

FAIRSITE STATE PRESCHOOL REGISTRATION INFORMATION

2024-2025

- 1. Complete the registration packet
- 2. Collect all the required documents listed below

Proof of income

- One complete month of current check stubs for all that are working or a letter from Public Assistance showing the monthly allowance.
- Check stubs may be submitted after April 11th for pay periods starting in February.

Proof of residency

- Property tax receipt, mortgage statement, rental/lease agreement, utility/rental receipt, recent pay stub, voter registration, ID/California DL
- If living with another family- copy of utility bill and letter stating that you and your child live at that address

Birth certificate for child registering AND for all siblings in the home

- Baptismal certificate or birth affidavits may be submitted in lieu of birth certificates

Immunization record and TB screening of risk factors

Documentation of physical examination within the last year

\*\*\*\*\*PROGRAM CHOICES\*\*\*\*\*

Child's Name \_\_\_\_\_

**Please indicate your 1st and 2nd choice as they apply to your family.**

\_\_\_ Half Day AM (8:00-11:30)

\_\_\_ Half Day PM (11:30-3:00, Wednesdays only 10:30-2:00)

\_\_\_ Full Day (8:00-3:00, Wednesdays only 8:00-2:00)

**\*Full day program:** To qualify, a family must fit within the State Preschool Income requirements, and both parents must be employed, going to school during our contract hours, or actively seeking employment, and must be employed within 60 days of enrollment. There may be a fee for preschool services based on income and family size. The family fee will be determined at the time of acceptance into the program.

**\*\*\*We do our best to accommodate family needs, but we cannot guarantee that your preference will be granted.**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# FAIRSITE STATE PRESCHOOL INFORMACION DE INSCRIPCION

2024-2025

1. Complete el paquete de registro
2. Reúna todos los documentos requeridos que se enumeran a continuación

Prueba de ingreso

- Un mes completo de talones de cheques actuales para todos los que están trabajando o una carta de Asistencia Pública que muestra la asignación mensual.
- Los talones de cheques se pueden entregar después del 11 de abril para los períodos de pago comenzando en febrero.

Prueba de residencia

- Recibo de impuestos sobre la propiedad, estado de cuenta de la hipoteca, contrato de alquiler/arrendamiento, recibo de servicios públicos/alquiler, talón de pago reciente, registro de votante, identificación/licencia de manejar de California
- Si vive con otra familia: copia de la factura de servicios públicos y carta que indique que usted y su hijo(a) viven en esa dirección.

Certificado de nacimiento para el registro de niños Y para todos los hermanos en el hogar

- Se puede presentar un certificado de bautismo o declaraciones juradas de nacimiento en lugar de certificados de nacimiento

Registro de vacunación y detección de factores de riesgo en la tuberculosis

Documentación del examen físico en el último año

\*\*\*\*\*OPCIONES DE PROGRAMA\*\*\*\*\*

Nombre del estudiantes \_\_\_\_\_

**Por favor, indique su 1ª y 2ª opción según se apliquen a su familia.**

\_\_\_ Medio día AM (8:00-11:30)

\_\_\_ Medio día PM (11:30-3:00, solo los miércoles de 10:30-2:00)

\_\_\_ Día completo (8:00-3:00, solo miércoles 8:00-2:00)

**\*\*Programa de día completo:** Para calificar, una familia debe encajar dentro de los requisitos de ingresos preescolares del estado, y ambos padres deben estar empleados, ir a la escuela durante nuestras horas de contrato, o buscar activamente empleo, y deben estar empleados dentro de los 60 días de la inscripción. Puede haber una tarifa por los servicios preescolares basados en los ingresos y el tamaño de la familia. La tarifa familiar se determinará en el momento de la aceptación en el programa.

**\*\*\*Hacemos nuestro mejor esfuerzo para satisfacer las necesidades familiares, pero no podemos garantizar que se le otorgará su preferencia.**

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Phone (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

### Preschool Student Registration Form

**Student Legal Name:** Last \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_

First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_

Previous Legal Name \_\_\_\_\_

Birth Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female Grade \_\_\_\_\_

Physical Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Mailing (if different) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Parent /Guardian # 1 - Last Name** \_\_\_\_\_ **First Name** \_\_\_\_\_

Relationship to Student \_\_\_\_\_ Legal Guardian:  Yes  No

Lives with Student:  Yes  No Language Spoken \_\_\_\_\_

Primary Phone (select one):  Home  Cell  Work Home Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_

Text Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

**Parent /Guardian # 2 - Last Name** \_\_\_\_\_ **First Name** \_\_\_\_\_

Relationship to Student \_\_\_\_\_ Legal Guardian:  Yes  No

Lives with Student:  Yes  No Language Spoken \_\_\_\_\_

Primary Phone (select one):  Home  Cell  Work Home Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_

Text Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

Other Children (brothers & sisters)	Relationship to Student	Age	Grade & School Name
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Court Order:**

Is there a court order regarding custody of this student?  Yes  No

Is there a restraining order regarding a birth parent or other party?  Yes  No

If yes to either question above, you must provide the school with a copy of the most current court order within 10 days of registering your student. Please initial. \_\_\_\_\_

If no court order is provided, information will be released to this parent upon request. Court orders must be resubmitted to the school at the beginning of each school year.

**Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt**

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

**Formulario de Matriculación Preescolar**

**Nombre Legal del Estudiante:** Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Nombre Legal Anterior \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino Grado \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Donde recibe correo (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Padre / Guardián #1 – Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_

Relación al estudiante \_\_\_\_\_ Guardián legal:  Sí  No

Vive con el estudiante:  Sí  No Idioma hablado \_\_\_\_\_

Teléfono Principal (seleccione uno):  Casa  Celular  Trabajo Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Teléfono de texto (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

**Padre / Guardián #2 – Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_

Relación al estudiante \_\_\_\_\_ Guardián legal:  Sí  No

Vive con el estudiante:  Sí  No Idioma hablado \_\_\_\_\_

Teléfono Principal (seleccione uno):  Casa  Celular  Trabajo Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Teléfono de texto (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Otros Niños/as (hermanos e hermanas)	Relación al Estudiante	Años	Grado/Nombre de Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Orden Judicial:**

¿Existe una orden judicial sobre la custodia de este estudiante?  Sí  No

¿Existe una orden de restricción con respecto a un padre biológico o a otra persona?  Sí  No

Si contesto sí a cualquier pregunta anterior, debe proveer a la escuela una copia de la orden judicial más reciente dentro de los 10 días de registro de su alumno. Por favor inicial. \_\_\_\_\_

Si no se proporciona una orden judicial, la información será divulgada a este padre cuando lo solicite. Ordenes judiciales deben volver a presentarse a la escuela al comienzo de cada año escolar.

## Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Phone (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

### Preschool Student Registration Form

**Residence:** Where is your student/family currently living? Select one.

- Single Family Permanent Residence (house, apartment, condominium, mobile home)
- Temporary Shelters (transitional housing)
- Hotels/Motels
- Temporarily Doubled Up (sharing the housing of other persons due to the loss of housing or economic hardship)
- Temporarily Unsheltered (car, campsite)
- Foster Family Home or Kinship Placement
- Other \_\_\_\_\_

### Family Language Instrument:

1. Which language(s) does your child hear at home? \_\_\_\_\_  
*This includes the language(s) spoken by parents, grandparents, siblings, extended family, or others living within or visiting the home.*
2. Which language(s) does your child hear in their neighborhood and community? \_\_\_\_\_  
*For example, with friends and neighbors, at church, or at after-school programs or activities. This is to demonstrate language exposure not to measure language proficiency.*
3. Which language(s) does your child understand? \_\_\_\_\_
4. Which language(s) does your child speak? \_\_\_\_\_

What language do you prefer to receive verbal and written correspondence?  English  Spanish

**Ethnicity and Race:** Please answer *both* questions.

1. What is your student's ethnicity?
  - Hispanic or Latino: A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, other Spanish culture or origin, regardless of race.
  - Not Hispanic or Latino
2. What is your student's race? Regardless of student's ethnicity, select one or more race categories.
  - American Indian or Alaska Native: A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.

Asian: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

- Chinese  Korean  Asian Indian  Cambodian  Other Asian
- Japanese  Vietnamese  Laotian  Hmong  Filipino

- Black or African American: A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.

Native Hawaiian or Other Pacific Islander: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

- Hawaiian  Guamanian  Samoan  Tahitian  Other Pacific Islander

- White: A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

**Parent Education Level:** Select the highest level completed by either parent/guardian.

- Not a High School Graduate  Some college or Associate's Degree  Graduate degree or Higher
- High School Graduate  college Graduate  Decline to State

**Migrant Work:** Has a parent/guardian recently engaged in migrant work or been engaged in migrant work (moved and worked seasonally in agriculture, lumber, dairy, or fishery related job) in the past three years?

- Yes  No Is your student currently receiving services?  Yes  No

## Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

### Formulario de Matriculación Preescolar

**Residencia:** ¿Dónde vive actualmente su estudiante/familia? Seleccione uno.

- Familia Sola, Residencia Permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- Refugios Temporales (alojamiento de transición)
- Hoteles/Moteles
- Vivienda Compartida Temporal (sin hogar comparte la vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda o dificultad económica)
- Refugio sin Protección Temporal (coche/campamento)
- Hogar de Crianza o Colocación en Hogares de Adopción por Parentesco
- Otro \_\_\_\_\_

### Encuesta de idioma en casa:

1. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa? \_\_\_\_\_  
*Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.*
  2. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad? \_\_\_\_\_  
*Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.*
  3. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija? \_\_\_\_\_
  4. ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma prefiere recibir correspondencia verbal y escrita?  Inglés  Español

**Etnicidad y Raza:** Por favor, conteste las dos preguntas.

1. ¿Cuál es la etnicidad de su estudiante?
  - Hispano o Latino: Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, de otra cultura o origen español, independientemente de su raza.
  - No Hispano o Latino
2. ¿Cuál es la raza de su estudiante? Independientemente del origen étnico del estudiante, seleccione una o más categorías de raza.
  - Indio Americano o Nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo Centroamérica), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo con la comunidad.
  - Asia: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
    - Chino  Coreano  Indio Asiático  Camboyano  Otro Asiático
    - Japonés  Vietnamita  Laosiano  Hmong  Filipino
  - Negro o afroamericano: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
  - Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
    - Hawaiano  Guamiano  Samoano  Tahitiano  Otro Islandés del Pacífico
  - Blanco: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

