Day Conditional Enrollment" issued? ___ Yes ___ No Comments _____



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD

Verificación de Residencia

SECCIÓN 1: DECLARACIÓN DE LOS PADRES

Yo, _____ (Nombre completo imprimir), declaro lo siguiente:
soy (marque uno): ☐ Padre(s) ☐ Tutor legal, de los siguientes niños(as) que o bien están actualmente matriculados en las escuelas o está buscando admisión a las escuelas. Mis hijos y yo estamos residiendo en la vivienda compartida; sin embargo, mi familia vive dentro de los límites del distrito con el intención/objetivo de permanecer allí.

Vivimos en esta dirección _____ Ciudad _____ De fecha _____

Residencia : ¿Qué tipo? Casilla uno.

Si se trata de una inscripción nueva, La caja de Residencia debe match compruebe debe coincidir con la Residencia en el formulario de inscripción del estudiante

☐ Residencia Permanente (* **RS 200**)

☐ Temporalmente (compartir vivienda con otras familias o individuos debido a dificultades económicas o pérdidas(* **RS 120**))

Estudiantes: Lista de **todos** los niños(as) de edad escolar y sus escuelas

	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
1.	_____				
2.	_____				
3.	_____				
4.	_____				

Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de California, que toda la información en este formulario es correcta.

Padres / Tutor legal Firma Fecha Hogar teléfono Celular Otro teléfono

Sección 2: LEGAL propietario / inquilino declaración

Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que los individuos mencionados en la actualidad viven conmigo en la siguiente dirección. He adjuntado **una copia de mi identificación con foto y una de las siguientes en mi nombre (debe ser actual):**

☐ PGE, o ciudad de factura (no mayor de 60 días) ☐ Hipoteca / impuesto sobre la propiedad de la cuenta

☐ Contrato de alquiler (conpropietario) ☐ Otro tipo de verificación de domicilio
número nombre y teléfono.

Nombre completo del residente (**imprimir**) Firma Relación a familia Fecha

Dirección Ciudad Teléfono Celular/Otro

Nota: Falsificar residencia para la atención y la inscripción es ilegal y dará lugar a la inmediata cancelación de la inscripción. El personal del distrito o un oficial de escuela puede póngase en contacto con el residente legal o visitar la dirección para verificar que los padres/tutores residen en la dirección.

VERIFICACION: SOLO PARA USO ESCOLAR

Nombre del Personal _____ Oficina del Sitio _____ Teléfono _____

Verificado por: GUSD _____ PGE _____ Utilidades de Ciudad _____ Acuerdo de propiedad _____ Otro tipo de verificación de domicilio _____

Se emitió un "30 día condicional inscripción"? ☐ No ☐ Si Comentarios: _____



* Parent Signature: _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD

HISTORIA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ M ☐ F ☐

Médico: _____ Teléfono: _____ Dentista: _____ Teléfono: _____

➡ ➡ ☐ SIN PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

> > > > > > Favor de marcar los que apliquen a su hijo(a). Favor de regresar este formulario a la Oficina de Salud < < < < < <

