

Hawthorne School District
Distrito Escolar de Hawthorne

ENROLLMENT FORM

SOLICITUD PARA LA MATRICULACIÓN

(Para uso de la escuela solamente)

FOR SCHOOL USE ONLY

School of Residence: _____
CSIS#: _____
HSD Student #: _____
Teacher: _____
E Date: _____
HLS: _____ Desg: _____ Pgm: _____

Please complete in black or blue ink./Por favor, completar con tinta negra o azul.

CHILD'S LEGAL NAME/NOMBRE LEGAL DEL(A) ESTUDIANTE

Last Name/Apellido First Name/Primer Nombre Middle/Nombres Adicionales
Age/Edad: _____ ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino ☐ Non-binary/No-binario Grade/Grado: _____

PARENT/GUARDIAN NAME/NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A)

Father/Guardian

Padre o Tutor(a)

Name/Nombre E-mail/Correo Electrónico

Home Phone/Teléfono del Hogar Cell Phone/Nro. de Celular Work Phone/Teléfono del Trabajo

Home Address/Dirección del Hogar City/Ciudad State Zip Code
Estado Código Postal

Mother/Guardian

Madre o Tutor(a)

Name/Nombre E-mail/Correo Electrónico

Home Phone/Teléfono del Hogar Cell Phone/Nro. de Celular Work Phone/Teléfono del Trabajo

Home Address/Dirección del Hogar City/Ciudad State Zip Code
Estado Código Postal

CHILD'S PLACE OF BIRTH/LUGAR DE NACIMIENTO DEL(A) NIÑO(A)

City/Ciudad State/Estado Country/País

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO

Province (if born in Mexico or Canada)/Provincia (si nació en Mexico o Canada)

Month/Mes Day/Día Year/Año Social Security Number
Número del Seguro Social

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA

In the event of accidental injury/illness requiring emergency medical/surgical attention and if the parents cannot be reached, what local persons, may we contact and/or release the child to? **SHOULD THIS INFORMATION CHANGE, PLEASE NOTIFY THE SCHOOL.**

En caso de un daño accidental/enfermedad que requiera atención médica/cirugía de emergencia y si no se puede localizar a los padres ¿con cuáles personas locales podemos ponernos en contacto y/o permitirles que recojan al niño (o niña)? **POR FAVOR, SI ESTA INFORMACIÓN CAMBIA NOTIFIQUE A LA ESCUELA.**

	Name/Nombre	Relationship/Relación	Phone #/Número de Teléfono
Emergency Contact #1 Contacto de Emergencia Nro. 1			
Emergency Contact #2 Contacto de Emergencia Nro. 2			
Emergency Contact #3 Contacto de Emergencia Nro. 3			

Office Use Only:

Student's Last Name

First Name

Middle Name

SELECT STUDENT'S PRIMARY ETHNICITY/RACE*
SELECCIONE EL ORIGEN ÉTNICO O RAZA PRIMARIA DEL(A) ESTUDIANTE*

Part A:

☐ 500-Hispanic/Hispano(a)/Latino(a)

☐ Not Hispanic/No Hispano(a)/Latino(a)

Part B:

☐ 600-African American or Black
Afroamericano(a) o Raza Negra

☐ 100-American Indian/Alaskan Native
Indio(a) Americano(a)/Nativo(a) de Alaska

☐ 700-White/Raza Blanca

Asian/ Asiático(a)

Pacific Islander/ Isleño(a) del Pacífico

☐ 205-Asian Indian/Indio(a) Asiático(a)

☐ 302-Guamanian/Guamaniano(a)

☐ 400-Filipino/Filipino(a)

☐ 207-Cambodian/Cambodiano(a)

☐ 301-Hawaiian/Hawaiano(a)

☐ 999-Denial to State

☐ 201-Chinese/Chino(a)

☐ 303-Samoan/Samoano(a)

Se niega a declarar

☐ 208-Hmong

☐ 304-Tahitian/Tahitiano(a)

☐ 999-Denial to State

☐ 202-Japanese/Japonés(o Japonesa)

☐ 399-Other Pacific Islander/
Otro(a) Isleño(a) del Pacífico

☐ 999-Denial to State

☐ 203-Korean/Coreano(a)

☐ Secondary Race/Otro Raza

☐ 206-Laotian/Laosiano(a)

☐ 204-Vietnamese/Vietnamés

☐ 299-Other Asian/Otro(a) Asiático(a)

**This information is for use in the California State Testing Program.*

Esta información se usa en el Programa de Exámenes del Estado de California.

