

Registración del Nuevo Estudiante 2019-2020

Bienvenido al Distrito Escolar Elemental Woodside!

Paso 1 Reunir los siguientes documentos requeridos*. *Por favor traiga el original y una copia.*

- Formulario de Registración** (ver adjunta)
- Certificado de nacimiento del estudiante o pasaporte**
- ID con foto del Padre/Guardián** (licencia de conducir, ID del estado o pasaporte)
- Registro de Vacunas del Estudiante Actualizado.**
- Prueba de Residencia (2 documentos requeridos)**
 1. *Propietario:* boleta actual del impuesto a la propiedad o Título de Propiedad del Condado
Renta: Contrato de Renta firmado
y tambien
 2. Boleta actual de Servicios, ejemplo. PG&E, agua o Basura
- Si el estudiante tiene un IEP o 504, por favor proveer una copia del IEP más reciente o 504**
- Boletín de calificaciones y/o resultados de la prueba estandarizada para los grados 1-8** (opcional)

* *El personal de Distrito retendrá una copia de los documentos ofrecidos como prueba de residencia. Además, el personal del distrito puede verificar anualmente la residencia del estudiante y retener una copia de los documentos adicionales ofrecidos como verificación. La familia notificará al personal del distrito si hay un cambio de domicilio.*

Paso 2 Venga a la Oficina del Distrito Woodside, 3195 Woodside Rd. Woodside, para entregar los documentos a partir del **1 de Marzo, 2019**. Horario de la Oficina es **7:30 am a 4:00 pm (por favor llegue antes de las 3:45pm)**.

Paso 3 Complete la registración del estudiante por internet. Una vez que los papeles son entregados, usted recibirá un correo electrónico con un enlace para completar la registración. **La registración no está completa hasta que la porción en línea de la registración es sometida.** El email con el enlace para la registración será enviado por noreply@noreply.infosnap.com. Por favor, revise su carpeta de SPAM si usted no recibe el email.

Paso 4 *Solo para Familias de Kindergarten*

- Por favor vaya a myconferencetime.com/woodside/ para registrarse para una entrevista para el Kindergarten a ser realizada en uno de los siguientes días: Mayo 1 o 8.
- Programe un examen físico para su hijo y que el pediatra complete el formulario adjunto de **Reporte de Examen de Salud para Entrada a la Escuela**. Este formulario puede ser entregado en la oficina de la escuela o cargado en el sistema de registración en línea.

¿Preguntas? Comuníquese con Elvira Martinez: elviramartinez@woodsideschool.us o (650) 851-1571

Fechas Importantes

| | | |
|---------------|--------------|--|
| Febrero 6 | 9:30 a 10:00 | Visita a la Escuela. Llame a la oficina de la escuela para reservar su lugar 650-851-1571 |
| Febrero 6 | 8:45 a 9:45 | Orientacion de Kindergarten para padres solamente |
| Febrero 18-22 | | Oficina cerrada para vacaciones de invierno |
| Marzo 1 | | Comienza la Registración para el año escolar 2019-2020 |
| Marzo 13 | 9:30 a 10:00 | Visita a la Escuela. Llame a la oficina de la escuela para reservar su lugar 650-851-1571 |
| Abril 10 | 9:30 a 10:00 | Visita a la Escuela. Llame a la oficina de la escuela para reservar su lugar 650-851-1571 |
| Abril 15-19 | | Oficina cerrada para vacaciones de primavera |
| Mayo 1 | 8:45 a 9:45 | Entrevista para el Kindergarten |
| Mayo 8 | 8:45 a 9:45 | Entrevista para el Kindergarten |
| Mayo 15 | 9:30 a 10:00 | Visita a la Escuela. Llame a la oficina de la escuela para reservar su lugar 650-851-1571 |
| Mayo 27 | | Oficina cerrada para Memorial Dia |
| Agosto 21 | | Primer dia de escuela |



3195 Woodside Road Woodside, CA 94062
Office: 650.851.1571 Fax: 650.851.5577

Forma de Registración

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido del Estudiante: _____

FDN: _____ Sexo: M F Nivel de Grado: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del Hogar: _____

Nombre de Madre: _____ Celular de Madre: _____

Nombre del Padre: _____ Celular del Padre: _____

Email de Madre: _____

Email del Padre: _____

Solo para Uso del Distrito

ID Estudiante: _____ Infosnap: _____ Email Enviado: _____



| GRADE | NUMBER OF DOSES REQUIRED OF EACH IMMUNIZATION ^{1, 2, 3} | | | | |
|---|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------|
| K-12 Admission | 4 Polio⁴ | 5 DTaP⁵ | 3 Hep B⁶ | 2 MMR⁷ | 2 Varicella |
| (7th-12th)⁸ | 1 Tdap | | | | |
| 7th Grade Advancement^{9,10} | 1 Tdap⁸ | | | 2 Varicella¹⁰ | |

