



**PRESCHOOL & PRE-KINDERGARTEN
ENROLLMENT PACKET**
PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DEL PREESCOLAR
Y PREKINDER
2026-2027

AGE ELIGIBILITY

Your child's birthday must be between September 2, 2021 to August 6, 2024. If your child turns 2 after August 6, 2024, they must wait until their 2nd birthday to start preschool.

ELEGIBILIDAD DE EDAD

El cumpleaños de su hijo debe ser entre el 2 de septiembre de 2021 y el 6 de agosto de 2024. Si su hijo cumple 2 años después del 6 de agosto de 2024, debe esperar hasta su segundo cumpleaños para comenzar el preescolar.



2026-27 SCHOOL SITES

2026-27 SITIOS ESCOLARES

School / Escuela	Phone / Telefono	Address / Dirección	Cross Streets / calles que cruzan
Almond Elementary	357-5130	8172 Almond Ave.	Between Arrow and Foothill / Entre Arrow y Foothill
Beech Elementary	357-5060	9206 Beech Ave.	Between Randall and Merrill / Entre Randall y Merrill
Canyon Crest Elementary	357-5440	11851 Cherry Ave.	Off Canyon Crest / Cerca de Canyon Crest
Citrus Elementary	357-5140	16041 Randall Ave.	Off Citrus / Cerca de Citrus
Cypress Elementary	357-5460	9751 Cypress Ave.	Off San Bernardino / Cerca de San Bernardino
Date Elementary	357-5240	9011 Oleander Ave.	Between Merrill and Randall / Entre Merrill y Randall
District Office #39 & 40	357-5000	9680 Citrus Ave.	Between Citrus and San Bernardino / Entre Citrus y San Bernadino
Dorothy Grant Elementary	357-5540	7069 Isabel Ln.	Between Almeria and Baseline/ Entre Almeria y Baseline
Hemlock Elementary	357-5470	15080 Miller Ave.	Off Village Parkway / Cerca de Village Parkway
Juniper Elementary	357-5480	7655 Juniper Ave.	Off Miller / Cerca de Miller
Live Oak Elementary	357-5640	9522 Live Oak Ave.	Between Randall and San Bernardino / Entre Randall y San Bernardino
Locust Elementary	357-5650	7420 Locust Ave.	Between Miller and Baseline / Entre Miller y Baseline
Mango Elementary	357-5660	7450 Mango Ave.	Between Miller and Baseline / Entre Miller y Baseline
Maple Elementary	357-5670	751 S. Maple Ave.	Between Randall and Merrill / Entre Randall y Merrill
Oak Park Elementary	357-5690	14200 Live Oak Ave.	South of Cherry / Sur de Cherry
Oleander Elementary	357-5700	8650 Oleander Ave.	South of Arrow / Sur de Arrow
Palmetto Elementary	357-5710	9325 Palmetto Ave.	Off Randall / Cerca de Randall
Poplar Elementary	357-5720	9937 Poplar Ave.	Between San Bernardino and Valley / Entre San Bernardino y Valley
Ted Porter Elementary	357-5320	8330 Locust Ave.	Between Arrow and Foothill / Entre Arrow y Foothill
Randall Pepper Elementary	357-5730	16613 Randall Ave.	Between Cypress and Juniper / Entre Cypress y Juniper
Redwood Elementary	357-5740	8570 Redwood Ave.	South of Arrow / Sur de Arrow
South Tamarind Elementary	357-5760	8561 Tamarind Ave.	South of Arrow / Sur de Arrow
Tokay Elementary	357-5770	7846 Tokay Ave.	Between Foothill and Miller / Entre Foothill y Miller

NOTE: Locations are subject to change / Las ubicaciones están sujetas a cambios.



Early Education | Educación Temprana

PREFERRED SCHOOL SITES

UBICACIONES ESCOLARES PREFERIDAS

To help us begin determining your child's school placement, please list your first, second, and third school site preferences. We will do our best to honor your preferences based on available space; however, placement at a specific school site, session, or teacher cannot be guaranteed.

Para ayudarnos a comenzar a determinar la asignación escolar de su hijo(a), por favor indique sus preferencias de plantel escolar en primera, segunda y tercera opción. Haremos todo lo posible por respetar sus preferencias según la disponibilidad de espacios; sin embargo, no se puede garantizar la asignación a un plantel escolar, sesión o maestro(a) específico.

