



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Early Childhood Education Programs

524 Palisade St  
Pasadena, CA 91103  
(626) 396-5762 ext. 10070

**REGISTRATION REQUIREMENTS FOR ALL SUBSIDIZED PROGRAMS**

- ◇ **Birth Certificates for ALL children in the home**, hospital certificate or any document stating the name of child and the parents' name. Passports will **not** be accepted
- ◇ **Current Immunization Records with all required immunization shots** for the enrolling child with a **current T.B. test or T.B. screening**
- ◇ **Current Physical Exam:** (page #8 in packet)
- ◇ **Copy of IEP:** if applicable
- ◇ **Proof of address:** Current utility bill or copy of complete lease/rental agreement
- ◇ **Proof of Income from parents/guardian:** full-month paycheck stubs, TANF/DDS which includes case number and dollar amount of aid.
  - If paid weekly: 4 consecutive pay stubs for current month; if paid bi-weekly or bi-monthly: 2 consecutive pay stubs; if paid monthly: 2 consecutive pay stubs
  - If unemployed/seeking employment: Copy of unemployment check stubs, award letter, or a letter from a previous employer indicating end of employment
  - If self-employed, at minimum: two months' worth of invoices/receipts showing profits and losses to establish income and most recent tax return
  - Other income (if applicable): child support – court order or self-declaration, foster care payment, disability or workers compensation
- ◇ **Required \$25 Field Trip Fee:** A required and nonrefundable fee of \$25 will be charged for all children enrolled in a program. Payment is to be collected on day of registration. **Checks or money orders only.** We DO NOT accept cash.

**FULL DAY PRESCHOOL OR  
BEFORE AND AFTER SCHOOL CARE FOR SCHOOL AGE CHILDREN**  
**All documents above PLUS documents listed below:**

- ◇ **Proof of Need:** Families are to provide this agency with the following documentation to prove a need for services.
  - Verification of Employment form indicating days and hours of employment
  - Training Verification form indicating days and hours for courses being taken
  - Verification of Need for self-employed families. Parent provided information that includes:
    1. A declaration of need under penalty of perjury that includes a description of the employment and an estimate of the days and hours worked per week;
    2. To demonstrate the days and hours worked, a copy of one or more of the following: appointment logs, client receipts, job logs, mileage logs, a list of clients with contact information, or similar records; and
    3. As applicable, a copy of a business license, a workspace lease, or a workspace rental agreement



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Early Childhood Education Programs

524 Palisade St  
Pasadena, CA 91103  
(626) 396-5762 ext. 10070

**REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN PARA TODOS LOS PROGRAMAS SUBVENCIONADOS**

- ◇ **Acta de Nacimiento para todos los niños en la familia** o el certificado del hospital. Pasaportes **no** serán aceptados
- ◇ **Los registros actuales de inmunización** con todas las vacunas requeridas para la inscripción del niño y una **prueba de tuberculosis** actual
- ◇ **Examen físico:** realizado en el último año (pagina #8)
- ◇ **Copia del IEP:** si le aplica
- ◇ **Comprobante de Domicilio:** factura actual de servicios públicos o contrato de alquiler
- ◇ **Comprobante de ingresos:** talones de sueldo que completan el último mes, o TANF/DSS con número de caso y forma de verificación mostrando la cantidad de la ayuda
  - Si se le paga semanal: 4 talones de pago para el mes actual; si se le paga quincenal: 2 talones de pago; si se le paga mensual: 2 talones de pago
  - Si está desempleado o en búsqueda de empleo: copia de los talones de cheque de desempleo o carta de adjudicación o una carta de un empleador anterior indicando terminación de empleo
  - Si es independiente: como mínimo: dos meses de facturas/recibos que demuestran las ganancias y pérdidas
  - Otros ingresos (si le es aplicable): manutención de los hijos – orden judicial o auto declaración, compensación de trabajadores o discapacidad
- ◇ **Pago requerido de \$25 para paseo escolar:** Esta cuota se colectara el día de la matriculación. Note que la cuota no será reembolsable. **Cheques o giros postales solamente.** Dinero en efectivo no será aceptado

**SOLAMENTE LAS FAMILIAS QUE ESTÉN APLICANDO PARA EL PROGRAMA PRE-ESCOLAR DE TODO EL DÍA O EL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA DEBERÁN INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ADICIONALES:**

- ◇ **Comprobante de Necesidad:** para familias que ocupan el programa pre-escolar de todo el día y después de escuela.
  - Verificación de Empleo comprobando los días y horas que trabaja
  - Entrenamiento o Escuela: Horario de clases comprobando los días y horas que está estudiando
  - Familias que trabajan por su cuenta:
    1. Declaración bajo pena de perjurio detallando el tipo de trabajo que está haciendo.
    2. Documentos comprobando las horas que requiere su trabajo. Pueden ser nombres de clientes con número de teléfono, recibos colectados demostrando pago de sus clientes, copias de su agenda demostrando sus horas de empleo.
    3. Copia de licencia de negocio y contrato de renta para el negocio si es aplicable



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Early Childhood Education Programs**

524 Palisade St  
Pasadena, CA 91103  
(626) 396-5762 ext. 10070

**\*\*\*\*\*Important Message for all Parents\*\*\*\*\***

Please note that all families who have a family fee for services being received must pay their fees on the first of each month.

Families enrolled in a Full Day preschool program must pay their fees at the Children's Center in which their child is attending.

**If you are enrolled in a 3 hour preschool program your payment is to be made at:**

**Early Childhood Education Programs at Cleveland  
524 Palisade St  
Pasadena, CA 91103**

**Personal checks and money orders only.  
We cannot accept cash.**

**\*\*\*\*\*Mensaje Importante Para Los Padres\*\*\*\*\***

Por favor tomen en cuenta que las familias que tienen una cuota por los servicios recibidos deben de pagar al principio del mes.

Las familias registradas en el programa de todo el día deben de pagar en el centro donde sus niños/niñas están registrados.

**Las familias en el programa pre-escolar de 3 horas deben de pagar en el centro de Burbank.**

**Early Childhood Education Programs at Cleveland  
524 Palisade St  
Pasadena, CA 91103**

**Solamente aceptamos cheques personales y giros postales.  
Dinero en efectivo no será aceptado.**



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Early Childhood Education Center  
524 Palisade Street Pasadena, CA 91103  
Tel. (626) 396-5762 \* Fax (626) 798-7738  
**EMPLOYMENT & INCOME VERIFICATION**

**PRESCHOOL CENTER:** \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DE LA ESCUELA*

**NAME OF PARENT/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR*

**NAME OF STUDENT:** \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DEL ESTUDIANTE*

**HOME ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
*DOMICILIO*

**SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN** *FIRMA DE MADRE/PADRE/TUTOR*

**TODAY'S DATE** *FECHA DE HOY*

**I authorize my employer, described below, to release the requested employment information, without liability, to:**  
*Autorizo a mi empleador, descrito anteriormente, para dar la información de empleo solicitado, sin responsabilidad, a:*

Early Childhood Education Center  
524 Palisade Street Pasadena, CA 91103  
Tel. (626) 396-5762 \* Fax (626) 798-7738

**FOR EMPLOYER USE ONLY**

**PARA USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE**

**Dear Employer:**

**Please fill in the following information and fax or mail this form to our agency at the fax/address above.**

**DATE EMPLOYMENT BEGAN:** \_\_\_\_\_ **TODAY'S DATE:** \_\_\_\_\_

**NAME OF EMPLOYER:** \_\_\_\_\_

**WORKSITE ADDRESS:** \_\_\_\_\_

**WORKSITE PHONE NUMBER:** \_\_\_\_\_ **OCCUPATION:** \_\_\_\_\_

**USUAL BUSINESS DAYS & HOURS:** \_\_\_\_\_ **WEBSITE:** \_\_\_\_\_

**DAILY SCHEDULE** (e.g. 9:00 am to 5:00 pm)

**MAX HOURS:** \_\_\_\_\_ **PER DAY OR PER WEEK (CIRCLE ONE)**

| SUNDAY | MONDAY | TUESDAY | WEDNESDAY | THURSDAY | FRIDAY | SATURDAY |
|--------|--------|---------|-----------|----------|--------|----------|
| to     | to     | to      | to        | to       | to     | to       |

**AMOUNT OF GROSS PAY: \$** \_\_\_\_\_

**PAY SCHEDULE** (Frequency gross pay is received):

☐ Daily ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly ☐ Other: \_\_\_\_\_

**METHOD OF PAYMENT:** ☐ Cash ☐ Check ☐ Other: \_\_\_\_\_

**NAME AND TITLE OF EMPLOYER'S REPRESENTATIVE**

**SIGNATURE OF EMPLOYER'S REPRESENTATIVE**

**FOR OFFICE USE ONLY – PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

- ☐ I have contacted the employer and verified that the employment information above is accurate.  
☐ I have contacted the employer and corrected the employment information as shown above. All remaining information has been verified and deemed accurate based on the employers' comments.  
☐ I have contacted the employer and I have entered the information above based on the employers' comments.

