

**CHUALAR SCHOOL ELEMENTARY
STUDENT INFORMATION***Grado**Maestro/a**Fecha Matriculado***2024 - 25**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Masculino ☐ Femenino ☐ Edad: _____ Apellido Nombre Lugar de Nacimiento- Ciudad: _____ Estado: _____ Pais: _____

Domicilio Físico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Domicilio Postal/P.O.Box: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Telefono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Salud, medicina o problemas alérgicos: _____ Doctor/Hospital: _____ Teléfono: _____

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

El estudiante ha estado matriculado en las escuelas de California desde (año): ____ El estudiante ha sido alguna vez expulsado de la escuela? ☐ Si ☐ NoMes y año en que fue matriculado en los E.U.: _____ Alguna vez ha recibido su niño(a) Educación Especial? ☐ Si ☐ No

Última escuela que asistió: _____ Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

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

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

He recibido el aviso de los derechos y responsabilidades de los padres. ☐ Si ☐ NoMi hijo/a tiene mi permiso de participar en excursiones, programas de después de escuela y actividades de la escuela. ☐ Si ☐ No**HERMANOS Y HERMANAS**

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Grado	Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Grado
-----------------	---------------------	-------	-----------------	---------------------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

INFORMACIÓN DE PADRE

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

Padre/Guardian: _____

¿Vive con el estudiante? ____ Si ____ No

Numero de telefono: _____

Empleador: _____

Dirección de Negocio: _____

Teléfono de Negocio: _____

Nivel Educativo del Papa☐ No es graduado de la Secundaria ☐ Graduado de la Secundaria☐ Algo de Colegio ☐ Graduado del Colegio☐ Capacitación de postgraduados

Padre/Guardian: _____

¿Vive con el estudiante? ____ Si ____ No

Numero de telefono: _____

Empleador: _____

Dirección de Negocio: _____

Teléfono de Negocio: _____

Nivel Educativo del Papa☐ No es graduado de la Secundaria ☐ Graduado de la Secundaria☐ Algo de Colegio ☐ Graduado del Colegio☐ Capacitación de postgraduados

Yo certifico con mi firma que toda la información dada anteriormente es correcta según mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

**CHUALAR SCHOOL ELEMENTARY
STUDENT INFORMATION**GradeTeacherDate Enrolled**2024 - 25**

Student Name: _____ Birth Date: _____

Male ☐ Female ☐ Age: _____ Birthplace- City: _____ State: _____ Country: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Mailing Address/P.O.Box: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Telephone: _____

Emergency Contact: _____ Telephone: _____

Emergency Contact: _____ Telephone: _____

Health, medicine or allergies: _____ Doctor/Hospital: _____ Telephone: _____

Languages spoken by student: _____ Primary Language(s) spoken at Home: _____

Student continuously enrolled in California schools since (year): _____ Has your child ever been expelled from school? ☐ Yes ☐ NoFirst month and year enrolled in U.S. school: _____ Has your child ever received Special Education? ☐ Yes ☐ No

Last school attended: _____ Address: _____ City/State/Zip Code: _____

In an emergency due to illness, accident, or field trip, when we cannot be contacted, the school authorities have our permission to use their best judgment in the interest of our student's health. We understand the school assumes no financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of an emergency. ☐ Yes ☐ No

I have received and read the Parent/Student Rights & Responsibilities booklet. ☐ Yes ☐ NoI have read and understand the School Uniform Policy. ☐ Yes ☐ No

I have read and understand the Network and Internet Acceptable Use Policy and give permission for my child to utilize the computers and have Internet access for school-related purposes. ☐ Yes ☐ No

My child has permission to be photographed or videotaped. ☐ Yes ☐ NoMy child has permission to participate in school field trips, after school programs, and school activities. ☐ Yes ☐ No**SIBLINGS**

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

PARENT INFORMATION☐ Parent/Guardian works in agriculture, fresh food processing, forestry or commercial fishing and has to move because of their job.