BROTHERS AND SISTERS/HERMANOS Y HERMANAS

Name
Nombre

Year of Birth
Año de Nacimiento

School of Attendance (if applicable)
Escuela de Asistencia (si aplica)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SCHOOL HISTORY/HISTORIA ACADÉMICA

Last School Attended
Última escuela a la que asistió

Address
Dirección

City
Ciudad

State
Estado

Zip Code
Código Postal

Phone Number
No. de Teléfono

Grades
Grado

Date Left
Fecha de Partida

Date pupil first enrolled in a United States school (kindergarten or above) _____

Indique la fecha en la que el(la) estudiante se matriculó por primera vez en los Estados Unidos (Jardín de Infantes o grado superior)

Date pupil first enrolled in a California school _____

Indique la fecha en la que el(la) estudiante se matriculó por primera vez en una escuela en California

Has the pupil ever been enrolled in the Hawthorne Schools before? ☐ Yes/Sí ☐ No

En el pasado, ¿ha sido el (la) estudiante inscripto(a), en una escuela del Distrito Escolar de Hawthorne?

If yes, which school? _____
¿Sí? ¿en cuál escuela?

Grade(s)? _____
¿Qué grado(s)?

Has the pupil ever been retained? ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Repetió el grado?

If yes, which grade(s)? _____
¿Sí? ¿qué grado(s)?

If you have any particular problems with this child with which the school might help, for example: school work, behavior, or social adjustment, please contact the principal or teacher to arrange a conference.

Si tiene algún problema en particular con su hijo/a, con el cual la escuela pudiera servirle de ayuda, por ejemplo: trabajo académico, conducta, o ajuste social, por favor contactar el (la) director(a) o el (la) maestro(a) para concertar una conferencia.



Hawthorne School District

Distrito Escolar de Hawthorne

School History/*Historia Escolar*

Name/Nombre: _____

Date/Fecha: _____

School/Escuela: _____

Grade/Grado: _____

My child has been enrolled in the following schools

Mi hijo/hija ha estado matriculado en las siguientes escuelas:

Grade Grado	Dates Attended <i>Fechas en las que Asistió</i>	School Escuela	City Ciudad	State Estado

This page intentionally left blank.

HAWTHORNE SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT REQUIREMENTS

School Hours: 8:00 a.m. to 4:30 p.m.

Many schools require appointments. Please contact the school to schedule an appointment.

Materials Needed for Registration

Enrollment Packet – Please bring the completed Enrollment Packet and the documents listed below to your child’s school of residence or to the Hawthorne School District Office.

1) Two (2) Proofs of Residency

Primary: Mortgage statement or original rental contract/lease agreement with name and phone number of owner/manager/management company (required). If the above mentioned proof is in someone else’s name, that person must accompany the parent/guardian to the school with identification and name and phone number of the property owner, manager, or management company to confirm that the parent/guardian and student reside at that address. Both parties must sign a Declaration of Residency. A home check will be conducted within 30 days after placement of the student.

Secondary: Gas, electric, trash, or water bill. Must be dated within 60 days.

Property tax payment receipt, pay stub, voter registration or other correspondence from a government agency (DMV, Medi-Cal, IRS, Social Security, etc.) or other proof as approved by school personnel.

2) Parent/Guardian Identification: Photo I.D. card or driver’s license of parent or guardian

3) Proof of Age

For Kindergarten students, one of the following:

- Birth Certificate
- Baptismal Certificate
- Affidavit of Birth
- Passport

For 1st through 8th Grade, one of the following:

- One of the above or transfer/report card from previous school with birth date listed

4) Proof of Grade/School Attendance

Transfer papers or last report card given

If student is in any Special Education program (RSP, SDC, and Speech), parent must provide a current signed IEP. An appointment will be set up for placement with the school psychologist.

5) Immunization Records

For Preschool: 3 polio, 4 DTaP, 3 Hep B, 1 Varicella

1 Hib and 1 MMR (on or after first birthday)

For first time enrollment in a California school (TK/K-12):

- Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap, or Td) – 5 doses (4 doses OK if one given on or after 4th birthday; 3 doses OK if one given on or after 7th birthday)
- Polio (OPV or IPV) – 4 doses (3 doses OK if one given on or after 4th birthday)
- Hepatitis B – 3 doses (not required for 7th grade entry)
- Measles, Mumps, and Rubella (MMR) – 2 doses (both given on or after 1st birthday)
- Varicella (Chickenpox) – 2 doses

For students starting 7th grade:

- Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) – 1 dose
- Varicella (Chickenpox) – 2 doses

6) Physical Examination Record for 1st graders (must have doctor’s signature and stamp)

7) Oral Health Assessment (dental screening) for new enrolling Kindergartners or 1st graders

To be completed by May 31st during the first year of enrollment.