1. _____
2. _____
3. _____



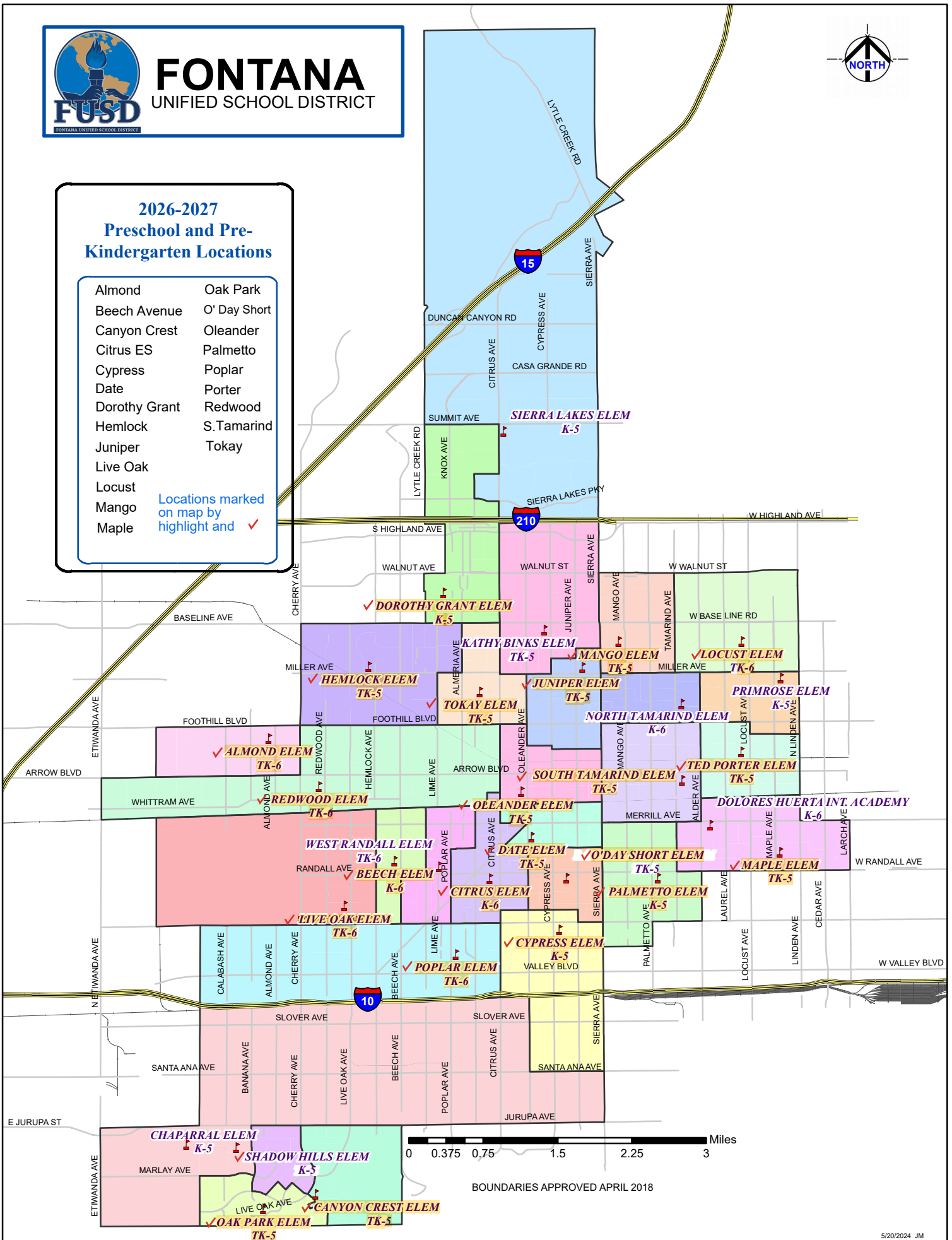
FONTANA

UNIFIED SCHOOL DISTRICT



2026-2027 Preschool and Pre- Kindergarten Locations

Almond	Oak Park
Beech Avenue	O' Day Short
Canyon Crest	Oleander
Citrus ES	Palmetto
Cypress	Poplar
Date	Porter
Dorothy Grant	Redwood
Hemlock	S.Tamarind
Juniper	Tokay
Live Oak	
Locust	
Mango	Locations marked on map by highlight and ✓
Maple	





ENROLLMENT PROCESS PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Families are selected for State Preschool programs through Enrollment Priorities defined by the California Department of Education.

Step 1: Complete Enrollment Packet and Gather Documents

Enrollment Packet can be printed by going to www.fusd.net/earlyed. Pick-up also available at Enrollment Center or Early Education Department #16, Monday - Friday 7:30am - 4:00pm. Please make sure to fill out and read all forms.

For questions or packet verification, please contact Early Education Department at (909)357-5000 extension 29226.

Step 2: Book an Appointment Online

Book an appointment Online by selecting the link for appointments. Appointments are available Monday - Friday 7:30am - 3pm at FUSD Enrollment Center.

Step 3: Complete the Enrollment at Enrollment Center

Arrive at the District Office, Enrollment Center 10 minutes before your appointment to check-in.

Children with exceptional needs are welcome and encouraged to apply. Please provide a copy of the child's IFSP or IEP document upon enrollment.

Los niños con necesidades excepcionales son bienvenidos y se les anima a aplicar. Proporcione una copia del documento IFSP o IEP del niño al momento de la inscripción.



Las familias son seleccionadas para los programas preescolares estatales a través de las prioridades de inscripción definidas por el Departamento de Educación de California.

Paso 1: Completar el Paquete de Inscripción y Recopilar Documentos

El Paquete de Inscripción se puede imprimir visitando a www.fusd.net/earlyed. También está disponible en el Centro de Inscripciones o en el Departamento de Educación Temprana edificio #16, de lunes a viernes de 7:30am a 4:00pm. Por favor, asegúrate de completar y leer todos los formularios.

Para preguntas o verificación de paquetes, por favor contacte al Departamento de Educación Temprana en (909)357-5000 extensión 29226.

Paso 2: Agenda una cita en línea

Agenda una cita en línea seleccionando el enlace para citas. Las citas están disponibles de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 3:00 p.m. en el centro de inscripciones del FUSD.

Paso 3: Completar la inscripción en el centro de inscripción

Acuda al Centro de Inscripción en la Oficina del Distrito, lleve 10 minutos antes de su cita agendada para registrarse.