- ☐ **ADHD:** Requiere medicamento Sí ☐ No ☐ Nombre del medicamento _____
Lo tomará en la escuela? Sí ☐ No ☐ Médico y teléfono: _____
- ☐ **Asma:** Requiere medicamento/inhalador? Sí ☐ No ☐ Diario? ☐ Cada vez que sea necesario ☐
Cuando está haciendo ejercicios? ☐ Nombre del medicamento _____
Lo Tomará en la escuela? Sí ☐ No ☐ Médico y Teléfono: _____
- ☐ ***Reacciones Alérgicas:** A qué? __Salpullidos/Ronchas? Sí ☐ No ☐
(severo) Dificultad al respirar? Sí ☐ No ☐ Tiene “epipen” (inyección)? Sí ☐ No ☐
Médico y teléfono: _____
- ☐ **Depresión Clínica:** Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐ Nombre del medicamento? _____
Lo tomará en la escuela? Sí ☐ No ☐ Médico y teléfono: _____
- ☐ ***Diabetes:** Tipo I ☐ Tipo II ☐ Medicamentos? Oral ☐ Inyección ☐ Será administrada en la escuela? Sí ☐ No ☐ Bomba? ☐
Nombre del Medicamento _____ Médico y Teléfono: _____
- ☐ **Problemas del Oído:** Infecciones frecuentes? Pasado ☐ Presente ☐ Pérdida la audición? ☐ Fecha del último examen : _____
Audífono? Izquierdo ☐ Derecho ☐ Los Dos ☐ Médico & su Teléfono: _____
- ☐ ***Convulsiones:** Fecha del último convulsión? _____ Requiere Medicamento? Sí ☐ No ☐
Medicamento: _____ Médico y Teléfono: _____
- ☐ **Problemas del Corazón:** Medicamentos? Sí ☐ No ☐ En su casa? ☐ En la escuela? ☐ Limitaciones físicas? Sí ☐ No ☐
- ☐ **Hospitalización:** Explique: _____
- ☐ **Condiciones** Zapatos hortopédicos/Frenos? ☐ Muletas? ☐ Silla de Ruedas? ☐ Terapia Física? ☐
Ortopedicas ☐ CCS? ☐ Otras limitaciones físicas? _____
- ☐ **PTSD:** Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐ Nombre del Medicamento: _____
Lo tomará en la escuela? Sí ☐ No ☐ Médico y Teléfono: _____
- ☐ **Problemas de la vista:** Usa lentes? ☐ Contactos? ☐ Para leer solamente? ☐ Todo el Tiempo? ☐ Fecha del examen último: _____
- ☐ **Tomando Medicamentos** Para qué problema? _____
por otras razones: Nombre del medicamento _____ Dosis y frecuencia: _____
Lo tomará en la escuela? Sí ☐ No ☐ Médico y Teléfono: _____

☐ Mi hijo(a) tenía viruela. Año _____

Favor de anotar cualquier información importante sobre la salud y/o el comportamiento de su hijo(a):

Calif. Ed. Code 49423 – Estudiantes tomando medicamentos en su escuela tienen que llenar el formulario “Autorización para

*Firma del Padre/Madre de la Familia: _____ Fecha: _____

**GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT**

ELAC-SSC-PTA Sign-Up

Welcome to a new school year. We are in the process of recruiting members for the School Site Council, ELAC Council and PTA. The School Site Council is responsible for making decisions that affect our school programs. The ELAC members help make decisions that affect English Language Learners. The PTA Members will help fundraise and support during school functions. The names of all the persons interested will be placed on a ballot to vote. If you are interested in participating on either one of these school councils please return this form indicating your interest. If you like more information please call the VVMS office.

Bienvenidos a un nuevo año escolar. Estamos en el proceso de reclutar miembros para que sean parte del Consejo Escolar o del Consejo de ELAC. El Consejo Escolar "SSC" sería responsable de tomar decisiones que afectan a nuestros programas de la escuela. Los miembros ELAC ayudan a tomar decisiones que afectan a los estudiantes aprendices del idioma inglés. Los miembros de PTA ayudan recaudar fondos y apoya en funciones escolares. Los nombres de todas las personas interesadas se colocará en una boleta para votar. Si usted está interesado en participar en uno de estos consejos escolares por favor devuelva este formulario indicando su interés. Si desea más información por favor llame a la oficina de Vista Verde.

- ☐ Yes, I am interested in being part of the SSC team
- ☐ Yes, I am interested in being part of the ELAC team
- ☐ Yes, I am interested in being part of the PTA team

- ☐ Si, estoy interesado en participar y ser miembro del comité ELAC
- ☐ Si, estoy interesado en ser parte del Equipo de Consejo Escolar SSC
- ☐ Si, estoy interesado en ser parte del Equipo del PTA

- ☐ No, I am not interested in participating this school Year.
- ☐ No, Yo no tengo interés en participar este año.