8) Assessments for placement: Parent/guardian may be contacted to bring student for language fluency testing if another language other than English is spoken in the home.

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN DE DISTRITO ESCOLAR DE HAWTHORNE

Horario Escolar: 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

***Muchas escuelas requieren citas. Favor de llamar a la escuela para hacer una cita.**

Requisitos Necesarios para la Inscripción

Paquete de Inscripción- Lleve el paquete de inscripción completado en su totalidad con los documentos que están enumerados a continuación, a la escuela de residencia de su hijo(a) o a la oficina del Distrito Escolar de Hawthorne.

Por favor traiga lo siguiente:

1) Dos (2) Comprobantes de domicilio

Primario: Título de la propiedad, pago de la hipoteca o contrato de alquiler original con nombre y número de teléfono del propietario/gerente/compañía de administración (requisito). Si la prueba antes mencionada está a nombre de otra persona, esa persona debe acompañar al padre / tutor a la escuela con la identificación y el nombre y número de teléfono del propietario, administrador o compañía de administración de la propiedad para confirmar que el padre / tutor y el/la alumno(a) residen en ese domicilio. Ambas partes deben firmar una Declaración de Residencia. Se realizará una verificación de la casa dentro de los 30 días posteriores a la colocación del/de la alumno(a).

Secundario: Facturas de servicio público: gas, electricidad, basura o agua. Deben estar vigente dentro de 60 días. Recibo de pago del impuesto a la propiedad, recibo de sueldo, registro de votantes u otra correspondencia de una agencia gubernamental (DMV, Medi-Cal, IRS, Seguro Social, etc.) u otra prueba aprobada por el personal de la escuela.

2) Identificación de los Padres: Tarjeta de Identificación con Foto o Licencia de Conducir

3) Prueba de edad

Para los alumnos de Kínder, uno de los siguientes:

- Acta de nacimiento, Certificado de nacimiento obtenido en el hospital, Certificado de bautismo, Pasaporte

Para los grados 1 al 8, uno de los siguientes:

- Documentos de traslado de la escuela anterior o las calificaciones con fecha de nacimiento
- Acta de nacimiento, Certificado de nacimiento obtenido en el hospital, Certificado de bautizo

4) Comprobante de asistencia escolar/grado

- Documentación de traslado o la última boleta de calificaciones recibida
- Si el/la alumno(a) está recibiendo Educación Especial (RSP, SDC, Habla/Lenguaje) el padre/madre debe proporcionar el documento de IEP más reciente que haya firmado. Se le hará una cita con el/la psicólogo(a) para la colocación del/de la alumno(a).

5) Cartilla de vacunas

Para Preescolar: 3 Polio, 4 DTaP, 3 Hep B 3, 1 Varicella

1 Hib y 1 MMR (para el 1er cumpleaños o después del 1º cumpleaños)

Para la primera vez que se inscriba en una escuela de California (TK/K-12):

- Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) - 5 dosis (4 dosis, si se administró a partir del 4º cumpleaños; 3 dosis, si se administró para el 7º cumpleaños o después)
- Polio (OPV o IPV) - 4 dosis (3 dosis son suficientes si se administra una a partir del 4º cumpleaños)
- Hepatitis B - 3 dosis (no se requiere para ingresar al 7º grado)
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR) - 2 dosis (ambas administradas en o después del 1º cumpleaños)
- Varicela (Chickenpox) - 2 dosis

Para alumnos a partir del 7º grado:

- Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) - 1 dosis
- Varicela (Chickenpox) - 2 dosis

6) Examen Médico Físico para Primer Grado (debe tener la stampa y la firma del médico)

7) Examen de Salud Bucal (revisión dental) para nueva inscripción de kínder y primer grado.

Debe ser completado durante el primer año escolar antes del 31 de mayo.

8) Examen académico: Puede que se contacte a los padres / tutores para que lleven al / a la alumno(a) a un examen de fluidez del idioma si se habla otro idioma que no sea el inglés en el hogar.

HAWTHORNE SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT CHECKLIST

Student's Name: _____ School: _____
Mother's Name: _____ Father's Name: _____

If not completed by parent, please check appropriate box:

☐ Guardianship ☐ Foster ☐ Caregiver Name: _____

Check the appropriate line as completed.

