Dear Parents/Guardians,

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

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

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

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

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

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

We are excited to welcome you to the Bellevue Union School District and we wish you positive experiences throughout your time with us.

With pride and gratitude,

Michael Kellison

Superintendent

Estimados Padres/Tutores,

Tenemos el placer que Uds. han seleccionado reunirse con la comunidad de Bellevue Union School District (BUSD). BUSD proporciona a su niño con una educación de calidad en un ambiente enriquecedor y de apoyo. Nos enfocamos en el "Niño Entero" y nos asociamos con su familia para apoyar el desarrollo académico y social de su niño desde el Kindergarten de Transición al 6° Nivel Académico.

BUSD ofrece un programa académica y extracurricular magnífico enseñado por personal altamente calificado y personal de apoyo. Animamos a Uds. repasar nuestro:

- Gratuito Cuida niños después del horario escolar regular
- Equipos de deportes y programa de música después del horario escolar regular
- Programa de Inmersión Dual del Lenguaje español en Kawana Springs
- Programas preescolares
- Clases de Kindergarten de Transición y de Kindergarten de día completo
- Dispositivos de tecnología para todos los estudiantes
- Gratuitos, Comidas recién cocinadas servidas por cocineros escolares
- Oportunidades de educación para padres
- Eventos Comunitarios

Nuestra misión es inspirar aprendizaje de toda la vida. En hacerlo, prepararemos a nuestros estudiantes con el conocimiento y destrezas necesarios para tener éxito en el siglo 21.

Nuestra visión es atraer y valorar a nuestras familias, estudiantes y personal. Esto es lo que hace nuestras escuelas especiales. Los miembros del personal BUSD, en asociación con Uds., tienen el compromiso de asegurar que su niño sea atraído en oportunidades de aprendizaje extraordinarias.

Inscribir a su niño en una escuela nueva puede ser abrumador, pero no se preocupe, estamos aquí para apoyarles a Uds. y a su niño durante este proceso.

Estamos emocionados de darles la bienvenida a Bellevue Union School District y les deseamos experiencias positivas durante su tiempo con nosotros.

Con orgullo y gratitud,



Michael Kellison
Superintendente

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

21st Century Skills for a Global Workforce

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

Cognitive-Academic Development

- High academic achievement
- Strong Bilingualism
- Increase brain functioning

Multicultural Competencies

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

Leadership

- Communication Skills
- Critical thinking
- Problem solving
- Planning

Socio-Emotional Well Being

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



PILLARS OF DUAL IMMERSION



BILINGUALISM/ BILITERACY

GRADE LEVEL ACADEMIC ACHIEVEMENT

SOCIOCULTURAL COMPETENCE

Bellevue Union School District
Dual Immersion

Phone: (707) 545-4283
Website: https://ks.busd.org/
2121 Moraga Drive
Santa Rosa, CA 95404

WHY DUAL IMMERSION ¿POR QUÉ INMERSIÓN DUAL?

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

Habilidades del siglo 21 para una fuerza Laboral Global

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

Desarrollo Cognitivo-Académico

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

Competencias Multiculturales

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

Liderazgo

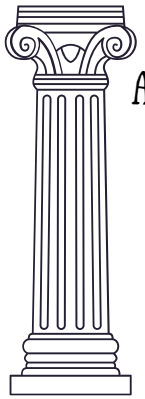
- Habilidades de comunicación
- Pensamiento crítico
- Resolución de problemas
- Planificación

Bienestar socio-emocional

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



PILARES DE INMERSIÓN DUAL



BILINGÜISMO/ ALFABETIZACIÓN BILINGÜE

RENDIMIENTO ACADÉMICO A NIVEL DE GRADO

COMPETENCIA SOCIOCULTURAL

Inmersión Dual de Bellevue Union School District

Teléfono: (707) 545-4283
Sitio de web: https://ks.busd.org/
2121 Moraga Drive
Santa Rosa, CA 95404

New Student Intake Checklist

Name_____ Date_____

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

_____ Child's birth date/legal name verification document: birth certificate, hospital certificate or passport

_____DOB must be on or before September 1, 2020
For Kindergarten (5 years old)

_____DOB must be on or before September 1, 2021
For Transitional Kindergarten (4 years old)

_____Proof of Address

_____Complete Registration Form

_____White Emergency Card (signed and filled out)

_____Physical Exam (Encouraged for medically relevant info like allergies, but no longer required)

_____Dental Exam (needs to be done after July 2024)
(needs to be signed by parent and dentist)

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

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

Immunization Requirements

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

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

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

_____Hep B 3 doses (series)

_____Varicella 2 dose or must have had disease verified by doctor

Office Use Only
*Date/Time Received*_____*Intake Person*_____
*Siblings*_____*In District*___*Out Of District*___*IDT*___