Parent's Name: _____ Phone Number: _____

Name of your student: _____ Grade: _____



GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT

TECHNOLOGY USERS CONTRACT

Internet and On-Line Services: User Obligations and Responsibilities

Users wanting to use the district's internet or on-line services agree to do so in accordance with the user obligations and responsibilities specified below.

1. The user, in whose name an e-mail account is issued, is responsible for the proper use at all times. Users shall keep personal account information, home addresses and telephone numbers private. They shall use the system only under their own account name.
2. The system shall be used only for purposes related to education. Commercial, political and/or personal use of the district's system is strictly prohibited. The district reserves the right to monitor any on-line communication for improper use.
3. Users shall not use the system to encourage the use of drugs, alcohol or tobacco, nor shall they promote unethical practices or any activity prohibited by law or district policy.
4. Users shall not transmit or receive material that is threatening, obscene, disruptive or sexually explicit, or that could be construed as harassment or disparagement of others based on their race, national origin, sex, sexual orientation, age disability, religion or political beliefs.
5. Copyrighted material may not be placed on the system without the author's permission. Users may download copyrighted material for their own use only, as long as "fair use" restrictions are being observed.
6. Vandalism will result in the cancellation of user privileges. Vandalism includes uploading, downloading or creating computer viruses and/or any malicious attempt to harm or destroy district equipment or materials or the data of any other use.
7. Users shall not read other users' mail files; they shall not attempt to interfere with other users' ability to send or receive electronic mail, nor shall they attempt to read, delete, or copy, modify or forge other user's mail.
8. Users are expected to keep messages brief and use appropriate language.
9. Users shall report any security problem or misuse of the network to the teacher or principal.

The Greenfield Union School District provides access to the Internet for students, faculty, and staff. Students must have permission from at least one of their parents or guardians to access the internet at school.

The use of an internet is a privilege, not a right, and inappropriate use will result in the cancellation of those privileges and/or disciplinary action by school officials. A student's activities while using the internet in this school must be in support of education and research, and consistent with the educational objectives of the Greenfield Union School District. In addition, a user accessing the Internet from a school site is responsible for all on-line activities which take place through the use of his or her account.



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD

CONTRATO PARA LOS USARIOS DE LAS COMPUTADORAS

Servicios de Internet y On-Line: Obligaciones y Responsabilidades de los Usuario

Las personas que deseen usar los servicios de Internet y On-Line que ofrece el distrito están de acuerdo en hacerlo conforme a las obligaciones y responsabilidades especificadas abajo.

1. El usuario, en cuyo nombre se emite una cuenta de correo electrónico, es responsable de que se use apropiadamente en todo momento. Los usuarios deberán mantener en privado la información personal de su cuenta, domicilio, y número telefónico. Deben usar el sistema únicamente bajo la cuenta a su nombre.
2. El Sistema debe usarse estrictamente para propósitos relacionados con la educación. Queda prohibido el uso del Sistema con fines comerciales, políticos, y/o personales. El distrito se reserva el derecho de monitorear cualquier comunicación de use inapropiado.
3. Los usuarios no deben usar el Sistema para animar el uso de drogas, bebidas embriagantes, o Tabaco, ni para promover practicas poco éticas ni cualquier actividad prohibida por la ley o las políticas del distrito.
4. Los usuarios no deben transmitir o recibir materiales que puedan catalogarse como amenazantes, obscenos, destructores, explícitos sexualmente, o que puedan interpretarse como hostigamiento o menosprecio a otros en base a su raza, origen, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o tendencias políticas.
5. El material con derechos de autor no puede colocarse en el Sistema sin la autorización del autor. Los usuarios podrán bajar (copiar) material de esta clase solo para uso propio siempre y cuando se observen las restricciones de “use apropiado”.
6. Cualquier tipo de vandalismo resultara en la cancelación del privilegio de uso. Crear o introducir virus y/o cualquier intento de dañar o destruir el equipo, materiales o dato de cualquier otro usuario del distrito, será considerado como un acto vandálico.
7. Los usuarios no deberán leer el correo ni los archivos de otros usuarios; no intentaran interferir con otros usuarios para enviar o recibir correo electrónico, ni tampoco borrar, copiar, modificar o falsificar el correo de otros usuarios.
8. Los usuarios deben ser breves y usar lenguaje apropiado.
9. Los usuarios deben reportar cualquier problema de seguridad o mal uso de la red al maestro(a) o director(a).

