OXNARD SCHOOL DISTRICT

TRANSITIONAL KINDERGARTEN & KINDERGARTEN

2025-2026 Priority Registration

January 21st to March 7th

REGISTER NOW

Call (805) 385-1515
to schedule your appointment

Enrollment Center
925 S A St. Oxnard, CA 93030

Packets are available at the Enrollment Center and All School Sites

https://www.oxnardsd.org/departments/enrollment

DISTRITO ESCOLAR DE OXNARD

KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN Y KINDERGARTEN

Matrícula Prioritaria 2025-2026

21 de enero al 7 de marzo

REGÍSTRESE AHORA

llame (805) 385-1515
para programar una cita

Centro de Matrícula
925 S A St. Oxnard, CA 93030

Los formularios de inscripción están disponibles en el Centro de Matrícula y en las escuelas del Distrito

https://www.oxnardsd.org/departments/enrollment

Vision

Changing the World!

Inspired, Accomplished, Multilingual Global Citizens – In School and Beyond

In Oxnard School District, we nurture self-confident and empowered multilingual global citizens, strong in their multiple identities and potential, who achieve inspired levels of individual, community, and social accomplishment in school and beyond in their endeavors.

Mission

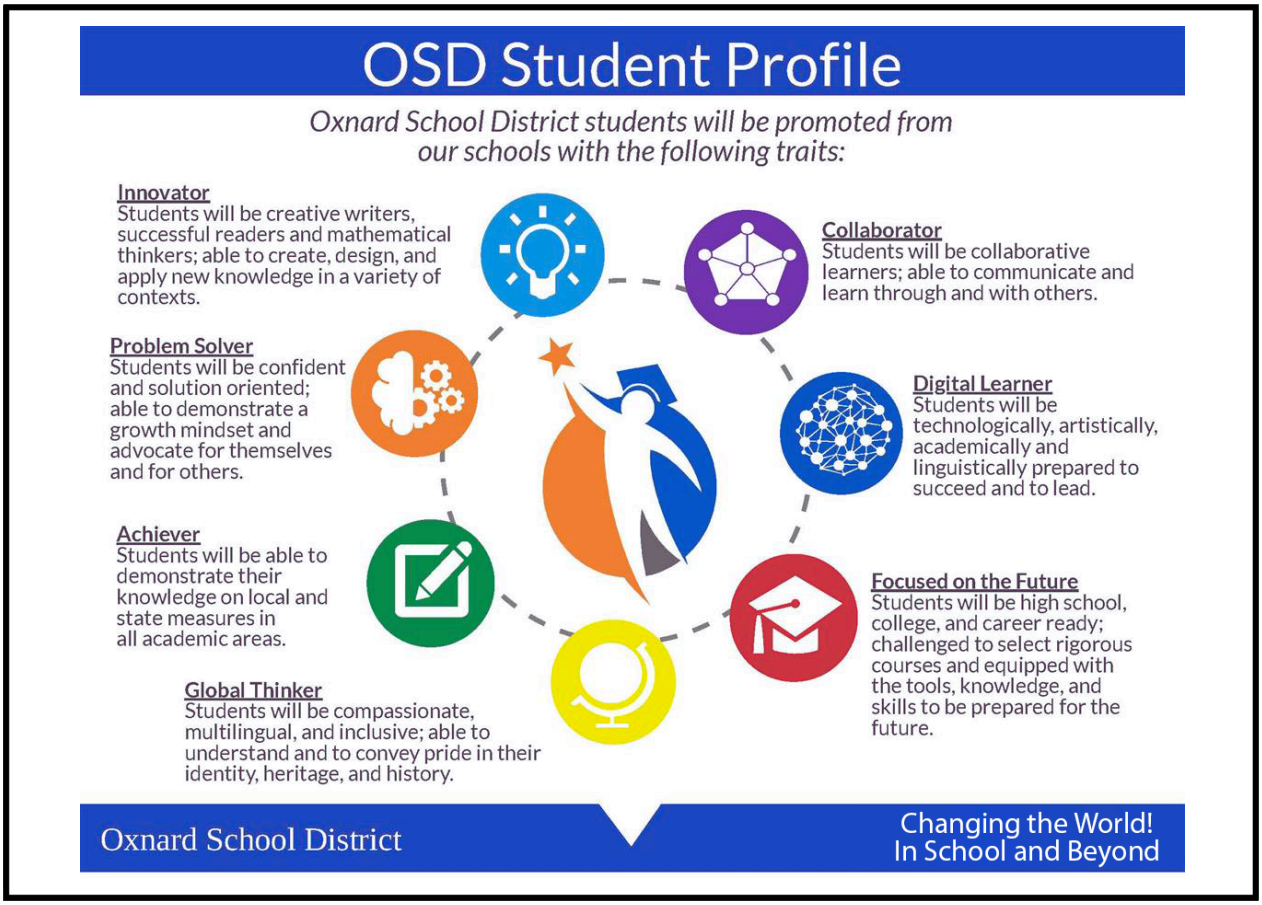
IGNITE • TRANSFORM • NURTURE • EMBRACE

IGNITE students' passions for learning and empower them to achieve brilliance.

TRANSFORM our classroom and school expectations, relationships, and practices to more fully align with our values.

NURTURE caring communities that develop students' full identities, linguistic/cultural/academic excellence, social-emotional health, and life potential.

EMBRACE high-leverage services and approaches that translate our values into action.



Scan to learn more about the Oxnard School District Strategic Plan: Oxnard Empowers and for a message from Our Superintendent Dr. Ana DeGenna

Visión

¡Cambiaremos el mundo!

Ciudadanos globales inspirados, triunfadores, realizados y multilingües, en la escuela y siempre.
En el Distrito Escolar de Oxnard educamos ciudadanos globales, multilingües y empoderados, que poseen confianza en sí mismos, se sienten cómodos con sus múltiples identidades y potencial, alcanzan niveles importantes de logro individual, comunitario y social en la escuela, y más adelante en sus iniciativas futuras.

Misión

ENCENDER • TRANSFORMAR • FOMENTAR • ADOPTAR

ENCENDER la pasión por el estudio en los estudiantes y empoderarlos para que alcancen la excelencia.

TRANSFORMAR las expectativas, relaciones y prácticas del salón de clase y de la escuela, para que estén más plenamente alineadas con nuestros valores.

FOMENTAR comunidades solidarias que desarrollen la plena identidad de los estudiantes, la excelencia lingüística/cultural/académica, la salud socioemocional y el potencial de vida.

ADOPTAR servicios y enfoques de alto nivel que traduzcan nuestros valores en acciones

Perfil del Estudiante del OSD

Rasgos personales del estudiante al graduarse del Distrito Escolar de Oxnard:

Escanee para obtener información sobre el Plan Estratégico Oxnard Empowers del Distrito escolar de Oxnard y leer un mensaje de nuestra Superintendente Dra. Ana DeGenna

DUAL LANGUAGE IMMERSION 2025-2026

PROGRAMA DE INMERSIÓN BILINGÜE 2025-2026

WHAT IS THE BILITERACY/DUAL LANGUAGE IMMERSION PROGRAM?

A HIGHLY EFFECTIVE, RESEARCH-BASED PROGRAM THAT FOCUSES ON THE ACQUISITION OF ACADEMIC PROFICIENCY IN ENGLISH AND SPANISH WHILE BUILDING CULTURAL PROFICIENCY.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE BILITERACIDAD/INMERSIÓN BILINGÜE?

ES UN PROGRAMA ALTAMENTE EFECTIVO BASADO EN INVESTIGACIONES QUE SE ENFOCA EN LA ADQUISICIÓN DEL DOMINIO ACADÉMICO EN INGLÉS Y ESPAÑOL, A LA VEZ QUE SE DESARROLLA EL DOMINIO CULTURAL.

