



Dear Parents/Guardians,

We are delighted that you have chosen to join the Bellevue Union School District (BUSD) community. BUSD provides your child with a quality education in a nurturing and supportive environment. We focus on the “Whole Child” and partner with your family to support your child’s academic and social development from Transitional Kindergarten through Grade 6.

BUSD offers a superb academic and extracurricular program taught by highly skilled teaching and support staff. We encourage you to check out our:

- Free after school care
- After school sports teams and music program
- Spanish Language Dual Immersion Program at Kawana Springs
- Preschool programs
- Full day Transitional Kindergarten and Kindergarten classes
- One-to-one technology for all students
- Free, freshly cooked meals served by school chefs
- Parent education opportunities
- Community events

Our mission is to inspire lifelong learning. In doing so, we will prepare our students with the knowledge and skills needed to excel in the 21st century.

Our vision is to engage and ♥ value our families, students and staff. This is what makes our schools special. BUSD staff members, in partnership with you, are committed to ensuring that your child is engaged in extraordinary learning opportunities.

Enrolling a child in a new school can be overwhelming, but don’t worry, we are here to support you and your child during this transition.

We are excited to welcome you to the Bellevue Union School District and we wish you positive experiences as we strive for each and every child to find their passion and enjoy success.

With pride and gratitude,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Kellison".

Michael Kellison
Superintendent



Estimados Padres/Tutores,

Estamos encantados que Uds. han elegido de reunirse con la comunidad del distrito escolar Bellevue Union School District (BUSD). BUSD proporciona a su niño con una educación de calidad en un ambiente enriquecedor y de apoyo. Nos enfocamos en el “Niño Entero” y nos asociamos con su familia para apoyar las académicas y el desarrollo social de su niño desde el Kindergarten de Transición hasta el 6° Nivel Académico.

BUSD ofrece académicas excelentes y programa extracurricular enseñados por personal de enseñanza altamente calificada y por personal de apoyo. Animamos a Uds. de mirar a nuestro:

- Cuidado después del horario escolar regular gratuito
- Programa de equipos de deportes y de música después del horario escolar regular
- Programa de Inmersión Dual del Lenguaje español en la Kawana Springs
- Programas preescolares
- Clases de Kindergarten de Transición y de Kindergarten de todo el día
- Tecnología particular (1-1) para todos los estudiantes
- Comidas gratuitas recién cocinadas por cocineros escolares
- Oportunidades para la educación de padres
- Eventos comunitarios

Nuestra misión es inspirar el aprendizaje permanente. Al hacerlo, prepararemos a nuestros estudiantes con el conocimiento y las habilidades necesarias para sobresalir en el siglo 21.

Nuestra visión es involucrar y  valorar a nuestras familias, estudiantes y personal. Esto es lo que hace que nuestras escuelas sean especiales. Los miembros del personal de BUSD, en colaboración con ustedes, se comprometen a asegurar que su niño participe en oportunidades de aprendizaje extraordinarias.

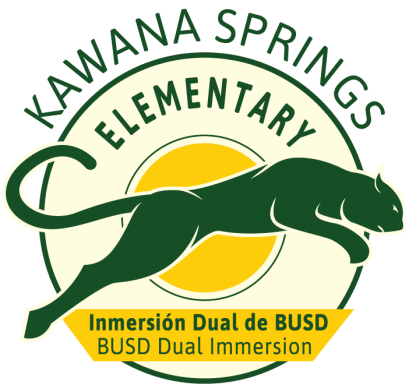
Inscribir a su niño en una escuela nueva puede ser abrumador, pero no se preocupen, estamos aquí para apoyarles a Uds. y su niño durante esta transición.

Estamos emocionados de darles la bienvenida al Bellevue Union School District y les deseamos experiencias positivas en cuanto nos esforzamos que todos y cada uno de los niños encuentren su pasión y gocen del éxito.

Con orgullo y agradecimiento,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Kellison".

Michael Kellison
Superintendente



Bellevue Union School District Dual Immersion

Phone: (707) 545-4283

Website: <https://ks.busd.org/>

2121 Moraga Drive
Santa Rosa, CA 95404

Dual Immersion programs provide all children with the opportunity to develop the bilingual, cognitive-academic, and pro-social and cultural competencies that will enable them to thrive in the 21st century.