Lista de Control de Admisión al Kindergarten

Nombre_____ Fecha_____

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

_____ Fecha de nacimiento del niño/documento de verificación del nombre legal: certificado de nacimiento, certificado del hospital o pasaporte

_____Fecha de Nacimiento tiene que ser el día o antes del 1 de septiembre, 2020 para el Kindergarten (5 años)

_____ Fecha de Nacimiento tiene que ser el dia o antes del 1 de septiembre, 2021 Para Kindergarten de Transición (4 años)

_____Prueba de Dirección

_____Forma de Inscripción Completa

_____Tarjeta Blanca de Emergencia (firmada y completada)

_____Examen Físico (Se recomienda para información médica relevante, como alergias, pero ya no es obligatorio)

_____Examen Dental (necesita estar hecho después de julio de 2024)
(Necesita estar firmado por el padre y el dentista)

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

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

Requisitos de las Inmunizaciones

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

Office Use Only

*Date/Time Received*_____*Intake Person*_____

*Siblings*_____*In District*___*Out Of District*___*IDT*___

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM
Page 1 of 2

Enrollment Date:_____ *School Use Only* | School Year: 20___-___

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

Teacher Assignment: SCHOOL USE ONLY | Registration Date: | Birth Certificate Verified:

STUDENT'S NAME:						
	Last Name			First Name		MI
LEGAL NAME:						
	Last Name			First Name		**GRADE**
BIRTH DATE:				**GENDER:** □ Male □ Female	**PHONE:**	
	MONTH	DAY	YEAR	□ Non-Binary	□ Cell	
HOME ADDRESS:						
	Street			City	State	Zip Code
					DATE FIRST ATTENDED TK-6 IN CALIFORNI	
BIRTH PLACE:						
	City	State			MONTH DAY YEAR	

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

□ Graduate Degree or Higher (10) □ College Graduate (11) □ Some College or AA Degree (12)
□ High School Graduate (14) □ Not a High School Graduate (14) □ Decline to state

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

□ Graduate Degree or Higher (10) □ College Graduate (11) □ Some College or AA Degree (12)
□ High School Graduate (14) □ Not a High School Graduate (14) □ Decline to state

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

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

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

□ American Indian or Alaskan □ Vietnamese (204) □ Other Asian (208) □ Tahitian (304)
□ Chinese (201) □ Asian Indian (205) □ Hawaiian (301) □ Other Pacific Islander (399)
□ Japanese (202) □ Cambodian (207) □ Guamanian (302) □ African American or Black (600)
□ Korean (203) □ Hmong (208) □ Somoan (303) □ White (700)

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

SPECIAL SERVICES *Please check any services your child has received.*

□ Special Education □ Special Day Class (SDC) □ English Language □ SARB-Attendance
□ 504 □ Resource (RSP) □ Speech □ Counseling
□ Gifted (GATE) □ Other (please specify):

PROOF OF RESIDENCY: California Education Code requires proof of residency in any District within which you are registered.
The following proof has been provided upon registration:

□ Rent Receipt/lease □ PG&E Bill □ Phone Bill □ Other_____
□ Purchase of Property Contract □ McKinney/Vento Affidavit

LAST SCHOOL ATTENDED:

Name:_____ Grade(s): _____ Telephone:_____
Address: City: State: Zip:_____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: DATE:

Original - Cum Folder Copy - Nurse Copy - Bilingual Dept

Bellevue Union School District

STUDENT REGISTRATION FORM
Page 2 of 2

Enrollment Date:_____ *School Use Only*			School Year: 20___-___
School Site: *SCHOOL USE ONLY*	Student ID No: *SCHOOL USE ONLY*		GRADE SCHOOL USE ONLY
Teacher Assignment: SCHOOL USE ONLY	Registration Date:		Birth Certificate Verified:

STUDENT'S NAME:			
	Last Name	First Name	MI

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

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

Home Langauge Survey

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

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

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

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

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

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

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

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:	DATE:

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE Página 1 de 2

Enrollment Date:_____ *School Use Only*			School Year: 20___-___
School Site: *SCHOOL USE ONLY*	Student ID No: *SCHOOL USE ONLY*		GRADE SCHOOL USE ONLY
Teacher Assignment: SCHOOL USE ONLY	Registration Date:		Birth Certificate Verified:

NOMBRE de Estudiante						
	Apellido			Nombre		Inicial
NOMBRE LEGAL :						
	Apellido			Nombre		GRADO
FECHA DE NACIMIENTO:				GENERO: □ Masc. □ Fem.	TELEFONO	
	MES	DIA	AÑO	□ No bionario	□ Movil	
DOMICILIO:						
	Calle			Ciudad	Estado	Código
					FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA	
LUGAR DE NACIMIENTO:						
	Ciudad	Estado		País	MES DIA AÑO	

