

**CHUALAR SCHOOL ELEMENTARY  
STUDENT INFORMATION**

Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Fecha matriculado \_\_\_\_\_

**2024-2025**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Masculino  Femenino  Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_

Domicilio Físico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Domicilio Postal/PO Box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Salud, medicina Doctor/  
 Problemas alérgicos: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma(s) que habla su hijo(a): \_\_\_\_\_ Idioma(s) que se habla(n) en casa: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha estado matriculado en las escuelas de California desde (año): \_\_\_\_\_ El estudiante ha sido alguna vez expulsado de la escuela?  Yes  No

Años y año en que fue matriculado en los E.U.: \_\_\_\_\_ Algunas vez ha recibido su niño(a) Educación Especial?  Yes  No

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zona postal: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia debido a enfermedad o accidente, cuando no se nos pueda localizar, las autoridades escolares tienen nuestro permiso para usar su mejor juicio en el interés de la salud de nuestro estudiante. Entendemos que la escuela no asume responsabilidad financiera por atención médica o la transportación en ambulancia en caso de emergencia. Si  No

¿He leído y entendido la póliza del uso de la Red de comunicaciones y del uso de las computadoras por lo tanto yo doy mi permiso para que mi hijo/a utilice las computadoras y tenga acceso al uso de la red de comunicaciones (Internet) Si  No

¿He recibido el aviso de los derechos y responsabilidades de los padres. Si  No

¿Mi hijo/a tiene mi permiso de participar en excursiones, programas de después de escuela y actividades de la escuela. Si  No

**HERMANOS Y HERMANAS**

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Grado	Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**INFORMACION DE PADRE**

Padre/guardian trabaja en la agricultura, procesamiento de alimentos frescos, forestal o pesca comercial y tiene que mudarse por razones de trabajo.

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante?  Si  No  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Negocio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Negocio: \_\_\_\_\_  
**Nivel Educativo del Papá**  
 No es graduado de la secundaria \_\_\_\_\_ Graduado de la Secundaria \_\_\_\_\_  
 Algo de Colegio \_\_\_\_\_ Graduado del Colegio \_\_\_\_\_  
 Capacitación de postgraduados \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante?  Si  No  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Negocio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Negocio: \_\_\_\_\_  
**Nivel Educativo de la Mamá**  
 No es graduado de la secundaria \_\_\_\_\_ Graduado de la Secundaria \_\_\_\_\_  
 Algo de Colegio \_\_\_\_\_ Graduado del Colegio \_\_\_\_\_  
 Capacitación de postgraduados \_\_\_\_\_

Verifico con mi firma que toda la información dada anteriormente es correcta segun mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

FECHA ESCUELA MAESTRO NO. DE SALON  
El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma(s) que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Nombre del Alumno: Apellido Primero Segundo Grado Fecha de Nacimiento

1. Cuando su hijo/a empezó a hablar, ¿cuál idioma aprendió primero? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo/a cuando conversa en la casa? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? \_\_\_\_\_

5. En donde nació su niño/a? País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

6. El mes y el año en que el alumno entro a los EE.UU. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Año

7. El mes y año en que primero entró el estudiante a una escuela de los E. U \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Año

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

AVISO: Cuando se indique un idioma además del inglés, la ley nos requiere evaluar la habilidad en inglés de su hijo/a. Se le avisará a Ud. de los resultados de la evaluación.

\*\*\*\*\*SOLAMENTE PARA EL PERSONAL \*\*\*\*\*

School	Date	Grade	(Indicate L or F) English						EO-----	
			Score						LEP	FEP
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____

School	Date	Grade	Spanish						LEP	FEP
			Score							
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____
_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____	_____

Re-designation Date \_\_\_\_\_ Follow-up Date \_\_\_\_\_



# Chualar Union Elementary School District

24285 LINCOLN STREET • CHUALAR, CA 93925 • PHONE: 831.679.2504 • FAX: 831.679.2071

## Ethnicity and Race Student Information Form *Información Étnica y Racial de Estudiante*

Student Name / *Nombre del Estudiante*: \_\_\_\_\_  
Grade / *Grado*: \_\_\_\_\_ Birthdate / *Fecha Natal* (m-mes) \_\_\_\_\_ (d-día) \_\_\_\_\_ (yyyy/año) \_\_\_\_\_  
School Name / *Nombre de la Escuela*: \_\_\_\_\_

### WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one):

- Not Hispanic or Latino  
 Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be.

### WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (You may check up to five racial categories)

- Native Indian of the Americas or Alaskan Native (100) (A person having origins in any of the original peoples of North or South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.)  
 Asian (200) (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.)  
 Native Hawaiian or Pacific Islander (300) (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.)  
 Black or African American (600) (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.)  
 White (700) (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

For the 2009/10 school year, school districts in California are required to follow the new standards on collecting individual-level race and ethnicity data as specified by the U.S. Department of Education (ED).

### ¿CUAL ES EL ORIGEN ETNICO DE SU NIÑO(a)? Marque uno:

- NO Hispano o Latino  
 Hispano o Latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, o centroamericano, sin importar su raza)

Este punto arriba trata sobre la etnia, no la raza. No importa cuál haya seleccionado en la pregunta de arriba, por favor continúe respondiendo a lo siguiente marcando uno o más de las cajas para indicar lo que usted considere es la raza de su niño(a).

### ¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO(a)? (Puede hacer hasta 5 selecciones)

- Indio Nativo del las Americas o Nativo de Alaska (100) (Una persona de origen de cualquier pueblo original de Sudamérica o Norteamérica [incluyendo Centroamérica], quien mantiene afiliación a su tribu o vínculo a su comunidad.)  
 Asiático (200) (De origen de cualquier pueblo original del Lejano Oriente, Asia del Sur, o el Subcontinente de la India, incluyendo, por ej., Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)  
 Hawaiano o Isleño del Pacifico (300) (De origen de cualquier pueblo original de Hawaii, Guam, Samoa Norteamericana, u otras Islas del Pacifico.)  
 Negro o Afroamericano (600) (Una persona con orígenes en cualquier grupo de raza negra de África.)  
 Anglosajón (700) (De origen en cualquier pueblo original de Europa, Medio Oriente o Norte de África.)

**CUESTIONARIO/DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE**

La finalidad de este documento es en referencia a la Ley McKinney-Vento para Ayuda a las Personas sin Hogar (McKinney-Vento Assistance Act). Sus respuestas ayudarán a determinar qué documentos son necesarios para matricular a su hijo/a con rapidez.

Estudiante: \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo una respuesta: Hombre/Mujer)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

1. ¿Viven usted y su hijo(a) en una residencia regular y fija adecuada para pasar la noche? *Si No*  
(Si respondió "Sí", deténgase aquí. Como prueba de residencia, debe suministrar una factura de gas o electricidad a su nombre. Si respondió "NO", continúe llenando el formulario.)

2. ¿Viven usted y su hijo(a) en:

- refugio
- motel/hotel
- temporalmente con otra familia en una casa, casa móvil o apartamento
- automóvil o vehículo recreativo (RV)
- campamento
- vivienda de transición
- otro lugar \_\_\_\_\_

3. El estudiante vive con:

- uno de los padres
- los dos padres
- un familiar calificado
- amigo(s)
- un adulto que no es su tutor legal
- solo, sin ningún adulto

4. Yo:

- soy el padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado anteriormente
- soy un adulto calificado, familiar del estudiante nombrado anteriormente  
(Parentesco: \_\_\_\_\_)

**Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta y tengo de la misma un conocimiento personal.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Nº de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Nº de teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

# Chualar Union Elementary School District

## REPORTE INFORMATIVO DE SALUD

La información de salud es muy importante. Su información es confidencial.

**POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE**

NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_ Niña \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de hogar \_\_\_\_\_  
 Nombre de la última escuela que asistió \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

<u>Parentesco con el niño/a</u>	<u>Nombre de la persona</u>	<u>Marque si vive con el estudiante</u>
Padre / Padrastro	_____	
Madre / Madrastra	_____	
Guardian	_____	
Hermanos	_____	<small>Fecha de nacimiento</small>
	_____	
Hermanas	_____	<small>Fecha de nacimiento</small>
	_____	

**POR FAVOR CONTESTE SI O NO A LO SIQUIENTE. SI CONTESTA SI EN QUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, POR FAVOR EXPLIQUE CON MAS DETALLE.**

\_\_\_\_\_ ¿Fue su embarazo normal de 9 meses? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Hubo complicaciones durante su embarazo o nacimiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tine su niño/a alergias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a asma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Toma su niño/a algún medicamento? \_\_\_\_\_  
(Se necesita permiso firmado por el medico y el padre sis u niño/a necesita tomar medicamento en la escuela)

\_\_\_\_\_ ¿Usa su niño/a lentes, contactos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene ó a tenido su niño/a infecciones frecuentes del oido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a tubos en el oido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a algún problema de audicion? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a problemas de habla? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a problemas del corazón? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Ha tenido su niño/a ataques alguna vez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a problemas dentales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño alguna curvatura de la espina dorsal? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Ha tenido su niño/a operaciones? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a problemas del intestino? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño problemas con las vias urinarias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a problemas de coordinación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tiene su niño/a algún serio problema médico que no se haya mencionado? \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquiera otra preocupación que usted tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Indique que relación tiene con el estudiante)

**Recopilación de datos de los ingresos del hogar – Formulario de muestra 4 Chualar Union School District 2023-2024 (Rev.4/15)**

**SECCIÓN I: Proporcione la siguiente información acerca del estudiante que vive en su hogar**

<b>APELLIDO</b>	<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AA)</b>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<b>ESCUELA (Escriba "Ninguna" si no asiste a la escuela)</b>	<b>GRADO</b>	<b>CÓDIGO DE ESCUELA</b>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
	<b>AULA</b>	<b>6026082</b>
	<input style="width:100%;" type="text"/>	

**SECCIÓN II: Proporcione la siguiente información acerca de la cantidad de integrantes y los ingresos del hogar**

*Vea la información adicional en el reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar la cantidad de integrantes y los ingresos anuales de su hogar.*

**1. Encierre en un círculo la cantidad total de adultos y niños que viven en su hogar:**

**Elija uno:**      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Otra \_\_\_\_\_

**2. Total de ingresos anuales del hogar: \$** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III: Información y firma del padre o tutor**

*Certifico (prometo) que la información que proporciono en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.*

<b>Firma del miembro de la familia adulto que llenó este formulario</b>	<b>Nombre en letra de molde del miembro de la familia adulto que llenó este formulario</b>	<b>Fecha</b>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<b>NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR</b>	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

*La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.*

## 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	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
Calle	Zona Postal	Escuela
Ciudad		

### PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

**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.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA (mm/dd/aa)	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
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	/ /					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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

El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

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 Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).  
 CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)*

### 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 <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visible Decay Present: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i></span> <span>_____ <i>CA License Number</i></span> <span>_____ <i>Date</i></span> </div>			

#### 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.

**Return this form to the school no later than May 31** of your child's first school year.  
 Original to be kept in child's school record.