SCHEDULE OF INCOME CEILINGS

ESCALA DE INGRESOS MÁXIMOS

In order to enroll into the State Preschool Program, a family must qualify for one of the eligibility criteria. Please refer to the chart below for the State Preschool Household Income and Family Size Eligibility Criterion.

Para inscribirse en el Programa Preescolar Estatal, una familia debe calificar para uno de los criterios de elegibilidad. Consulte el cuadro a continuación para conocer el Criterio de elegibilidad de ingresos familiares y tamaño de familia del preescolar estatal.

Family Size Tamaño De Familia	Family Gross Monthly Income (Not to exceed) El Ingreso Familiar Mensual (No Deberá Exceder):	Family Gross Monthly Income Plus* (Not to Exceed) El Ingreso Familiar Mensual Más* (No Deberá Exceder):
1-2	\$8,376	\$9,632
3	\$9,476	\$10,897
4	\$11,337	\$13,038
5	\$13,151	\$15,124
6	\$14,965	\$17,210
7	\$15,305	\$17,601
8	\$15,645	\$17,992
9	\$15,985	\$18,383
10	\$16,665	\$18,774
11	\$16,325	\$19,165
12	\$17,006	\$19,556

*There are a limited number of Family Monthly Income plus enrollment spaces based on California Department of Education guidelines. Thank you.

*Hay un número limitado de espacios de inscripción de Ingreso familiar mensual más basados en las pautas del Departamento de Educación de California. Muchas Gracias



MANDATORY DOCUMENTS NEEDED FOR ENROLLMENT

(Page 1 of 2)

The following documents are **mandatory** for us to proceed with the enrollment process during your enrollment appointment or walk-in time. Please have all documents printed beforehand.

☐ **ELIGIBILITY VERIFICATION** Documentation must be provided for **1** or more of these eligibility categories

Income Eligibility

All income documents that apply **must be dated for the 60 days prior to the date of enrollment**. When both parents are working, we need proof of income for both parents.

Guardian or Foster Parent(s):

- Documentation of Monthly Income (For child and their related siblings)

Biological or Adopted Parent(s):

- Authorization to Release Employment Information (if applicable) **AND**
- Documentation of Monthly Income (ALL sources for ALL parents in family)
 - Regular & Steady Income:** Total countable income from either month of the 2-month window immediately preceding certification
 - Fluctuating or Inconsistent Income:** Total countable income from 12 months immediately preceding certification

Recipient of Child Protective Services or Child Identified as At-Risk

- Referral Letter

Approved Neighborhood School Boundary

- Self-Certification of Income **AND**
- Verification of Home Address (Example: Utility bill | Property tax bill | Voter registration | Rental/lease agreement | Government agency letter | Pay stub)

Current Aid Recipient

- Documentation of CalWORKs Cash-Aid (Example: Notice of Action | Receipt of Cash-Aid | Verification of Benefits)

Receiving Benefits from Governmental Program

CalWORKs, Medi-Cal, CalFresh, California Food Assistance, California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), Food Distribution Program on Indian Reservation, Head Start or Early Head Start.

- Enrollment Documentation (Example: Notice of Action | Receipt of Aid | Verification of Benefits) **AND**
- Copy of Governmental Program Application **OR**
- If not available, Self-Declaration of Income as declared on the program application

Family Experiencing Homelessness

- Documentation of Monthly Income **AND**
- Referral Letter **OR**
- Parental Declaration of Homelessness

Child has Exceptional Needs

- Documentation of Monthly Income **AND**
- Individual Family Services Plan (IFSP) **OR**
- Individualized Education Program (IEP)

Continue on next page



MANDATORY DOCUMENTS NEEDED FOR ENROLLMENT

(Page 2 of 2)

☐ FAMILY SIZE and STUDENT PROOF OF AGE

At least **1** of the following documents must be provided for **ALL** children 18 years and under counted in family size:

- Birth Certificate or other live birth records
- Baptism Record
- Court documents
- Records of Foster Care placement
- School Records

☐ FAMILY ADDRESS

Proof that you live in the State of California. Any evidence of your street address or post office box dated within the past 60 days.

☐ PARENT/GUARDIAN PICTURE ID

Driver's License **OR** Government Issued ID

☐ STUDENT IMMUNIZATION RECORD

Copy of most updated immunization record. Child **MUST** have all state required immunizations and dosages for the grade they are enrolling into.

Polio	3 doses	Hep B	3 doses
DTP	4 doses	Varicella	1 dose or if had disease a Medical Exemptions form with Health Clinic Stamp
MMR	1 dose on or after 1 st birthday		
HIB	1 dose on or after 1st birthday regardless of any HIB doses given before the 1 st birthday until 5 years old	TB Clearance	Must have the results of a TB Clearance. MUST HAVE AT TIME OF ENROLLMENT

☐ STUDENT PHYSICAL EXAMINATION

Documentation must be stamped by the health provider and show the date exam was completed. Physical exam must be less than 1 year from child's school start date. Due 10 days after enrollment, if needed.

☐ STUDENT MEDICAL INSURANCE CARD

If your child has Health Insurance coverage, include a copy of their medical insurance card.

☐ STUDENT IEP

If your child is currently receiving Special Education Services bring the last copy of IEP.

☐ COURT/LEGAL DOCUMENTATION

- Official Court Documents
- Official Restraining Orders
- Foster Placement Documents

☐ OTHER DOCUMENTATION

Complete **ALL** forms within this packet.