**Nivel de Educación de Padres:** Seleccione el nivel más alto completado por cualquiera de los padres/tutores.

- No graduado de  Algo de Universidad o licenciatura  Graduado de licenciatura o
- Graduado de Secundaria  Graduado de la Universidad  Renunciar de Divulgar

**Empleos Migratorios:** ¿Se encuentra alguno de los padres/tutores trabajando o ha trabajado en empleos migratorios (se ha mudado y ha trabajado por temporadas en trabajos de agricultura, madera, lechería o pesquerías) en los últimos tres años?  Sí  No

¿Está su estudiante actualmente recibiendo servicios?  Sí  No

## Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Phone (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

### Preschool Student Registration Form

**Special Education:** Does your student have a current Individualized Education Program (IEP)?  Yes  No

If yes, attach current IEP. Please initial \_\_\_\_\_ Select all that apply.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autism                         | <input type="checkbox"/> Hard of Hearing         | <input type="checkbox"/> Specific Learning Disability  |
| <input type="checkbox"/> Deaf-Blindness                 | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability | <input type="checkbox"/> Speech or Language Impairment |
| <input type="checkbox"/> Deafness                       | <input type="checkbox"/> Multiple Disabilities   | <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury        |
| <input type="checkbox"/> Emotional Disturbance          | <input type="checkbox"/> Orthopedic Impairment   | <input type="checkbox"/> Visual Impairment             |
| <input type="checkbox"/> Established Medical Disability | <input type="checkbox"/> Other Health Impairment |  |

**Medical Information:** Select all that apply.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                      | <input type="checkbox"/> Circulatory System Disorder | <input type="checkbox"/> Orthopedic Condition           |
| <input type="checkbox"/> Allergy/Food                  | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1/Type 2      | <input type="checkbox"/> Respiratory Disorder/Condition |
| <input type="checkbox"/> Allergy/Other                 | <input type="checkbox"/> Eating Disorder             | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder               |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis                   | <input type="checkbox"/> Endocrine System Disorder   | <input type="checkbox"/> Skin Condition                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma                        | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorder   | <input type="checkbox"/> Spina Bifida                   |
| <input type="checkbox"/> Bladder/Kidney/Liver Disorder | <input type="checkbox"/> Headache                    | <input type="checkbox"/> Vision Disorder                |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder                | <input type="checkbox"/> Hearing Disorder            | <input type="checkbox"/> Other                          |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor                  | <input type="checkbox"/> Mental Health               | <input type="checkbox"/> _____                          |
| <input type="checkbox"/> Cardiac/Heart Condition       | <input type="checkbox"/> Neurological Disorder       | <input type="checkbox"/> _____                          |

**Medication:** If your student receives daily medication, please list below. Medication cannot be dispensed at the school without a formal request signed by a doctor and parent/guardian. Medication forms are available in the school office.

Medication	Dosage	Time(s) Given
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

**Medical Authorization:** As a legal custodian of \_\_\_\_\_, a minor, I hereby authorize the principal or his/her designee, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to consent to any x-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to said minor upon the advice of any licensed physician and/or dentist. I understand that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the aforementioned agent(s) to give specific consent to any such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization shall remain effective for the full school year unless revoked in writing and delivered to said agent(s). I understand that the Galt Joint Union Elementary School District, its employees, and its Board assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of said minor. 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 responsibility.

Preferred Doctor \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Preferred Hospital \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_  
 Health Insurance Carrier \_\_\_\_\_  
 Group/Medical Record Number \_\_\_\_\_ Policy Number \_\_\_\_\_

- In the event of an accident or emergency, I give permission for school staff or my emergency contact to obtain necessary emergency medical care for my student.
- I do not consent to medical care for my student. I release the School/District from liability. Please initial. \_\_\_\_\_

Medical Authorization: Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

**Student Registration:** By signing below, I authorize the release of all student records and certify the information given on this form is true and correct.

Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

## Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

### Formulario de Matriculación Preescolar

**Educación Especial:** ¿Tiene su estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP)?  Sí  No

Si tiene uno, adjunte el IEP actual. Por favor ponga sus iniciales. Marque todas las que apliquen.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo                        | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición    | <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera-Ceguera                | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla o del Lenguaje  |
| <input type="checkbox"/> Sordera                        | <input type="checkbox"/> Múltiples                | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática             |
| <input type="checkbox"/> Disturbio Emocional            | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica  | <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual                    |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica Establecida | <input type="checkbox"/> Otros Problemas de       |   |

**Información Médica:** Marque todas las que apliquen.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                        | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Circulatorio | <input type="checkbox"/> Condición Ortopédica            |
| <input type="checkbox"/> Alergia/ Alimentos              | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo1 y Tipo 2            | <input type="checkbox"/> Desorden Respiratorio/Condición |
| <input type="checkbox"/> Alergia/Otras                   | <input type="checkbox"/> Desorden de Alimento               | <input type="checkbox"/> Desorden Convulsivo             |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                      | <input type="checkbox"/> Desorden del Sistema Endocrino     | <input type="checkbox"/> Condición de la Piel            |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Desorden Gastrointestinal          | <input type="checkbox"/> Spina Bífida                    |
| <input type="checkbox"/> Vejiga/Riñón/Desorden de Hígado | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza                    | <input type="checkbox"/> Desorden de la Visión           |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Sangre              | <input type="checkbox"/> Desorden Auditivos                 | <input type="checkbox"/> Otro                            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor                    | <input type="checkbox"/> Salud Mental                       | <input type="checkbox"/> _____                           |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca/Condición Cardíaca     | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico               | <input type="checkbox"/> _____                           |

**Medicamentos:** Si su estudiante esta recibiendo medicamento diariamente, por favor indique abajo. No se puede administrar medicamento en la escuela sin documentación formal firmada por su médico. Las formas médicas están disponibles en la oficina de la escuela.