Verification of Residency (2 Required):

☐ Mortgage statement or original rental contract/lease agreement
☐ Declaration of Residency (if proof of residency is in someone else's name)
☐ Gas, electric, trash, or water bill. (Must be dated within 60 days.)
☐ Other: _____ Approved by: _____

Parent/Guardian I.D.: ☐ Driver's license ☐ Other government-issued I.D.: _____

Proof of Age/Grade:

☐ Birth certificate, passport, hospital affidavit, baptismal certificate ☐ School transfer ☐ Court document

School History/Transfer: ☐ Report card ☐ ELPAC Scores, if applicable

Special Education - IEP or 504 Plan (check all that apply):

☐ RSP ☐ SDC ☐ Speech ☐ 504 Plan
☐ E-mailed Sp. Ed. Enrollment Team ☐ Notified Psychologist or SLP to schedule appointment with parent

Health Care Requirements:

☐ Up-to-date yellow California Immunization Record (verified by Health Clerk or District LVN)
☐ School transfer or blue CSIR card
☐ Oral Health Assessment for grades K-1
☐ First Grade Physical
☐ Medical Plan of Care (if applicable)
☐ Medication Authorization (to be signed by health care provider and returned to Health Clerk)
☐ Other: _____

Home Language Survey:

☐ ELPAC testing completed, if required ☐ WMLS testing completed, if required

☐ **Lunch Application** (one per family)

Signatures:

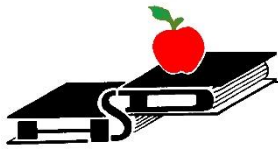
☐ Notification of possible change of school/classroom assignment
☐ Photography/Video Permission
☐ Rights and Responsibilities

Permit submitted for _____ (Attach copies of first & last pages of enrollment packet to permit application)

Receipt for Incomplete Enrollment (List missing items and place copy in enrollment packet.)

Completed by: _____ Date: _____

This page intentionally left blank.



Hawthorne School District

Educational Excellence

Parent Notification Possible Change of Classroom or School Assignment

At this time, your child has been enrolled in his/her home school. Because space may become available due to students not returning for this new school year, classes are being filled beyond capacity limits. However, in order to maintain reasonable class sizes, it may be necessary for the district to change your child to another classroom or possibly to another school site **after** the school year has begun.

Acknowledgement

Your signature below indicates that you have been advised of the above-mentioned information. Your signature does not imply agreement with the actions of the Hawthorne School District as stated above. However, the Hawthorne School District does reserve the right to change the assignment of a student in order to maintain reasonable class sizes throughout the District.

Parent Signature _____ Date _____

Student Name _____ Grade _____

School Assignment _____

Notificación Para Los Padres Cambio Posible de Aula o Escuela Asignada

En esta oportunidad, se ha ubicado a su hijo(a) en su Escuela de Residencia. Debido a que puede haber espacio disponible por causa de los alumnos que ya no regresan para este año escolar nuevo, las clases se están llenando más allá de los límites de capacidad. No obstante, para poder mantener tamaños de clases razonables, puede ser necesario que el distrito cambie a su hijo(a) a otro salón de clases o posiblemente a otra escuela, **después** de que el año escolar ya haya comenzado.

Reconocimiento

Su firma al pie indica que se le ha notificado a usted acerca de la información antes mencionada. Su firma no implica que está de acuerdo con las acciones del Distrito Escolar de Hawthorne como se declaró arriba. No obstante, el Distrito Escolar de Hawthorne se reserva el derecho de cambiar la asignación de un(a) estudiante(a), para poder mantener tamaños razonables de clases en todo el Distrito.

Firma del Padre, Madre o Tutor(a) _____ Fecha _____

Nombre del(a) Estudiante _____ Grado _____

Escuela Asignada _____

This page intentionally left blank.



Hawthorne School District

Educational Excellence

Incomplete Enrollment Registration Receipt

You have initiated the enrollment process for the Hawthorne School District, but it cannot be completed due to missing documents. Please bring these as soon as possible so that we can complete the enrollment of your child.

Please be advised that your application will be kept on file for 30 days. If you do not bring the above listed documents necessary to complete the enrollment process within 30 days, the application will be discarded and a new one will have to be filled out.

Name of student: _____

Date enrollment began

Parent signature

Recibo de Matriculación Incompleta

Usted ha iniciado el proceso de matriculación en el Distrito Escolar de Hawthorne, pero no puede ser completado porque le faltan documentos. Por favor traiga lo siguiente lo mas pronto posible para poder terminar la matriculación.