**The following information has been verified and noted above:**

☐ Work Days ☐ Work Hours ☐ Pay Frequency ☐ Hourly Rate ☐ Gross Pay ☐ Date Employment Began

\_\_\_\_\_  
Date Verified

\_\_\_\_\_  
Time Verified

\_\_\_\_\_  
Name and Title of Employer Representative

\_\_\_\_\_  
Signature of Agency Representative

**DATE**

**RECORD OF EMPLOYER CONTACT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION FORM

Please print clearly with black or blue ink.

Teacher's Name: \_\_\_\_\_

Room #: \_\_\_\_\_ Date input: \_\_\_\_\_ Stu# \_\_\_\_\_

## STUDENT DATA

|                                       |                        |               |                          |                                                                      |
|---------------------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Legal Last Name                       | Legal First Name       | Middle Name   | Suffix                   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><br>Male / Female |
| Current Grade                         | Birthdate (mm/dd/yyyy) | Current Age   | AKA/Nickname             |                                                                      |
| MAILING Address (Street and Apt. #)   | City                   | State         | Zip                      |                                                                      |
| RESIDENCE Address (Street and Apt. #) | City                   | State         | Zip                      |                                                                      |
| Birth City                            | Birth State/Province   | Birth Country | ( )<br>Home Phone Number |                                                                      |

If born outside of the United States, when did your child first enter the United States? (mm/yyyy) \_\_\_\_\_

## FAMILY INFORMATION

Student Lives With: ☐ Both Parents ☐ Mother only ☐ Father and Stepmother ☐ Foster Parents  
☐ Legal Guardian(s) ☐ Father only ☐ Mother and Stepfather ☐ Other: \_\_\_\_\_

**Mother / Legal Guardian Name:** ( )  
Primary Phone Number ( )  
Last Name, First Name This is my ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other  
Secondary Phone Number  
This is my ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other

**Father / Legal Guardian Name:** ( )  
Primary Phone Number ( )  
Last Name, First Name This is my ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other  
Secondary Phone Number  
This is my ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other

Primary Contact (please check one only): ☐ Mother / Legal Guardian ☐ Father / Legal Guardian

Parent's Email Address (one only please): \_\_\_\_\_

### Family Living In:

☐ Permanent Housing ☐ Hotel/Motel ☐ Licensed Children's Institution  
☐ Foster Family or Kinship Placement ☐ Temporarily Unsheltered ☐ Other: \_\_\_\_\_  
☐ Temporary Shared Housing ☐ Temporary Shelter in Emergency or Foster Care

Have you or any members of your immediate family worked in agriculture, fishing, or food processing on a temporary basis in the last three years? ☐ Yes ☐ No

## STATE MANDATED INFORMATION

**What is your child's ETHNICITY? (check one)** ☐ **Hispanic or Latino**  
*A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.*  
☐ **Not Hispanic or Latino**

**In addition, what is your child's RACE?** Please check AT LEAST ONE and up to five racial categories. The first part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer by making a checkmark in one or more boxes next to what you consider your child's race(s) to be.

|                                                           |                                    |                                   |                                                           |                                     |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Hmong    | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Armenian                         | <input type="checkbox"/> Chinese   | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other Asian                      | <input type="checkbox"/> White      |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian                     | <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Korean   | <input type="checkbox"/> Samoan                           |                                     |
| <input type="checkbox"/> Black or African American        | <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Laotian  | <input type="checkbox"/> Tahitian                         |                                     |

**Parent/Guardian Education Level** (please check only the **HIGHEST** education level completed by either parent/guardian):

☐ Graduate school/Post Graduate training ☐ Some college (includes AA degree) ☐ Not a high school graduate  
☐ College graduate ☐ High school graduate

Did your child attend pre-school? ☐ Yes ☐ No If yes, which pre-school? \_\_\_\_\_

When did your child first enroll in a United States K-12 school? (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

When did your child first enroll in a California K-12 school? (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

|                                                                                                                   |                                                                                                                   |                              |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <b>FOR OFFICE USE ONLY</b>                                                                                        | <b>Enrolling School:</b>                                                                                          | <b>Today's Date:</b>         | <b>Enrollment Date:</b> |
| <b>Verification of Legal Name and Birth date by:</b>                                                              | <b>Medical:</b>                                                                                                   | <b>Student's Perm. ID #:</b> |                         |
| <input type="checkbox"/> Birth Cert <input type="checkbox"/> Hospital Cert <input type="checkbox"/> Passport/Visa | Immunizations completed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exempt | <b>Form Processed By:</b>    |                         |
| <input type="checkbox"/> Baptism <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Affidavit       | Verified by (name): _____                                                                                         |                              |                         |



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Complete la forma con tinta negra o azul y escriba lo más claramente posible. Muchas gracias.

Teacher's Name: \_\_\_\_\_

Room #: \_\_\_\_\_ Date input: \_\_\_\_\_ Stu# \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ESTUDIANTE

|                                                                                    |                                   |                    |                                   |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido[s]                                                                        | Primer Nombre                     | Segundo Nombre     | Sufijo                            | Sexo <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><br>Masculino / Femenino |
| Grado actual                                                                       | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Edad               | Apodo                             |                                                                                  |
| Dirección POSTAL (Calle y número de apartamento)                                   | Ciudad                            | Estado             | Código Postal                     |                                                                                  |
| Dirección DE LA CASA (Calle y número de apartamento)                               | Ciudad                            | Estado             | Código Postal                     |                                                                                  |
| Ciudad de nacimiento                                                               | Estado/Provincia de nacimiento    | País de nacimiento | ( )<br>Número de teléfono de casa |                                                                                  |
| Si su hijo nació en otro país, desde cuándo vive en Estados Unidos (mes/año) _____ |                                   |                    |                                   |                                                                                  |

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El estudiante vive con: ☐ Ambos Padres ☐ Con la madre ☐ Padre y madrastra ☐ Padres de Crianza  
☐ Tutor(es) Legal(es) ☐ Con el padre ☐ Madre y padrastro ☐ Otro: \_\_\_\_\_

### Nombre de la Madre o de la Tutora Legal:

Apellido[s], Nombre ( )  
Número de teléfono principal ( )  
☐ Celular ☐ de Casa ☐ de Trabajo ☐ Otro ☐ Celular ☐ de Casa ☐ de Trabajo ☐ Otro

### Nombre del Padre o del Tutor Legal:

Apellido[s], Nombre ( )  
Número de teléfono principal ( )  
☐ Celular ☐ de Casa ☐ de Trabajo ☐ Otro ☐ Celular ☐ de Casa ☐ de Trabajo ☐ Otro

Contacto principal (marque sólo uno): ☐ Madre / Tutora Legal ☐ Padre / Tutor Legal

Correo Electrónico del padre o madre (anote sólo uno, por favor): \_\_\_\_\_

### La Familia vive en:

☐ Residencia Familiar ☐ Hotel/Motel ☐ Institución autorizada para albergar menores  
☐ Hogar de crianza temporal o con parientes ☐ A la intemperie ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
☐ Junto con otra Familia de forma temporal ☐ Hogar de crianza en espera de reubicación bajo cuidado

¿Usted o algún miembro de su familia inmediata ha trabajado en la agricultura, la pesca o la elaboración de alimentos de forma temporal en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

## INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL ESTADO DE CALIFORNIA

¿Cuál es la ETNIA de su hijo?  
(marque sólo una, por favor)

☐ Hispano o Latino

En este caso, independientemente de la raza: personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o suramericano, o cualquier otra cultura hispánica.

☐ Ni Hispano ni Latino

¿A qué RAZA pertenece su hijo? Por favor, marque AL MENOS UNO, y hasta un máximo de cinco grupos raciales. La primera parte de la pregunta se refiere a origen étnico, no a la raza. Además de la elección que marcó arriba, por favor seleccione una o más de las opciones que se listan en seguida, dependiendo de las que usted considere son aplicables a la raza o razas a las que pertenece su hijo.

|                                                             |                                    |                                   |                                                                |                                     |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Hmong    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacifico | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Armenio                            | <input type="checkbox"/> Chino     | <input type="checkbox"/> Japonés  | <input type="checkbox"/> Otra, Asiática                        | <input type="checkbox"/> Blanco     |
| <input type="checkbox"/> Indo asiático                      | <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Samoano                               |                                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano              | <input type="checkbox"/> Guamés    | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Tahitiano                             |                                     |

Nivel Educativo del Padre o Tutor (por favor sólo marque el NIVEL MÁXIMO de escolaridad de alguno de los padres):

☐ Título Universitario/Estudios de Posgrado ☐ Algunos Estudios Universitarios [Incluido título de Nivel Medio (AA)] ☐ No se graduó de la preparatoria  
☐ Graduado Universitario ☐ Graduado de preparatoria

¿Su hijo estuvo en clases de pre-escolar? ☐ Sí ☐ No En caso de que sí, ¿en qué escuela? \_\_\_\_\_