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 1: □ Madre □ Padre □ madrastra □ padrastro □ guardián/a

□ Licenciado o Mayor (10) □ Graduado de la Univ. (11) □ Algún Colegio o Licenciado AA (12)
□ Graduado de la Secundaria (14) □ No Graduado de la Secundaria (14) □ declinar al estado

EDUCACION DEL PADRE/guardián/a 2: □ Madre □ Padre □ madrastra □ padrastro □ guardián/a

□ Licenciado o Mayor (10) □ Graduado de la Univ. (11) □ Algún Colegio o Licenciado AA (12)
□ Graduado de la Secundaria (14) □ No Graduado de la Secundaria (14) □ declinar al estado

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

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

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

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

SEVICIOS ESPECIALES *Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.*

□ Educación Especial
□ 504
□ Con Talento(GATE)
□ Lectura y/o Matemát
□ Recursos (RSP)
□ Otro (favor de especificar):
□ Estudiante de Lenguaje
□ Logopeda
□ SARB-Mesa Directiva
□ Aconsejería

PRUEBA DE RESIDENCIA: El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación.
La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matricualción:

□ Recibo de Aquiler/arrendamiento □ Cuenta de PG&E □ Cuenta de Teléfono □ McKinney/Vento □ Otro_____
□ Acuerdo de Compra de Propiedad

LA ULTILMA ESCUELA de ASISTENCIA:

Nombre:_____ Grado(s): _____ Telefono _____
Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado: _____ Código: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: FECHA:

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE
Página 2 de 2

Enrollment Date:_____ *School Use Only*			School Year: 20___-___
School Site: *SCHOOL USE ONLY*	Student ID No: *SCHOOL USE ONLY*		GRADE SCHOOL USE ONLY
Teacher Assignment: SCHOOL USE ONLY	Registration Date:		Birth Certificate Verified:

NOMBRE de Estudiante			
	Apellido	Nombre	Inicial

RESIDENCIA: Favor de marcar la caja apropriada - *dónde su niño/familia actualmente viven(Federalmente requerido -NCLB)*
□ En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana) □ En un Motel/Hotel (09)
□ Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11)
□ Sin hogar (carro/campamento) ampamento □ En programa de refugio de hogar o transitorio (10)
□ Otro (15) (favor de especificar) _____

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Instrucciones para padres y tutores:

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 ayudarán idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma 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 cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) 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. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____

2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____

3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____

4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar?
(padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

Mi firrma indica que yo he leído y entiendo la forma de matriculación.También certifica que la información en esta forma es verdadera y correcta. Mi firma afirma que mi niño/a vive conmigo en esta dirección (afirmado por la cuenta de PG&E, la cuenta más reciente con mi nombre). Yo entiendo que cualquier cambio de información de vivienda (dirección, número de teléfono, custodia) se tiene que informar a la escuela, examinado y verificado entre 30 días del cambio. La falsificación de información será motivo para invalidar la matriculación del estudiante.

FIRMA DE PADRE/TUTOR: FECHA:

Bellevue Union Student Emergency Form Teacher_____Rm.____

Student Name:_____ Home Phone:_____
Last First Middle Initial

Address: _____ Birthdate: ___/___/___ Sex: ☐M ☐F ☐Non Binary

Parents: _____ Step ☐ Foster ☐ Guardian ☐

Parent 1 Work_____ Cell Phone _____ Work Phone_____

Parent 2 Work_____ Cell Phone _____ Work Phone_____

Student Lives with:____ Parent 1___ Parent 2___ Legal Guardian_____ Other

Primary Language ☐Eng ☐Span ☐Other_____

Parent 1 email_____ Parent 2 Email_____

Emergency Contact:

1. Name _____ Relationship_____ Phone: _____ ☐cell
2. Name _____ Relationship_____ Phone: _____ ☐cell

Permission to transport Student

We, the undersigned (parent/guardian) of_____ , do hearby grant permission for the
student's name

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

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante Maestro_____Salon_____

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

Domicilio _____ Fecha de nacimiento_____ _____Sexo: ☐ M ☐ F ☐no bionario

Padres: _____ Padrastros ☐ Foster ☐ Tutor legal ☐

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

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

El estudiate vive con Madre/Padre 1_____ Madre/Padre 2_____ Tutor Legal_____ Otro_____

Lengua Primaria ☐Ingles ☐Espanol ☐Otro_____

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

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono:_____ ☐ movil
2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono:_____ ☐ movil

Permiso de Transportar al Estudiante

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de_____ , por la presente damos permiso para
nombre de estudiante