School Escuela	Grade Nivel	DLI or Traditional DLI o Tradicional
Brekke	TK	Traditional/ Tradicional
Chavez	TK	DLI
Driffill	TK	DLI
Elm	TK	DLI
Harrington	TK	DLI
Lemonwood	TK	DLI
Marina West	TK	Traditional/ Tradicional
Marshall	TK	Traditional/ Tradicional
McKinna	TK	DLI
Ramona	TK	DLI
Rose Avenue	TK	Traditional/ Tradicional
Sierra Linda	TK	DLI & Traditional

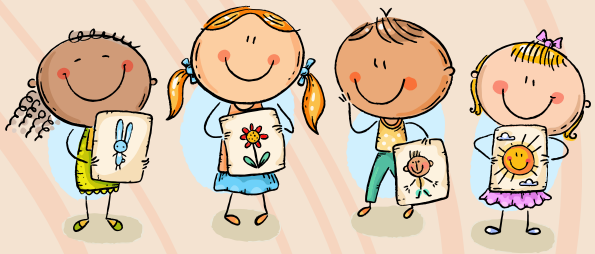
School Escuela	Grade Nivel	DLI or Traditional DLI o Tradicional
Brekke	K -5	Traditional/ Tradicional
Chavez	K-8	DLI
Curren	K-8	DLI
Driffill	K-8	DLI
Elm	K-5	DLI
Harrington	K-5	DLI
Kamala	K-8	DLI
Lemonwood	K-8	DLI
Marina West	K-5	Traditional/ Tradicional
Marshall	K-8	Traditional/ Tradicional
McAuliffe	K-5	Traditional/ Tradicional
McKinna	K-5	DLI
Ramona	K-5	DLI
Ritchen	K-5	Traditional/Tradicional
Rose Avenue	K-5	Traditional/ Tradicional
Sierra Linda	K-5	Traditional/ Tradicional
Soria	K-8	DLI

VISIT FOR MORE INFORMATION AND VIDEOS ON OUR DUAL LANGUAGE IMMERSION PROGRAM

VISÍTENOS PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN Y VIDEOS SOBRE NUESTROS PROGRAMA DE INMERSIÓN BILINGÜE

SCAN ME

Age Chart
Tabla de Edad
2025-2026



Grade/ Grado	Birthdate/ Fecha de nacimiento
TK	09/02/2020-09/01/2021
K	09/02/2019-09/01/2020
1	09/02/2018-09/01/2019
2	09/02/2017-09/01/2018
3	09/02/2016-09/01/2017
4	09/02/2015-09/01/2016
5	09/02/2014-09/01/2015
6	09/02/2013-09/01/2014
7	09/02/2012-09/01/2013
8	09/02/2011-09/01/2012

LEARNING TO USE THE TOILET
APRENDER A USAR EL BAÑO

Toilet training can be a difficult task. Oxnard School District would like to provide support and strategies. We are pleased to announce the upcoming parent workshops.

El entrenamiento para ir al baño puede ser una tarea desafiante. El Distrito Escolar de Oxnard desea brindar apoyo y estrategias. Nos complace anunciar los próximos talleres para padres.

2:00PM - 3:00PM

Family Resource Center
925 South A Street, Oxnard

DATES/FECHAS

March 5 - 5 de marzo
April 12- 12 de abril
May 7 - 7 de mayo
June 4 - 4 de junio
July 2 - 2 de julio
July 16 - 16 de julio
July 30 - 30 de julio
August 6 - 6 de agosto
August 13 - 13 de agosto

TOPICS/TEMAS

Toileting Readiness
Preparación para el uso del baño

Teaching your child how to use the toilet.
Enseñarle a su hijo/a a usar el baño

What challenges are you encountering?
¿Cuáles son algunas de las dificultades que está encontrando?

Support Systems
Sistemas de apoyo

Tools for Support
Herramientas de apoyo

Resources
Recursos

Parents/Guardians – Are Your Kids Ready for School?

REQUIRED IMMUNIZATIONS FOR SCHOOL ENTRY

Please bring your child's immunization records with you at the time of registration. You may view and print a digital copy of your child's California vaccine record at: **MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov**

Students Entering Transitional Kindergarten or Kindergarten Need Records of:

- ☐ **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap or Td) — 5 doses**
  4 doses OK if one was given on or after 4th birthday;
  3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- ☐ **Polio (IPV or OPV) — 4 doses**
  3 doses OK if one was given on or after 4th birthday. Oral polio vaccine (OPV) doses given on or after April 1, 2016, do not count.
- ☐ **Hepatitis B — 3 doses**
- ☐ **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
  Both doses must be given on or after 1st birthday.
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

New and Transfer Students Entering TK/K-12th Grade Need Records of:

- ☐ **All immunizations listed above**
  For 7th-12th graders: at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday. Hepatitis B vaccine is required for any grade, except for entry into 7th grade.

Students Starting 7th Grade Need Records of:

- ☐ **Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap) —1 dose**
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

What other immunizations should I ask my health care provider about?

When you visit your health care provider for back-to-school immunizations, make sure to also ask about other vaccines that help keep your child healthy, including **hepatitis A, COVID-19, and the annual flu vaccine**. Preteens and teens should also get the **human papillomavirus (HPV) vaccine** to protect against certain cancers and **meningococcal vaccines**.

Learn more about vaccines your child needs according to their age (bit.ly/CDCVaccinesByAge) **and where you can get your child immunized** (bit.ly/Where2BVaxed).

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: **MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov**. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

- ☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
  Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después
- ☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después
- ☐ **Hepatitis B—3 dosis**
- ☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**
  Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después
- ☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

- ☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**
  Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

- ☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**
- ☐ **Varicela —2 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y la vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles **sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad** (**https://bit.ly/VacunasPorEdad**) y **dónde puede vacunar a su hijo** (**https://bit.ly/wheretogoCA**). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

Registration Requirements

Kindergarten registrations received between January 20, 2025 and March 7, 2025 will be assigned the same registration date. Families will be notified of school assignment by May 30, 2025. If there are more students than there is space at the school, random selection will be used to identify students to be overflowed to another school within Oxnard School District. Students who enroll after the Kindergarten enrollment period will be assigned where space is available.

1. Proof of Age: original birth certificate, passport, hospital, birth record, or duly attested baptismal record.

Kindergarten Students: Must be **five** years of age on or before **September 1, 2025***(EC 48000[a]).*

Transitional Kindergarten Students: Must turn **five** between **September 2,2025 & September 1, 2026** (*EC 48000[C][3]).*

2. Immunization Records: must have all required doses at time of registration, no missing immunizations will be accepted

- 5-DTaP, 4-Polio, 3-Hepatitis B, 2-MMR, 2-Varicela

3. Proof of address: *Current* within 30 days rent receipt, lease agreement, utility bill (telephone, electricity, cable), etc. - must have parent's name on the document.

4. Legal Custody or Court Orders: (if applicable)

5. Special Needs Documents: Individualized Education Program (IEP) (if applicable)

6. Completed Packet

Registrations will be accepted by appointment only.

To schedule an appointment please call (805) 385-1515

If you would like to complete an ***Online Pre-enrollment*** please visit the following link for more information:
https://www.oxnardsd.org/departments/enrollment

Requisitos de Matrícula

Se asignará la misma fecha de registro a todas las inscripciones para Kindergarten que se reciban entre el 20 de enero y el 7 de marzo de 2025. Se notificará a las familias sobre la escuela a la que el estudiante es asignado antes del 30 de mayo del 2025. Si hubiera más estudiantes que espacios disponibles en la escuela, los estudiantes restantes debido al sobrecupo serán transferidos a otra escuela dentro del Distrito Escolar de Oxnard. La selección es al azar. Los estudiantes que se inscriban después del periodo de inscripción de Kindergarten serán asignados a una escuela donde haya espacio disponible.

1. **Comprobante de la Edad:** Acta de nacimiento original, pasaporte, comprobante del hospital o acta de bautismo debidamente certificada.