Medicamento	Cantidad	Veces que se Administra
1.		
2.		

**Autorización Médica:** Como padre/madre con custodia, legal del menor \_\_\_\_\_, autorizó al director o a su designado, en el cual le doy total encargo y consentimiento para que le hagan rayos-x, exámenes médicos, administren medicamentos, o hagan un diagnóstico médico, tratamiento, y/o cuidado de hospital al menor indicado de acuerdo a los consejos de un médico/doctor y/o dentista. Comprendo que esta autorización se da por adelantado para cualquier diagnóstico requerido, tratamiento, o cuidado de hospital cuando un médico o dentista lo justifica como necesario. Esta autorización se mantendrá en efectivo por todo el año escolar a solo que haga una cancelación por escrito y la entregue a los agentes nombrados anteriormente. Comprendo que el Distrito de Escuelas Primarias de Galt, sus empleados, y su mesa directiva no asumen responsabilidades de cualquier naturaleza relacionada al transporte o tratamiento del menor. Además, entiendo que todos los gastos de trasportación del paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos-x, o tratamiento relacionado a esta autorización serán mi responsabilidad.

Doctor de Preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Hospital Preferido \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_

Grupo/Número de Registro Médico \_\_\_\_\_ Número de la Póliza \_\_\_\_\_

- En el evento de un accidente o emergencia, doy permiso al personal de la escuela o persona en mi lista de contactos de emergencia que obtengan cuidado médico de emergencia para mi hijo/a.
- No doy/otorgo consentimiento para el cuidado médico en caso de una emergencia de mi hijo y libro al distrito escolar y a la escuela de toda responsabilidad. Por favor ponga sus iniciales. \_\_\_\_\_

Autorización Médica: Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

**Matriculación del Estudiante:** Al firmar abajo, autorizo la publicación de todos los expedientes estudiantiles y certifico que la información dada en este formulario es verdadera y correcta.

Su Nombre en Letra de Molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_



# PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

## PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

\_\_\_\_\_, born \_\_\_\_\_ is being studied for readiness to enter  
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

\_\_\_\_\_. This Child Care Center/School provides a program which extends from \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to \_\_\_\_\_ a.m./p.m. , \_\_\_\_\_ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

\_\_\_\_\_  
(TODAY'S DATE)

## PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies: medicine: \_\_\_\_\_

Vision: \_\_\_\_\_ insect stings: \_\_\_\_\_

Developmental: \_\_\_\_\_ food: \_\_\_\_\_

Language/Speech: \_\_\_\_\_ asthma: \_\_\_\_\_

other: \_\_\_\_\_

Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_

Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

### IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

### SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).  
\_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician's Assistant  Nurse Practitioner

# REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

## PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)  
en la \_\_\_\_\_ . Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA)  
a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., \_\_\_\_\_ días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

## PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____	Allergies: medicine: _____
Vision: _____	insect stings: _____
Developmental: _____	food: _____
Language/Speech: _____	asthma: _____
	other: _____

Other (include behavioral concerns): \_\_\_\_\_

Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION HISTORY:** (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHThERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHThERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

**SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)**

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).  
\_\_\_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician's Assistant  Nurse Practitioner

---

**RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:**

- \* Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- \* Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- \* Live in out-of-home placements.
- \* Have, or are suspected to have, HIV infection.
- \* Live with an adult with HIV seropositivity.
- \* Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- \* Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- \* Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- \* Have clinical evidence of TB.

---

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

---

**FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:**

- \* Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- \* Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- \* Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- \* Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- \* Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- \* Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- \* Vivir con o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- \* Tener anomalías en su RX (rayos x) de torax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- \* Tener evidencia clínica de TB.

---

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.



**FAIRSITE PRESCHOOL – A STATE PRESCHOOL  
INDIVIDUALS PERMITTED TO  
PICK UP / DROP OFF MY CHILD**

Dear Parent(s)/Guardian(s),

In accordance with state law, we must have on file the names and telephone numbers of individuals, including yourself, permitted to drop off and pick up your child from Preschool **(18 years or older)**. Parents and their authorized representatives, must sign in and out using their **full legal signature**.

**If someone arrives to pick up your child and their name is not in our file we CANNOT allow your child to leave with them.**

Please list below any person's name and telephone number who might arrive to drop off or pick up your child so that we can avoid any problems.

**Please update this information when ANY change occurs.**

Thank you for your cooperation.