Father/Guardian: _____

Living with student? ☐ Yes ☐ No

Father's Cell Phone: _____

Employer: _____

Business Address: _____

Business Phone: _____

Father's Education Level

☐ Not a high school graduate ☐ High School Graduate
☐ Some College ☐ College Graduate
☐ Post Graduate

Mother/Guardian: _____

Living with student? ☐ Yes ☐ No

Mother's Cell Phone: _____

Employer: _____

Business Address: _____

Business Phone: _____

Mother's Education Level

☐ Not a high school graduate ☐ High School Graduate
☐ Some College ☐ College Graduate
☐ Post Graduate

I certify by my signature that all information given above is accurate to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR DE CHUALAR
ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

PERMANENT RECORD
DO NOT REMOVE

FECHA ESCUELA MAESTRO/A GRADO

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se hable en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Nombre del Estudiante: _____ Apellido _____

Primero Segundo Fecha de Nacimiento GRADO
Apellido Primero Segundo Fecha de Nacimiento

1. ¿Cuando su hijo/a empezó a hablar, cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Qué idioma usa principalmente su hijo/a cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Qué idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? _____
4. ¿Qué idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____
5. ¿En donde nació su niño/a? País: _____ Estado: _____ Ciudad: _____
6. El mes y el año en que el alumno entró a una escuela de los E.U. _____ / _____
Mes Ano
7. El mes y año en que primero entró el estudiante a una escuela de los E.U. _____ / _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

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

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL

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

Re-designation Date: _____

Follow-up Date: _____



CHUALAR UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME LANGUAGE SURVEY

PERMANENT RECORD
DO NOT REMOVE

DATE

SCHOOL

TEACHER

GRADE

The California Education Cde requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested.

Student Name: _____

Last

First

Middle

GRADE

Date of Birth

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

2. What language does your child use most frequently at home? _____

3. What language do you use most frequently to speak to your child? _____

4. Name the language most often spoken by the adults at home. _____

5. Wher was your child born? Country: _____ State: _____ City: _____

6. Month and year that student entered the U.S. _____ / _____

Month

Year

7. Month and year that the student first entered a U.S. school _____ / _____

Month

Year

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____

NOTE: When you indicate a language other than English, we are legally required to test your child's English language proficiency. You will be notified of the results of that test.

FOR OFFICE USE ONLY

(Indicate L or F)

English

EO _____

School

Date

Grade

Score

LEP

FEP

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

Spanish

School

Date

Grade

Score

LEP

FEP

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

Re-designation Date: _____

Follow-up Date: _____



Chualar Union Elementary School District

24285 LINCOLN STREET, CHUALAR, CA 93925

PHONE: 831.679.2504

FAX: 831.679.2071

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

Student Name/*Nombre del Estudiante*: _____

Grade/*Grado*: _____ Birthdate/*Fecha Natal* (m-mes) _____ (d-día) _____ (yyyy/ano) _____

School Name/*Nombre de la Escuela*: _____

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

☐ **Not Hispanic or Latino**

☐ **Hispanic or Latino** (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

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

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

☐ **Native Indian of the Americas or Alaskan Native (100)** (A person having origins in any of the original peoples of North or South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.)

☐ **Asian (200)** (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.)

☐ **Native Hawaiian or Pacific Islander (300)** (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.)

☐ **Black or African American (600)** (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.)

☐ **White (700)** (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

For the 2024-25 school year, school districts in California are required to follow the standards on collecting individual-level race and ethnicity data as specified by the U.S. Department of Education (ED) Section 8310.5.

CUAL ES EL ORIGEN ETNICO DE SU NIÑO/A? (Por favor marque uno):

☐ **NO Hispano o Latino**

☐ **Hispano o Latino** (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, o centroamericano, sin importar su raza.)

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

¿CUAL ES LA RAZA DE SU NIÑO/A? (Puede hacer hasta 5 selecciones):

☐ **Indio Nativa de las Américas o Nativo de Alaska (100)** (Una persona de origen de cualquier pueblo original de Sudamérica o Norteamérica (incluyendo Centroamérica), quien mantiene afiliación a su tribu o vínculo a su comunidad.)