DOCUMENTOS OBLIGATORIOS NECESARIOS PARA LA INSCRIPCIÓN (página 1 de 2)

Para proceder con el proceso de inscripción, es **obligatorio** que presente los siguientes documentos durante su cita o si se presenta sin cita. Favor de tener todos los documentos previamente impresos.

- ☐ **VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD** Se debe proporcionar documentación para 1 o más de estas categorías de elegibilidad

Elegibilidad de ingresos

Todos los documentos de ingreso que puedan presentar deberán **estar fechados dentro de los 60 días previos a la fecha de inscripción**. En caso de que ambos padres trabajen, se necesitará el comprobante de ingreso de ambos.

Tutor o padre(s) adoptivo(s):

- Documentación de ingresos mensuales (para el niño y sus hermanos relacionados)

Padre(s) biológico(s) o adoptivo(s):

- Autorización para divulgar información de empleo (si corresponde) **Y**
- Documentación de ingresos mensuales (TODAS las fuentes para TODOS los padres de la familia)

Ingresos regulares y estables: Ingresos contables totales de cualquiera de los meses de la ventana de 2 meses inmediatamente anterior a la certificación

Ingresos fluctuantes o inconsistentes: Total de ingresos contables de 12 meses inmediatamente anteriores a la certificación

Destinatario de servicios de protección infantil o niño identificado como en riesgo

- Carta de referencia

Límite escolar aprobado del vecindario

- Auto certificación de ingresos **Y**
- Verificación de domicilio (Ejemplo: Factura | Factura de impuestos a la propiedad | Registro de votantes| Contrato de alquiler/arrendamiento| Carta de la agencia gubernamental | Talón de pago)

Destinatario de ayuda actual

- Documentación de la ayuda en efectivo de CalWORKs (Ejemplo: Aviso de acción | Recibo de ayuda en efectivo | Verificación de beneficios)

Familia sin hogar

- Documentación de ingresos mensuales **Y**
- Carta de referencia **O**
- Declaración de los padres de personas sin hogar

Niño con necesidades excepcionales

- Documentación de ingresos mensuales **Y**
- Plan de Servicios Familiares Individuales (IFSP) **O**
- Programa de Educación Individualizada (IEP)

Recibiendo beneficios del programa gubernamental

CalWORKs, Medi-Cal, CalFresh, Asistencia Alimentaria de California, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños de California (WIC), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, Head Start o Early Head Start.

- Documentación de inscripción (Ejemplo: Aviso de acción | Recepción de ayuda | Verificación de beneficios) **Y**
- Copia de la solicitud del programa gubernamental **O**
- Si no está disponible, autodeclaración de ingresos según lo declarado en la solicitud del programa



DOCUMENTOS OBLIGATORIOS NECESARIOS PARA LA INSCRIPCIÓN (página 2 de 2)

☐ VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO FAMILIAR Y COMPROBANTE DE LA EDAD DEL ESTUDIANTE

Se debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos para **TODOS** los niños menores de 18 años contados en el tamaño de la familia:

- Certificado de nacimiento u otros registros de nacimiento vivo
- Registro de bautismo
- Documentos judiciales
- Registros de colocación en cuidado de crianza
- Registros escolares

☐ DOMICILIO DE LA FAMILIA

Prueba de que vive en el estado de California. Cualquier evidencia de su dirección postal o apartado postal fechado en los últimos 60 días

☐ IDENTIFICACIÓN CON FOTO DE LOS PADRES O TUTORES

Licencia de conducir ☐ Identificación emitida por el gobierno

☐ CARTILLA DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE

Favor de traer la cartilla de vacunas más actualizada. Su niño(a) **debe** tener todas las vacunas/dosis requeridas por el estado para el grado en que se están inscribiendo.

Polio	3 dosis	Hep B	3 dosis
DTP	4 dosis	Varicella	1 dosis o si padeció una enfermedad, presente un formulario médico de exención sellado por una clínica de salud
MMR	1 dosis en o después de haber cumplido 1 año		Resultados de ausencia de tuberculosis.
HIB	1 dosis en o después de haber cumplido 1 año, independientemente de cualquier dosis de alguna HIB dada antes de haber cumplido un año hasta los 5 años.	TB	DEBE TENER AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN.

☐ EXAMEN FÍSICO DEL ESTUDIANTE

Los documentos deberán estar sellados por el proveedor de salud y mostrar la fecha en que el examen fue realizado. El examen físico deberá ser de menos de un año de la fecha de inicio de la escuela. Si fuera necesario, el plazo para entregarlo serán 10 días después de la inscripción.

☐ TARJETA DE ASEGURANZA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Si su hijo tiene cobertura de seguro médico, incluya una copia de su tarjeta de seguro médico.

☐ IEP (PLAN EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO) DEL ESTUDIANTE

Si su hijo(a) está actualmente recibiendo servicios de educación especial, proporcione la última copia del IEP.

☐ DOCUMENTOS LEGALES O DE LA CORTE

- Documentos oficiales de la corte
- Documentos de custodia tutelar
- Ordenes oficiales de restricción

☐ OTRA DOCUMENTACIÓN

Complete **TODOS** los formularios dentro de este paquete.



Early Education

EMPLOYER AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

**To be completed and signed by working parent/guardian(s)
before time of enrollment.**

PARENT A

I _____, hereby authorize Fontana Unified School District to contact the Employer(s) to the extent known, to verify employment information provided.