¿Cuándo inscribió a su hijo por primera vez en Estados Unidos en una escuela de los grados K al 12? (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Cuándo inscribió a su hijo por primera vez en California en una escuela de los grados K al 12? (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

|                                                                                                                   |                                                                                                                   |                       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| FOR OFFICE USE ONLY                                                                                               | Enrolling School:                                                                                                 | Today's Date:         | Enrollment Date: |
| Verification of Legal Name and Birth date by:                                                                     | Medical:                                                                                                          | Student's Perm. ID #: |                  |
| <input type="checkbox"/> Birth Cert <input type="checkbox"/> Hospital Cert <input type="checkbox"/> Passport/Visa | Immunizations completed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exempt | Form Processed By:    |                  |
| <input type="checkbox"/> Baptism <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Affidavit       | Verified by (name): _____                                                                                         |                       |                  |



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT – STUDENT REGISTRATION FORM – PAGE 2

STUDENT LAST NAME \_\_\_\_\_ STUDENT FIRST NAME \_\_\_\_\_ PERM.ID# \_\_\_\_\_

## HOME LANGUAGE SURVEY

What was the first language your child learned? \_\_\_\_\_

What language does your child use most frequently at home? \_\_\_\_\_

What language do you use most frequently to speak to your child? \_\_\_\_\_

If possible, in what language would you prefer to receive school communications? \_\_\_\_\_

## OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME

|                                    |              |           |                |       |
|------------------------------------|--------------|-----------|----------------|-------|
| _____                              | _____        | _____     | _____          | _____ |
| Last Name, First Name, Middle Name | Relationship | Birthdate | Current School | Grade |

|                                    |              |           |                |       |
|------------------------------------|--------------|-----------|----------------|-------|
| _____                              | _____        | _____     | _____          | _____ |
| Last Name, First Name, Middle Name | Relationship | Birthdate | Current School | Grade |

|                                    |              |           |                |       |
|------------------------------------|--------------|-----------|----------------|-------|
| _____                              | _____        | _____     | _____          | _____ |
| Last Name, First Name, Middle Name | Relationship | Birthdate | Current School | Grade |

|                                    |              |           |                |       |
|------------------------------------|--------------|-----------|----------------|-------|
| _____                              | _____        | _____     | _____          | _____ |
| Last Name, First Name, Middle Name | Relationship | Birthdate | Current School | Grade |

## ACADEMIC HISTORY

Has your child ever attended a Pasadena Unified School (including Pre-K or summer school)? ☐ Yes ☐ No

My child [disclosure of information is REQUIRED by California Education Code 48915.1(b)]:

☐ is not under an expulsion order or recommended for expulsion from another school district.☐ is currently under an expulsion order or has been recommended for expulsion from \_\_\_\_\_ School District.

## PREVIOUS SCHOOLS ATTENDED - PLEASE INCLUDE ALL PREVIOUS SCHOOLS

|                     |                 |       |                 |          |
|---------------------|-----------------|-------|-----------------|----------|
| _____               | _____           | _____ | _____           | _____    |
| Name of Last School | School District | City  | State / Country | Grade(s) |

|                     |                 |       |                 |          |
|---------------------|-----------------|-------|-----------------|----------|
| _____               | _____           | _____ | _____           | _____    |
| Name of Last School | School District | City  | State / Country | Grade(s) |

|                     |                 |       |                 |          |
|---------------------|-----------------|-------|-----------------|----------|
| _____               | _____           | _____ | _____           | _____    |
| Name of Last School | School District | City  | State / Country | Grade(s) |

## SCHOOL AND SPECIALIZED EDUCATION PROGRAMS

My child is receiving or has received services in (please check all that apply):

☐ 504 Plan☐ Gifted and Talented Education (GATE)☐ Title I☐ Alternative/Bilingual Program (waiver)☐ Special Education/IEP, please specify: \_\_\_\_\_☐ Other, please specify: \_\_\_\_\_☐ English Language Development☐ Speech/Language Services (IEP)☐ My child has never been enrolled in any of these programs.

## EMERGENCY INFORMATION

Doctor's Name / Address / Telephone: \_\_\_\_\_

Name of Other Relative: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Other Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENT INFORMATION - FERPA PRIVACY AUTHORIZATION

I give consent for Pasadena Unified School District to submit information to the LEA billing option vendor, Paradigm, regarding school health services provided to my child for the purpose of receiving federal reimbursement. This reimbursement helps to defray the cost of providing these health services. All information is kept confidential.

Parent/Guardian Initials \_\_\_\_\_

## OTHER HEALTH COVERAGE INQUIRIES

Many private insurance companies do not pay for school health services, but school districts must attempt to bill for those services. If your child has private health insurance (not Medi-Cal) do you give permission to Pasadena Unified School District to bill that insurance? If no, please note that school health services will continue to be provided and parents will never be billed. If yes, please fill out the following: ☐ Yes ☐ No

Private Carrier: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_

Students will only be released to those named on this form. No treatment will be given other than in a serious emergency without contacting parent/guardian. My signature certifies that all information is accurate. In order to keep my child safe, I will report any changes of address, telephone, or emergency information to the school site within five days.

SIGNATURE OF PARENT/ LEGAL GUARDIAN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT – STUDENT REGISTRATION FORM – PAGE 2

APELLIDO[s] DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ PERM.ID# \_\_\_\_\_

## ENCUESTA DEL IDIOMA PREDOMINANTE EN EL HOGAR

¿Cuál es el idioma natal de su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que más habla su niño en la casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que usted usa con más frecuencia para hablar con su niño? \_\_\_\_\_

En caso de que fuese posible, ¿en qué idioma le gustaría a usted recibir información relacionada con la escuela de su hijo? \_\_\_\_\_

## DATOS DE OTROS MENORES QUE VIVAN EN EL MISMO HOGAR

|                                            |            |                     |                    |       |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|
| Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de nacimiento | Escuela a la acude | Grado |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|

|                                            |            |                     |                    |       |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|
| Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de nacimiento | Escuela a la acude | Grado |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|

|                                            |            |                     |                    |       |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|
| Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de nacimiento | Escuela a la acude | Grado |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|

|                                            |            |                     |                    |       |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|
| Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de nacimiento | Escuela a la acude | Grado |
|--------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|

## HISTORIAL ESCOLAR

¿Su hijo ha estado inscrito alguna vez en escuelas del Distrito Escolar Unificado de Pasadena (incluido Pre-K o escuela de verano)? ☐ Sí ☐ No

Mi hijo [la divulgación de estos datos ES UN REQUERIMIENTO del Código de Educación de California 48915.1(b)]:

☐ No tiene orden ni recomendación de expulsión emitida por otro distrito escolar.☐ Actualmente tiene una orden de expulsión, o fue recomendada su expulsión por parte del Distrito Escolar \_\_\_\_\_.

## ESCUELAS EN LAS QUE HA ESTADO INSCRITO - POR FAVOR INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS ESCUELAS

|                               |                  |        |                 |          |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|
| Nombre de la escuela anterior | Distrito Escolar | Ciudad | Estado/ Condado | Grado(s) |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|

|                               |                  |        |                 |          |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|
| Nombre de la escuela anterior | Distrito Escolar | Ciudad | Estado/ Condado | Grado(s) |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|

|                               |                  |        |                 |          |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|
| Nombre de la escuela anterior | Distrito Escolar | Ciudad | Estado/ Condado | Grado(s) |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------|----------|

## ESCUELA Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA

Mi hijo recibe o ha recibido los siguientes servicios (Por favor marque todos los que sean pertinentes):

|                                                                   |                                                                            |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan 504                                 | <input type="checkbox"/> Educación para Dotados y Talentosos (GATE)        | <input type="checkbox"/> Título I                                          |
| <input type="checkbox"/> Programa Alternativo/Bilingüe (exención) | <input type="checkbox"/> Educación Especial/IEP, por favor, detalle: _____ | <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique cual: _____               |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés             | <input type="checkbox"/> Servicios de Habla/Lenguaje (IEP)                 | <input type="checkbox"/> Mi hijo no ha recibido ninguno de estos servicios |

## DATOS DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA

Nombre, dirección y teléfono del médico que los atiende: \_\_\_\_\_

Nombre de algún pariente: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro Contacto para casos de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS DEL ESTUDIANTE - AUTORIZACIÓN DE DATOS CONFIDENCIALES FERPA

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Pasadena para que de información a Paradigm, proveedor de la LEA, con propósitos de facturación por los servicios de salud prestados por la escuela a mi niño para el fin de recibir el reembolso federal. Este reembolso ayuda a cubrir el costo de la prestación de dichos servicios. Toda la información se mantendrá confidencial.