21st Century Skills for a Global Workforce

- Innovation
- Creativity
- Critical Thinking
- Problem solving
- Communication
- Collaboration

Cognitive-Academic Development

- High academic achievement
- Strong Bilingualism
- Increase brain functioning

Multicultural Competencies

- Value culture of self & others
- Develop sense of identity
- Global awareness
- Interacting with peers from different cultural backgrounds

Leadership

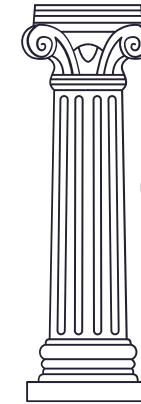
- Communication Skills
- Critical thinking
- Problem solving
- Planning

Socio-Emotional Well Being

- Understand the world around them
- Full members of communities
- Large social network



PILLARS OF DUAL IMMERSION

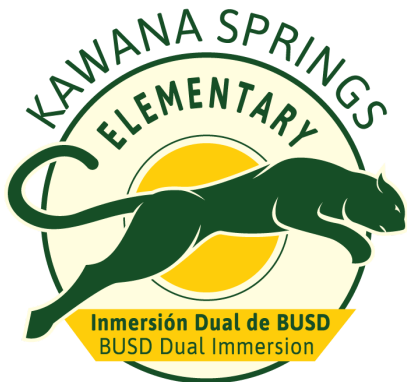


**BILINGUALISM/
BILITERACY**

**GRADE LEVEL ACADEMIC
ACHIEVEMENT**

**SOCIOCULTURAL
COMPETENCE**

WHY DUAL IMMERSION ¿POR QUÉ INMERSIÓN DUAL?



Inmersión Dual de Bellevue Union School District

Teléfono: (707) 545-4283

Sitio de web: <https://ks.busd.org/>

2121 Moraga Drive
Santa Rosa, CA 95404

Los programas de inmersión dual brindan a todos los niños la oportunidad de desarrollar competencias bilingües, cognitivas-académicas y prosociales y culturales que les permitirán prosperar en el siglo 21.

Habilidades del siglo 21 para una fuerza Laboral Global

- Innovación
- Creatividad
- Pensamiento crítico
- Resolución de problemas
- Comunicación
- Colaboración

Desarrollo Cognitivo-Académico

- Alto rendimiento académico
- Fuerte bilingüismo
- Aumentar el funcionamiento del cerebro

Competencias Multiculturales

- Cultura de valores de uno mismo y de los demás
- Desarrollar el sentido de identidad
- Conciencia global
- Interactuar con compañeros de diferentes orígenes culturales

Liderazgo

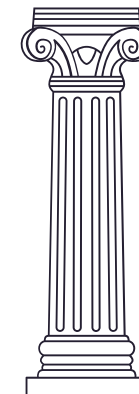
- Habilidades de comunicación
- Pensamiento crítico
- Resolución de problemas
- Planificación

Bienestar socio-emocional

- Entender el mundo alrededor de ellos
- Miembros enteros de las comunidades
- Gran red social



PILARES DE INMERSIÓN DUAL



**BILINGÜISMO/
ALFABETIZACIÓN BILINGÜE**

**RENDIMIENTO ACADÉMICO
A NIVEL DE GRADO**

**COMPETENCIA
SOCIOCULTURAL**

New Student Intake Checklist

Name_____ Date_____

School of Residence (Home School)
☐ Bellevue
☐ Meadow View
☐ Kawana Springs (Dual Immersion Program)
☐ Taylor Mountain

_____ Birth Certificate _____ DOB must be on or before September 1, 2019
For Kindergarten (5 years old)

_____ DOB must be on or before September 1, 2020
For Transitional Kindergarten (4 years old)

_____ Proof of Address

_____ Complete Registration Form

_____ White Emergency Card (signed and filled out)

_____ Physical Exam (needs to be done after February 1, 2024)
(needs to be signed by parent and physician)

_____ Dental Exam (needs to be done after July 2023)
(needs to be signed by parent and dentist)

_____ Copy of Current Immunization Records (must have Dr. signature, stamp, or clinic stamp)

_____ Special Services: ☐ Speech ☐ IEP (please include copy) ☐ 504 ☐ SDC

Immunization Requirements

_____ Polio 4 doses, but 3 if last dose was on or after 4th birthday

_____ DPT 5 doses, but 4 if last dose was on or after 4th birthday

_____ MMR 2 doses of measles & at least 1 dose of mumps & rubella
(both after the 1st birthday)

_____ Hep B 3 doses (series)

_____ Varicella 2 dose or must have had disease verified by doctor

Office Use Only

Date/Time Received_____ Intake Person_____

Siblings_____ In District___ Out Of District___ IDT___

Lista de Control de Admisión al Kindergarten

Nombre _____ Fecha _____

Escuela de Residencia
☐ Bellevue
☐ Meadow View
☐ Kawana (Programa de doble inmersión)
☐ Taylor Mountain