Alumnos de Kindergarten: Deben de tener **cinco** años cumplidos el 1 de septiembre de 2025 o antes (*EC48000[a]).*

Alumnos de Kindergarten de Transición: Deben cumplir **cinco** años de edad entre el **2 de septiembre de 2025 y el 1 de septiembre de 2026** *(EC48000[C][3]).*

2. **Récord de Vacunas:**

Debe tener todas las vacunas requeridas al momento de la inscripción, no se aceptará la falta de vacunas

- 5-DTaP; 4-Polio; 3-Hepatitis B; 2-MMR; 2-Varicela

3. **Comprobante reciente de domicilio (últimos 30 días)** recibo de renta, contrato de renta, facturas de los servicios domésticos (teléfono, electricidad, cable), etc. **actuales**. El comprobante debe tener el nombre de uno de los padres

4. **Custodia legal u órdenes judiciales** (si corresponde).

5. **Documentos de Educación Especial:** Programa de Educación Individualizada **(IEP)** (si corresponde).

6. **Paquete completado**

Las inscripciones se aceptarán solamente por cita.

Para pedir una cita, por favor llame al (805) 385-1515

Si desea llenar una **Preinscripción en línea,** visite el siguiente enlace para obtener más información:
https://www.oxnardsd.org/departments/enrollment

OXNARD SCHOOL DISTRICT -ENROLLMENT CENTER
925 South "A" Street. Oxnard, California 93030 • 805/385-1515 Fax#: 805/385-1515

STUDENT REGISTRATION CARD
(Tarjeta de Inscripción del alumno)

Office Use Only—

Student Information *(Información del alumno)*

Last Name*(Apellido)* _____ First Name*(Primer Nombre)* _____ Full Middle Name*(Segundo nombre)* _____

Date of Birth *(Fecha de nacimiento)*_____ / _____ / _____ **Gender** *(Género)* ❑**Male** *(Masculino)* ❑**Female** *(Femenino)*
Month (Mes) / Day (Día) / Year (Año)
❑ **Non-binary** *(No binario)*

Street Address *(Domicilio)* _____ **Apt. #** (*Unidad*) _____ **City** *(Ciudad)* _____ **Zip Code** *(Código postal)* _____

Home Phone #: _____ *(Teléfono de casa)*
Best number to reach parent/guardian: _____ (*Mejor número telefónico para comunicarse con los padres/tutor)*

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY - Please check only one (*Etnicidad del Estudiante - Por favor marque solamente una opción*)

❑**HISPANIC OR LATINO** *(Hispano o latino)* ❑**NOT HISPANIC OR LATINO** (*Ni hispano ni latino*)

WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (Choose up to four) *(¿Cuál es la raza de su niño(a)? Por favor no marque más de cuatro opciones)*

❑ Native American Indian or Alaskan Native (*Indígena estadounidense o Nativo de Alaska*)

❑ Korean *(Coreano)*
❑ Cambodian *(Camboyano)*
❑ Guamanian *(Guamaniano)*
❑ Filipino
❑ Tahitian*(Tahitiano)*
❑ Vietnamese *(Vietnamita)*
❑ Native Hawaiian *(Hawaiano)*
❑ Samoan *(Samoano)*
❑ Asian *(Otro Asiático)*
❑ White (*Blanco)*
❑ Chinese *(Chino)*
❑ Asian Indian *(Indoasiático)*
❑ Other Pacific Islander *(Otro isleño del pacífico)*
❑ African American or Black (*Afroamericano o negro*)
❑ Other Pacific Islander Tahitian *(Otro isleño del Pacifico Tahitiano)*
❑ Laotian *(Laosiano)*
❑ Japanese *(Japonés)*

Primary Residential Category *(Categoría de la residencia principal del niño/a):*

Primary Residential Category *(Residencia principal del niño/a):*
❑ Permanent Housing (*Vivienda permanente)*
❑ Hotels/Motels *(Hotel/Motel)*
❑ Temporary doubled up in another families home *(Vivienda compartida temporalmente con otra familia)*
❑ Foster Family Home (Hogar de acogida temporal)
❑ Group Home (Hogar grupal)
❑ Temporary Shelters (*Albergue temporal)*
❑ Kinship Placement/ Court Appointed Guardian *(Colocación con familiares/ Tutor legal asignado por un tribunal)*
❑ Other *(Otro):* _____

Affidavit of Residence (*Declaración de residencia*)
❑Yes (*Sí*) ❑No

Student resides with/*El alumno vive con*: ❒ Both Parents/*Ambos padres* ❒ Father/*Padre* ❒ Mother/*Madre* ❒ Guardian/*Tutor legal*

Place of Birth *(Lugar de Nacimiento):*

Birth City *(Ciudad natal)* _____ **Birth State** *(Estado natal)* _____ **Birth Country** *(País natal)* _____

First US Enrollment : _____ / _____ / _____ (*Primera matrícula en los EE.UU.)* **Month** *(Mes)* / **Day** *(Día)* / **Year** *(Año)*

First CA Enrollment : _____ / _____ / _____ (*Primera Matrícula en California)* **Month** *(Mes)* / **Day** *(Día)* / **Year** *(Año)*

Has the student ever been enrolled in a California public school ?
¿Ha estado el estudiante alguna vez inscrito en una escuela pública de California? ❑Yes/ (Sí) ❑No

LIST SCHOOLS PREVIOUSLY ATTENDED IN ORDER *(Enumere las escuelas a las que asistió previamente en orden*)

Prior School *(Escuela anterior*)	**Grade(s)** *(Grado*)	**City** *(Ciudad*)	**State** *(Estado*)	**Dates Attended** *(Fechas de asistencia*) Month/ Year *(Mes/Año*)
				From *(de)* / To*(a)* /
				From *(de)* / To*(a)* /
				From *(de)* / To*(a)* /

Parent/Guardian Information *(Información de los Padres/Tutor legal)*

PARENT 1 /GUARDIAN (PADRE 1 O TUTOR LEGAL)

_____
Father's Name (*Nombre del padre)*

_____ _____
Address (If different from front page) (*Domicilio (Si es diferente* que el de la página anterior) Apt# (*Unidad*

_____ _____
City *(Ciudad)* Zip*(Código Postal)*

_____ _____
Phone Number *(Número del teléfono)* Contact Language *(Idioma de contacto)*

_____ _____
Employer Name *(Empleador)* Work # *(Teléfono del Trabajo)*

Email Address *(Correo Electrónico)*_____

Educational Level*(Nivel educativo del padre)*

- ❑ **Not a High School Grad** *(No se graduó de preparatoria)*
- ❑ **High School Grad** *(Graduado de preparatoria)*
- ❑ **Some College** *(Algunos estudios universitarios)*
- ❑ **College Graduate** *(Título universitario)*
- ❑ **Graduate School** *(Maestría o doctorado)*
- ❑ **Decline to State** *(Rehusa declarar)*

PARENT 2 /GUARDIAN (PADRE 2 O TUTOR LEGAL)

_____
Mother's Name (*Nombre de la madre)*

_____ _____
Address (If different from front page) (*Domicilio (Si es diferente* que el de la página anterior) Apt# (*Unidad*

_____ _____
City *(Ciudad)* Zip*(Código Postal)*

_____ _____
Phone Number *(Número del teléfono)* Contact Language *(Idioma de contacto)*

_____ _____
Employer Name *(Empleador)* Work # *(Teléfono del Trabajo)*

Email Address *(Correo Electrónico)*_____

Educational Level*(Nivel educativo del padre)*

- ❑ **Not a High School Grad** *(No se graduó de preparatoria)*
- ❑ **High School Grad** *(Graduado de preparatoria)*
- ❑ **Some College** *(Algunos estudios universitarios)*
- ❑ **College Graduate** *(Título universitario)*
- ❑ **Graduate School** *(Maestría o doctorado)*
- ❑ **Decline to State** *(Rehusa declarar)*

Has your child ever attended a preschool program? *(¿Alguna vez asistió su niño(a) a un programa preescolar*?) ❑**Yes (Sí)** ❑**No**