Iniciales del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Muchas compañías de seguros no cubren los servicios de salud escolar, pero los distritos escolares deben tratar de cobrarles a las agencias por estos servicios. Si su hijo tiene seguro médico privado (no de Medi-Cal) ¿autoriza al PUSD para que intente cobrarle a la compañía de seguros? Si no, tenga en cuenta que los servicios de salud en la escuela se le seguirán prestando a su hijo y los padres no tendrán que pagar nada. En caso de que nos de la autorización, por favor complete lo siguiente: ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

El estudiante podrá salir de la escuela sólo con las personas autorizadas en esta forma. En casos de emergencia, y sólo con la autorización previa del padre o tutor, no se le dará ningún tratamiento médico. Certifico que toda la información es exacta y para mantener a mi hijo seguro me comprometo a informar de cualquier cambio de domicilio, teléfono, o información de emergencia a la escuela dentro de cinco días hábiles.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## PERSONAL RIGHTS

### Child Care Centers

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
  - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
  - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
  - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
  - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
  - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
  - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

### Department of Social Services

NAME

Community Care Licensing

ADDRESS

1000 Corporate Center Drive #200B M.S. 29-15

CITY

Monterey Park, CA

ZIP CODE

91754

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

(323) 981-3351

DETACH HERE

**TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:**

**PLACE IN CHILD'S FILE**

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

**ACKNOWLEDGMENT:** I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

## DERECHOS PERSONALES

### Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
  - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
  - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
  - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
  - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
  - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
  - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

### Department of Social Services

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

1000 Corporate Center Drive #200B M.S. 29-15

CIUDAD

Monterey Park, CA

CÓDIGO POSTAL

91754

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(323) 981-3351

SEPARA AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

## CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

### PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.

Licensing Office Name: Department of Social Services Community Care Licensing

Licensing Office Address: 1000 Corporate Center Dr, #200B MS 29-15, Monterey Park 91754

Licensing Office Telephone #: (323) 981-3351

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

**NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.**

**For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

### ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of \_\_\_\_\_, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

\_\_\_\_\_  
Name of Child Care Center

\_\_\_\_\_  
Signature (Parent/Authorized Representative)

\_\_\_\_\_  
Date

**NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.**

**For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**

## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

### DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services Community Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 1000 Corporate Center Dr #200B M.S. 29-15, Monterey Park, CA 91754

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (323) 981-3351

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.**

**Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

### CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de \_\_\_\_\_, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la “NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES” y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la guardería

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/madre/representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.**

**Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**



# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Early Childhood Education Programs

REE HUDSON  
Director

BRIAN MCDONALD  
Superintendent

### Statement of Release

I hereby authorize Pasadena Unified School District, Early Childhood Education Department and its agents to verify any and/or all information provided by me to determine my family's eligibility for subsidized child development services. This includes, but is not limited to, statements from employers, training institutions, medical doctors, medical clinics, mental health practitioners, city, county, and state governmental agencies.

I further understand that my family will not be provided child development services until the information provided by me is both complete and verified to the extent Pasadena Unified School District, Early Childhood Education Department deems necessary.

I further understand that to receive California state Full Day, Half Day Preschool Program services or General Child Care-Before and After School Programs (CCTR School Age), families enrolling shall meet the eligibility criteria. In addition to meeting eligibility requirements, to be eligible for services the child must live in the State of California while services are being received.

When a family meets eligibility and need requirements at initial certification or recertification, a family shall be considered to meet all eligibility and need requirements for not less than 12 months.

Lastly, I understand that any changes in family size, income, marital status, employment status, or residence may be voluntarily reported decreasing the service need under specific conditions. After reporting, the contractor must re-determine the family's ongoing eligibility for child care services, including eligibility for other state or federally funded child care programs.

---

Parent/Guardian Signature

---

Date



# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Early Childhood Education Programs

REE HUDSON  
Director

BRIAN MCDONALD  
Superintendent

### Declaración Para Ceder Información

Por la presente autorizo a los Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Complementario del Distrito Escolar Unificado de Pasadena y a sus agentes a verificar cualquier información que yo proporcione para determinar la elegibilidad de mi familia para los servicios de desarrollo del niño. Esto incluye, pero no se limita a, declaraciones de empleadores, instituciones de capacitación, médicos, clínicas médicas, profesionales de la salud mental, agencias gubernamentales de la ciudad, el condado y el estado.

Además, entiendo que a mi familia no se le proporcionarán servicios del desarrollo del niño hasta que la información que proporcione esté completa y verificada en la medida en que los Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Complementario del Distrito Escolar Unificado de Pasadena lo consideren necesario.

Además, entiendo que para recibir servicios del Estado de California del Programa preescolar de día completo o de medio día, o Programas de antes y después de la escuela de cuidado general de niños (School Age CCTR), las familias que se inscriban deberán cumplir los criterios de elegibilidad. Además de cumplir con los requisitos de elegibilidad, para ser elegible para los servicios, el niño debe vivir en el Estado de California mientras se reciben los servicios.

Cuando una familia cumple con los requisitos de elegibilidad y necesidad en la certificación inicial o recertificación, se considerará que una familia cumple con todos los requisitos de elegibilidad y necesidad por no menos de 12 meses.

Por último, entiendo que cualquier cambio en el tamaño de la familia, los ingresos, el estado civil, el estado laboral o la residencia se puede informar voluntariamente, disminuyendo la necesidad del servicio en condiciones específicas. Después de informar los cambios, el contratista debe volver a determinar la elegibilidad continua de la familia para los servicios de cuidado infantil, incluyendo la elegibilidad para otros programas de cuidado infantil financiados con fondos estatales o federales.

---

Firma del padre/madre o tutor

---

Fecha





**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
Early Childhood Education Programs

School Name: \_\_\_\_\_

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

**Notification of Laws and Regulations Regarding Fraudulent Information**

Education Code Section 8263 establishes the eligibility and need requirements for state funded child care and development programs and Part 45 of the Code of Federal Regulations, Parts 98 and 99, Sections 98.20 and 98.21, establishes the eligibility and need requirements for California Department of Education Child Development Division.

The laws state that if a parent or guardian has used fraudulent information, to obtain lower parent fees or to be deemed eligible for services, the parent or guardian will be notified of ineligible status, and/or incorrect fees, and will be required to reimburse the program for the services provided during the enrolled period of ineligibility or incorrect fees based on fraudulent information.

Each program must inform applicants, parents, and other recipients of child care and development services of these laws and regulations at the time of initial enrollment into the program and at each recertification.

Parents will be notified when fraudulent information has been confirmed by receiving a "Notice of Action, CD-7617-F," from the Early Childhood Education Center's Eligibility Technician or designee.

"I have read and understand the above notice."

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

\_\_\_\_\_  
Date



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### Early Childhood Education Programs

Nombre de Escuelita: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

### **Aviso Sobre las Leyes y Reglamentos que Conciernen a la Información Fraudulenta**

El Código de Educación Sección 8263 establece la elegibilidad y los requisitos necesarios para el cuidado infantil y programas de desarrollo patrocinados por el estado y la Parte 45 del Código de Reglamentos Federales, Partes 98 y 99, Secciones 98.20 y 98.21, establece la elegibilidad y requisitos necesarios para el Cuidado Infantil y Programas de Desarrollo del Título IV-A.

Las leyes manifiestan que si un padre de familia o tutor legal proporcionó información fraudulenta para obtener honorarios reducidos o para ser considerado elegible para recibir estos servicios, los padres o tutor serán notificados de su condición de no elegibles, o sobre los honorarios incorrectos, y tendrán que reembolsar al programa por los servicios proporcionados durante el periodo en que no eran elegibles o por los honorarios incorrectos basados en la información fraudulenta.

Cada uno de los programas debe informar a los candidatos, padres de familia, y otros que reciben los servicios de cuidado infantil y servicios de desarrollo sobre estas leyes y reglamentos al momento de iniciar la matricula dentro del programa y cada vez que se tenga que renovar.

Los padres de familia serán notificados cuando se haya comprobado que han proporcionado información fraudulenta por medio de un "Aviso Disciplinario, CD-7617-F", entregado por el Técnico de Elegibilidad u otro designado del centro de Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Extendido.

"Yo he leído y comprendido el aviso anterior."