_____Acta de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento tiene que ser el día o antes del 1 de septiembre, 2019 para el Kindergarten (5 años)

_____ Fecha de Nacimiento tiene que ser el día o antes del 1 de septiembre, 2020 Para Kindergarten de Transición (4 años)

_____Prueba de Dirección

_____Forma de Inscripción Completa

_____Tarjeta Blanca de Emergencia (firmada y completada)

_____Examen Físico (necesita estar hecho después del 1 de febrero, 2024)
(Necesita estar firmado por el padre y el médico)

_____Examen Dental (necesita estar hecho después de julio de 2023)
(Necesita estar firmado por el padre y el dentista)

_____Copia de los Récor ds de Inmunización Actual (tiene que tener la firma, sello del doctor o el sello de la clínica)

_____Servicios especiales ☐ Habla ☐ IEP (incluya una copia) ☐ 504 ☐ SDC

Requisitos de las Inmunizaciones

_____Polio	4 dosis, pero 3 si el último dosis era el o después del 4º cumpleaños
_____DPT	5 dosis, pero 4 si el último dosis era el o después del 4º cumpleaños
_____MMR	2 dosis de sarampión y por lo menos 1 dosis de paperas y rubéola (ambos después del primer cumpleaños)
_____Hep B	3 dosis (la serie)
_____Varicela	2 dosis o tiene que tener la enfermedad verificado por el doctor

Office Use Only

Date/Time Received _____ Intake Person _____
Siblings _____ In District _____ Out Of District _____ IDT _____

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM

Page 1 of 2

Enrollment Date: _____ *School Use Only*

School Year: 20__ - __

School Site: *SCHOOL USE ONLY*

Student ID No: *SCHOOL USE ONLY*

GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY*

Registration Date:

Birth Certificate Verified:

STUDENT'S NAME:

Last Name

First Name

MI

LEGAL NAME:

Last Name

First Name

GRADE

BIRTH DATE:

MONTH

DAY

YEAR

GENDER:

☐ Male ☐ Female

PHONE:

☐ Non-Binary

☐ Cell

HOME ADDRESS:

Street

City

State

Zip Code

HAVE FIRST ATTENDED TK-6 IN CALIFORNIA

BIRTH PLACE:

City

State

MONTH

DAY

YEAR

PARENT/Guardian 1 EDUCATION: ☐ Mother ☐ Father ☐ Step Mother ☐ Step Father ☐ Guardian

☐ Graduate Degree or Higher (10)

☐ College Graduate (11)

☐ Some College or AA Degree (12)

☐ High School Graduate (14)

☐ Not a High School Graduate (14)

☐ Decline to state

PARENT/Guardian 2 EDUCATION: ☐ Mother ☐ Father ☐ Step Mother ☐ Step Father ☐ Guardian

☐ Graduate Degree or Higher (10)

☐ College Graduate (11)

☐ Some College or AA Degree (12)

☐ High School Graduate (14)

☐ Not a High School Graduate (14)

☐ Decline to state

STUDENT'S ETHNICITY (Please check one): ☐ Hispanic or Latino ☐ NOT Hispanic or Latino

STUDENT'S RACE (Please check up to five racial categories):

Student's Ethnicity is about ethnicity, not race. No matter what you selected under student's ethnicity, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

☐ American Indian or Alaskan

☐ Vietnamese (204)

☐ Other Asian (208)

☐ Tahitian (304)

☐ Chinese (201)

☐ Asian Indian (205)

☐ Hawaiian (301)

☐ Other Pacific Islander (399)

☐ Japanese (202)

☐ Cambodian (207)

☐ Guamanian (302)

☐ African American or Black (600)

☐ Korean (203)

☐ Hmong (208)

☐ Somoan (303)

☐ White (700)

Is either parent/guardian on active duty in the US armed forces: ☐ Army, ☐ Navy, ☐ Air Force, ☐ Marine Corps or ☐ Coast Guard or on full-time ☐ National Guard Duty? ☐ YES ☐ NO

SPECIAL SERVICES Please check any services your child has received.