El Distrito Escolar de Greenfield provee acceso al sistema de Internet para los estudiantes, maestros y personal del distrito. Los alumnos deben tener permiso de al menos uno de sus padres o tutores para tener acceso al Internet in la escuela.

El uso de una cuenta de Internet es un privilegio, no un derecho por lo que su uso no adecuado resultara en la cancelación de esos privilegios y/o acciones disciplinarias por parte de los funcionarios de la escuela. Las actividades de un alumno que usa el Internet en esta escuela, deben ser para apoyar la investigación, su educación o los objetivos educativos del Distrito Escolar de Greenfield. Así mismo, un usuario que tiene acceso al Internet en una escuela, es responsable de todas actividades que se realizan a través de su cuenta. Cuando se utilicen otras organizaciones, redes o recursos, los alumnos deben sujetarse a las reglas propias de la red.

**GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT****Technology User Contract****User's Agreement**

I have read the "Technology Users Contract on Internet and On-Line Services: User Obligations and Responsibilities" which describes acceptable use of information systems in the Greenfield Union School District and I understand fully and agree to abide by the principles and guidelines it contains. In addition, I have read and agree to refrain from those actions listed above which are considered unacceptable to the proper use of Internet resources.

Users Name: _____

School: _____ Grade: _____

Signature: _____ Date: _____

Parent Agreement

As the parent or guardian of the above student, I have read the "Technology Users Contract on Internet and On-Line Services: User Obligations and Responsibilities" which describes acceptable use of information systems in the Greenfield Union School District. I understand that the access is designed for educational purposes. I also recognize that employees of the school or school system may not be able to restrict access to all controversial materials on the Internet. I will not hold them responsible for material my son or daughter acquires as a result of the use of the Internet from school facilities. I accept full responsibility for supervision if and when my child's use of the Internet is conducted outside the school setting. I hereby give my permission to Greenfield Union School District to issue an Internet account for my child or to permit my child to access the Internet without an account on equipment provided on the school site.

Parent's Name: _____

Signature: _____ Date: _____

School Verification

I verify that this document was signed in my presence by the parent listed above.

Signature: _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR DE GREENFIELD

Contrato Para Los Usuarios de las Computadoras

Conformidad del Usuario

He leído el Contrato para los Usuarios de las Computadoras que proveen servicios de Internet y On- Line, así como las obligaciones y responsabilidades de los usuarios que describen el uso adecuado de los sistemas de información en el Distrito Escolar de Greenfield. Entiendo cabalmente y estoy de acuerdo en sujetarme a los principios y pautas que contiene. También estoy de acuerdo en abstenerme de realizar las acciones citadas arriba como no aceptables en el uso apropiado de los recursos de Internet

Nombre del Usuario: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Conformidad de los Padres

Como padre o tutor del alumno arriba citado he leído el Contrato para los Usuarios de las Computadoras que proveen servicios de Internet y On-Line así como las obligaciones y responsabilidades de los usuarios que describen el uso adecuado de los sistemas de información en el Distrito Escolar de Greenfield. Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. También reconozco que los empleados de la escuela o el sistema escolar tal vez no puedan restringir el acceso a materiales controvertidos en el Internet. No los hare responsables por los materiales que mi hijo o hija adquiera como resultado del uso del Internet en la escuela. Yo acepto la responsabilidad total de supervisión cuando mi hijo (a) use el Internet fuera del marco escolar. Por este medio otorgo permiso al Distrito Escolar de Greenfield para expedir una cuenta de Internet para mi hijo(a) o bien para que tenga acceso al servicio de internet sin una cuenta propia en el equipo provisto por la escuela.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Verificación de la Escuela

I verify that this document was signed in my presence by the parent listed above.