If yes, what School? *(Si asistió a una escuela, nombre de la escuela)* _____

Type of preschool program *(Tipo de programa preescolar):* ❑Full Day (*Día completo*) ❑1/2 Day *(Medio día*) ❑Drop in (Ocasional)

Language(s) of Instruction *(Idioma de instrucción):* ❑English *(Inglés)* ❑Spanish *(Español)* ❑Other *(Otro)*

If your child did not attend preschool, what was the reason(s) or barrier(s)?/ *Si, su niño(a) no asistio a un programa preescolar, ¿cual fue la razón?*

❑Personal Choice/*Elección personal* ❑No Space/*No habia espacio* ❑Not Eligible/*No era elegible* ❑Transportation/*Transporte*
❑Cost/Costo ❑Other reason/*otra razón*: Explain/*Explique*:_____

Is your child currently enrolled in a special program? *(¿Está su niño(a) actualmente matriculado(a) en un programa especial?)* ❑ **Yes (Sí)** ❑ **No**

- ❑ Gifted and Talented Education (GATE*) (Educación para Estudiantes talentosos y superdotados, GATE)*.
- ❑ English Learner *(Estudiante que aprende Inglés).*
- ❑ Migrant Program *(Programa de educación para estudiantes migrantes)*
- ❑ **Has an Individualized Education Program** (IEP) *(Tiene asignado un Programa de Educación Individualizado, IEP)*
  - ❑ Speech/Language Program (SPLT) (*Programa del Habla o Lenguaje, SPLT)*
  - ❑ Resource Specialist Program (RSP) (*Programa de Recursos Especiales, RSP)*
  - ❑ Special Day Class (SDC) *(Programa de Educación Especial, SDC)*

Other Student Information *(Información adicional sobre el estudiante)*

- ❑ Has a physical disability (Please explain) (*Tiene una discapacidad física, por favor explique):* _____
- ❑ Has had a Student Study Team (SST) meeting *(Ha tenido una reunión con el Equipo de Éxito Estudíantol en relación a su hijo(a)(SST).*
- ❑ Has been referred to the School Attendance Review Board (SARB) *(Ha sido referido al Comité Directivo de Asistencia Escolar) (SARB).*
- ❑ Has received homeless services. *(Ha recibido servicios del programa para personas que experimentan falta de vivienda*).
- ❑ Has had 504 Accommodations*. (Le han implementado adaptaciones bajo el plan 504).*
- ❑ Has been retained. *(Ha sido reprobado*) ❑Yes (*Sí)* ❑No Grade (*Grado)* _____

By signing this, I certify that the information is true and correct. *(Por la presente certifico que esta información es verdadera y correcta.)*

_____ _____ _____
Parent/Guardian Signature (*Firma de los padres/tutor legal*) **Date** *(Fecha*) **Relationship** *(Parentesco con el(la) niño(a)*

Oxnard School District **2025-2026**

Student Information/Emergency Card

Información del alumno y Tarjeta de Emergencia

Office Use Only (Solo para uso de la oficina)
❑Legal documents on file
❑Declaration/Affidavit of Residence
Teacher:_____
Grade:_____
ID#:_____
SSID#:_____
Home School:_____

Name (please print):_____ D. O. B:_____ I.D.#:_____

STUDENT INFORMATION /*INFORMACIÓN DEL ALUMNO(A):*

Date of Birth/*Fecha de nacimiento:*_____ ☐ *Male/Hombre* ☐ *Female/Mujer* ❒ *Non-binary/No binario* ❒ *Unknown/Desconocido*

_____ _____ _____
Last Name/*Apellido* First Name/*Primer Nombre* Middle Name/*Segundo nombre*

_____ _____ _____ _____
Home Address/*Dirección* City/*Ciudad* Zip Code/*Código Postal* Cell Number/*No. de Celular*

Home Telephone: _____
Teléfono de casa:

Best Phone number: _____
Mejor número de telefóno para contactar a los padres/tutor legal

Contact Language (*Idioma de casa/de contacto):* _____

Is either parent/guardian on active duty in the US armed forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Coast Guard, full-time National Guard Duty): *Está alguno de los padres/tutor legal en servicio activo en las fuerzas armadas de los EE.UU. (Ejercito, Marina, Fuerza Aérea, Infanteria de Marina, Guardacostas, Servicio de la Guardia Nacional de tiempo completo):* _____ *Yes/Sí* _____ *No*

Primary Residential Category *(Residencia principal del niño/a):*
- ❑ Permanent Housing (*Vivienda permanente)*
- ❑ Hotels/Motels *(Hotel/Motel)*
- ❑ Temporary doubled up in another families home *(Vivienda compartida temporalmente con otra familia)*
- ❑ Foster Family Home (Hogar de acogida temporal)
- ❑ Group Home *(Hogar grupal)*
- ❑ Temporary Shelters (*Albergue temporal)*
- ❑ Kinship Placement/ Court Appointed Guardian *(Asignación con familiares/ tutor legal asignado por un tribunal)*
- ❑ Other *(Otro):* _____
- ❑ **Affidavit of Residence (*Declaración de residencia*) __Yes (*Sí*) __No**

Student resides with/*El alumno(a) vive con*: ☐ Both Parents/*Ambos padres* ☐ Father/*Padre* ☐ Mother/*Madre* ☐ Guardian/*Tutor legal*

❑ **Check here if legal documents affecting custody have been submitted to the school/ *Marque la casilla si se han enviado a la escuela los documentos legales relacionados con la custodia del menor.***

PARENT 1/GUARDIAN - PADRE 1 O TUTOR LEGAL

_____
Father's Name/*Nombre del padre*

_____
Address (if different from above) /*Dirección si es diferente de la anterior*

_____ _____
City/*Ciudad* Zip Code/*Código Postal* Cell #/*No. de celular*

_____ _____
Employer Name/*Nombre del empleador* Work #/*Teléfono del trabajo*

_____
E-mail Address*/Correo electrónico*:

PARENT 2/GUARDIAN - PADRE 2 O TUTOR LEGAL

_____
Mothers's Name/*Nombre de la madre*

_____
Address (if different from above) /*Dirección si es diferente de la anterior*

_____ _____
City/*Ciudad* Zip Code/*Código Postal* Cell #/*No. de celular*

_____ _____
Employer Name/*Nombre del empleador* Work #/*Teléfono del trabajo*

_____
E-mail Address*/Correo electrónico*:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION /INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

In the event of illness, medical emergency, disaster or the parent/guardian cannot be reached, a school official may call the following relatives, friends or adult siblings (18 years and over) who are **authorized to take responsibility for the student's care**: / *En caso de enfermedad, emergencia médica, desastre o si no se puede localizar a los padres o tutores legales, un funcionario de la escuela podrá llamar a los siguientes familiares, amistades o hermanos mayores (de 18 años o mayor), que **estén autorizados para hacerse responsables del cuidado del estudiante***:

1._____ _____
Name of Childcare Provider/*Nombre de la persona encargada del cuidado del niño(a)* Phone number/*Número de teléfono*

2._____ _____
Name & Relationship/*Nombre y Relación* Telephone/*Teléfono*

*3.*_____ _____
Name & Relationship/*Nombre y Relación* Telephone/*Teléfono*

4._____ _____
Name & Relationship/*Nombre y Relación* Telephone/*Teléfono*

5._____ _____
Name & Relationship/*Nombre y Relación* Telephone/*Teléfono*

(Over / dar la vuelta)

LIST BROTHERS AND SISTERS OF STUDENT/*ANOTE EL NOMBRE DE LOS HERMANOS Y HERMANAS DEL ALUMNO (A):*

Name/*Nombre:*	Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*:	School/*Escuela:*	Grade/*Grado*:
1.			
2.			
3.			
4.			