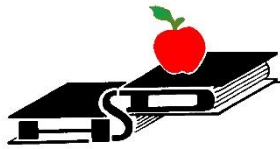
Se le hace saber que su aplicación va a quedar archivada por 30 dias. Si usted no trae los documentos necesarios en los proximos 30 dias, la aplicación será deshechada y tendrá que llenar una nueva.

Nombre del estudiante: _____

Fecha que comenzó la matriculación

Firma de padre/madre

This page intentionally left blank.



Hawthorne School District

Educational Excellence

School Uniform and Dress Code Policy

Effective January 2016, the Hawthorne School District Board of Trustees adopted a mandatory uniform policy for all elementary and middle schools within the District. The uniforms consists of designated colors for the collared shirts, pants, shorts, or skirts in each school's designated colors. Students may wear school logo items in place of the collared shirt. Some schools have indicated specified colors for outerwear. Additional information regarding this policy may be obtained at your child's school office.

Families demonstrating a financial need may receive uniform assistance through the school district. This process includes completing and submitting an application to your child's school office.

Except for Hawthorne Mathematics & Science Academy (HMSA), a waiver to exempt your child from the school uniform policy can be obtained during a conference with the school principal or designee.

Students who have completed a school uniform wavier are required to follow the District's dress and grooming standards. Copies of this policy are available online at www.hawthorne.k12.ca.us or at your child's school office.

Uniforme Escolar y Norma del Código de Vestimenta

Efectivo enero 2016, la Mesa Directiva del Distrito Escolar de Hawthorne adoptó una norma para el uniforme escolar obligatorio para todas las escuelas primarias y secundarias dentro del Distrito. Los uniformes consisten en colores designados para camisas con cuello, pantalones, shorts, o faldas con sus designados colores en cada escuela. Estudiantes pueden usar atuendo con el logo de la escuela en lugar de camisas con cuello. Algunas escuelas han indicado colores específicos para la ropa de invierno. Usted puede obtener información adicional con relación a esta norma en la oficina de la escuela de su hijo.

Las familias que demuestren necesidad financiera pueden recibir ayuda para el uniforme a través del distrito escolar. Este proceso incluye completar y someter una solicitud a la oficina de la escuela de su hijo.

Excepto para la Escuela Academia de Matemáticas y Ciencias (HMSA), puede obtener una renuncia para eximir a su hijo de la norma del uniforme escolar mediante una conferencia con el director de la escuela o persona designada.

A los estudiantes que hayan completado una renuncia del uniforme escolar se les requiere seguir el código de vestimenta y estándares de aseo personal del Distrito. Copias de esta norma están disponibles en línea en www.hawthorne.k12.ca.us o en la oficina de la escuela de su hijo.

This page intentionally left blank.



Hawthorne School District

14120 South Hawthorne Blvd., Hawthorne, CA 90250 • (310) 676-2276 • FAX (310) 675-9464

Pupil Transfer Request

To: _____

Phone: _____ Fax: _____

Student's Name: _____ Date Requested: _____

Previous School Name: _____

Birthdate: _____ ☐ Male ☐ Female Current Grade Level: _____

The student mentioned above is enrolling in Hawthorne School District. We are requesting the following information in order to complete the enrollment process:

- Complete Immunization Records
- Discipline Records
- Verification of Birth and Grade Level
- Latest Report Card or Progress Report
- IEP & Psycho-educational Report (if applicable)
- Most recent ELPAC Student Score Report

Please fax the above information as soon as possible so that student can be enrolled. Once he/she is enrolled, the school will send written request for cum. Thank you in advance.

☐ Eucalyptus
(310) 675-3369/FAX (310) 675-5628

☐ Jefferson
(310) 676-9423/FAX (310) 676-4234

☐ Kornblum
(310) 970-4294/FAX (310) 970-4298

☐ Ramona
(310) 675-7189/FAX (310) 675-6593

☐ Washington
(310) 676-3422/FAX (310) 644-4824

☐ York
(310) 675-1189/FAX (310) 675-4892

☐ Zela Davis
(310) 679-1771/FAX (310) 675-4962

☐ Bud Carson Middle School
(310) 676-1908/FAX (310) 676-0634

☐ Hawthorne Middle School
(310) 676-0167/FAX (310) 675-0924

☐ Prairie Vista Middle School
(310) 679-1003/FAX (310) 679-1142

☐ Prairie Vista South
(310) 970-7550/FAX (310) 970-7555

☐ Hawthorne Math & Science Academy
(310) 973-8620/FAX (310) 973-8167

This page intentionally left blank.