Signature: _____ Date: _____

**PHOTOGRAPHS, FILMS, SLIDES, INTERNET, VIDEO and AUDIO TAPE
RECORDINGS RELEASE**

I. _____ (Check one)
(Parent/Guardian's Name, please print)

☐ Give

☐ Do not give

Greenfield Union School District permission to use my son's/daughter's photograph(s) in its promotional materials and publicity efforts. I understand that the photograph(s) may be used in a publication, print ad, direct-mail piece, electronic media (e.g., video, CD-ROM, Internet, World Wide Web), or other form of promotion. I release Greenfield Union School District, the photographer, their offices, employees, agents, and designees from liability for any violation any personal or proprietary right I may have in connection with such use.

STUDENT'S
NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP _____
CODE: _____

PHONE: (_) _____

PAR NET OR GUARDIAN

SIGNATURE: _____ DATE: _____

**LA TOMA DE FOTOGRAFIAS, PELICULAS, DIAPOSITIVAS Y GRABACIONES
DE INTERNET, VIDEO, AUDIO DE LOS ESTUDIANTES INSCRITOS**

Yo. _____ (Marque una)
(Nombre de Padre/Guardián, impreso por favor)

☐ Doy

☐ No doy

Permiso al Distrito Escolar de Unificado de Greenfield para usar al fotografía de mi hijo(a) en su material de promoción y publicidad. Yo entiendo que es posible que usen la fotografía en una publicación, noticia imprimida, promoción por correo directo, o medio electrónica (video, CD-ROM, la Red Mundial o Internet), u otra forma de promoción. Libero de responsabilidad legal al Distrito Escolar Unificado de Greenfield, el/la fotógrafo. Sus oficinas, personal empleado, designado y agentes por cualquier violación de derecho personal o propietario que tenga en conexión con tal uso.

NOMBRE DEL
ESTUDIANTE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ CODIGO

ESTADO: _____ POSTAL: _____

TELEFONO: (_) _____

FIRMA DEL
PADRE/GUARDIAN: _____ DATE: _____



GREENFIELD UNION SCHOOL DISTRICT

ANNUAL NOTICE REGARDING YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

As required by law, this is to notify of your rights and responsibilities. Please take time to carefully review the information in this booklet. If you have any questions regarding this information, please feel free to contact the District office.

Education Code Section 48982 requires parents or guardians to sign and return this acknowledgment. After your review, please sign and return to your child's school this acknowledgment indicating you have received and reviewed these materials.

By signing below, I am neither giving nor withholding consent for my child(ren) to participate in any program. I am merely indicating that I have received and read the booklet with notices regarding my rights relating to activities which might affect my child(ren).

STUDENT'S

NAME: _____

SCHOOL: _____ Grade: _____

PARENT / GUARDIAN

SIGNATURE: _____ Date: _____

NOTIFICACION ANNUAL DE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Como lo require la ley, esto es para comunicarle sobre sus derechos y responsabilidades. Por favor tome un tiempo para cuidadosamente revisar la informacion en este folleto. Si tiene preguntas sobre esta informacion, por favor comuniquese con la oficina del Distrito.

El Codigo Educativo Seccion 48982 require que los padres o apoderados firmen y regrese este acuse. Despues de revisar lo, por favor firme y regreselo a la escuela de su hijo/a este acuse indica que ha recibido y revisado el material incluido.

Con mi firma en el espacio debajo, no estoy dando ni negando permiso para que mi hijo/a participe en cualquier programa. Unicamente estoy indicando que ha recibido y leido el folleto con los avisos sobre mis derechos en relacion con las actividades que puedan afectar a mi hijo/a.

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



EF-9

Greenfield Union School District
MOT DEPARTMENT

Bus Transportation Request



Solicitud para Servicio de Transporte

ONE REQUEST PER FAMILY – UNA SOLICITUD POR FAMILIA

NUM.	STUDENT NAME NOMBRE DEL ESTUDIANTE	SCHOOL OF ATTENDACE ESCUELA DEL ESTUDIANTE	TEACHER NAME NOMBRE DEL MAESTRO	GRADE GRADO
1.				
2.				
3.				
4.				