STUDENT HEALTH INFORMATION /INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Name of the Student's Physician / *Nombre del médico del alumno(a)*

Telephone Number /*Número de teléfono*

Does the student have health insurance? */ ¿Tiene seguro médico el alumno(a)?* ☐Yes/Sí ☐No

If yes, indicate provider /*Si marco que "sí", indique el proveedor:* _____

If you checked "No", you may be eligible for free or low-cost health Insurance through Medicaid or *CHIP/ Si marco "No", podría ser elegible para un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o CHIP*

☐ Please check this box to get more information or assistance in obtaining health insurance for your child(ren)/*Por favor marque esta casilla para obtener más información o asistencia para obtener un seguro de salud para su hijo(a).*

☐ I would like assistance with renewing my child's health insurance*/Me gustaría recibir asistencia para renovar el seguro médico de mi hijo(a).*

Health Information: Please check the appropriate box, if any, if your child has any of the following:
Información de salud: Por favor marque la casilla apropiada, si su hijo (a) tiene alguna de las siguientes enfermedades:

Are there any Health Problems?/ *¿Tiene algún problema de salud?* ❑ Yes/Sí ❑ No

☐ Cancer/Leukemia/ *Cáncer/Leucemia*
☐ Severe Allergies (Life Threatening)/ Serias *Alergia (en peligro de* vida)
☐ Blood Disorder/*Problemas sanguíneos*
☐ Epilepsy/Seizures/*Epilepsia/Convulsiones*
☐ Heart problems/*Problemas del corazón*
☐ Asthma/*Asma*
☐ Diabetes, insulin dependent/*Diabetes, dependiente de insulina*
☐ Physically disabled uses wheelchair or walker/*Discapacidad fisica usa silla de ruedas u andador)*
☐ Other Health Problems/*Otros problemas de salud* List/Explain –*Enumere/explique* _____

Does your child require medication during school hours/ *¿Su hijo (a) requiere medicamento durante el horario escolar?* ❒ Yes/*Sí* ❒ No

Please notify the school staff of any changes in your child's health or change of medication. *Por favor notifique a la escuela de cualquier cambio en la salud o medicamentos de su hijo(a) .*

STUDENT PROGRAM INFORMATION /INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL ESTUDIANTE

Is your child currently attending a special program? *¿Está su niño(a) actualmente asistiendo a un programa especial?* ❒ *Yes/Sí* ❒ *No*

☐ Gifted and Talented Education (GATE)*/Educación para Estudiantes talentosos y superdotados, GATE*
☐ English Learner/*Estudiante que aprende inglés*
☐ Migrant Program/*Programa de Educación para estudiantes migrantes*
☐ **Has an Individualized Education Program (IEP)/*Tiene asignado un Programa de Educación Individualizada, IEP***
  ❑ Speech/Language Program (SPLT) (*Programa del Habla o Lenguaje, SPLT)*
  ❑ Resource Specialist Program (RSP) (*Programa de Recursos Especiales, RSP)*
  ❑ Special Day Class (SDC) *(Programa de Educación Especial, SDC)*

PARENT AND/OR GUARDIAN CONSENT / *CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR LEGAL*

- In the event of an illness or injury, I hereby authorize school officials on my behalf to obtain emergency transportation and treatment. */ En caso de una enfermedad o lesión, mediante la presente autorizo al personal de la escuela a que obtenga el transporte y tratamiento de emergencia.*
- I understand the school does not assume any financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of emergency. A Student Accident Policy is available to all students for a nominal fee./*Comprendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad monetaria por los cuidados médicos ni el transporte en ambulancia en caso de emergencia. Existe una póliza de seguro estudiantil contra accidentes para todos los alumnos, por una tarifa mínima.*
- To help ensure the health and safety of my child, I agree that health information may be shared with appropriate school personnel. /*Estoy de acuerdo en que la información de salud puede compartirse con el personal apropiado de la escuela, con el fin de ayudar a garantizar la salud y la seguridad de mi hijo(a).*
- I give Oxnard School District consent to contact me with more Information about health insurance/*Le doy permiso al Distrito Escolar de Oxnard para que me contacte con más información sobre el seguro médico:*
- I have received the "Annual Parents Right Notification" (available at www.oxnardsd.org or the school office). /*He recibido la "Notificación Anual de los Derechos de los Padres" (disponible en www.oxnardsd.org o, en la oficina de la escuela).*

MY SIGNATURE ACKNOWLEDGES THAT I UNDERSTAND AND AGREE WITH THE CONSENT INFORMATION ABOVE AND THAT THE INFORMATION PROVIDED IS COMPLETE AND ACCURATE. */MI FIRMA INDICA QUE COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO ARRIBA INDICADA, Y QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA ES COMPLETA Y CORRECTA.*

Signature of Parent or Guardian / *Firma del padre o tutor legal* **Date /*Fecha*** **Relationship with student/*Parentesco con el estudiante***

BILITERACY/DUAL LANGUAGE IMMERSION PROGRAMS SURVEY 2025-2026

Office Use Only
Staff: _____
Grade:_____
Home School:_____
Home Language:_____

What is the Biliteracy/Dual Language Immersion Program?
A highly effective, research-based program that focuses on the acquisition of academic proficiency in English and Spanish while building cultural proficiency.

Who is it for?

- TK Students whose primary language is Spanish
- Incoming kindergarten students who can continue in the program through, at least, fifth grade.

Program Goals:

- Bilingualism: High levels of proficiency in English and a second language
- Biliteracy: High levels of academic proficiency in English and a second language
- Sociocultural Competence: Understanding of different cultures and development of high level of appreciation for different languages and cultures

School Options are subject to Change

2025-2026 Transitional Kindergarten (TK) Biliteracy Programs Programs Available at		
Chavez (TK-8)	Harrington (TK-5)	Ramona (TK-5)
Driffill (TK-8)	Lemonwood (TK-8)	Sierra Linda (TK)
Elm (TK-5)	McKinna (TK-5)	

2025-2026 Kindergarten Dual Language Immersion Programs Available at		
Chavez (K-8)	Harrington (K-5)	Ramona (K-5)
Curren (K-8)	Kamala (K-8)	Soria (K-8)
Driffill (K-8)	McKinna (K-5)	
Elm (K-5)	Lemonwood (K-8)	

Are you interested in the Dual Language Immersion Program?

- ☐ NO, not interested.
- ☐ YES, I give consent for my child's name to be placed in the DLI lottery for the 2025-2026 academic school year.
- ☐ Please list siblings if enrolled in the Dual Immersion Program and what school:
  1._____ 2. _____ 3._____ 4._____

Name of Student:_____
Last **First** **Middle Name**

Date of birth: _____ **Grade:** _____ **Primary Language:** _____
(Of student)

_____ _____/_____/_____
Parent name (please print) **Date**

_____ _(___)_____
Address **Best number to contact**

ENCUESTA SOBRE PROGRAMAS DE BILITERACIDAD/INMERSIÓN BILINGÜE 2025-2026

Para uso exclusivo de la oficina
Staff: _____
Grade:_____
Home School:_____
Home Language: _____

¿Qué es el programa de biliteracidad/inmersión bilingüe?

Es un programa altamente efectivo basado en investigaciones que se enfoca en la adquisición del dominio académico en inglés y español, a la vez que se desarrolla el dominio cultural.

¿Para quién es?

- Estudiantes de TK cuyo idioma principal es el español
- Estudiantes que entran al Kindergarten que pueden continuar en el programa por lo menos hasta quinto grado

Metas del programa:

- Bilingüismo: alto nivel de dominio del inglés y de un segundo idioma.
- Biliteracidad: alto nivel de aprovechamiento académico en inglés y en un segundo idioma.
- Conocimiento multicultural: comprensión de las diferentes culturas y desarrollo de un aprecio profundo por los distintos idiomas y diversas culturas.

Las opciones de escuelas están sujetas a cambios

El Programa de Biliteracidad de Kindergarten de Transición (TK) 2025-2026 está disponible en		
Chavez (K-8)	Harrington (TK-5)	Ramona (TK-5)
Driffill (TK-8)	Lemonwood (TK-8)	Sierra Linda (TK)
Elm (TK-5)	McKinna (TK-5)	
El Programa de Doble de Inmersión (DLI) 2025-2026 está disponible en		
Chavez (K-8)	Harrington (K-5)	Ramona (K-5)
Curren (K-8)	Kamala (K-8)	Soria (K-8)
Driffill (K-8)	McKinna (K-5)	
Elm (K-5)	Lemonwood (K-8)	

¿Está interesado(a) en el Programa de Doble Inmersión?