My child, \_\_\_\_\_, may be dropped off or picked up from school by the following adults **(18 years or older)**:

NAME	SIGNATURE OF AUTHORIZED PERSON	PHONE	RELATIONSHIP TO PUPIL
1			Mother
2			Father
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PRE-ESCOLAR FAIRSITE – UNA ESCUELA PRE-ESCOLAR ESTATAL  
INDIVIDUOS AUTORIZADOS PARA RECOGER/DEJAR A MI HIJO(A)**

Estimados Padres/Guardianes,

En acuerdo con la ley estatal, debemos tener archivados los nombres y números de teléfono de las personas, incluido usted, a quienes se les permite dejar y recoger a su hijo(a) del preescolar **(de 18 años o más)**. Los padres y sus representantes autorizados deben firmar al entrar y salir utilizando su **firma legal completa**.

**Si alguien llega a recoger a su hijo(a) y su nombre no está en nuestro archivo, no PODREMOS permitir que su hijo(a) se vaya con ellos.**

Por favor de escribir abajo la lista de personas y el número de teléfono quien pueda venir a dejar o recoger a su hijo(a) así podemos evitar cualquier problema. **Por favor avísenos de cualquier cambio de la información inmediatamente.**

Gracias por su cooperación.

Mi niño(a), \_\_\_\_\_, puede ser dejado(a) en la escuela y recogido(a) por las siguientes personas adultas **(de 18 años o más)**:

NOMBRE	FIRMA DE PERSONA AUTORIZADA	TELEFONO	RELACION CON EL ESTUDIANTE
1			Madre/Guardian
2			Padre/Guardian
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY**

CHILD'S NAME		GENDER	BIRTH DATE
Medi-Cal?	( ) No	Other Insurance	
	( ) Yes – Medi-Cal #		

**1. HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY**

Child's Birth Weight:	Began talking at: _____ months old	Began walking at: _____ months old
During pregnancy was the fetus exposed to any drugs, alcohol, or cigarette smoke? ( ) Yes ( ) No		
During pregnancy, labor, & delivery; were there any illnesses or complications? ( ) Yes ( ) No, normal birth		
* If yes, please explain:		

**2. PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and approximate dates of illnesses**

ILLNESS	DATES	ILLNESS	DATES	ILLNESS	DATES
Chicken Pox		Diabetes		Mumps	
Asthma		Epilepsy		Poliomyelitis	
Rheumatic Fever		Whooping cough		Ten-Day Measles (Rubeola)	
Hay Fever				Three-Day Measles (Rubella)	

Has your child had any serious injuries? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
Has your child ever been hospitalized? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
Has your child ever had surgery? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
Has your child had a dental exam in the past year? ( ) Yes ( ) No			
Does your child have frequent colds? ( ) Yes ( ) No	How many in the last year?	Any allergies staff should be aware of? ( ) Yes ( ) No	
Explain:			
How would you describe the dental health of your child? ( ) Poor, needs attention ( ) Average ( ) Excellent, no problems			
Are your child's teeth brushed and flossed daily? ( ) Yes ( ) No			
Does your child have any chronic health conditions such as:	Diabetes	Convulsions, Seizures fainting	Tubes in ears
	Heart Ailment	Frequent ear infections	Kidney problems
Is your child taking medication at home for any of the above needs? ( ) Yes ( ) No			
Is there any family disease or condition that might put your child at risk? ( ) Yes ( ) No			
Is there anything about your child's health that worries you? (speech, vision, hearing, behavior) ( ) Yes ( ) No		Please explain	
Does your child have serious, severe, or life-threatening reactions or situations because of a health condition, medication given at home, asthma, or allergies (food, medicine, insects, or environmental)? ( ) Yes ( ) No			
What causes the reaction?			
What is the specific reaction?			
Are reactions only mild in nature?			
How is it handled?			
Is emergency medication needed at school? ( ) Yes ( ) No		* If yes, please see office staff for necessary form.	

**3. NUTRITIONAL HISTORY**

Is there any food your child should not eat for medical, religious reasons? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
Is your child on a special diet? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
DIET PATTERN: What does your child usually eat for these meals?	BREAKFAST	What are your child's eating hours?	BREAKFAST
	LUNCH		LUNCH
Does your child eat non-food things? ( ) Yes ( ) No		Please explain	
How would you describe your child's appetite?			
Does your child enjoy eating a variety of foods? ( ) Yes ( ) No			
Is your child toilet trained? ( ) Yes ( ) No		Are your child's bowel movements regular? ( ) Yes ( ) No	
Does your child often have diarrhea or constipation? ( ) Yes ( ) No			
What is the plan when your child is ill?			
Parent/Guardian Signature			Date

### HISTORIA MEDICA DE PRE- ADMISIÓN

NOMBRE DEL NIÑO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
Tiene Medi-Cal?	( ) No	Otro seguro:	
	( ) Sí – Medi-Cal #		

#### 1. HISTORIA MEDICA Y DE DESAROLLO

Peso al nacer del niño/a:	Habló a los : _____ meses	Caminó a los : _____ meses
Durante su embarazo el feto fue expuesto a drogas, alcohol, o al humo del cigarro? ( ) Sí ( ) No		
Durante el embarazo, y nacimiento, hubo algún problema o complicación? ( ) Sí ( ) No, parto normal		
* Sí, explicar por favor:		

#### 2. ENFERMEDADES PASADAS- Compruebe la enfermedad que el niño/a ha tenido y las fechas aproximadas de las enfermedades

ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA
Varicela		Diabetes		Paperas	
Asma		Epilepsia		Poliomielitis	
Fiebre Reumática		Tos Ferina		Sarán peón (tres días)	
Fiebre				Sarán peón (diez días)	

¿Su hijo/a ha tenido accidentes serios? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
¿Su hijo/a ha sido hospitalizado? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
¿Su hijo/a a tenido un examen dental el último año? ( ) Sí ( ) No			
¿Su hijo/a ha tenido resfrios frecuentes? ( ) Sí ( ) No		¿Cuántos en el año pasado?	¿Hay algunas alergias de las cuales el personal de la escuela debería estar consiente? ( ) Sí ( ) No
		explicar:	
¿Como describiría usted la salud dental de su hijo/a? ( ) Mal, necesita atención ( ) Normal ( ) Excelente, no tiene problemas			
¿Su hijo/a se lava los dientes a frecuentemente y usa el hilo dental todos los días? ( ) Sí ( ) No			
Tiene su hijo/a algún problema crónico o condiciones tales como:	Diabetes	Convulsiones, desmayos, ataques epilépticos	Tubos en los oídos
	Alineamiento o problemas del corazón	Infecciones del los oídos frecuentes	Problemas con los riñones
¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en casa por alguna de las condiciones arriba? ( ) Sí ( ) No			
¿Hay alguna enfermedad de familia o condición que podría poner a su hijo/a en peligro? ( ) Sí ( ) No			
¿Hay algo en la salud de su hijo/a que le preocupe? (Lenguaje, Visión, Oyendo, Comportamiento) ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
¿Tiene su hijo/a o (puede tener) condiciones serias, severas, o alguna reacción de riesgo de vida o situaciones por alguna condición medica prescrita, asma, alergias, comida, medicinas, insectos, ambiente)? ( ) Sí ( ) No			
¿Qué le ocasiona esta reacción?			
¿Qué es la reacción específica?			
¿Las reacciones que su hijo/a tiene son breves por lo natural?			
¿Como se maneja la situación?			
¿Su hijo/a tiene que tener medicamento en la escuela? ( ) Sí ( ) No		* Sí, vea al personal de la oficina para la forma necesaria.	

#### 3. HISTORIA NUTRICIONAL

Hay alguna comida que su hijo/a no debe comer por razones médicas o religión? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
Está su hijo/a en alguna dieta especial? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
PATRON DE DIETA: ¿Qué come por lo general el niño/a para estas comidas?	DESAYUNO	¿A que hora come su niño/a?	DESAYUNO
	ALMUERZO		ALMUERZO
¿Come su hijo/a cosas que no son descritas como comidas? ( ) Sí ( ) No		explicar por favor	
¿Cómo describiría usted el apetito de su hijo/a?			
¿Disfruta su hijo/a de una variedad de comidas? ( ) Sí ( ) No			
¿Está su hijo/a entrenado para ir al baño? ( ) Sí ( ) No		Las evacuaciones intestinales de su hijo/a son regulares? ( ) Sí ( ) No	
¿Tiene su hijo/a diarrea o estreñimiento frecuentemente? ( ) Sí ( ) No			
¿Cuál es el plan cuando su hijo/a está enfermo/a?			
Firma del Padre o Guardián		Fecha De Hoy	



# Fairsite State Preschool

902 Caroline Avenue

Galt, CA 95632

<http://galt.k12.ca.us>

745-2506

## ELIGIBILITY VERIFICATION NOTICE

Date: \_\_\_\_\_

Parent Name: \_\_\_\_\_

Child(ren)'s Name: \_\_\_\_\_

The Fairsite State Preschool is required by the California Department of Education (CDE) Child Development Division to determine a family's eligibility to receive services based on family size, income, employment, training status, parent incapacity, homelessness, and child protective services status. The use or disclosure of individual financial information concerning enrollees or their families will be limited to purposes connected with the administration of child care and development programs. The uses of this information includes, but is not limited to contact with employers, schools or training programs, medical or legal professionals, social workers, and/or other institutions or persons, in order to verify family eligibility.

Any fraudulent, false, incomplete, deceitful, or misleading information provided to Fairsite State Preschool regarding status of income, family size, employment, seeking employment, school/training program enrollment, and/or medical incapacitation, that is used to determine initial or ongoing eligibility, may be grounds for termination of child care services. Fairsite State Preschool is required to recover costs from the parent, guardian, and/or recipients for any childcare services provided during periods of ineligibility.

I understand that Fairsite State Preschool has the right to verify information presented for the purposes of determining eligibility to receive subsidized childcare services.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Agency Representative

\_\_\_\_\_  
Date

# Escuela Estatal Pre-Escolar

902 Caroline Avenue

Galt, CA 95632

<http://galt.k12.ca.us>

745-2506

## Notificación sobre la verificación de elegibilidad

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de niño/niña: \_\_\_\_\_

La escuela Estatal Preescolar esta requerida por el Departamento de Educación De California (CDE) División de Desarrolló de Los Niños a determinar la elegibilidad para poder recibir los servicios basados en el tamaño de la familia, ingreso del trabajo, estatus en entrenamiento, incapacidad de padres, falta de hogar, y el estatus de protección a los niños. El uso o revelación de la información financiera relacionado con cada persona inscrita o sus familias será limitada y usada con propósitos para la administración del cuidado y desarrolló de los programas. El uso de la información incluye, pero no esta limitada a los empleadores, programas de entrenamiento, escuelas, medico, o profesionales legales, trabajadores sociales, y/o otras instituciones o personas, con el fin de verificar la elegibilidad de la familia.