☐ Special Education

☐ Special Day Class (SDC)

☐ English Language

☐ SARB-Attendance

☐ 504

☐ Resource (RSP)

☐ Speech

☐ Counseling

☐ Gifted (GATE)

☐ Other (please specify):

PROOF OF RESIDENCY: California Education Code requires proof of residency in any District within which you are registered.

The following proof has been provided upon registration:

☐ Rent Receipt/lease

☐ PG&E Bill

☐ Phone Bill

☐ Other _____

☐ Purchase of Property Contract

☐ McKinney/Vento Affidavit

LAST SCHOOL ATTENDED:

Name: _____ Grade(s): _____ Telephone: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:

DATE:

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM

Page 2 of 2

Enrollment Date: _____ *School Use Only*

School Year: 20__ - __

School Site: *SCHOOL USE ONLY*

Student ID No: *SCHOOL USE ONLY*

GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY*

Registration Date:

Birth Certificate Verified:

STUDENT'S NAME:

Last Name

First Name

MI

RESIDENCE: *Please check the appropriate box - where your child/family are currently living. (Federally mandated)*

- ☐ In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) ☐ In a Motel/Hotel (09)
☐ Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (11)
☐ Unsheltered (car/campsite) (12) ☐ In a shelter or transitional housing program (10)
☐ Other (15) (please specify) _____

Home Language Survey

The California Education Code contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____

2. Which language does your child most frequently speak at home? _____

3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? _____

4. Which language is most often spoken by adults in the home (parents, guardians, grandparents, or any other adults)? _____

My signature indicates that I have read and understand the registration form. It also certifies that the information on this form is true and correct. My signature affirms that the child resides with me at this address (affirmed by PG&E bill, recent bill with my name). I understand that any change of residency information (address, telephone number, guardianship) must be reported to the school, examined and verified within 30 days of change. Falsification of information will be grounds for invalidating the student's enrollment.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:

DATE:

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE Página 1 de 2

Enrollment Date: _____ *School Use Only* School Year: 20____ - ____

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: _____ Birth Certificate Verified: _____

NOMBRE de Estudiante
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

NOMBRE LEGAL :
Apellido _____ Nombre _____ GRADO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **GENERO:** ☐ Masc. ☐ Fem. **TELEFONO** _____
MES _____ DIA _____ AÑO _____ ☐ No bionario ☐ Movil _____

DOMICILIO:
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

LUGAR DE NACIMIENTO:
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____ MES _____ DIA _____ AÑO _____

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 1: ☐ Madre ☐ Padre ☐ madrastra ☐ padrastro ☐ guardián/a
☐ Licenciado o Mayor (10) ☐ Graduado de la Univ. (11) ☐ Algún Colegio o Licenciado AA (12)
☐ Graduado de la Secundaria (14) ☐ No Graduado de la Secundaria (14) ☐ declinar al estado

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 2: ☐ Madre ☐ Padre ☐ madrastra ☐ padrastro ☐ guardián/a
☐ Licenciado o Mayor (10) ☐ Graduado de la Univ. (11) ☐ Algún Colegio o Licenciado AA (12)
☐ Graduado de la Secundaria (14) ☐ No Graduado de la Secundaria (14) ☐ declinar al estado

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): ☐ Hispano o Latino ☐ NO Hispano o Latino

RAZA DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza):
La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionió sobre la etnicidad del estuidiante, favor de continuar de contestar lo siguiente con marcar una o más de las cajas para indicar lo que considera su raza.

☐ Indio americano o nativo de Alaska(100) ☐ Vietnamita (204) ☐ Asiático Otro(208) ☐ Taítiano (304)
☐ Chino (201) ☐ Indio Asiático (205) ☐ Hawaiano (301) ☐ Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico (399)
☐ Japonés (202) ☐ Camboyano (207) ☐ Guamaniano (302) ☐ Afro americano o Negro (600)
☐ Coreano (203) ☐ Hmong (208) ☐ Somoano (303) ☐ Blanco (700)

Es uno de los padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos: ☐ Ejército, ☐ Naval, ☐ Fuerza Aérea, ☐ Infantería de Marina ☐ Guardia Costera o en completa ☐ Guardia Nacional? ☐ SI ☐ NO

