



Escuela Primaria Jefferson



4285 Jefferson Street, Riverside, CA 92504
951-352-8218

Lista de Matriculación para los Grados TK – 6°

(Las horas de matriculación son de 10:00 AM a 2:00 PM cada día)

Se deben proveer los siguientes documentos al momento de la matriculación:

- Verificación del Lugar de nacimiento (Necesita (1) documento de la lista a continuación):
 - Certificado de Nacimiento – el padre registrando al alumno debe de estar en el certificado de nacimiento
 - Pasaporte Reciente - (El pasaporte solo se acepta si tiene el nombre del/los padres)
 - Registro del Hospital - (Solo se acepta si el documento muestra el nombre del padre/s)

- Tarjeta de Vacunas al Corriente (Debe tener TODAS las vacunas enumeradas abajo y documentadas en el registro del doctor):
 - Polio – 4 dosis requeridas (3 si la última dosis fue dada después del 4o cumpleaños)
 - DPT – 5 dosis requeridas (4 si la última dosis fue dada después del 4o cumpleaños)
 - MMR – 2 dosis
 - Hepatitis B - 3 dosis.
 - Varicela – 1 dosis (o documento médico que ha tenido el sarampión)

- Verificación de Examen Físico – (TK, Jardín de niños y 1er año solamente)
 - (La forma verde en su paquete de registración)
 - (Requiere el sello de la oficina del doctor y la firma del Doctor)
 - (debe haber sido hecho dentro de los 6 meses anteriores al primer día de escuela)

- Verificación de Domicilio - (2) documentos recientes que verifiquen la residencia
 - Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre.
 - Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
 - Estado hipotecario;
 - Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
 - Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
 - Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
 - Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o gas, electricidad, agua;
 - Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
 - Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
 - Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;

- Foto Identificación de uno de los padres El certificado de nacimiento debe mostrar el mismo nombre
- Las formas del paquete de registración de RUSD llenadas completamente (Disponibles en la oficina)
- * IEP Reciente (Plan Individualizado de Educación) – si aplica

Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA

· Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2021-2022 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que **NO** se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 2/2021

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2021-2022

| 1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|--|---------------|-----------------------------------|--|
| Apellido del alumno | | Nombre | | Segundo Nombre | | | |
| Nombre legal, si es diferente | | | Correo electrónico de la familia | | | | |
| Domicilio actual | | | Ciudad | | Código Postal | | |
| Domicilio de correspondencia, si es diferente | | | Ciudad | | Código Postal | | |
| Teléfono del hogar () | | Celular de madre/padre () | | Celular de madre/padre () | | | |
| Fecha de nacimiento | | Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | <input type="checkbox"/> No binario | | | |
| 2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA | | | | | | | |
| Nombre de la escuela | | Último día que asistió | | Grado | | Ciudad/Condado/Estado | |
| ¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside? | | | | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si* | |
| | | | | | | *Escuela: | |
| 3) INFORMACIÓN DE FAMILIA | | | | | | | |
| Escriba su nombre y apellido | | | | Marque si el alumno vive con: | | | |
| Padre/Padrastra/Padre de crianza | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Madre/Madrastra/Madre de crianza | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Acaso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? | | | | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No | |
| (Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval) | | | | | | | |
| Sí esta activo/a, ¿Qué rama? | | | | <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea | | <input type="checkbox"/> Ejército | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Guarda Costas | | <input type="checkbox"/> Marina | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Fuerza Naval | | | |
| 4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR | | | | | | | |
| Nombre (y apellido) | | Fecha de nacimiento | | Grado | | Escuela | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5) INFORMACIÓN DE SALUD | | | | | | | |
| Marque todo lo que proceda: | | | | Comentarios: | | | |
| <input type="checkbox"/> No se conoce algún problema de salud | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alergias (favor de explicar) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de atención/hiperactividad | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asma (<input type="checkbox"/> depende de inhalador*) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabético (<input type="checkbox"/> depende de insulina*) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia (<input type="checkbox"/> requiere medicamento*) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cirugías | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades graves (favor de explicar) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro medico (favor de explicar) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros medicamentos (favor de explicar) | | | | | | | |
| | | | | * REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA | | | |
| | | | | ** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD | | | |

6) PROGRAMAS ESPECIALES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Individual vigente (IEP) | <input type="checkbox"/> Educación de dotados y talentosos (GATE) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de habla | <input type="checkbox"/> Plan de Conducta/Contrato de Conducta |
| <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Equipo de estudio estudiantil (SST) |
| <input type="checkbox"/> Clase especial diurna (SDC) | <input type="checkbox"/> Foster/Hogar de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Plan 504 Adaptado | <input type="checkbox"/> Sin Hogar/McKinney-Vento |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno aplica |

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA**SUSPENSIÓN:**

-
- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

-
- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*

-
- Mi hijo/a
- está actualmente
- siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)*8) NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES***Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*Por favor marque la casilla que más se asemeje a **los padres**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es graduado de preparatoria | <input type="checkbox"/> Graduado de universidad |
| <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria | <input type="checkbox"/> Escuela/Capacitación de Pos graduado |
| <input type="checkbox"/> Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) | <input type="checkbox"/> Escuela/Capacitación de Pos graduado |

9) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino
- Sí, es hispano o latino

10) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guamaniano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Otro isleño pacifico | |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano | |

***** FIRMA DE PADRE/TUTOR*****

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. **Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200**

REV. 12/19

OFFICE USE ONLY

| | | |
|---|--|--|
| GRADE: | Student ID: | <input type="checkbox"/> REGISTRATION COMPLETE |
| DOCUMENTS VERIFIED: | <input type="checkbox"/> Birth Verification | <input type="checkbox"/> Transcripts |
| <input type="checkbox"/> Photo ID | <input type="checkbox"/> Emergency Card | <input type="checkbox"/> Student Housing Questionnaire |
| <input type="checkbox"/> Caregiver | <input type="checkbox"/> Immunization record | <input type="checkbox"/> Home Language Survey |
| <input type="checkbox"/> Proof of Address | <input type="checkbox"/> Physical | <input type="checkbox"/> Mandatory Parent Notification Receipt |
| Proof #1 Date: _____ | <input type="checkbox"/> Custody documents | <input type="checkbox"/> Parent Handbook |
| Proof # 2 Date: _____ | <input type="checkbox"/> Health History Form | <input type="checkbox"/> Lunch Application |

SCHOOL OF RESIDENCE:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento

Alergias Leves Moderadas Severas

Abejas/insectos

Comidas

Fiebre del heno de temporada

Alérgico al medicamento

Otro

EpiPen en casa EpiPen en la escuela

Soplo /enfermedad del corazón

Limitaciones físicas

Equipo especializado necesario en casa

Equipo especializado necesario en la escuela

Otras condiciones

Diabetes Tipo I Tipo II

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital:

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas?

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____

Teléfono _____

Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____

Fecha _____

For Office Use Only:

Doctor's orders completed including parent and physician signatures.

Diabetic Supplies

Snacks

Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

Original to Cum

Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100)

Health Assistant

Teacher



Distrito escolar unificado de Riverside
Departamento de Investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

| | |
|------------------------------|---|
| Assessment Center Use Only: | STU-ID: _____ |
| School Year _____ | School: _____ |
| Appointment Date: _____ | Time: _____ |
| Distribution: Original = Cum | Copy = Assessment Center (Fax 80881) |
| Calif. Bd. Code §52164.1.a | Required per NCLB & Title III Regulations |

Instrucciones para padres y tutores: El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en Inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

| | | | | | |
|--|----------------|---|----------------|-------------|---------------------|
| Alumno: _____ | Apellido | Primero | Segundo | Grado | Fecha de nacimiento |
| Domicilio | Apt. # | Ciudad | Estado | Area postal | Teléfono |
| 1. _____ | | | | | |
| 2. _____ | | | | | |
| 3. Nombre de la escuela, distrito escolar anterior | Ciudad, Estado | Nombre de la escuela, distrito escolar anterior | Ciudad, Estado | | |

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero?
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)?
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela traducido al español o inglés? _____ Inglés _____ Otro idioma _____
Nombre del otro idioma _____

X _____ / _____
Firma del Padre/tutor / Fecha
Nombre escrito del Padre/tutor _____

-El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.
Form revised 12-20

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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 entreguelo 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

DOMICILIO—Número y Calle Ciudad

Segundo Nombre

Zona Postal Escuela

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

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) | / / |
| Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD) | / / |
| 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/DT/DTd (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 | | | | | |
| OTRA | | | | | |

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador Fecha

Firma del examinador de salud Fecha

*Si su niño ó 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 177 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).
CHDP website: www.dhs.ca.gov/chdp*