☐ **Asiático (200)** (De origen de cualquier pueblo original del Lejano Oriente, Asia del Sur, o el Subcontinente de la India, incluyendo, por ej., Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y, Vietnam.)

☐ **Hawaiano o Isleno del Pacífico (300)** (De origen de cualquier pueblo original de Hawaii, Guam, Samoa Norteamericana, u otras Islas del Pacífico.)

☐ **Negro o Afroamericano(600)** (Una persona con orígenes en cualquier grupo de raza negra de África.)

☐ **Anglosajón (700)** (De origen en cualquier pueblo original de Europa, Medio Oriente o Norte de África.)

Para el año escolar 2024-25, los distritos escolares de California deben seguir los estándares sobre la recopilación de datos de raza y etnia a nivel individual, según lo especificado en la Sección 8310.5 del Departamento de Educación (ED) de EE. UU.



Monterey County Office of Education Homeless Children and Youth Services Program 2024-25

Student Housing Questionnaire

The information provided below will help determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Birthdate: _____ Grade: _____
Parent(s)/Guardian(s) Name: _____
Address: _____ City: _____
State: _____ Zip: _____ Contact Number: _____

PLEASE CHECK THE BOX BELOW WHICH BEST DESCRIBES YOUR CURRENT LIVING ARRANGEMENT

- | | |
|--|--|
| ☐ Rent or own a home, mobile home, apartment, or condominium. | ☐ Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or transitional housing |
| ☐ Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing | ☐ Moving from place to place/couch surfing |
| ☐ Temporarily living in a motel or hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, or similar reason | ☐ Living in car, RV, park, campsite, encampment, or on the street |
| | ☐ Living in a residence with inadequate facilities (no water, no heat, or no electricity), shed, or unconverted garage. |

PLEASE LIST ANY ADDITIONAL CHILDREN LIVING WITH YOU – They qualify for services, too!

Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____
Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____
Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____

YOUR CHILD OR CHILDREN MAY HAVE THE RIGHT TO:

*Immediate enrollment in the school they last attended or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents needed to enroll. *Continue to attend their school of origin. *Receive transportation to and from their school of origin. *Receive special programs and services. *Free school meals. *Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children and youth.

As the parent/guardian of the above-named child, I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information provided here is true and correct.

Signature: _____ Date: _____

FOR DISTRICT PERSONNEL ONLY

For data collection purposes and student information system coding.

- ☐ Student not covered by the McKinney-Vento Act. ☐ Student covered by McKinney-Vento Act



Monterey County Office of Education Homeless Children and Youth Services Program 2024-25

Cuestionario de Vivienda para Estudiantes

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que su estudiante puede recibir según la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento brinda servicios y apoyos para niños y jóvenes sin hogar. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el personal del distrito escolar y del sitio correspondiente.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Nombre del padre(s)/tutor(es): _____ Número de contacto: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU ACTUAL ARREGLO DE VIVIENDA

- Alquila o es propietario de una casa, casa móvil, apartamento o condominio
- Comparten vivienda con otro (s) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de alojamiento adecuado
- Está en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o vivienda transitoria
- Moviéndose de lugar en lugar cada noche
- Vive en un automóvil, una casa rodante, un parque, un campamento, o en la calle
- Vivir en una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, sin calefacción o sin electricidad), cobertizo o garaje
- Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER NIÑO ADICIONAL QUE VIVA CON USTED

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

SU HIJO O NIÑOS PUEDEN TENER DERECHO A:

Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos necesarios para inscribirse. * Continuar asistiendo a su escuela de origen. * Recibir transporte de y a su escuela de origen. * Recibir programas y servicios especiales. * Comidas escolares gratuitas. * Recibe las protecciones completas y servicios provistos bajo todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños y jóvenes sin hogar.