- ☐ NO, no tengo interés.
- ☐ SÍ, doy consentimiento para que mi hijo(a) esté en una lista de espera para el programa de doble inmersión (DLI) para el año escolar 2025-2026
- ☐ Por favor, anotar si tiene hermanos(as) en el programa de doble inmersión y en cuál escuela:
  1._____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Nombre del alumno:_____

Apellido **Primer nombre** **Segundo nombre**

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Idioma primario:_____

(del niño/a)

_____ _____/_____/_____

Nombre del padre or tutor legal **Fecha**

_____ __(___)_____

Domicilio **Número de teléfono**

Per California Assembly Bill 27, all families are required to complete this form annually. Completion of the form will help the district to determine if your child is eligible for McKinney-VentoAssistance services. The McKinney Vento Homeless Act, entitles all school-aged children experiencing homelessness access to the same free, appropriate public education that is provided to youth not experiencing homelessness. Schools are required to remove barriers to the enrollment, attendance, and success in school of students experiencing homelessness.

STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE/AFFIDAVIT 2025-2026

Student's Name:_____ **Birth Date:**_____/_____/_____ **Gender: M / F**

School Assigned:_____ **Grade Assigned:** _____

The student lives with:

☐ 1 parent (single parent) ☐ 2 parents ☐ 1 parent and another adult

☐ Alone with relatives ☐ Alone with no adults

☐ Court appointed legal guardian (Caregiver)

☐ An adult who is not the parent or legal guardian

☐ Foster parent(s)

☐ Group home

Presently, where is the student living? *Check one box:*

Do you and your student live in a single-family residence (house, apartment, condominium or mobile home) that is a fixed, regular, adequate nighttime residence that has running water, electricity and heat? ***Yes:*** _____ ***No:*** _____

☐ In a shelter (Light House, Kingdom Center, Winter Shelter, RAIN)

☐ In a motel/hotel, car, RV, or campsite, **temporarily due to inadequate housing**

☐ In a rented trailer/motor home on a private property

☐ Temporarily doubled-up in another family's house, mobile home, or apartment **due to loss of housing, financial problems (i.e. loss of job, eviction, or natural disaster), or economic hardship**

☐ Living alone, without any adult (unaccompanied youth)

☐ Renting a garage due to loss of housing or economic hardship

☐ In a group home

☐ In a foster home with foster parents

☐ Doubled up in a house, mobile home or apartment ***not*** due to economic hardship.

**********AFFADAVIT**********

Signing this form, I declare under penalty of the laws in the state of California that the foregoing is true and correct and of my own personal knowledge. In addition, I understand that the district reserves the right to verify the above listed residence information.

Signature of parent/legal guardian:_____ Date: _____

Address: _____

City: _____ Zip code: _____ Phone: _____

De acuerdo con el Proyecto de Ley 27 de la Asamblea de California, todas las familias deben completar este formulario cada año. El completar el formulario ayudará al distrito a determinar si su hijo/ hija es elegible para los servicios de asistencia McKinney-Vento. La Ley McKinney Vento da derecho a todos los niños en edad escolar sin hogar el acceso a la misma educación pública gratuita y adecuada que es proporcionada a los ninos que no tienen hogar. Se requiere que las escuelas eliminen las barreras para la inscripción, la asistencia y el éxito en la escuela de los estudiantes sin hogar.

CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES/DECLARACION JURADA 2025-2026

Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/ _____**Género: M/F**

Escuela asignada: _____ **Grado asignado:** _____

El estudiante vive con:

□ 1 padre (padre soltero) □ 2 padres (ambos padres) □ 1 padre y otro adulto

□solo(a) con familiares □ solo(a), sin adultos

□ El tutor legal designado por el tribunal
□ Un adulto que no es el padre o tutor legal
□ Padres de un hogar temporal (Foster parents)
□ En un hogar grupal

Actualmente, ¿dónde está viviendo el estudiante? ***Marque una casilla:***

¿Vive usted y su estudiante en una residencia unifamiliar (casa, apartamento, condominio o casa móvil) que es una residencia fija, regular y adecuada para la noche, que cuenta con agua de la red, electricidad y calefacción?

Sí:_____ No:_____

□ En un albergue (Light House, Kingdom Center, Winter Shelter, RAIN)
□ En motel/hotel, coche, vehículo recreativo (RV), o u n campamento, **temporalmente debido a una vivienda inadecuada.**
□ En un remolque/auto caravana fijos alquilados localizados en una propiedad privada.
□ Comparte temporalmente una vivienda, casa móvil o apartamento con otra familia debido a la pérdida de su vivienda, problemas financieros (**por ejemplo, pérdida de empleo, desalojo o desastre natural) o dificultades económicas.**
□ Vive solo, sin ningún adulto (joven no acompañado).
□ Alquila un garaje **debido a la pérdida de su vivienda o dificultades económicas.**
□ En un hogar grupal.
□ En un hogar de acogida con padres temporales.

*************************************DECLARACIÓN JURADA************************************

Al firmar este formulario, declaro, sujeto a las sanciones penales de las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto, a mi leal saber y entender. Además, entiendo que el distrito se reserva el derecho de verificar la información de residencia mencionada anteriormente.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____Código postal:_____Teléfono: _____

OXNARD SCHOOL DISTRICT
1051 SOUTH "A" STREET • OXNARD, CALIFORNIA 93030 • (805) 385-1501 ext. 2342
Educational Services Department

E.C. Staff

Name of Student_____ ID# _____
(Nombre del estudiante) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo Nombre)

Date of Birth (Fecha de Nacimiento):_____ School (Escuela): _____

Enrollment Date (Fecha de matriculación):_____ Teacher (Maestra):_____ Grade (Grado): _____

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 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

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en ingles a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. Which language did your son/daughter learn when he/she first began to talk?
   ¿Cuál idioma aprendió primero su hijo(a) cuando empezó a hablar? 1._____

2. What language does your son/daughter most frequently use at home?
   ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? 2._____

3. What language do you use most frequently to speak to your son/daughter?
   ¿Cuál idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? 3._____

4. Name the languages in the order most often spoken by the adults at home.
   ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? 4._____

5. If you responded Spanish to any of the questions 1-4, please indicate if you speak any other languages (such as Mixteco, Zapoteco, etc).
   Si su respuesta en cualquier de las preguntas 1-4 es español, por favor indique si habla algún otro idioma (por ejemplo, mixteco, zapoteco, etc). 5._____

State of California
Department of Education

_____ _____
Signature of parent or guardian/Firma del padre o tutor Date/Fecha

---

OFFICE USE ONLY

INITIAL LANGUAGE ASSESSMENT SUMMARY – RECORD

6. Home Language Survey: EO_____ Further Assessment_____
7. ELPAC Initial Assessment Notification (EL-05) Date: _____(given or mailed to parent)
8. Classification: EL_____ IFEP_____
9. Program Placement Date:_____ SEI____ ELM____ DLI____ BTK____ NCA____

TIMELINE:
#6-9 complete within 30 school days

DISTRIBUTION:
White copy of HLS in EL folder when completed
Yellow copy of HLS to ELS

Oral Health Notification Letter

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 http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral.)

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.benefitscal.com/.

3. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx).

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 Pupil Services at (805) 385-1501 extension 2161.

Sincerely,

Dr. Jodi Nocero
Director of Pupil Services

Carta de notificación oral

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 **<schools or districts should fill in local contact information--available at** http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral**.>**

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.benefitscal.com/.

3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en **<schools or districts should fill in local contact information--available at** http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx**.>**

¡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:

- 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 Servicios para Alumnos a (805) 385-1501 ext. 2161

Atentamente,
Dra. Jodi Nocero
Directora de Servicios para Alumnos

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.