Hawthorne School District

Home Language Survey

DATE

SCHOOL

TEACHER

The California Education Code requires Schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for school to provide meaningful instruction for all students.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you for your help.

Name of student: _____
Last First Middle Grade Age

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
2. Which language does your son or daughter most frequently use at home: _____
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home: _____

The information request below is voluntary. The privacy and confidentiality of families will be observed.

Because the Hawthorne School District receives Federal assistance for immigrants, the following questions are for the purpose of identifying students who are eligible for additional English language development support and this information will not be disclosed to any other government agency.

Was your child born outside the United States? ☐ YES ☐ NO

- a. In what country was your child born? _____
- b. What grade was your child first enrolled in the U.S. school system? _____

(Grade)

(Month and Year)

Signature of Parent or Guardian



Distrito Escolar de Hawthorne

Estudio del Idioma en el Hogar

FECHA

ESCUELA

MAESTRO(A)

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada alumno. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los alumnos.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

Nombre del(a) alumno(a): _____
Apellido Primero Segundo Grado Edad

1. ¿Cuándo su hijo(a) empezó a hablar, cual idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Usted con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cual idioma hablan los adultos con mas frecuencia en la casa? _____

La siguiente información es voluntaria. Se mantendrá la privacidad y confidencialidad de familias.

Dado que el Distrito Escolar de Hawthorne recibe asistencia económica federal para personas inmigrantes, las siguientes preguntas son solo hechas con el propósito de identificar a los alumnos que califican para recibir fondos de ayuda adicional en el desarrollo del idioma Ingles. Esta información no será entregada a ninguna agencia gubernamental.

¿Su hijo(a) nació fuera de los Estados Unidos? ☐ SI ☐ NO

- a. ¿En que país nació su hijo(a)? _____
¿En que grado fu su hijo(a) matriculado(a) por primera vez en el
- b. sistema escolar de los Estados Unidos

(Grado)

(Mes y Año)

Firma del Padre o Tutor(a)



Hawthorne School District

Educational Excellence

Housing Questionnaire

Student Last Name	First	Middle	Name of School

The information provided below will help the Hawthorne School District determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations?

- ☐ Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or Federal Emergency Management Agency (FEMA) trailer
- ☐ Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing, or similar reason
- ☐ Living in a car, park, campground, abandoned building, or other inadequate accommodations (i.e. lack of water, electricity, or heat)
- ☐ Temporarily living in a motel or hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, or similar reason
- ☐ Living in a single-home residence that is permanent

I am a student under the age of 18 and living apart from parent(s) or guardian

- ☐ Yes ☐ No

The undersigned parent/guardian certifies that the information provided above is correct and accurate.

Print Parent/Guardian Name	Signature	Date

Phone Number	Street Address	City	State	Zip

Your child or children may have the right to:

- Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.
- Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

Please list all children currently living with you.

Name	Gender	Birthdate	Grade	School

If you have any questions about these rights, please contact your Homeless Liaison:

David Mallchok
Phone: 310-676-2276 x3991
Email: dmallchok@hawthorne.k12.ca.us



Distrito Escolar de Hawthorne

Excelencia educativa

Cuestionario sobre la vivienda

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre	Nombre de la escuela:

La información proporcionada a continuación ayudará al Distrito Escolar de Hawthorne a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar y de la escuela.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations?

- ☐ Alojado en un refugio (refugio familiar, refugio para la violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- ☐ Compartiendo vivienda con otra(s) persona(s) debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o razón similar
- ☐ Viviendo en un coche, un parque, un camping, un edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (por ejemplo, falta de agua, electricidad o calefacción)
- ☐ Viviendo temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de la vivienda, a dificultades económicas, a un desastre natural o a una razón similar
- ☐ Viviendo en una residencia de una sola casa que sea permanente

Soy estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutor

- ☐ Sí ☐ No

El padre/tutor abajo firmante certifica que la información proporcionada anteriormente

Nombre del padre/tutor en letra de molde	Firma	Fecha

Número de teléfono	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Su hijo o hijos puede/n tener derecho a:

- Inscribirse inmediatamente en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local en la que usted se encuentra actualmente, aunque no disponga de todos los documentos normalmente exigidos en el momento de la inscripción.
- Seguir asistiendo a su escuela de origen, si lo solicitas y es en el mejor interés.
- Recibir el transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si son necesarios, que se proporcionan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir todas las protecciones y servicios previstos en todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Por favor, indique todos los niños que viven actualmente con usted.