Como padre / tutor del niño mencionado anteriormente, declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA PERSONAL

For data collection purposes and student information system coding.

☐ Student not covered by McKinney-Vento

☐ Student covered by McKinney-Vento

Chualar Union Elementary School District

HEALTH INFORMATION REPORT

HEALTH DATA is very important. Your information is confidential.

PLEASE PRINT

Child's Name: _____

Date of Birth: _____ Last _____ First _____ MI _____
Boy ____ Girl: ____ Birthplace: _____

Address: _____ Zip Code: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Name of Last School Attended: _____

Name City State Zip Code

<u>Relationship to Child (Circle)</u>	<u>Name of Person</u>	<u>Check if living with student</u>	
Father/Stepfather	_____	_____	
Mother/Stepmother	_____	_____	
Guardian	_____	_____	
Brothers	_____	_____	DOB: _____
	_____	_____	DOB: _____
Sisters	_____	_____	DOB: _____
	_____	_____	DOB: _____

Please answer YES or NO to the following questions. If you answer YES on any of the questions, please explain in more detail.

____ Did the child's mother experience a normal 9 month pregnancy? _____

____ Were there any complications during pregnancy or birth? _____

____ Birth Weight: _____

____ Does your child have allergies? _____

____ Does your child have asthma? _____

____ Does your child take any medication(s)? _____

(Written permission signed by a doctor and parent is needed if given at school.)

____ Does your child wear glasses, contacts? _____

____ Does your child have/had frequent ear infection? _____

____ Does your child have/had ear tubes? _____

____ Does your child have any hearing problems? _____

____ Does your child have any speech problems? _____

____ Does your child have heart problems? _____

____ Has your child ever had seizures? _____

____ Does your child have dental problems? _____

____ Does your child have curvature of the spine? _____

____ Has your child had previous surgery? _____ Future surgery scheduled? _____

____ Does your child have bowel problems? _____

____ Does your child have urinary problems? _____

____ Does your child have coordination problems? _____

____ Does your child have any serious medical issues not already listed? _____

Please list any other health related concerns you may have:

Date Signature (Indicate relationship to Student)

Chualar Union Elementary School District

REPORTE INFORMATIVO DE SALUD

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

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

Nombre del Niño/a: _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
Fecha de nacimiento: _____ Niño _____ Niña: _____ Lugar de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Zona Postal: _____
Teléfono de hogar: _____ Teléfono de celular: _____

Nombre de la última escuela que asistió: _____
Nombre _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

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

Por favor conteste SI o NO a lo siguiente. Si contesta a SI en cualquiera de las preguntas, por favor explique con más detalle.

_____ ¿Fue su embarazo normal de 9 meses? _____
_____ ¿Hubo complicaciones durante su embarazo o nacimiento? _____
_____ Peso al nacer: _____
_____ ¿Tiene su niño/a alergias? _____
_____ ¿Tiene su niño/a asma? _____
_____ ¿Toma su niño/a a algún medicamento? _____
(Se necesita permiso firmado por el médico y el padre si su niño/a necesita tomar medicamento en la escuela.)
_____ ¿Usa su niño/a lentes, contactos? _____
_____ ¿Tiene o a tenido su niño/a infecciones frecuentes del oído? _____
_____ ¿Tiene su niño/a tubos en el oído? _____
_____ ¿Tiene su niño/a algún problema de audición? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas de habla? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas de corazón? _____
_____ ¿Ha tenido su niño/a ataques alguna vez? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas dentales? _____
_____ ¿Tiene su niño/a alguna curvatura de la espina dorsal? _____
_____ ¿Ha tenido su niño/a operaciones? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas del intestino? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas con las vías urinarias? _____
_____ ¿Tiene su niño/a problemas de coordinación? _____
_____ ¿Tiene su niño/a algún serio problema médico que no se haya mencionado? _____

Por favor indique cualquiera otra preocupación que usted tenga:

Fecha _____ Firma _____ (Indique qué relación tiene con el estudiante)