Employer Contact Information

Employer Name: _____

Employer Address: _____

Employer Phone Number: _____

Usual Business Hours: _____

PARENT A Signature

Date

PARENT B

I _____, hereby authorize Fontana Unified School District to contact the Employer(s) to the extent known, to verify employment information provided.

Employer Contact Information

Employer Name: _____

Employer Address: _____

Employer Phone Number: _____

Usual Business Hours: _____

PARENT B Signature

Date

Student Name: _____

**The Early Education Department provides guidance and support through collaboration
with families to promote student achievement.**



Educación Temprana

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE EMPLEADOR

**Debe ser completado y firmado por los padres/tutores legales antes
del momento de la inscripción.**

PADRE A

Yo _____, por la presente autorizo al Distrito Escolar de Fontana a ponerse en contacto con mi Empleador(es) hasta el punto conocido, para verificar la información de empleo proporcionada.

Información de Empleador

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Horario del Negocio: _____

FIRMA DEL PADRE A

FECHA

PADRE B

Yo _____, por la presente autorizo al Distrito Escolar de Fontana a ponerse en contacto con mi Empleador(es) hasta el punto conocido, para verificar la información de empleo proporcionada.

Información de Empleador

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Horario del Negocio: _____

FIRMA DEL PADRE B

FECHA

Nombre del estudiante: _____

**El Departamento de Educación Temprana brinda orientación y apoyo a través
de la colaboración con las familias para promover el rendimiento estudiantil.**



PRESCHOOL STUDENT TRANSFER POLICY | POLÍTICA DE TRANSFERENCIA DE ESTUDIANTES DE PREESCOLAR

To provide stability and support for each student beginning in preschool, school site and/or session transfers will comply to the following Preschool Student Transfer Policy.

- Preschool Student Transfer forms are available at the Fontana Unified School District Early Education Office, Building 16, Monday - Friday from 7:30 a.m. – 4:00 p.m. (except Holidays).
- Parents can turn in the Preschool Student Transfer forms into Building 16 **after November 1st**.
- School site and/or session transfers will be filled as space becomes available beginning mid-November.
- Parents are allowed **one school site and/or session transfer per school year**.
- Parents will be contacted by an Early Education Staff member when an opening at the requested site or session becomes available.

Para proporcionar estabilidad y apoyo a cada estudiante que comienza en preescolar, el sitio escolar y / o las transferencias de sesión cumplirán con la siguiente Política de transferencia de estudiantes preescolares.

- Los formularios de transferencia de estudiantes de preescolar están disponibles en la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Fontana, Edificio 16, de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:00 p.m. (excepto días festivos).
- Los padres pueden entregar los formularios de Transferencia de Estudiantes de Preescolar en el Edificio 16 **después del 1 de noviembre**.
- Las transferencias del sitio escolar y / o sesión se completarán a medida que haya espacio disponible a partir de mediados de noviembre.
- A los padres se les permite **una transferencia del sitio escolar y / o sesión por año escolar**.
- Un miembro del personal de educación temprana se pondrá en contacto con los padres cuando haya una vacante disponible en el sitio o sesión solicitada.

I have received, read, understand and will abide by the Transfer Policy and Procedure. I am only allowed one transfer or session change per year and will not be allowed to transfer my child prior to the transfer date designed by the Fontana Unified School District State Preschool Program.

He recibido, leído, entiendo y cumpliré con la Política y el Procedimiento de Transferencia. Solo se me permite una transferencia o cambio de sesión por año y no se me permitirá transferir a mi hijo/a antes de la fecha de transferencia diseñada por el Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de Fontana.

Parent Signature | Firma del padre

Print Parent Name | Imprimir
nombre del padre

Date | Fecha

Student Name | Nombre del estudiante



SUPPLEMENTAL INFORMATION

ADDITIONAL STUDENT INFORMATION

Student Full Legal Name: _____ Date of Birth: _____

Country of Birth: _____ State of Birth: _____ City of Birth: _____

What is your child's gender? ☐ Female ☐ Male ☐ Non-Binary

Does child have an Individualized Education Program (IEP) for Special Education? ☐ Yes ☐ No

Is your child Hispanic? ☐ Yes ☐ No

Where is your child/family currently living? (Used to determine if your child qualifies for additional assistance under the "McKinney-Vento Act") **Check only 1**

- | | |
|--|--|
| ☐ permanent house or apartment | ☐ in a motel or hotel, car, park, or campsite |
| ☐ with more than one family in a house or apartment due to economic hardship | ☐ in a shelter or transitional housing program |
| ☐ temporary with friends or family | ☐ in foster care or in a group home placement |
| | ☐ Other |

What is your child's race(s)? **Mark all that apply**

- | | |
|--|---|
| ☐ American Indian or Alaska Native: North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment | ☐ Asian: Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, or Vietnam |
| ☐ Black or African American: Black racial groups of Africa | ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands |
| ☐ White: Europe, the Middle East, or North Africa | |

CalWORKs Recipient? **Check only 1**

- ☐ Adult(s) and Child(ren) Cash Aid ☐ Child(ren) Cash Aid ☐ Diversion Services ☐ None

ADDITIONAL PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Email Address: _____