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, póngase en contacto con el enlace para personas sin hogar:

David Mallchok

Teléfono: 310-676-2276 x3991

Correo electrónico: dmallchok@hawthorne.k12.ca.us



Hawthorne School District

Educational Excellence

Oral Health Assessment

California law, *Education Code* Section 49452.8, requires that your child have an oral health assessment by May 31st in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. An oral health assessment completed within the 12 months before your child enters school also meets this requirement. If you cannot take your child for this assessment, please contact the Health Clerk.

Section 1

To be completed by the 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 Gender: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's Primary Race/Ethnicity: Part A: ☐ Hispanic ☐ Not Hispanic Part B: ☐ Black/African American-Not of Hispanic Origin ☐ American Indian/Alaska Native ☐ White (not of Hispanic origin) ☐ Asian ☐ Pacific Islander ☐ Decline to State		

Section 2

Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

Assessment Date:	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> ☐ Yes ☐ No	<u>Visible caries present:</u> ☐ Yes ☐ No	<u>Treatment Urgency:</u> ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended ☐ Urgent care needed
------------------	---	---	---

Dental professional's signature

Date



Evaluación de la Salud Bucal/ Formulario para Renunciar

El artículo 49452.8 del Código Educativo de la ley de California, requiere que si su hijo(a) va a cursar su primer año en una escuela pública, ya sea kínder o primer grado, tenga una evaluación de salud bucal antes del 31 de mayo. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista con licencia u otro profesional de salud dental autorizado o con licencia. Las evaluaciones de salud bucal completadas dentro de los 12 meses antes de que su hijo(a) ingrese a la escuela también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a su hijo(a) a esta evaluación, por favor comuníquese con la Secretaria de Salud.

Sección 1

Para que lo complete el padre, madre o tutor(a)

Nombre de Pila del Estudiante:	Apellido:	Inicial/Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento del(a) Niño(a):
Dirección:			Apto.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela	Maestro(a):	Grado:	Sexo del Niño(a): ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre/Padre, Madre o Tutor(a)	Raza/Origen Étnico del / de la Alumno(a): Parte A: ☐ Hispano(a) / Latino(a) ☐ No Hispano(a) / Latino(a) Parte B: ☐ Afro-Americano(a) o Raza Negra No de Origen Hispano ☐ Indio(a) Americano(a) / Nativo(a) de Alaska ☐ Raza Blanca (No Hispano) ☐ Asiático(a) ☐ Isleño(a) del Pacífico ☐ Se niega a declarar		

Sección 2

Compilación de Datos Sobre la Salud Bucal

Para que lo complete el profesional dental que efectúa la evaluación

Fecha de la evaluación:	<u>Caries y/o empastes(rellenos) visibles presentes:</u> ☐ Sí ☐ No	<u>Caries visibles presentes:</u> ☐ Sí ☐ No	<u>Tratamiento de Urgencia:</u> ☐ No se hallaron problemas obvios ☐ Se recomienda cuidado temprano ☐ Se necesita cuidado urgente
-------------------------	--	---	--

Firma del profesional dental

Fecha

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

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.

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.

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	/ /

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).

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) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**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)*

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

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)

*de ser indicado

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

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 Jovenes (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

HEALTH CARE/CUIDADO DE SALUD

May your son/daughter be taken to a physician?/¿Se puede llevar a su hijo(a) a un médico? ☐ Yes/Sí ☐ No

If yes, which physician?

Si es así ¿a cuál?

Name/ Nombre

Address/ Dirección

Telephone/Teléfono

In the event that the above named physician cannot be contacted immediately or I do not have one, I give my consent ☐ Yes/Sí
for the official in charge to use his/her best judgment in caring for my child. This may include calling a physician,
ambulance or paramedics for immediate hospitalization, treatment and the administering of an anesthetic, if necessary, ☐ No
until I can be reached.

Si resultara imposible establecer un contacto con dicho médico o si no tengo uno, Yo autorizo al oficial encargado para
que decida cual es el mejor cuidado que debe recibir mi hijo(a). Esto puede implicar, en caso necesario, llamar a un
médico, una ambulancia o a auxiliares sanitarios (paramédicos), para la inmediata hospitalización, tratamiento y
anestesia, hasta que me puedan localizar.