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION  
CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES****To Be Completed by Parent or Authorized Representative**

|                                                      |           |        |       |                               |                               |
|------------------------------------------------------|-----------|--------|-------|-------------------------------|-------------------------------|
| CHILD'S NAME                                         | LAST      | MIDDLE | FIRST | SEX                           | TELEPHONE<br>(     )          |
| ADDRESS                                              | NUMBER    | STREET | CITY  | STATE                         | ZIP                           |
|                                                      |           |        |       |                               | BIRTHDATE                     |
| FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME | LAST      | MIDDLE | FIRST | BUSINESS TELEPHONE<br>(     ) |                               |
| HOME ADDRESS                                         | NUMBER    | STREET | CITY  | STATE                         | ZIP                           |
|                                                      |           |        |       |                               | HOME TELEPHONE<br>(     )     |
| MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME | LAST      | MIDDLE | FIRST | BUSINESS TELEPHONE<br>(     ) |                               |
| HOME ADDRESS                                         | NUMBER    | STREET | CITY  | STATE                         | ZIP                           |
|                                                      |           |        |       |                               | HOME TELEPHONE<br>(     )     |
| PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD                         | LAST NAME | MIDDLE | FIRST | HOME TELEPHONE<br>(     )     | BUSINESS TELEPHONE<br>(     ) |

**ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY**

| NAME | ADDRESS | TELEPHONE | RELATIONSHIP |
|------|---------|-----------|--------------|
|      |         |           |              |
|      |         |           |              |
|      |         |           |              |
|      |         |           |              |

**PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY**

|           |         |                         |                      |
|-----------|---------|-------------------------|----------------------|
| PHYSICIAN | ADDRESS | MEDICAL PLAN AND NUMBER | TELEPHONE<br>(     ) |
| DENTIST   | ADDRESS | MEDICAL PLAN AND NUMBER | TELEPHONE<br>(     ) |

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

☐

CALL EMERGENCY HOSPITAL

☐

OTHER

EXPLAIN: \_\_\_\_\_

**NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY**

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

| NAME | RELATIONSHIP |
|------|--------------|
|      |              |
|      |              |
|      |              |
|      |              |
|      |              |

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

|                                                           |      |
|-----------------------------------------------------------|------|
| SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE | DATE |
|-----------------------------------------------------------|------|

**TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE**

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| DATE OF ADMISSION | DATE LEFT |
|-------------------|-----------|

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA  
GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

|                                                                 |          |                    |        |                              |                                |
|-----------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------|------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO                                                 | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | SEXO                         | TELÉFONO<br>(    )             |
| DIRECCIÓN                                                       | NÚMERO   | CALLE              | CIUDAD | ESTADO                       | CÓDIGO POSTAL                  |
|                                                                 |          |                    |        |                              | FECHA DE NACIMIENTO            |
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/<br>PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE     | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE |                              | TELÉFONO DEL TRABAJO<br>(    ) |
| DIRECCIÓN DEL HOGAR                                             | NÚMERO   | CALLE              | CIUDAD | ESTADO                       | CÓDIGO POSTAL                  |
|                                                                 |          |                    |        |                              | TELÉFONO DEL HOGAR<br>(    )   |
| NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/<br>PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE |                              | TELÉFONO DEL TRABAJO<br>(    ) |
| DIRECCIÓN DEL HOGAR                                             | NÚMERO   | CALLE              | CIUDAD | ESTADO                       | CÓDIGO POSTAL                  |
|                                                                 |          |                    |        |                              | TELÉFONO DEL HOGAR<br>(    )   |
| PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO                                    | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | TELÉFONO DEL HOGAR<br>(    ) | TELÉFONO DEL TRABAJO<br>(    ) |

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | PARENTESCO/<br>RELACIÓN |
|--------|-----------|----------|-------------------------|
|        |           |          |                         |
|        |           |          |                         |
|        |           |          |                         |
|        |           |          |                         |

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

|          |           |                                 |                    |
|----------|-----------|---------------------------------|--------------------|
| MÉDICO   | DIRECCIÓN | NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO<br>(    ) |
| DENTISTA | DIRECCIÓN | NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO<br>(    ) |

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA    ☐ OTRA    EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

| NOMBRE | PARENTESCO/RELACIÓN |
|--------|---------------------|
|        |                     |
|        |                     |
|        |                     |
|        |                     |
|        |                     |

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO | FECHA |
|--------------------------------------------------------------|-------|

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| DATE OF ADMISSION | DATE LEFT |
|-------------------|-----------|

## CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

---

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

\_\_\_\_\_ TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE  
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

\_\_\_\_\_. THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER  
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD  
NAMED ABOVE.

---

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS

\_\_\_\_\_  
HOME PHONE

(     )

\_\_\_\_\_  
WORK PHONE

(     )

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

---

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

\_\_\_\_\_ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

\_\_\_\_\_. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA  
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

---

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

( )

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

( )

CHILD’S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT’S REPORT

|                                                            |                                                                |            |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| CHILD'S NAME                                               | SEX                                                            | BIRTH DATE |
| FATHER'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME                  | DOES FATHER/FATHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD? |            |
| MOTHER'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME                  | DOES MOTHER/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD? |            |
| IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN? | DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION                      |            |

DEVELOPMENTAL HISTORY (\*For infants and preschool-age children only)

|            |                   |                             |
|------------|-------------------|-----------------------------|
| WALKED AT* | BEGAN TALKING AT* | TOILET TRAINING STARTED AT* |
| MONTHS     | MONTHS            | MONTHS                      |

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

|                                          |       |                                         |       |                                                      |       |
|------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox     | DATES | <input type="checkbox"/> Diabetes       | DATES | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis               | DATES |
| <input type="checkbox"/> Asthma          |       | <input type="checkbox"/> Epilepsy       |       | <input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)   |       |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |       | <input type="checkbox"/> Whooping cough |       | <input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella) |       |
| <input type="checkbox"/> Hay Fever       |       | <input type="checkbox"/> Mumps          |       |                                                      |       |

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

|                                                                                          |                        |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | HOW MANY IN LAST YEAR? | LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|

DAILY ROUTINES (\*For infants and preschool-age children only)

|                                                                 |                                  |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*                                   | WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?* | DOES CHILD SLEEP WELL?*                                                        |
| DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*                               | WHEN?*                           | HOW LONG?*                                                                     |
| DIET PATTERN:<br>(What does child usually eat for these meals?) | BREAKFAST<br>LUNCH<br>DINNER     | WHAT ARE USUAL EATING HOURS?<br>BREAKFAST _____<br>LUNCH _____<br>DINNER _____ |

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| ANY FOOD DISLIKES? | ANY EATING PROBLEMS? |
|--------------------|----------------------|

|                                                          |                         |                                                          |                      |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|
| IS CHILD TOILET TRAINED?*                                | IF YES, AT WHAT STAGE:* | ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*                            | WHAT IS USUAL TIME?* |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                      |

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| WORD USED FOR “BOWEL MOVEMENT”* | WORD USED FOR URINATION* |
|---------------------------------|--------------------------|

PARENT’S EVALUATION OF CHILD’S HEALTH

|                                                          |                         |                                                          |                                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE?                | IF YES, NAME OF DOCTOR: | DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)?                | IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS: |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                                         |
| DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S):                    | IF YES, WHAT KIND:      | DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME?            | IF YES, WHAT KIND:                      |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |                                         |

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

|                    |      |
|--------------------|------|
| PARENT'S SIGNATURE | DATE |
|--------------------|------|

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

|                                                                   |      |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO                                                   | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO                                                     |
| NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE                       |      | ¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?   |
| NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE                   |      | ¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? |
| ¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO? |      | FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO                                   |

HISTORIAL DEL DESARROLLO (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

|                         |                        |                                               |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------------------|
| EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* | EMPEZÓ A HABLAR A LOS* | SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* |
| MESES                   | MESES                  | MESES                                         |

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

|                                           |        |                                     |        |                                                           |        |
|-------------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Varicela         | FECHAS | <input type="checkbox"/> Diabetes   | FECHAS | <input type="checkbox"/> Poliomielitis                    | FECHAS |
| <input type="checkbox"/> Asma             |        | <input type="checkbox"/> Epilepsia  |        | <input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola) |        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |        | <input type="checkbox"/> Tos ferina |        | <input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella) |        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno  |        | <input type="checkbox"/> Paperas    |        |                                                           |        |

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

|                                                                                               |                                     |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? | ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

RUTINA DIARIA (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

|                                                                        |                                  |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*                                       | ¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?* | ¿DUERME BIEN EL NIÑO?*                                                                            |
| ¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*                                       | ¿CUÁNDO?*                        | ¿POR CUÁNTO TIEMPO?*                                                                              |
| PATRÓN DE DIETA:<br>(¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?) | DESAYUNO<br>ALMUERZO<br>CENA     | ¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?<br>DESAYUNO _____<br>ALMUERZO _____<br>CENA _____ |

|                                                                              |                                                       |                                                                        |                          |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?                               |                                                       | ¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?                                 |                          |
| ¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*                                              | SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?* | ¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*                           | ¿CUÁL ES LA HORA USUAL?* |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                      |                                                       | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                |                          |
| ¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?* |                                                       | ¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?* |                          |

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

|                                                         |                                               |                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? | SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR: | ¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?           | SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS: |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                                               | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                                                         |
| ¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?                    | SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:             | ¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?         | SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:                       |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                                               | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                                                         |

EVALUCIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NINOS

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE | FECHA |
|-----------------------|-------|



**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/<br>DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND<br>[ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS<br>AND DIPHTHERIA ONLY) | / /                      | / / | / / | / / | / / |
| MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)                                                                       | / /                      | / / |     |     |     |
| (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)<br>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

---

---

**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.

---

---

**REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES**

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA 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 GUARDERÍA 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 MÉDICO)**

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Allergies: medicine:

Vision:

Insect stings:

Developmental:

Food:

Language/Speech:

Asthma:

Dental:

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/<br>DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND<br>[ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS<br>AND DIPHTHERIA ONLY) | / /                      | / / | / / | / / | / / |
| MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)                                                                       | / /                      | / / |     |     |     |
| HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)<br>(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

---

---

## **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 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 anormalidades en sus RX (rayos x) del tórax, 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.