SEVICIOS ESPECIALES *Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.*
☐ Educación Especial ☐ Lectura y/o Matemát ☐ Estudiante de Lenguaje ☐ SARB-Mesa Directiva
☐ 504 ☐ Recursos (RSP) ☐ Logopeda ☐ Aconsejería
☐ Con Talento(GATE) ☐ Otro (favor de especificar): _____

PRUEBA DE RESIDENCIA: El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación.
La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matricualción:
☐ Recibo de Aquiler/arrendamiento ☐ Cuenta de PG&E ☐ Cuenta de Teléfono ☐ McKinney/Vento ☐ Otro _____
☐ Acuerdo de Compra de Propiedad

LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA:
Nombre: _____ Grado(s): _____ Telefono _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Bellevue Union Student Emergency Form

Teacher_____Rm._____

Student Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____
Last First Middle Initial Birthdate: ____/____/____ Sex: ☐ M ☐ FParents: _____ Step ☐ Foster ☐ Guardian ☐
☐ Non Binary

Parent 1 Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Parent 2 Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Lives with: ____ Parent 1 ____ Parent 2 ____ Legal Guardian ____ Other _____

Primary Language ☐ Eng ☐ Span ☐ Other _____

Parent 1 email _____ Parent 2 Email _____

Emergency Contact:1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
☐ cell2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
☐ cell**Permission to transport Student**We, the undersigned (parent/guardian) of _____, do hereby grant permission for the
student's name

Bellevue Union School District in Sonoma, CA to transport the above named student to and from school sponsored events including but not limited to study trips, athletic and social events.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante

Maestro _____ Salon _____

Nombre del Estudiante: _____ No. de telefono de casa: _____

Domicilio _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ FPadres: _____
☐ no bionario
Padrastros ☐ Foster ☐ Tutor legal ☐

Trabajo de madre/padre 1 _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

Trabajo de madre/padre 2 _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

El estudiant vive con Madre/Padre 1 ____ Madre/Padre 2 ____ Tutor Legal ____ Otro ____

Lengua Primaria ☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otro _____

e-mail de madre/padre 1 _____ e-mail de madre/padre 2 _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____
☐ movil2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____
☐ movil**Permiso de Transportar al Estudiante**Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de _____, por la presente damos permiso para
nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor _____

Fecha: _____

Bellevue Union Student Emergency Form

Teacher _____ Rm. _____

Family Health Care

Physicians Name: _____ Phone: _____

Medi-Cal: ☐ Yes ☐ no

Address: _____

I give my permission to consult my family physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities.
 I give my permission for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Please check all of the following conditions that your child has had and if they are under medical care or taking medication.

If yes, does the medication need to be dispensed at school.

☐ Bee Sting	Epi-Pen	☐ Yes	☐ No
☐ Asthma	Inhaler	☐ Yes	☐ No
☐ Diabetes	Insulin	☐ Yes	☐ No
☐ Vision/Hearing	Glasses	☐ Yes	☐ No
☐ Allergies _____			
☐ Other _____			

If you are not the legal guardian of the student attending _____ School in the Bellevue Union School District
 our district needs a statement from the legal guardian for educational and medical services. I, _____

am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to the

school office. I give permission to _____ to make educational and medical decisions from

_____ to _____

Date Date

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante

Maestro _____ Salon _____

Nombre del medico _____

Numero de telefono: _____

Medi-Cal: ☐ si ☐ no

Direccion: _____

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de
 la escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidado medico o tomando medicamentos.

Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

☐ Picadura de abeja	Epi-Pen	☐ Si	☐ No
☐ Asma	Inhalador	☐ Si	☐ No
☐ Diabetes	Insulina	☐ Si	☐ No
☐ Vision/el Oir	anteojos	☐ Si	☐ No
☐ Alergias _____			
☐ Otro _____			

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela _____ en el Distrito Escolar de Bellevue

Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____

soy el tutor legal de _____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la

oficina de la escuela. Yo doy permiso a _____ de hacer las decisiones educativas y medicas de

nombre del individuo

_____ a _____

fecha fecha

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**EXAMEN DE SALUD**

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>.

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
 2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
 3. For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
-



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact the school.

Attachment



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:



Bellevue Union School District
3150 Education Drive
Santa Rosa, CA 95407-7723
Phone: 707-542-5197 Fax: 707-542-6127
www.busd.org

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.
 - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y remplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame a la escuela.