Cualquier información falsa, incompleta, o deficiente, fraudulenta, o que sea mal proporcionada a la Escuela Estatal Pre-escolar sobre su estatus de ingreso, o el numero de miembros de la familia, empleo, si en buscada de empleo, escuela/ algún programa de entrenamiento, inscritos en alguna capacitación medica, que sea usada para determinar el comienzo o ser admitido, puede resultar en la terminación de el servicio de cuidados de el niño/niña. La Escuela Estatal Pre-escolar esta requerida a recobrar sus gastos de los padres, guardianes, y/o recipientes de cualquier servicio que se aya dado durante el periodo de Inelegibilidad.

Yo entiendo que la Escuela Estatal Pre-escolar tiene el derecho a verificar la informacion presentada para el proposito de determinar la elegibilidad a recibir el servicio de cuidado de niños.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante de la Agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Fairsite Elementary and Early Learning Center**  
**902 Caroline Ave. Galt, Ca.**  
**209 745- 2506**

Dear Parent/ Guardian,

We value your partnership and want to make sure that your needs are fully supported both within and outside of our program. Our goal is to connect you with the resources you need, ensuring a well-rounded and supported experience for you and your child. Our Staff will be contacting you regarding the resources/services (if you have selected).

Child's Full Name (first middle, last)		DOB:
Name of parent/caretaker A	Email:	Phone#
Name of parent/caretaker B.	Email:	Phone#

AREA	Service Need
<input type="checkbox"/> <b>No Services Needed at This Time</b>	
<input type="checkbox"/> <b>1. Health / Dental</b>	Health or dental insurance coverage Finding a regular doctor or dentist Getting a well-child check up
<input type="checkbox"/> <b>2. Behavioral and/or Developmental Concerns</b>	Screenings (language, vision, hearing, developmental) Information on milestones/ages and stages of child development Advice on support to care for your child who has special needs Advice on how to manage your child's behavior
<input type="checkbox"/> <b>3. Prenatal care</b>	Prenatal check-ups Pregnancy support programs
<input type="checkbox"/> <b>4. Family counseling Mental Health</b>	Counseling for children Depression or anxiety Prenatal / postpartum depression or anxiety
<input type="checkbox"/> <b>5. Tobacco, Alcohol or Drugs Abuse</b>	Counseling or support groups Information
<input type="checkbox"/> <b>6. Safe Sleep Baby Training (child under 6 months)</b>	Safe sleep baby workshop
<input type="checkbox"/> <b>7. WIC</b>	Nutrition Services Lactation Support Services
<input type="checkbox"/> <b>8. Parent Support / Family Resource Centers</b>	Parenting workshops, classes, parent education Parenting classes on Nutrition, child development, discipline, etc Stress-relief classes, support groups for parents Community Events/Community Center
<input type="checkbox"/> <b>9. Emergency child care and short and long term housing for children</b>	Emergency child care Crisis support and case management
<input type="checkbox"/> <b>10. Kindergarten Readiness Information</b>	Materials to help your child develop and be ready for kindergarten Parent engagement activities
<input type="checkbox"/> <b>11. Books and Literacy</b>	Programs to help your child learn from books
<input type="checkbox"/> <b>12. Basic Needs</b>	Transportation Job /employment
<input type="checkbox"/> <b>13. Legal Aid</b>	Immigration legal aid Other legal aid
<input type="checkbox"/> <b>14. Other Need:</b> _____	

**Best way to contact you:**     In person     Email     Phone call     Other: \_\_\_\_\_

Parent/caretaker Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only</b>	Teacher: _____ Date Received: _____
------------------------	-------------------------------------



Estimado Padre / Tutor,  
 Valoramos su participación y queremos asegurarnos de que sus necesidades dentro y fuera de nuestro programa, sean apoyadas. Nuestra meta es conectarlos con los recursos que necesita dentro 30 días de recibir este formulario. Nuestro personal se comunicará con usted con respecto a los recursos/servicios (si los ha seleccionado).

Nombre completo del niño/a		Fecha de nacimiento:
Nombre del padre/cuidador A.	Correo electrónico	Número de teléfono
Nombre del padre/cuidador B.	Correo electrónico	Número de teléfono