Mailing Address: _____

Parent/Guardian A Full Name: _____

What is Parent/Guardian A Highest Education Level? **Check only 1**

- | | |
|--|--|
| ☐ Graduate Degree or Higher | ☐ High School Graduate |
| ☐ College Graduate | ☐ Not a High School Graduate |
| ☐ Some College or Associate's Degree | ☐ Decline to State |

Parent/Guardian B Full Name: _____

What is Parent/Guardian B Highest Education Level? **Check only 1**

- | | |
|--|--|
| ☐ Graduate Degree or Higher | ☐ High School Graduate |
| ☐ College Graduate | ☐ Not a High School Graduate |
| ☐ Some College or Associate's Degree | ☐ Decline to State |

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct:

Parent/Guardian Signature

Date

FOR OFFICE USE ONLY

Does student qualify under McKinney-Vento Act? No Yes Homeless Foster

Clerk's Initials: _____



INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

Nombre legal completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____ Ciudad de nacimiento: _____

¿Cuál es el género de su hijo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) para Educación Especial? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo es hispano? ☐ Si ☐ No

¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (Se utiliza para determinar si su hijo califica para recibir asistencia adicional bajo la "Ley McKinney-Vento") **Marque solo 1**

- | | |
|---|--|
| ☐ Casa o apartamento permanente | ☐ En un motel o hotel, coche, parque o acampada |
| ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento debido a dificultades económicas | ☐ En un programa de refugio o vivienda transitoria |
| ☐ Temporal con amigos o familiares | ☐ En un hogar de acogida o hogar grupal |
| | ☐ Otro |

¿Cuál es la(s) raza(s) de su hijo? **Marque todo lo que aplique**

- | | |
|---|--|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska: América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene una | ☐ Asiático: Extremo Oriente, Sudeste Asiático, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia o Vietnam |
| ☐ afiliación tribal o un vínculo comunitario | |
| ☐ Negro o Afroamericano: Grupos raciales negros de África | ☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico |
| ☐ Blanco: Europa, Oriente Medio o el norte de África | |

¿Beneficiario de CalWORKs? **Marcar solo 1**

- ☐ Ayuda en efectivo para adultos y niños ☐ Ayuda en efectivo para niños ☐ Servicios de desviación ☐ Ninguno

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LOS PADRES/TUTORES

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Nombre completo del padre/tutor A: _____

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor A? **Marcar solo 1**

- | | |
|--|--|
| ☐ Título de posgrado o superior | ☐ Graduado de la escuela secundaria |
| ☐ Graduado universitario | ☐ No graduado de la escuela secundaria |
| ☐ Algún título universitario o de asociado | ☐ Niega responder |

Nombre completo del padre/tutor B: _____

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor B? **Marcar solo 1**

- | | |
|--|--|
| ☐ Título de posgrado o superior | ☐ Graduado de la escuela secundaria |
| ☐ Graduado universitario | ☐ No graduado de la escuela secundaria |
| ☐ Algún título universitario o de asociado | ☐ Niega responder |

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto:

Firma del Padre/Tutor

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Does student qualify under McKinney-Vento Act?

No

Yes

Homeless

Foster

Clerk's Initials: _____



FAMILY LANGUAGE INSTRUMENT

Student Name: _____

The purpose of this instrument is to identify and understand each child's language background in order to support and strengthen their language development. This information will be used to inform and plan program curriculum, develop strategies used in the learning setting, create professional development opportunities, and to strengthen family partnerships to improve support for dual language learner (DLL) children.

☐ I do NOT wish to complete the Family Language Instrument.

1) Which language(s) does your child hear at home?

This includes the language(s) spoken by parents, grandparents, siblings, extended family, or others living within or visiting the home.

2) Which language(s) does your child hear in their neighborhood and community? For example, with friends and neighbors, at church, or at after school programs or activities. This is to demonstrate language exposure not to measure language proficiency.

3) Which language(s) does your child understand?

4) Which language(s) does your child speak?

5) Young children love to talk, read, sing and are able to learn all the languages around them. Which language(s) does your child speak the most at home?

6) Which language does your child speak the most overall? This would be inside and outside of the home combined.

7) In what language would you prefer to receive written communication from us?

(While we would like to be able to accommodate all requests for written communication in a parent's requested language, our program may not be able to translate written communication materials into that language.)

8) In what language would you prefer us to communicate verbally with you?

(While we would like to be able to accommodate all requests for verbal communication in a parent's requested language, our program may not be able to offer translation into that language.)



INSTRUMENTO DE LENGUAJE FAMILIAR

Nombre del Estudiante: _____

El propósito de este instrumento es para identificar y comprender los antecedentes lingüísticos de cada niño para apoyar y fortalecer su desarrollo del lenguaje. Esta información se utilizará para informar y planificar el currículo del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el ambiente de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las colaboraciones con las familias para mejorar el apoyo a los niños que estudian aprendiz de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés).

☐ NO deseo completar en Instrumento de lenguaje familiar.

1) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?

Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.

2) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?

Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

3) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?

4) ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?

5) A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y son capaces de aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo/a en casa?

6) ¿Qué idioma habla más su hijo/a en general? Esto sería dentro y fuera de la casa, combinados.

7) ¿En qué idioma preferiría recibir comunicación escrita de nuestra parte? (Aunque nos gustaría adaptar a todas las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que nuestro programa no pueda traducir los materiales de comunicación escrita a ese idioma).

8) ¿En qué idioma preferiría que nos comuniquemos verbalmente con usted?