# PARENTS' GUIDE TO IMMUNIZATIONS REQUIRED FOR PRE-KINDERGARTEN (CHILD CARE)



Starting July 1, 2019

**Parents must show their child's Immunization Record as proof of immunizations (shots) before starting pre-kindergarten (child care) and at each age checkpoint after entry:**

| Age at Entry/checkpoint  | Required Doses                                                                                                                                                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2–3 Months</b>        | <b>1 Polio</b><br><b>1 DTaP</b><br><b>1 Hep B</b><br><b>1 Hib</b>                                                                                              |
| <b>4–5 Months</b>        | <b>2 Polio</b><br><b>2 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>2 Hib</b>                                                                                              |
| <b>6–14 Months</b>       | <b>2 Polio</b><br><b>3 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>2 Hib</b>                                                                                              |
| <b>15–17 Months</b>      | <b>3 Polio</b><br><b>3 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>1 Hib*</b> (on or after 1st birthday)<br><b>1 Varicella</b><br><b>1 MMR</b> (on or after 1st birthday) |
| <b>18 Months–5 Years</b> | <b>3 Polio</b><br><b>4 DTaP</b><br><b>3 Hep B</b><br><b>1 Hib*</b> (on or after 1st birthday)<br><b>1 Varicella</b><br><b>1 MMR</b> (on or after 1st birthday) |

\* One Hib dose must be given on or after the 1st birthday regardless of previous doses.  
Required only for children younger than 5 years old.

DTaP = [diphtheria toxoid](#), [tetanus toxoid](#), and acellular [pertussis](#) vaccine  
 Hep B = [hepatitis B](#) vaccine  
 Varicella = [chickenpox](#) vaccine

Hib = [Haemophilus influenzae, type B](#) vaccine  
 MMR = [measles](#), [mumps](#), and [rubella](#) vaccine

# GUÍA PARA PADRES SOBRE LAS VACUNAS REQUERIDAS PARA PRE-KÍNDER (GUARDERÍA)



Empezando el 1 de julio de 2019

Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño/a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

| Edad al ingresar/ punto de control | Dosis requeridas                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2–3 meses</b>                   | <b>1 Polio</b><br><b>1 DTaP</b><br><b>1 Hep B</b><br><b>1 Hib</b>                                                                                                                                                   |
| <b>4–5 meses</b>                   | <b>2 Polio</b><br><b>2 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>2 Hib</b>                                                                                                                                                   |
| <b>6–14 meses</b>                  | <b>2 Polio</b><br><b>3 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>2 Hib</b>                                                                                                                                                   |
| <b>15–17 meses</b>                 | <b>3 Polio</b><br><b>3 DTaP</b><br><b>2 Hep B</b><br><b>1 Hib*</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después)<br><b>1 Varicela</b><br><b>1 MMR</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después) |
| <b>18 meses–5 años</b>             | <b>3 Polio</b><br><b>4 DTaP</b><br><b>3 Hep B</b><br><b>1 Hib*</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después)<br><b>1 Varicela</b><br><b>1 MMR</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después) |

\*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1<sup>er</sup> año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.



# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Early Childhood Education Programs

REE HUDSON  
Director

JULIE REYNOSO  
Asst. Superintendent, Elementary Schools

Dear parents,

If you are interested in volunteering at any of our preschools, according to the State of California Health and Human Services Agency, Department of Social Services, Community Care Licensing department, effective September 1<sup>st</sup>, 2016, we must implement SB 792. You must also provide proof of a **TB (tuberculosis) test/screening** completed within the last year.

### 1596.7995.

(a)(1) Commencing September 1<sup>st</sup>, 2016, a person **shall not** be employed **or volunteer at a daycare center if he or she has not been immunized against,**

#### 1. Influenza, 2. Pertussis, and 3. Measles.

Each employee and volunteer shall receive an influenza vaccination (flu shot) between August 1<sup>st</sup> and December 1<sup>st</sup> of each year.

(2) If a person meets all other requirements for employment or volunteering, as applicable, but needs additional time to obtain and provide his or her immunization records, the person may be employed or volunteer conditionally for a **maximum of 30 days upon signing and submitting a written statement attesting that he or she has been immunized as required.**

(b) A person is **exempt** from the requirements of this section only under any of the following circumstances:

*(1) The person submits a written statement from a licensed physician declaring that because of the person's physical condition or medical circumstances, immunization is not safe.*

*(2) The person submits a written statement from a licensed physician providing that the person has evidence of current immunity to the diseases described in subdivision (a).*

*(3) The person submits a written declaration that he or she has declined the influenza vaccination. This exemption applies only to the influenza vaccine.*

*(4) The person was hired after December 1<sup>st</sup> of the previous year and before August 1<sup>st</sup> of the current year. This exemption applies only to the influenza vaccine during the first year of employment or volunteering.*

(c) The day care center shall maintain documentation of the required immunizations or exemptions from immunization, as set forth in this section, in the person's personnel record that is maintained by the day care center.

(d) Section 1596.890 does not apply to a violation of this section.

(e) For purposes of this section, "volunteer" means any non-employee who provides care and supervision to children in care.

☐ **I have received the child care employee and volunteer immunization and tuberculosis requirements.**

Please note: Signing this form does not clear you as a volunteer. Please register with the main office.

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

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
School

\_\_\_\_\_  
Date



# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Early Childhood Education Programs

REE HUDSON  
Director

JULIE REYNOSO  
Asst. Superintendent, Elementary Schools

Estimados padres,

Si usted está interesado/a en ser voluntario en alguna de nuestras escuelas prescolares, de acuerdo al Departamento de Salubridad y Agencia de Servicios Humanos, el Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Licencias de Cuidado Comunitario, a partir del 1° de septiembre del 2016, debemos implementar SB 792. Adicionalmente, necesitará dar documentación de la **prueba de tuberculosis** dentro del último año.

### 1596.7995.

(a)(1) A partir del 1° de septiembre del 2016, una persona **no podrá** ser empleada o **ser voluntaria en una guardería si no ha sido vacunada contra,**

#### 1. Influenza, 2. Pertusis, y 3. Sarampión.

Cada empleado/a y **voluntario/a** deberá recibir una vacuna contra la influenza entre agosto 1 y diciembre 1 de cada año.

(2) Si una persona tiene completos los demás requisitos para el empleo o **voluntariado**, según corresponda, pero necesita tiempo adicional para obtener y proporcionar sus registros de inmunización, la persona puede ser empleada o voluntaria condicional por un **máximo de 30 días al firmar y presentar una declaración escrita certificando que él o ella han sido vacunados como requerido.**

(b) Una persona está **exenta** de los requisitos de esta sección solamente bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

*(1) La persona presenta una declaración de un médico con licencia que declara que debido a la condición física de la persona o circunstancias médicas, la inmunización no es segura.*

*(2) La persona somete una declaración escrita de un médico licenciado que declara que la persona tenga evidencia de inmunidad actual a las enfermedades descritas en la subdivisión (a).*

*(3) La persona somete una declaración escrita de que ha rechazado la vacuna contra la influenza. Esta exención se aplica solo a la vacuna contra la influenza.*

*(4) La persona fue contratada después del 1° de diciembre del año anterior y antes del 1° de agosto del año en curso. Esta exención solo se aplica a la vacuna contra la influenza durante el primer año de empleo o de voluntariado.*

(c) La guardería debe mantener la documentación de las inmunizaciones requeridas para las exenciones de inmunización, como se establece en esta sección, en el registro de la persona que es mantenida por la guardería.

(d) La Sección 1596.890 no se aplica a una violación de esta sección.

(e) Para propósitos de esta sección, "voluntario" significa cualquier persona no empleada por la agencia que proporciona cuidado y supervisión a los niños.

☐ **He recibido los requisitos de inmunización y tuberculosis para empleados y voluntarios de cuidado de niños.**

**Nota: Al firmar esta forma no se le despeja como voluntario. Por favor regístrese en la oficina principal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha



Pasadena Unified School District  
EARLY CHILDHOOD EDUCATION PROGRAMS  
SOCIAL/HEALTH SERVICE REFERRAL  
NEEDS ASSESSMENT

During intake, at recertification, and as the need arises, parents are to be made aware of the health and social services that are available to meet individual family needs. Parents if any services are needed please circle the number next to the service requested.

|   |                  |    |                  |    |                                              |    |                                           |    |                             |
|---|------------------|----|------------------|----|----------------------------------------------|----|-------------------------------------------|----|-----------------------------|
| 1 | Food             | 6  | Medical Services | 11 | Immunizations                                | 16 | School Related Assessment                 | 21 | Youth Activities            |
| 2 | Clothing         | 7  | Tutoring         | 12 | Employment                                   | 17 | Parent Education/<br>Parenting Classes    | 22 | Legal Aid or<br>Citizenship |
| 3 | Housing          | 8  | Vision Services  | 13 | Counseling<br>(individual, family,<br>group) | 18 | ESL Classes or<br>Literacy                | 23 | Other:                      |
| 4 | Transportation   | 9  | Hearing Services | 14 | Vocational<br>Training                       | 19 | GED Information<br>High School Graduation |    |                             |
| 5 | Health Education | 10 | Dental Services  | 15 | Pregnant Minor<br>Program                    | 20 | Immigration/Naturalization                |    |                             |

Does your family have any problems which are currently affecting you or your family?