AREA	Necesidad de servicio
<input type="checkbox"/> <b>No se necesitan servicios en este momento</b>	
<input type="checkbox"/> <b>1. Salud / Dental</b>	Cobertura de seguro médico o dental Encontrar un doctor o dentista Obtener un examen preventiva para niños
<input type="checkbox"/> <b>2. Inquietudes conductuales y/o del desarrollo</b>	Evaluaciones (lenguaje, visión, oído, desarrollo) Información sobre momentos importantes/edades y etapas del desarrollo infantil Asesoría sobre el apoyo en la atención de su hijo/a que tiene necesidades especiales Asesoría sobre cómo manejar la conducta de su hijo/a
<input type="checkbox"/> <b>3. Atención prenatal</b>	Exámenes prenatales Programas de apoyo del embarazo
<input type="checkbox"/> <b>4. Asesoría familiar / Salud mental</b>	Asesoría para la familia Asesoría para los niños Depresión o ansiedad Depresión o ansiedad prenatal/posparto
<input type="checkbox"/> <b>5. Abuso de tabaco, alcohol</b>	Asesoría o grupo de apoyo Información
<input type="checkbox"/> <b>6. Capacitación sobre la seguridad cuando el bebé duerme (niños menores de 6 meses)</b>	Taller sobre la seguridad cuando el bebé duerme
<input type="checkbox"/> <b>7. WIC</b>	Servicios de Nutrición Servicios de apoyo durante la lactancia
<input type="checkbox"/> <b>8. Apoyo para los padres/ Centros Recursos Familiares</b>	Talleres y clases y orientación para padres Clases para padres sobre nutrición, desarrollo infantil, disciplina, etc. Clases sobre reducción de la ansiedad, grupos de apoyo para padres Eventos comunitarios /Centros comunitarios
<input type="checkbox"/> <b>9. Cuidado infantil de emergencia y vivienda a corto y largo plazo para niños</b>	Cuidado infantil de emergencia Apoyo durante crisis y administración de casos
<input type="checkbox"/> <b>10. Información sobre la preparación para el kínder</b>	Materiales para ayudar a su hijo/a desarrollarse y estar preparado/a para el kínder Actividades de participación de los padres
<input type="checkbox"/> <b>11. Libros y alfabetización</b>	Programas para ayudar a su hijo/a aprender de los libros
<input type="checkbox"/> <b>12. Necesidades básicas</b>	Alimentos o vivienda Transporte Trabajo/empleo
<input type="checkbox"/> <b>13. Ayuda legal</b>	Ayuda legal sobre inmigración Otra ayuda legal
<input type="checkbox"/> <b>14. Otra Necesidad:</b> _____	

**La mejor manera de comunicarnos con usted:**  
 En persona     Correo electrónico     Llamada telefónica     Otro: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/cuidador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only</b>	Teacher: _____ Date Received: _____
------------------------	-------------------------------------

# GJUESD Dual Language Immersion Program

Are you interested in the Dual Language Immersion Program for the



Galt Joint Union Elementary School District offers a Dual Language Immersion Program in preschool, transitional kindergarten (TK) and Kindergarten for the 2023-24 school year with a progression through 6th grade each following year. Dual Language Immersion is a unique educational program that builds bilingualism and biliteracy in English and Spanish. Dual Language Immersion integrates native English speaking students and native Spanish speaking students in the same classroom.

## Things to consider:



- Limited Space
- Preschool & TK offered at Fairsite School and Kinder—6th offered at Valley Oaks School
- Long-term commitment

Please visit our district website at <https://gjuessed-ca.schoolloop.com/> for additional information and or to view the DLI Frequently Asked Questions. You can also contact Preschool Administrator, Kuljeet Nijjar at [knijjar@galt.k12.ca.us](mailto:knijjar@galt.k12.ca.us) or Valley Oaks Vice Principal, Laura Márquez at [lmárquez@galt.k12.ca.us](mailto:lmárquez@galt.k12.ca.us)



Please complete the following information to show your interest in your child participating in the Dual Language Immersion Program for the 2023-2024 school year and one of our staff members will be contacting you with additional information.

Student's first and last name: \_\_\_\_\_

Student's date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Parent first and last name: \_\_\_\_\_

Home address: \_\_\_\_\_

Parent phone number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Parent email: \_\_\_\_\_



## Programa De Inmersión De Doble Idioma

¿Está interesado en el Programa de Inmersión de Doble Idioma para el



El Distrito de Escuelas Primarias de Galt ofrecerá un Programa de Inmersión de Doble Idioma empezando con el preescolar y kínder transicional (TK) Y Kínder para el año escolar del 2023-2024 con una progresión hasta el 6to grado cada año siguiente. El Programa de Inmersión de Doble Idioma es un programa educativo único que construye el bilingüismo y la alfabetización bilingüe en inglés y español. Inmersión de Doble Idioma integra a estudiantes nativos de habla inglesa y estudiantes nativos de habla Español que están aprendiendo inglés en el mismo salón de clases.

### Cosas para considerar:



- Espacio Limitado
- Preescolar y TK ofrecidos en al escuela Fairsite y Kinder-6to ofrecidos en la escuela Valley Oaks
- Un compromiso continuo

Por favor visite la sitio web del distrito en <https://gjesd-ca.schoolloop.com/> para mas información y/o para leer las Preguntas Frecuentes de DLI. Incluso puede contactarse con la Administradora del Preescolar, Kuljeet Nijjar a [knijjar@galt.k12.ca.us](mailto:knijjar@galt.k12.ca.us) o la subdirectora, Laura Márquez a [lmarquez@galt.k12.ca.us](mailto:lmarquez@galt.k12.ca.us)



**Favor de completar la siguiente información para mostrar su interés en que su hijo participe en el Programa de Inmersión de Doble Idioma para el año escolar del 2023-2024 y alguien de nuestro personal se comunicará con usted con mas información.**

Nombre y apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/tutor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_