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.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que a su hijo(a) le deben hacer un examen dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de salud dental acreditado por el estado de California que opera dentro su alcance de práctica, debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si se le hizo un examen dental su hijo(a) dentro de los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerse el examen dental, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (Llenada por el padre o tutor legal)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Apartamento/Unidad:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: □ Masculino □ Femenino
Nombre del Padre o Tutor:	Raza u origen étnico del(la) niño(a): □ Blanco □ Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Indio Americano □ Multirracial □ Otro_____ □ Hawaiano/Isleño del Pacífico □ Desconocido		

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

(Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)

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

Assessment Date: *(fecha de evaluación)*	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) *(Caries visibles y/o empastes presentes)* □ Yes *(sí)* □ No *(no)*	Visible Decay Present: *(Caries visibles presentes)* □ Yes *(sí)* □ No *(no)*	Treatment Urgency *(Urgencia del tratamiento)*: □ No obvious problem found *(no se encuentra ningún problema obvio)* □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) *(Se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional)* □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) *(Se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)*

_____	_____	_____
Licensed Dental Professional Signature *(Firma del profesional de salud dental)*	***CA License Number*** *(Número de Licencia de California)*	***Date*** *(Fecha)*

Sección 3: Exoneración del requisito de evaluación de salud dental

Debe completarlo el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito

Por favor excuse a mi hijo(a) del examen dental ya que: (Marque la casilla que mejor describa la razón)

□ No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Otro _____ □ Ninguno

□ No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).

□ No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.

Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental: _____

Si quiere ser excusado de éste requisito: ▶_____
Firma del padre o tutor legal ***Fecha***

La ley estipula que las escuelas deberán mantener la confidencialidad de la información de salud de los estudiantes. Debido a esta ley, el nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún informe. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
El original será guardado en el registro escolar del estudiante.

MIGRANT EDUCATION PROGRAM

YOU MIGHT QUALIFY FOR THE PROGRAM IF YOU WORK, OR HAVE WORKED, IN AGRICULTURE, LIVESTOCK, FISHERY OR DAIRY.

PLEASE PROVIDE US WITH THE INFORMATION BELOW

NAME OF THE STUDENT: _____

PARENT/GUARDIAN: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE # : _____ OTHER: _____

RETURN TO FORM TO ENROLLMENT CENTER
925 South A Street
Oxnard, Ca 93030
(805)385-1515

YOUR CHILDREN COULD QUALIFY FOR:

FREE

MEDICAL & DENTAL SERVICES

EDUCATIONAL SUPPORT

DROP-OUT PREVENTION

OUT-DOOR EDUCATIONAL EXPERIENCE

FOR MORE INFORMATION PLEASE CALL

805-437-1520

OR VISIT US

VENTURA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
5189 VERDUGO WAY,
CAMARILLO, CA 93012

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE

USTED PODRÍA CALIFICAR PARA EL PROGRAMA SI, USTED TRABAJA, O HA TRABAJADO, EN AGRICULTURA, GANADERÍA, PESCA O GANADERÍA LECHERA.

FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

PADRE/TUTOR LEGAL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO #: _____ OTRO: _____

POR FAVOR REGRESE EL FORMULARIO AL
Centro de Matrícula
925 South A Street, Oxnard, Ca 93030
(805)385-1515

SUS HIJOS PODRÍAN CLASIFICAR PARA:

SERVICIOS MÉDICOS Y DENTALES

APOYO ESCOLAR

PREVENCIÓN DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS AL AIRE LIBRE

GRATIS

PARA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR LLAME AL:

805-437-1520

O VISÍTENOS EN:

LA OFICINA DE EDUCACIÓN DEL CONDADO DE VENTURA
5189 VERDUGO WAY,
CAMARILLO, CA 93012

Ventura County Indian Education Consortium

Title VI Federal Project – Serving Public School Districts in Ventura County Since 1974

For Students with Native American Heritage

Dear Parent:

Your child may be eligible to enroll in the Title VI Indian Education Program if you, your child or his/her grandparent are an enrolled member of an American Indian tribe, band or group or Alaskan Native tribe or corporation or if you, your child or a grandparent have a Certificate of Degree of Indian Blood (CDIB).

To enroll, complete the attached **Program Enrollment Request AND Eligibility Certification Form (ED 506)**. Return both documents to your school office, to the mailing or email address below. Be sure to include a tribal enrollment number or a copy of other evidence (CDIB, village or tribal ID, birth certificate, etc.) and the address of the organization maintaining membership.

The ED 506 form is available in your school office or can be found on our website (https://www.venturausd.org/students/indian-education). For questions regarding eligibility contact our office at (805) 641-5000, Ext. 1193 or email robin.jacobs@venturausd.org. Our website provides helpful information for tracing your American Indian ancestry as well as other program information.

Each student of American Indian descent who enrolls in our program helps generate funds to support educational programming in Ventura County for students in grades K-12 with Indian heritage. If your child qualifies he/she will be entitled to receive free supplemental services which may include:

School Districts Served

ω Conejo Valley Unified • Fillmore Unified • Hueneme Elementary • Moorpark Unified • Ojai Unified • Oxnard Elementary • Oxnard Union High • Pleasant Valley• Rio • Simi Valley Unified • Ventura Unified (LEA) • Ventura Charter • Vista Real Charter

- Indian Studies lessons (with reading skills development)
- Counseling
- Career and College awareness
- Information about scholarships, grants and other financial aid available for American Indian students

Indian Education Program Enrollment Request

Attach to TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM and

*return to your child's school

*email to robin.jacobs@venturausŘ.org OR

*mail to: Ventura County Indian Education Consortium
Ventura Unified School District
255 W. Stanley Avenue, Suite 100
Ventura, CA 93001-1348

Student Name: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Phone Number: _____

Email Address: _____

School District:_____**School Name:**_____

Consorcio de Educación Indígena Estadounidense del Condado de Ventura

Proyecto federal Título VI – Sirviendo a los distritos escolares del Condado de Ventura desde 1974

Para estudiantes con ascendencia nativa estadounidense

Estimados padres de familia:

Su hijo podría ser elegible para participar y matricularse en el Programa de Educación Indígena Estadounidense, Título VI, si usted, su hijo, o sus abuelos están registrados como miembros de una tribu, banda o grupo indígena estadounidense, o una tribu o corporación nativa de Alaska, o si usted, su hijo o sus abuelos poseen un Certificado de Grado Sanguíneo Indígena Estadounidense (CDIB).

Para inscribirse, llene la Solicitud de Inscripción al Programa **Y** el Formulario de Certificación de Elegibilidad (F506). El formulario adjunto ED 506 también está disponible en la oficina de su escuela y por medio de nuestro sitio web (https://www.venturausd.org/students/indian-education). Entregue los documentos en la oficina de su escuela, por correo, o envíelos de manera digital, descargando los formularios, firmando el documento PDF y enviándolos a VUSD por correo electrónico a la dirección robin.jacobs@venturausd.org. Asegúrese de incluir el número de registro de su tribu o copia de otra evidencia (CDIB, identificación de su tribu o provincia, acta de nacimiento, etc.) y la dirección de la organización que posee dicha membresía. Para preguntas sobre elegibilidad, por favor contactar nuestra oficina al (805) 641-5000, extensión 1193 o envié un correo electrónico a a robin.jacobs@venturausd.org. Nuestro sitio web ofrece información útil para rastrear su ascendencia indígena y también otra información importante.

Cada estudiante que posee ascendencia indígena estadounidense, que está registrado en nuestro programa ayuda a generar fondos para respaldar los programas educativos del Condado de Ventura para estudiantes de K-12 grado que poseen ascendencia indígena. Si su hijo califica, él o ella tendrán el derecho de recibir servicios gratuitos suplementarios los cuales podrían incluir:

Distritos Escolares que se atienden

Conejo Valley Unified • Fillmore Unified Hueneme Elementary • Moorpark Unified • Ojai Unified • Oxnard Elementary • Oxnard Union High Pleasant Valley• Rio • Simi Valley Unified • Ventura Unified• Ventura Charter • Vista Real Charter

- Lecciones sobre estudios indígenas (incluyendo desarrollo de las habilidades de lectura).
- Consejería.
- Orientación sobre universidades y carreras.
- Información sobre becas académicas, subsidios y otra ayuda financiera disponible para los estudiantes indígenas estadounidenses.