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ Licensed Dental Professional Signature		_____ CA License Number	_____ Date

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- ☐ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Other _____ ☐ None
- ☐ I cannot afford a dental check-up for my child.
- ☐ I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Original to be kept in child's school record.

Requisito de evaluación/exención de salud dental para ingreso escolar

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1: Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico ☐ Multi-racial ☐ Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection To be completed by the dental professional conducting the assessment (Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)

Assessment Date: (fecha de evaluación)	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> ☐ Yes (sí) ☐ No (no) (caries visibles y/o empastes presentes)	<u>Visible caries present:</u> ☐ Yes (sí) ☐ No (no) (caries visibles presentes)	<u>Treatment Urgency (urgencia de tratamiento):</u> ☐ No obvious problem found (ningún problema obvio) ☐ Early dental care recommended (se recomienda atención dental) ☐ Urgent care needed (se necesita atención urgente)
---	---	--	---

Dental professional's signature
 Firma del profesional de salud dental

Date
 fecha

El original será guardado en el registro escolar del menor.

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.

Mi hijo está cubierto con el seguro: ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro _____

☐ No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

☐ No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

El original será guardado en el registro escolar del menor.



Effective communication with families is very important to student success, as well as keeping parents notified and up to date on emergency situations. The Bellevue Union School District utilizes a variety of communication methods (telephone, email, text and telephone). It is very important to keep your contact information up to date to receive timely information.

1. I consent to my child's name being included on a classroom list that is available to the public.
2. I consent to receiving official communications by telephone, text, and/or email from my child's school/district regarding school/district emergencies and related issues.

X_____

Signature



La comunicación efectiva con familias es muy importante al éxito del estudiante, tanto como mantener a los padres avisados y actualizados sobre las situaciones de emergencia. El distrito Bellevue Union School District utiliza una variedad de métodos de comunicación (teléfono, correo electrónico, texto, y teléfono). Es muy importante mantener la información de contacto actualizada para recibir información en tiempo oportuno.

1. Yo doy consentimiento de que el nombre de mi niño esté incluido en una lista del salón que es disponible al público.
2. Yo doy consentimiento de recibir comunicaciones oficiales por teléfono, texto, y/o correo electrónico de la escuela/distrito de mi niño sobre emergencias y asuntos relacionados de la escuela/distrito.

X_____

Firma



Butte County Office of Education
MIGRANT EDUCATION – REGION 2
SANTA ROSA AREA OFFICE
5510 Skylane Blvd., Suite 101-C, Santa Rosa, CA 95403
Office: (707) 526-1272 /Cell: (707) 293-5927/Fax: (707) 526-9724

ME-1



**FORMULARIO DE REFERENCIA
REFERRAL FORM**

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL / THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL

¿Le gustaría seguir apoyando a su hijo/a para que tengan éxito en la escuela? ¿El Programa de Educación Migrante es un excelente recurso!

Would you like to continue assisting your child in school? The Migrant Education Program is an excellent resource!

1. ¿Ha trabajado algún miembro de su familia en la agricultura, ganadería, pesca o industria forestal en los últimos tres años?

YES NO

☐ ☐

Has any member of your family worked in agriculture, livestock, fishing or logging in the last three years?

2. ¿Se mudó su familia al pueblo/ciudad donde viven en los últimos tres años?

YES NO

☐ ☐

Did your family move to the town/city where you live in the last three years?

Si contestó “SÍ” a ambas preguntas, su hijo/a podría ser elegible para recibir servicios educativos. Por favor anote los siguientes datos y entregue este formulario. ¡Gracias!

If you answered “YES” to both questions, your child could be eligible to receive educational services. Please provide the following information and return this form. Thank you!

Fecha/Date: _____

Nombre de los Padres/Parents' Name: _____

Número de Teléfono/Telephone Number: _____

Dirección/Address: _____
Número /Number Calle/Street Ciudad/City

Nombre del Estudiante/Student's Name: _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____

Referred by (Agency/School): _____ **Telephone Number/e-mail:** _____

FOR MIGRANT EDUCATION RECRUITMENT STAFF USE ONLY

Date: _____ Notes: _____
Date: _____ Notes: _____

Please mail completed surveys to the address above, fax to (707) 526-9724, or e-mail to joceguard@bcoe.org