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

Firma de padre/tutor_____ Fecha:_____

Bellevue Union Student Emergency Form Teacher_____Rm.____

Family Health Care

Physicians Name:_____ Phone:_____

Medi-Cal: ☐ Yes ☐ no

Address:_____

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

Parent Signature:_____ Date:_____

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

If yes, doe sthe medication need to be dispensed at school.			☐ Yes	☐ No
☐	Bee Sting	Epi-Pen	☐ Yes	☐ No
☐	Asthma	Inhaler	☐ Yes	☐ No
☐	Diabetes	Insulin	☐ Yes	☐ No
☐	Vision/Hearing	Glasses	☐ Yes	☐ No
☐	Allergies_____			
☐	Other_____			

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

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

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

_____ to_____

Date Date

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante Maestro_____Salon_____

Nombre del medico_____ Numero de telefono:_____

Medi-Cal: ☐ si ☐ no

Direccion:_____

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

Firma del padre:_____ Fecha:_____

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

Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?			☐ Si	☐ No
☐	Picadura de abeja	Epi-Pen	☐ Si	☐ No
☐	Asma	Inhalador	☐ Si	☐ No
☐	Diabetes	Insulina	☐ Si	☐ No
☐	Vision/el Oir	anteojos	☐ Si	☐ No
☐	Alergias_____			
☐	Otro_____			

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela_____en el Distrito Escolar de Bellevue Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____ soy el tutor legal de_____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la oficina de la escuela. Yo doy permiso a_____ de hacer las decisiones educativas y medicas de

nombre del individuo

_____ a_____

fecha fecha

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

Dear Parent or Guardian:

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

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/.
California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

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

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp.

3. For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

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

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

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

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

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

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

Attachment

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

Estimado Padre, Madre o Tutor:

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

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

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

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp.

3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

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

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

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.

- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.

- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.

- Limite las sodas y los dulces.
    - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y remplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

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

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

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

Oral Health Assessment Form

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

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

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

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

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

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

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature ***CA License Number*** ***Date***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ▶_____

Signature of parent or guardian ***Date***

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

Original to be kept in child's school record.

Requisito de evaluación/exención de salud dental para ingreso escolar

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

Sección 1: <u>Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor</u>

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

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

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

_____

Dental professional's signature ***Date***
Firma del profesional de salud dental *fecha*

El original será guardado en el registro escolar del menor.

Sección 3*:* Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:
(Por favor marque el espacio que describe la razón)

□ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.
Mi hijo está cubierto con el seguro: □ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □Healthy Kids □Ninguno □Otro _____

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

□ No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

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

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

_____

Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

El original será guardado en el registro escolar del menor.

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

1. I consent to my child's name being included on a classroom list that is available to the public.

2. I consent to receiving official communications by telephone, text, ParentSquare, and/or email from my child's school/district regarding school/district emergencies and related issues.

X_____

Signature

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

1. Yo doy consentimiento de que el nombre de mi niño esté incluido en una lista del salón que es disponible al público.

2. Yo doy consentimiento de recibir comunicaciones oficiales por teléfono, texto, ParentSquare, y/o correo electrónico de la escuela/distrito de mi niño sobre emergencias y asuntos relacionados de la escuela/distrito.

X_____

Firma

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

FORMULARIO DE REFERENCIA
REFERRAL FORM

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL */ THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL*

¿Le gustaría seguir apoyando a su hijo/a para que tengan éxito en la escuela? ¡El Programa de Educación Migrante es un excelente recurso!
Would you like to continue assisting your child in school? The Migrant Education Program is an excellent resource!

1. ¿Ha trabajado algún miembro de su familia en la agricultura, ganadería, pesca o industria forestal en los últimos tres años? YES ☐ NO ☐
Has any member of your family worked in agriculture, livestock, fishing or logging in the last three years?

2. ¿Se mudó su familia al pueblo/ciudad donde viven en los últimos tres años? YES ☐ NO ☐
Did your family move to the town/city where you live in the last three years?

Si contestó "SÍ" a ambas preguntas, su hijo/a podría ser elegible para recibir servicios educativos. Por favor anote los siguientes datos y entregue este formulario. ¡Gracias!
If you answered "YES" to both questions, your child could be eligible to receive educational services. Please provide the following information and return this form. Thank you!

Fecha*/Date:*_____

Nombre de los Padres/*Parents' Name*:_____

Número de Teléfono*/Telephone Number*:_____

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

Nombre del Estudiante*/Student's Name:*_____

Fecha de Nacimiento*/Date of Birth:*_____

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

FOR MIGRANT EDUCATION RECRUITMENT STAFF USE ONLY
Date:_____Notes:_____
Date:_____Notes:_____

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