Has any member of the family had tuberculosis?/¿Ha tenido algún miembro de su familia tuberculosis? ☐ Yes/ Sí ☐ No

If yes, name and relationship to the child

Si es sí, nombre y parentesco con el(la) niño(a)

Date/Fecha

Has person had contact with your child while tuberculosis was contagious? ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Ha tenido dicha persona contacto con su hijo(a) cuando la tuberculosis era contagiosa?

Does your child wear glasses? ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Usa su niño(a) anteojos (gafas)?

Has your child had any surgeries? ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Ha tenido su hijo(a) cirugías?

Serious illness ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Enfermedades serias?

If yes, give date(s) and explain/Si es sí, indique las fecha(s) y explique

List any health problems your child has/Indique cualquier problema de salud que tenga su hijo(a)

What prescribed medications does your child take regularly?

¿Qué medicina(s) toma su hijo(a) regularmente?

Will your child need to take these medications at school? ☐ Yes/Sí ☐ No
¿Habrà necesidad de que tome dicha(s) medicina(s) en la escuela?

If yes, please explain/En caso afirmativo, por favor explique:

SCHOOL PROGRAMS/ PROGRAMAS ESCOLARESI certify that my son/daughter is in: **(Please check all that apply)**Certifico/mi hijo(a)/está en esta categoría **(Marque todo lo que corresponda)**☐ **My child is not in any Special Ed. Program**
Mi hijo(a) **no** está en ningún programa de Ed. Especial**Special Education/Educación Especial**

- ☐ Special Day Class/Clase de Día Especial
- ☐ Adaptive Physical Education/Educación Física Adaptada
- ☐ Visually Impaired Program/Programa para Impedidos de la Vista
- ☐ Speech/Language Program/Programa de Dicción/Lenguaje
- ☐ Resource Specialist Program (RSP)/Programa de Especialista de Recurso (RSP)
- ☐ Other: Please Specify _____
Otro: Por favor, especifique _____

Currently Enrolled
Matriculado(a)
en el Presente☐☐☐☐☐☐Previously Enrolled
Matriculado(a)
Previamente☐☐☐☐☐☐**Other Special Programs/Otros Programas Especiales**

- ☐ Chapter I/Title I Program/Programa del Capítulo I/Título I
- ☐ Gifted and Talented Education (GATE)/Educación de Niños Dotados y Talentosos (GATE)
- ☐ Bilingual Program Services/Programa de Servicios Bilingües
- ☐ I certify that my son/daughter has never been enrolled in a special program
Yo certifico que mi hijo/hija nunca ha sido matriculado en un programa especial

I certify that my son/daughter/Yo certifico que me hijo/hija:

- ☐ Is not under an expulsion order or recommended for expulsion from another school district.
No se encuentra bajo una orden de expulsión o una recomendación para expulsión por parte de otro distrito.
- ☐ Is currently under expulsion or has been recommended for expulsion from _____ School District.
Se encuentra bajo una orden de expulsión por parte del Distrito o se le ha recomendado para una expulsión.
I hereby request a hearing for his/her admission into the Hawthorne School District.
Por la presente, solicito una audiencia para que sea autorizado(a) a asistir al Distrito Escolar de Hawthorne.

Highest Education Level ☐ Mother ☐ Father ☐ Guardian **Nivel Más Alto de Educación** ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor

*This information is for use in the California State Testing Program./Esta información se usa en el Programa de Exámenes del Estado de California.

- ☐ Not high school graduate/No Graduado de la Escuela Secundaria
- ☐ High school graduate/Graduado de la Escuela Secundaria
- ☐ Some college (Includes AA Degree)/Algo de estudios universitarios (nivel)
- ☐ College graduate (BA or BS Degree)/Estudios universitarios (nivel)
- ☐ Graduate school (Beyond BA or BS Degree)/Título Universitario (nivel superior)
- ☐ Decline to state/Rehusa a declarar

E-mail Address/Correo Electronico _____

I am aware that falsification of information will invalidate future consideration for attendance in the Hawthorne School District./Tengo conocimiento de que la falsificación de esta información, invalidará una futura consideración para que mi hijo(a) asista al Distrito Escolar de Hawthorne.

- ☐ I received a copy of the Parents' Rights and Responsibilities/Yo he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades.

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre, Madre o Tutor(a)_____
Date
Fecha_____
Student Name
Nombre del(a) Estudiante

- ☐ I prefer correspondence for mailing and phone messages in Spanish/Prefiero la correspondencia y mensajes en español.

FOR SCHOOL USE ONLY/PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTEEnrollment began on: _____ By: _____
Date Enrollment Staff