Verification: This is to verify that PUSD Child Development Department staff has reviewed the Social/Health Service Referral Need Assessment with me and \_\_\_\_\_ I am requesting a referral for the area(s) indicated

\_\_\_\_\_ I do not need assistance at this time. Should I need assistance in the future, I will notify the appropriate staff.

Child's Name \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Date resources and referrals are given to the parent)

Parent Name \_\_\_\_\_ Parent Signature \_\_\_\_\_

In the space below, write the number and the referral you are making. Follow up with the parents within thirty (30) days to ensure that the needs have been addressed.

Follow up date \_\_\_\_\_ (within 30 days of initial date)

Outcome: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar Unificado de Pasadena  
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN TEMPRANA

REFERENCIA DEL SERVICIO SOCIAL DE SALUD  
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

Durante la registraci3n/recertificaci3n y cuando surja la necesidad, los padres deben hacerse consciente de la salud y servicios sociales que est1n disponibles para satisfacer las necesidades individuales de la familia. Por favor revise los siguientes servicios y de circule el n1mero al lado del servicio solicitado.

|   |                         |    |                        |    |                                           |    |                                             |    |                          |
|---|-------------------------|----|------------------------|----|-------------------------------------------|----|---------------------------------------------|----|--------------------------|
| 1 | Alimentos               | 6  | Servicios m3dicos      | 11 | Inmunizaciones                            | 16 | Escuela evaluaci3n relacionado              | 21 | Actividades para j3venes |
| 2 | Ropa                    | 7  | Tutoria                | 12 | Empleo                                    | 17 | Educaci3n para padres / Clases para padres  | 22 | Ayuda legal o Ciudadan1a |
| 3 | Vivienda                | 8  | Servicios de la visi3n | 13 | Asesoramiento (individuo, familia, Grupo) | 18 | Clases de ESL o Alfabetizaci3n              | 23 | Otros:                   |
| 4 | Transporte              | 9  | Servicios de audici3n  | 14 | Profesional Entrenamiento                 | 19 | Informaci3n de GED Graduaci3n de secundaria |    |                          |
| 5 | Educaci3n para la salud | 10 | Servicios dentales     | 15 | Menor de edad embarazada Programa         | 20 | Inmigraci3n/Naturalizaci3n                  |    |                          |

¿Su familia tiene alg1n problema (s) que est1 afectando actualmente a usted o a su familia?

Verificaci3n: Esto es para verificar que personal del Departamento de desarrollo de ni1o PUSD ha revisado la evaluaci3n conmigo y

\_\_\_\_ Estoy solicitando una referencia para las 1reas indicadas

\_\_\_\_ No necesito ayuda en este momento. Si necesito ayuda en el futuro, notificar3 al personal apropiado.

Nombre del ni1o \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

In the space below, write the number and the referral you are making. Follow up with the parents within thirty (30) days to ensure that the needs have been addressed.

Follow up date \_\_\_\_\_ (within 30 days of initial date)

Outcome: \_\_\_\_\_



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

Dear Parent/Guardian:

The Pasadena Unified School District ("District") may produce or participate in video, motion picture, audio recording, web page, or still photograph productions, broadcasting, and/or publication which may involve the use of students' names, likenesses or voices. Such productions will be used for non-commercial educational, exhibition, promotional, advertising, or other purposes by the District and will not be sold to other school systems or education professionals. Such productions may be copied, copyrighted, edited, and distributed by the District in the manner described above.

By **not** signing and returning this form to your child's school, you hereby forever release and discharge the District from any and all claims, actions and demands arising out of or in connection with the use of said video, motion picture, audio recording, web page, or still photograph, including, without limitation, any and all claims for invasion of privacy and libel. This release shall inure to the benefits of the assigns, licenses and legal representatives of the District, as well as the party for whom the District took the video, motion picture, audio recording, web page or still photograph.

If you wish to **deny** the District the use of your child's name, likeness, or voice in the manner described above and the right to use and reuse, in any manner at all, the video, motion picture, audio recording, web page, or still photograph productions, broadcasts, and/or publications as described above, **please complete the section below and return to your local school. If you fail to sign and return this form, it will be assumed that you have authorized consent for your child's name, likeness or voice to be used by the District in the manner described above.**

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

School

\_\_\_\_\_

Student Full Name (Print)

\_\_\_\_\_

Grade

\_\_\_\_\_

Student I.D. #

I deny the District the use of my child's name, likeness, or voice in the manner described above and the right to use and reuse, in any manner at all, the video, motion picture, audio recording, web page, or still photograph productions, broadcasts, and/or publications as described above

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Full Name (Print)

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature

**Note to Principal or Office Manager:** Make a copy of this opt-out form and send the copy via District mail to the **PUSD Office of Communications**



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
OFICINA DEL SUPERINTENDENTE

Estimados Padres de Familia/Tutores:

Puede ser que el Distrito Escolar Unificado de Pasadena ("Distrito") produzca o participe en algún video, película, audio-grabación, página Web, o producción de fotografía, radiodifusión, y/o publicación, en las cuales se podrían incluir nombres de los estudiantes, su retrato, o sus voces. Dichas producciones las usará el Distrito para exhibiciones, promociones, propaganda, u otros propósitos educacionales, no comerciales y no se venderán a otros sistemas escolares o educadores profesionales. Dichas producciones se pueden copiar, proteger con los derechos de autor, editar, y el Distrito las puede distribuir en la manera descrita arriba.

En caso de que **no firme** ni devuelva este formulario a la escuela de su hijo, usted exime al Distrito de cualquiera y todas las reclamaciones, acciones y demandas que surjan de o en conexión con el uso de dicho video, película, grabación de audio, página web, o fotografía, incluyendo, sin limitación, cualquier y todos los reclamos por invasión de la privacidad y difamación. Esta exoneración tendrá efecto para beneficio y protección de los cesionarios, las licencias y los representantes legales del Distrito, así como la parte a la que el Distrito tomó el video, película, grabación de audio, página web o fotografía.

Si usted **desea negar** al Distrito el uso del nombre, la imagen o la voz de su hijo, de la manera descrita anteriormente, y el derecho a usar y reutilizar, de cualquier forma el video, película, grabación de audio, página web, o producciones fotográficas, transmisiones y / o publicaciones como las descritas anteriormente, **por favor complete la sección de abajo y devuélvala a su escuela local. Si usted no firmar ni envía este formulario, se dará por sentado que usted ha dado el consentimiento para que el nombre la imagen o la voz de su hijo pueda ser utilizado por el Distrito de la manera descrita anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Grado escolar

\_\_\_\_\_  
# del estudiante

Le niego al Distrito el uso del nombre, la imagen o la voz de su hijo, de la manera descrita anteriormente, y el derecho a usar y reutilizar, de cualquier forma el video, película, grabación de audio, página web, o producciones fotográficas, transmisiones y / o publicaciones como las descritas anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

**Note to Principal or Office Manager:** Make a copy of this opt-out form and send the copy via District mail to the **PUSD Office of Communications**

PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
PARENTAL PERMISSION AND RELEASE FORM  
SCHOOL FIELD TRIPS AND/OR EXCURSIONS

**PLEASE NOTE:**

California State Education Code, Section 35330 in part provides:

All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the district, a charter school, or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion. All adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving all claims. It is acknowledged that participation in the field trip is completely voluntary. There is no consequence if you choose not to have your child participate.

**PARENTAL PERMISSION**

Permission to participate in a school field or excursion any time during the school year is given as follows, by the parent/guardian:

My child, \_\_\_\_\_ whose school of attendance is \_\_\_\_\_ has my permission to participate in a school field trip or excursion any time during the school year.

This parental permission is for the period of \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Date

     Please check here if instructions for special medical treatment for the student are on file in the school.

**MEDICAL AUTHORIZATION**

Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating in this trip, I hereby give the Pasadena Unified School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for the child and I give permission to the physician selected by the Pasadena Unified School District personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the Pasadena Unified School District has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for my child and, therefore, any cost incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

School \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_

Emergency Telephone No. \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Print Parent Name \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA  
 PERMISO DE LOS PADRES Y FORMA DE EXENCIÓN  
 VIAJES Y EXCURSIONES ESCOLARES

**POR FAVOR TOME NOTA:**

El Código de Educación del Estado de California, Sección 35330, en parte, dispone lo siguiente: Se considerará que todas las personas que efectúan viajes o excursiones han renunciado a todo reclamo contra el distrito, una escuela charter o el Estado de California en caso de lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por motivo del viaje o excursión. Todos los adultos que salgan a otro estado debido a paseos o excursiones, así como los padres o tutores de los alumnos que salgan del estado a paseos o excursiones deberán firmar una declaración renunciando a todo reclamo. Se reconoce que la participación en el viaje u excursión es completamente voluntaria. No hay consecuencias si decide que su hijo no participe.