Home Address – Dirección del Domicilio:	Effective Date – Fecha de Inicio:
Parent/Guardian – Nombre del Padre o Guardian:	Phone – Telefono:

Does your child have special medical needs? ___ YES ___ NO

Tiene su hijo(a) necesidades médicas especiales? ___ SI ___ NO

If yes, please explain: _____

Explique las necesidades médicas especiales del estudiante:

TRANSPORTATION DEPARTMENT USE ONLY
This student will be assigned to: Driver's Name _____ Bus Number: _____
Schedule: Student will be picked up: Time: _____ AM Bust Stop at: _____
Student will be dropped off: Time: _____ PM Bust Stop at: _____ Minimum Day _____

NOTE: MOT does not provided transportation to Preschool students and to Kindergarten students.

NOTA: El Departamento del MOT no ofrece transportación a estudiantes de la Prescuela y estudiantes del Kindergarten.

Eligibility to use transportation service depends on medical needs and distance from home to school.

La elegibilidad para el uso de transporte depende de las necesidades médicas y la distancia de la casa a la escuela.

**Student Placement Disclaimer Notice**

Dear Parent/Guardian,

School: _____

Welcome to the Greenfield Union School District.

When registering your child, please be aware that you are registering for the Greenfield Union School District, not a specific school. Please read and complete the information below:

I understand that my child is not guaranteed enrollment in his/her neighborhood school.*
If there is no space available in the neighborhood school, another school will be designated by the District.
Therefore; Initial placement may be temporary and a change in classroom and/or school may be necessary.

If my child is placed at a school other than my neighborhood school, he/she will be placed on a waiting list to return to my neighborhood school as space becomes available.

Name of Child_____
Grade_____
Name of Parent/Guardian (Please Print)_____
Signature of Parent/Guardian_____
Date_____
Telephone Number_____
Cell Phone Number

* Neighborhood school is the school designated by the district for your specific residence area.



Denegación de Responsabilidad sobre la Colocación de Estudiantes

Escuela: _____

Estimado padre de familia/tutor,

Bienvenido al Distrito Escolar de Greenfield:

Le queremos informar que cuando usted inscriba a su hijo/a, usted lo/la está inscribiendo al Distrito Escolar de Greenfield y no en una escuela en particular. Por favor lea y llene la siguiente información.

Yo entiendo que mi hijo/a no tiene garantizada la inscripción en la escuela correspondiente a su domicilio. Si no hay cupo disponible en la escuela correspondiente a su domicilio, otra escuela será designada por el Distrito Escolar. Por lo tanto, la colocación inicial podrá ser temporal y quizás sea necesario el cambio de salón o de escuela.

En caso de que mi hijo/a sea colocado en una escuela que no sea la escuela correspondiente a su domicilio, él/ella será inscrita en una lista de espera para regresar a la escuela correspondiente a su domicilio cuando haya cupo disponible.

Nombre del estudiante

Grado escolar

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Número de teléfono

Número de teléfono celular

* La escuela correspondiente a su domicilio es aquella escuela designada por el distrito escolar de acuerdo a la zona en dónde se ubica su domicilio particular.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

EF-11

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information. (CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	___/___/___
Physical Examination	___/___/___
Dental Assessment	___/___/___
Nutritional Assessment	___/___/___
Developmental Assessment	___/___/___
Vision Screening	___/___/___
Audiometric (hearing) Screening	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
Blood Test (for anemia)	___/___/___
Urine Test	___/___/___
Blood Lead Test	___/___/___
Other	___/___/___

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA**EF-11**

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año		
DOMICILIO—Número y Calle			Ciudad		Zona Postal		Escuela	

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**EXAMEN DE SALUD**

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	___/___/___
Examen Físico	___/___/___
Evaluación de Dientes	___/___/___
Evaluación de Nutrición	___/___/___
Evaluación del Desarrollo	___/___/___
Pruebas Visuales	___/___/___
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	___/___/___
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	___/___/___
Análisis de Sangre (para anemia)	___/___/___
Análisis de Orina	___/___/___
Análisis de Sangre para el plomo	___/___/___
Otra	___/___/___