(Aunque nos gustaría adaptar a todas las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que nuestro programa no pueda traducir los materiales de comunicación escrita a ese idioma).



Early Education FAMILY NEEDS ASSESSMENT

School _____ Teacher _____ Date _____

Student's Name _____ D.O.B. _____ Age _____

Parent's Name _____ Phone Number _____

California

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Children under 4 years old

Child's Name _____ Age _____

Child's Name _____ Age _____

Child's Name _____ Age _____

If you have any concerns about your child in any of the following areas check "yes or no":

YES	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Hearing
Vision
Speech
Behavior/Emotional Development

YES	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Learning/Cognitive Development
Social Development
Physical Development
Parenting/Education/Information

Is your child currently receiving services for any areas marked "yes"? Please explain

If you would like information for any of the following mark yes or no.

YES	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Financial Assistance
Food, Clothing & Housing
Health Immunization

YES	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Legal Assistance
Family Counseling
Childcare/After School

I have received the Resource Guide for Families. _____ (Parent's Initials)

Where is your child/family currently living? (Check only one box)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ With more than one family in a house or Apartment due to economic hardship | ☐ In a motel or hotel | ☐ In a foster care placement |
| ☐ Temporary with friends or family | ☐ In a car, trailer park, or campsite | ☐ In a group home placement |
| ☐ In a permanent house or apartment | ☐ In a shelter or transition housing program | ☐ Other _____ |

Parent's Signature _____ Date _____

FOR COUNSELOR USE ONLY

Actual Start Date in Preschool _____ Date/s of follow up with parent _____

☐ SST Referral Sent to Counselor ☐ No SST Referral Needed ☐ Student Dropped or was a no show.



Educación Temprana

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LA FAMILIA

Escuela _____ Maestro _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del padre _____ Número de teléfono _____

California

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Niños menores de 4 años

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Si tiene alguna preocupación acerca de su hijo sobre cualquiera de las siguientes áreas marque "sí o no":

SÍ NO

Compresión auditiva
Visión
Habla
Desarrollo de comportamiento/emocional

SÍ NO

Desarrollo de aprendizaje/cognitivo
Desarrollo social
Desarrollo físico
Crianza de los hijos/información educativa

¿Su hijo está recibiendo servicios en este momento de algunas de las áreas que marcó "sí"? Por favor explique.

Si le gustaría obtener información sobre alguna de las siguientes áreas marque sí o no.

SÍ NO

Asistencia financiera
Ropa, comida y vivienda
Inmunizaciones para la salud

SÍ NO

Asistencia legal
Terapia familiar
Cuidado de niños/después de la escuela

He recibido la guía de recursos para familias: _____ (Iniciales del nombre del padre)

¿Dónde vive su hijo/familia actualmente? (Marque sólo una casilla.)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento por dificultades económicas | ☐ En un motel u hotel | ☐ Colocación en una casa hogar |
| ☐ Con amigos o familia de manera temporal | ☐ En un carro, vecindario de casas rodantes o campamento | ☐ Colocación bajo cuidado de crianza |
| ☐ Casa permanente o apartamento | ☐ En un albergue o vivienda de transición | ☐ Otro _____ |

Firma del padre _____ Fecha _____

FOR COUNSELOR USE ONLY

Actual Start Date in Preschool _____

Date/s of follow up with parent _____

☐ SST Referral Sent to Counselor

☐ No SST Referral Needed

☐ Student Dropped or was a no show.



EMERGENCY CARD

TARJETA DE EMERGENCIA

Please fill out all forms with black ink only. All boxes must be filled out completely and legible. This information will be used and filed at the school site and Medi-Cal Department in case of any emergency or disaster that may occur. It may also be used to bill insurance for health related services provided. Every piece of information given to us will be utilized for emergency purposes and/or insurance billing and kept confidential. Thank you.

Por favor llene todos los formularios con tinta negra solamente. Esta información se usará y se mantendrá en la escuela y en el departamento de Medi-cal por si ocurriera una emergencia o un desastre. También podría ser usada para cobrar al seguro médico por servicios proveídos. Toda la información que nos proporcione se usará únicamente con propósitos de emergencia y/o asuntos del seguro médico y será confidencial. Gracias.

Student Information / Información del Estudiante

Student Name

Nombre de estudiante _____

Date of Birth

Fecha de nacimiento _____

Home address

Domicilio _____

Parent Information / Información de los padres

1. Father / Guardian name

Nombre de Padre / Tutor _____

Home address

Domicilio _____

Home Phone

Teléfono de casa _____

Cell Phone

Celular _____

Work Phone

Trabajo _____

Email Address

Correo electrónico _____

2. Mother / Guardian name

Nombre de Madre / Tutor _____

Home address

Domicilio _____

Home Phone

Teléfono de casa _____

Cell Phone

Celular _____

Work Phone

Trabajo _____

Email Address

Correo electrónico _____

Emergency Contact Information / Información de Contacto en caso de Emergencia

The person who is authorized to pickup the student if we cannot reach you is required to be over 18 years of age.

La persona autorizada para recoger a su estudiante en caso de que no sea usted localizado, debe de ser mayor de 18 años.