1. Requirements for K-12 admission also apply to transfer pupils.
2. Combination vaccines (e.g., MMRV) meet the requirements for individual component vaccines. Doses of DTP count towards the DTaP requirement.
3. Any vaccine administered four or fewer days prior to the minimum required age is valid.
4. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the fourth birthday.
5. Four doses of DTaP meet the requirement if at least one dose was given on or after the fourth birthday. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the 7th birthday. One or two doses of Td vaccine given on or after the seventh birthday count towards the requirement.
6. For seventh grade admission, refer to Health and Safety Code section 120335, subdivision (c).
7. Two doses of measles, two doses of mumps, and one dose of rubella vaccine meet the requirement, separately or combined. Only doses administered on or after the first birthday meet the requirement.
8. For 7th-12th graders, at least one dose of pertussis-containing vaccine is required on or after the seventh birthday.
9. For children in ungraded schools, pupils 12 years and older are subject to the seventh grade advancement requirements.
10. The varicella requirement for seventh grade advancement expires after June 30, 2025.

DTaP/Tdap = diphtheria toxoid, tetanus toxoid, and acellular pertussis vaccine

Hep B = hepatitis B vaccine

MMR = measles, mumps, and rubella vaccine

Varicella = chickenpox vaccine

INSTRUCTIONS:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK /Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry.

UNCONDITIONALLY ADMIT a pupil whose parent or guardian has provided documentation of any of the following for each immunization required for the pupil’s age or grade as defined in table above:

- Receipt of immunization.
- A permanent medical exemption in accordance with 17 CCR section 6051.
- A personal beliefs exemption (filed prior to 2016) in accordance with Health and Safety Code section 120335.

CONDITIONALLY ADMIT any pupil who lacks documentation for unconditional admission if the pupil has:

- Commenced receiving doses of all the vaccines required for the pupil’s grade (table above) and is not currently due for any doses at the time of admission (as determined by intervals listed in Conditional Admission Schedule, column entitled “EXCLUDE IF NOT GIVEN BY”), or
- A temporary medical exemption from some or all required immunizations (17 CCR section 6050).

CONDITIONAL ADMISSION SCHEDULE FOR GRADES K-12

Before admission a child must obtain the first dose of each required vaccine and any subsequent doses that are due because the period of time allowed before exclusion has elapsed.

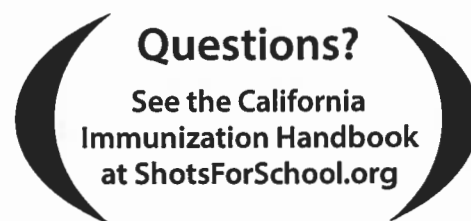
| DOSE | EARLIEST DOSE MAY BE GIVEN | EXCLUDE IF NOT GIVEN BY |
|-----------------------------|--|---|
| Polio #2 | 4 weeks after 1st dose | 8 weeks after 1st dose |
| Polio #3 | 4 weeks after 2nd dose | 12 months after 2nd dose |
| Polio #4¹ | 6 months after 3rd dose | 12 months after 3rd dose |
| DTaP #2 | 4 weeks after 1st dose | 8 weeks after 1st dose |
| DTaP #3² | 4 weeks after 2nd dose | 8 weeks after 2nd dose |
| DTaP #4 | 6 months after 3rd dose | 12 months after 3rd dose |
| DTaP #5 | 6 months after 4th dose | 12 months after 4th dose |
| Hep B #2 | 4 weeks after 1st dose | 8 weeks after 1st dose |
| Hep B #3 | 8 weeks after 2nd dose | 12 months after 2nd dose and at least 4 months after 1st dose |
| MMR #2 | 4 weeks after 1st dose | 4 months after 1st dose |
| Varicella #2 | Age less than 13 years: 3 months after 1st dose | 4 months after 1st dose |
| | Age 13 years and older: 4 weeks after 1st dose | 8 weeks after 1st dose |

1. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the fourth birthday.
2. If DTaP #3 is the final required dose, DTaP #3 should be given at least six months after DTaP #2, and pupils should be excluded if not given by 12 months after second dose. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the seventh birthday. One or two doses of Td vaccine given on or after the seventh birthday count towards the requirement.

Continued attendance after conditional admission is contingent upon documentation of receipt of the remaining required immunizations. The school shall:

- review records of any pupil admitted conditionally to a school at least every 30 days from the date of admission,
- inform the parent or guardian of the remaining required vaccine doses until all required immunizations are received or an exemption is filed, and
- update the immunization information in the pupil's record.

For a pupil **transferring** from another school in the United States whose immunization record has not been received by the new school at the time of admission, the school may admit the child for up to 30 school days. If the immunization record has not been received at the end of this period, the school shall exclude the pupil until the parent or guardian provides documentation of compliance with the requirements.



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 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/NINA—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 FUJE DADA | | | | |
|---|-----------------------------------|---------|---------|--------|--------|
| | Primero | Segundo | Tercero | Quarto | Quinto |
| POLIO (OPV o IPV) | | | | | |
| DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los 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 (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Liene 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