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- ☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

*de ser indicado

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a). CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _ _ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
<i>Licensed Dental Professional Signature</i> <i>CA License Number</i> <i>Date</i>			

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- ☐ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
- ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Other
- ☐ I cannot afford a dental check-up for my child.
- ☐ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ►

Signature of parent or guardian

Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school no later than May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Formulario de evaluación de la salud dental

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro ☐ Nativo de Hawai/islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> ☐ Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i> Fecha <i>Date]</i>			

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
El plan de seguro dental de mi hijoes:
- ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _ ☐ Ninguno
- ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

Si pide ser eximido de este requisito: ☐ _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]



2019-2020 Immunization Clinics

Below are the listings of free and low cost clinics in Monterey County. These clinics help low-income and uninsured people by offering free and discounted rates for vaccinations, medical and/or dental care.

Clinic	Location	Contact Phone	Services
Clinica De Salud Del Valle De Salinas-Greenfield	808 Oak Ave Greenfield, CA 93927	Telephone (831) 674-5344 Fax (831) 674-5214	Migrant Health Center Community Health Health Care for the Homeless C.H.D.P. Program
Clinica De Salud Del Valle De Salinas-King City	122 San Antonio Dr. King City, CA 93930	Telephone (831) 385-5944 Fax (831) 385-8618	Migrant Health Center Community Health Health Care for the Homeless C.H.D.P. Program
Clinica De Salud Del Valle De Salinas – Soledad	799 Front Street Soledad, CA 93960	Telephone (831) 678-0881 Fax (831) 678-2803	Migrant Health Center Community Health Health Care for the Homeless C.H.D.P. Program
Mee Memorial Medical Clinic	467 S. El Camino Real Greenfield, CA	Telephone (831)674-0112	Medical Services are offered to those who meet the following guidelines: Uninsured Underinsured Low income
Mee Memorial Medical Clinic	210 Canal St. King City, California 93930	Telephone (831) 385-6000	Medical Services are offered to those who meet the following guidelines: Uninsured Underinsured Low income
Alisal Health Clinic	559 East Alisal Suite 201 Salinas Ca 93905	(831) 769-8800	



Clínica de Inmunización 2019-2020

A continuación se muestran los listados de clínicas gratuitas y de bajo costos en el Condado de Monterey. Estas clínicas ayudan a personas de bajos ingresos y sin seguro, ofreciendo tarifas de gratis y con descuentos para vacunas, atención médica o dental.

Clínica	Ubicación	Teléfono de contacto	Servicios
Clínica De Salud Del Valle De Salinas-Greenfield	808 Oak Ave Greenfield, CA 93927	Teléfono (831) 674-5344 Fax (831) 674-5214	Centro de salud para migrantes Comunidad salud de las personas sin hogar Programa C.H.D.P.
Clínica De Salud Del Valle De Salinas-King City	122 San Antonio Dr. King City, CA 93930	Teléfono (831) 385-5944 Fax (831) 385-8618	Centro de salud para migrantes Comunidad salud de las personas sin hogar Programa C.H.D.P.
Clínica De Salud Del Valle De Salinas – Soledad	799 Front Street Soledad, CA 93960	Teléfono (831) 678-0881 Fax (831) 678-2803	Centro de salud para migrantes Comunidad salud de las personas sin hogar Programa C.H.D.P.
Mee Memorial Clínica Medica	467 S. El Camino Real Greenfield, CA	Teléfono (831) 674-0112	Servicios médicos se ofrecen a aquellos que cumplen con las siguientes pautas: Seguro Seguro Bajos ingresos
Mee Memorial Clínica Medica	210 Canal St. King City, California 93930	Teléfono (831) 385-6000	Servicios médicos se ofrecen a aquellos que cumplen con las siguientes pautas: Seguro Seguro Bajos ingresos
Alisal Health Clinic	559 East Alisal Suite 201 Salinas Ca 93905	(831) 769-8800	