**PERMISO DE LOS PADRES DE FAMILIA**

Los padres de familia o el tutor otorgan el permiso en caso de viajes o excursiones durante el transcurso del año escolar, con la siguiente forma:

Mi hijo, \_\_\_\_\_ inscrito en la escuela \_\_\_\_\_ cuenta con mi autorización para que participe en viajes o excursiones escolares durante el año escolar

La autorización será por el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, la madre o el tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**\_\_\_ Por favor, marque aquí en caso de que en el expediente escolar del estudiante existen instrucciones para algún tratamiento médico en especial.**

**AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

En caso de que sea necesario que mi hijo tenga tratamiento médico durante su participación en este viaje, le permito al personal del Distrito Escolar Unificado de Pasadena que aplique su criterio para obtener el servicio médico para el niño y doy permiso al médico seleccionado por el Distrito Escolar Unificado de Pasadena para ofrecer el tratamiento médico necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Pasadena no tiene seguro que cubra dichos gastos médicos o de hospital incurridos por mi hijo y, por lo tanto, cualquier costo incurrido por dicho tratamiento será mi responsabilidad.

Escuela \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono para urgencias \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
Early Childhood Education Programs

**Neighborhood Walking Trip Permit**

Occasionally during the year the preschool and school age programs will take short study trips near the school to add interest and meaning to their learning experiences. Advance preparations for good conduct and safety will be made with the children.

Your permission in writing is required before your son/daughter may leave the school grounds with the class on these trips, so you are requested to sign the permission slip below so it may be submitted to the preschool or school age teacher.

I, \_\_\_\_\_ hereby give my permission for  
(Name of Parent/Guardian)

\_\_\_\_\_ to go with his/her class on the short study  
(Name of Student)

**trips planned and conducted by the teacher. I understand that these are walking trips near**

**the school and adequate health and safety precautions will be taken.**

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

\_\_\_\_\_  
Date



**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
Early Childhood Education Programs

**Permiso para Caminar en una Excursión en el Vecindario**

Ocasionalmente durante el año los programas preescolares y de edad escolar tendrán viajes de estudio corto cerca de la escuela para aumentar interés y significado a sus experiencias de aprendizaje. Se harán preparaciones anticipadas para la buena conducta y la seguridad con los niños.

Su permiso por escrito se requiere antes de que su hijo/hija puede dejar la escuela con la clase en estos viajes, así que se le suplica que firme el permiso más abajo para que sea remitida a la maestra.

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso para que  
(Nombre del padre)

\_\_\_\_\_ vaya con su clase en los viajes cortos de  
(Nombre del estudiante)

**estudio y conducidos por el/la maestro/a. Yo comprendo que estos son viajes caminando**

**cerca de la escuela u que se tomaran precauciones adecuadas de salud y seguridad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha





## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### Early Childhood Education Programs

### **Child's Individualized Time Sheet and Late Pick-Up Policy Acknowledgement Contract**

#### **Child's Individual Time Sheet**

Authorized individuals who are listed on the student's emergency card and are 18 years of age will need to arrive at the assigned and approved contracted hours. The actual time must be signed and written on the child's individual time sheet. If the proper time is not recorded, staff will be able to correct it for you and document it.

#### **Late Fees**

Families who arrive late to pick up their children beyond their contracted hours will be given a Late Pick-Up Notice. After three (3) late notifications have been given to a family, services may be transferred to better fit the needs of the family or removed if families do not comply with state regulations.

Families arriving after hours of operation will be given a notice and charged a late fee of \$1.00 for each minute that they are late. Late fees are to be paid within two weeks of the date the Late Pick-Up Notice was handed to the family or services will end immediately. All late fees are to be paid by money order and made payable to Pasadena Unified School District (PUSD).

---

*I have read and understand that I must sign and record the proper time on my child's individual time sheet and that I must follow my assigned contract hours. I also understand that if my child is picked up late I will need to pay a late fee. Furthermore, I understand that my child may be disenrolled from the program after the third Late Pick-Up Notice.*

---

Parent/Guardian Signature

---

Date



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### Early Childhood Education Programs

### **Hoja de Tiempo Individualizada del Niño/a y Póliza de Cuotas para Familias Que No Recogen a sus Niños/as a Tiempo**

#### **Hoja de Tiempo Individual del Niño/a**

Las personas autorizadas que figuran en la tarjeta de emergencia del estudiante y tienen 18 años de edad deberán llegar a las horas contratadas asignadas y aprobadas. El tiempo real debe estar firmado y escrito en la hoja de tiempo individual del niño/a. Si no se registra la hora actual, nuestra oficina tendrá derecho de corregirlo y documentarlo.

#### **Cargos por Pagos Atrasados**

Las familias que lleguen tarde para recoger a sus hijos más allá de sus horas contratadas recibirán un Aviso de Retiro Tardío. Después de que se hayan entregado tres (3) notificaciones tardías a una familia, los servicios pueden ser transferidos para adaptarse mejor a las necesidades de la familia o eliminarse si las familias no cumplen con las regulaciones estatales.

Las familias que lleguen después de las horas de operación recibirán un aviso y se les cobrará un recargo de \$1.00 por cada minuto que lleguen tarde. Los cargos se deberán pagar dentro de las dos semanas posteriores a la fecha en que se entregó a la familia la Notificación de Retraso o los servicios finalizarán de inmediato. Todas las cuotas por pagos atrasados se pagarán mediante giro postal y se pagarán al Distrito Escolar Unificado de Pasadena (PUSD).

---

*He leído y entiendo que debo firmar y registrar la hora correspondiente en la hoja de tiempo individual de mi hijo/a y que debo cumplir con mis horas de contrato asignadas. También entiendo que si mi hijo/a es recogido tarde, tendré que pagar un recargo por retraso. Además, entiendo que mi hijo/a puede ser dado de baja del programa después del tercer aviso.*

---

Firma del padre/madre o tutor

---

Fecha



# PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Early Childhood Education Programs



The Pasadena Unified School District's Early Childhood Education Department would like to announce its participation with Peachjar eflyer. Peachjar eflyer manages flyer distribution on behalf of our preschool and School Age using the latest electronic communication technology.

Once our organization's flyer is posted to our Peachjar site, the flyer is delivered to all parents' email addresses as an embedded image, not a link. This means parents can immediately see the flyer and be able to click through to our organization's website.

Flyers regarding preschool and School Age programs will be distributed to share with families any news, updates, meetings and upcoming events to help promote family participation within our programs. If a parent deletes the email and later wants some information from that flyer, the parent can view that flyer online by going to the school's Peachjar website.

If you are interested in obtaining information regarding any events taking place within our Early Childhood Education office please provide the required information below.

Name of Enrolled Student: \_\_\_\_\_

Name of Enrolled School: \_\_\_\_\_

Name of Enrolling Parent: \_\_\_\_\_

Email Address Peachjar eflyer will be sent to: \_\_\_\_\_

Parent Signature of approval: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Office Staff Use Only\*\*\*\*\*

Information entered into AERIES? ☐ Yes ☐ No Provide reason: \_\_\_\_\_

Person who entered data into AERIES: \_\_\_\_\_



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### Early Childhood Education Programs



El Departamento de Educación Temprana del Distrito Unificado de Pasadena quiere comunicarles la participación del nuevo sitio web de Peachjar eflyer. Peachjar eflyer maneja la distribución de volantes de nuestros programas prescolares y programas de cuidado para antes y después de escuela utilizando la última tecnología de la comunicación electrónica.

Una vez que nuestro programa haya puesto el volante en la página de internet de Peachjar eflyer será liberado al correo electrónico de los padres. Inmediatamente los padres podrán ver el volante y podrá navegar la página web.

Los volantes con respecto a los programas de edad preescolar y escolar serán repartidos para compartir con nuestras familias de cualquier información, actualizaciones, reuniones y eventos próximos para promover la participación de las familias dentro de nuestro programa. Si por alguna razón usted elimina el correo electrónico y después le gustaría volver a visitar la página web de Peachjar, los padres pueden visitar la página de internet Peachjar de la escuela.

Si está interesado en obtener información sobre cualquier evento que tendrá lugar dentro de nuestro programa de educación temprana preescolar, por favor complete la siguiente información.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico al cual se enviará el volante Peachjar: \_\_\_\_\_

Firma de aprobación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Office Staff Use Only\*\*\*\*\*

Information entered into AERIES? ☐ Yes ☐ No Provide reason: \_\_\_\_\_

Person who entered data into AERIES: \_\_\_\_\_