Solicitud de Inscripción en el Programa de Educación Indígena

Adjunte esta porción al FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ESTUDIANTES INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES TÍTULO VI ED 506 y:

- Entréguelo en la escuela de su hijo, o
- Envíelo por correo electrónico a robin.jacobs@venturausd.org, o
- Envíelo por correo a:

Ventura County Indian Education Consortium
Ventura Unified School District
255 W. Stanley Avenue, Suite 100
VENTURA, CA 93001–1348

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Distrito escolar: _____ **Nombre de la escuela:** _____

ED 506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Name of School _____ School District _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (select only one): ____child ____child's parent ____child's grandparent

If the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- o Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- o Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement
I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____

For Parent/Guardians:

Definitions:
Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

Student Information: Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership: Write the name of the individual with the tribal membership, if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

Ventura County Indian Education Consortium
Student Photo, Video, and Media Release

Dear Parent/Guardian:

The Ventura County Indian Education Consortium, including all participating School Districts, ("VCIEC") is proud of the many accomplishments of our students and staff. Often, the VCIEC highlights these accomplishments on social media, websites, brochures, and other marketing and communications platforms. Such achievements also draw the attention of newspapers, television stations, or other media. On occasion, representatives from and/or employees of the VCIEC and/or an invitee of the VCIEC wish to photograph, videotape, and/or interview individuals in connection with school programs, projects, or events. We value your child's participation and ask for your permission to include them. To give your consent, please complete the form below.

I, _____, parent/guardian of _____ give permission for my child to be photographed, videotaped, and/or interviewed by representatives from and/or employees of the VCIEC for educational and/or marketing purposes. I authorize the use and reproduction by the VCIEC or anyone authorized by the VCIEC of any and all photographs and/or videotapes taken of my child, and/or their artwork without compensation to me/my child. All of these photographs/video recordings shall be the property, solely and completely, of the VCIEC. I waive any right to inspect or approve the finished product that may be used in conjunction with them.

This permission applies to photographs, likenesses, poses, acts, appearances, voice, use of musical instruments, artwork, and written work. Artwork includes musical, dramatic, and other performances and presentations, as well as all forms of visual and digital artwork. Areas where these images and/or sound reproductions may appear include but are not limited to any of the following: VCIEC, participating school, District or other websites, television broadcasts (including streaming services), slide shows, school newspaper, annual yearbook, social media such as Facebook, Instagram, Twitter, Nextdoor and LinkedIn or promotional material.

I understand that by granting the VCIEC permission to use my child's name, photographs, likenesses, poses, acts, appearances, voice, use of musical instruments, artwork, and/or written work, the VCIEC will retain the right to use and reuse, in any manner at all, the video, motion picture, audio recording or still photograph productions, broadcasts, publications, presentations, performances, and/or artwork as described above. I also understand that by granting the VCIEC permission to use my child's name, photographs, likenesses, poses, acts, appearances, voice, use of musical instruments, artwork, and/or written work in the above-described manner, I 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, still photograph, broadcasts, publications, presentations, performances, and/or artwork, including, without limitation, any and all claims for invasion of privacy and libel.

I understand that if my position on this authorization and release changes, I can revoke this document, in its entirety by contacting the VCIEC and notifying the coordinator in writing of said change.

☐ I grant permission for a media release for my child.

☐ I do not grant permission for a media release for my child.

_____ _____
Child's Name (Please print) Signature (Parent/Guardian)

_____ _____
Date Telephone Number

Granting of permission is voluntary. Please return completed form to the Ventura County Indian Education Consortium.

Consorcio del condado de Ventura para la educación indígena estadounidense
Publicación de fotografías estudiantiles, video y media

Estimado padre de familia/tutor legal:

El Consorcio del condado de Ventura para la educación indígena estadounidense ("VCIEC", por sus siglas en inglés), y todos los distritos escolares participantes, están orgullosos de los muchos logros de nuestros estudiantes y nuestro personal. A menudo, el VCIEC publica estos logros en las redes sociales, sitios web, folletos y otras plataformas de mercadotecnia y comunicaciones. Dichos logros también llaman la atención de los diarios, estaciones de televisión y otros medios de comunicación. En ocasiones, los representantes y/o empleados del VCIEC y/o algún invitado del VCIEC desean fotografiar, grabar en video y/o entrevistar personas en relación a los programas escolares, proyectos o eventos. Nosotros valoramos la participación de su hijo y solicitamos su permiso para incluirlo. Para dar su consentimiento, por favor complete el siguiente formulario.

Yo, _____, padre/madre/tutor legal de _____ doy permiso para que mi hijo sea fotografiado, video grabado y/o entrevistado por representantes y/o empleados de VCIEC o cualquiera autorizado por VCEIC con motivos de marketing. Autorizo el uso y reproducción de parte del VCIEC o cualquier persona autorizada por el VCIEC de todas y cada una de las fotografías y/o grabaciones de vídeo tomadas de mi hijo, y/o sus trabajos artísticos sin compensación para mí/mi hijo. Todas estas fotografías/grabaciones de vídeo serán de propiedad, única y total, del VCIEC. Renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado que pueda utilizar dichas fotografías y/o grabaciones de video, etc.

Este permiso se aplica a fotografías, reproducciones, poses, actuaciones, apariciones, voz, uso de instrumentos musicales, trabajos artísticos y escritos. Las trabajos artísticos incluyen actuaciones y presentaciones musicales, dramáticas y similares, así como todas las formas de arte visuales y digitales. Las áreas donde estas imágenes y/o reproducciones sonoras pueden aparecer incluyen pero no se limitan a cualquiera de las siguientes: VCIEC, escuela participante, sitios web del distrito u otros, transmisiones de televisión (incluyendo servicios de transmisión digital por internet), presentaciones de diapositivas, periódico escolar, anuario escolar, redes sociales de comunicación como Facebook, Instagram, Twitter, Nextdoor y LinkedIn o material promocional.

Comprendo que al conceder al VCIEC permiso para usar el nombre de mi hijo, fotografías, reproducciones, poses, actuaciones, apariciones, voz, uso de instrumentos musicales, trabajos artísticos y/o trabajo escrito, el VCIEC conservará el derecho de usar y reutilizar, de cualquier manera, el video, la película, la grabación de audio o las producciones de fotografías, emisiones, publicaciones, presentaciones, representaciones y/otrabajos artísticos segun se describe anteriormente. También entiendo que al otorgar al VCIEC permiso para usar el nombre de mi hijo, fotografías, reproducciones, poses, actuaciones, apariciones, voz, uso de instrumentos musicales, trabajo artístico y/o escrito de la manera anteriormente descrita. Mediante la presente exonero y descargo al Distrito de todos y cada uno de los reclamos, acciones y demandas, que surjan del uso o conexión con dicho video, película, grabación de audio, fotografía fija, emisiones, publicaciones, presentaciones, actuaciones y/o obras de arte, incluyendo, sin limitación, cualquier y todos los reclamos por invasión de la privacidad y difamación.

Comprendo que si mi posición sobre esta autorización y exoneración cambia, puedo revocar este documento, en su totalidad poniéndome en contacto con el VCIEC y notificando al coordinador por escrito sobre dicho cambio.

☐ Doy permiso para la divulgación de materiales mediaticos de mi hijo.
☐ No doy permiso para la divulgación de materiales medáticos de mi hijo.

Nombre del estudiante (letra imprenta)	Firma de padre/madre/tutor legal
Fecha	Número de teléfono

Por favor llene y entregue este formulario al Consorcio del Condado de Ventura para la Educación Indígena Estadounidense.