1. Emergency Contact Person

Persona para llamar en caso de emergencia _____

Relationship

Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa

Cell Phone / Celular

2. Emergency Contact Person

Persona para llamar en caso de emergencia _____

Relationship

Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa

Cell Phone / Celular

3. Emergency Contact Person

Persona para llamar en caso de emergencia _____

Relationship

Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa

Cell Phone / Celular

Insured's Name / Nombre del Asegurado(a): _____**Name of Medical Insurance / Nombre del seguro médico del estudiante:** _____**Policy Number / Número de póliza:** _____

PARENT AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT IN CASE OF AN EMERGENCY / AUTORIZACIÓN PARA SERVICIO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

I give my permission for school authorities to call my doctor or health advisor and/or take my child to the hospital.

IF PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED, AN EMERGENCY AGENCY WILL BE CONTACTED.

Doy permiso a las autoridades escolares para que llamen a mi doctor o consejero de salud y/o lleven a mi hijo/a al hospital.

SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE/TUTOR, SE LLAMARÁ A UNA AGENCIA APROPIADA DE EMERGENCIA.

☐ YES / SI☐ NO

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Tutor _____

Date / Fecha _____

FOR STAFF USE ONLY / SOLO PARA USO DEL PERSONAL:

Start Date		School & Session		Student #	
------------	--	------------------	--	-----------	--



HEALTH POLICY

Subject to change based on updated health directives.

Student Name: _____

School: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

COMMUNICABLE DISEASE

- **Head Lice:** Upon examination, if child is found to have head lice or nits, child will be excluded from school until proper treatment has been completed and **all** nits are removed. The child will need to be cleared by the site health office staff **before** returning to school.
- **Impetigo and Ringworm:** Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school. The area is to be covered while in school.
- **Pink Eye, Conjunctivitis:** Itching, redness, and thick yellow discharge from one or both eyes. Child will be excluded for medical evaluation. The doctor may prescribe antibiotic drops or ointment. Child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school.
- **Other Communicable Disease:** i.e. rashes, blisters, sores, etc. Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when a doctor's clearance releases child to return to school.

RESPIRATORY PROBLEMS

- **Green Pus like Nasal Discharge:** Child will be excluded from school and will be asked to remain at home until discharge has cleared up.
- **Coughing:** Coughing with "rattled" breathing from chest congestion. Phlegm producing cough and/or bad nasal congestion. Child will be excluded from school and will be asked to remain at home until free from cough.

ILLNESSES

- **Fever:** If child has a fever at 100° or higher, child will be sent home for observation. Child is to remain home for **24 hours fever free** before returning to school.
- **Vomiting:** If a child has emesis (vomiting) and appears ill, child will be sent home. Child is to remain home for 24 hours, emesis free before returning to school.
- **Diarrhea:** If child has had two (2) loose stools or one (1) watery stool child will be sent home. Child is to remain home **24 hours diarrhea free** before returning to school.
- **Stomachaches, Headaches, Sore Throat:** If the child exhibits other symptoms, i.e., fever at 100° or higher, vomiting or diarrhea they should be kept home until resolved.

SEIZURES

If a child has uncharacteristic, severe and/or successive seizures, or if the seizure lasts longer than 5 minutes or if the child has trouble breathing, 911 will be called.

INJURIES

If a child receives an injury that restricts their regular activity in the classroom as well as outdoor activity, such as a broken bone, has a cast, has stitches, needs to use crutches, needs to use a wheelchair, etc., a doctor's clearance is required as well as Early Education administrative approval (per Community Care Licensing) before child may return to school. In the case of a child being hospitalized for any reason or a visit to the Emergency Room, a doctor's clearance and Early Education administrative approval is also required before child may return to school.

MEDICATION

- If a child is on antibiotic therapy and the doctor advised that the child is to remain home for a specific number of days, a doctor's clearance with a return date must be presented to the teacher **before** child can return back to school.
- A child on an antibiotic or medication may attend school. If your child needs to take medication during school hours, please contact the **Early Education Health Assistant** for the appropriate paperwork. Please return all medication paperwork and properly labeled medication(s) to the Early Education Health Assistants (Bldg. A). The medication paperwork must be approved **before** medication can be administered at the school site.



POLÍTICA DE SALUD

Sujeta a cambios según las directivas de salud actualizadas.

Nombre del estudiante: _____ Escuela _____

Firma del padre: _____ Fecha _____

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

- **Piojos:** Al punto de examinación, si se encuentra que su hijo/a tiene piojos o liendres, el/ella será excluido de la escuela hasta que un tratamiento apropiado haya sido completado y todas las liendres se hayan removido. El niño/a tendrá que ser revisado por el personal escolar de la oficina de salud y autorizar su regreso a la escuela.
- **Impétigo y Tiña:** El niño/a será excluido/a para evaluación médica. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el tratamiento haya comenzado y el doctor le haya dado permiso de regresar a la escuela. El área debe estar cubierta mientras está en la escuela.
- **Inflamación ocular ó pink eye, Conjuntivitis:** Comezón, enrojecimiento y flujo grueso amarillo de uno ó ambos ojos. El niño/a será excluido para una evaluación médica. El doctor puede prescribir gotas antibióticas o una pomada. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el doctor le haya dado una nota permitiendo que pueda regresar a la escuela.
- **Otras enfermedades transmisibles:** es decir, erupciones, ampollas, llagas, etc. El niño será excluido para evaluación médica. El niño puede regresar a la escuela cuando la autorización de un médico autoriza al niño a regresar a la escuela.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

- **Pus Verde Como Constipación Nasal:** El/la niño/a no podrá venir a la escuela y se le requerirá que permanezca en la casa hasta que la constipación haya cesado.
- **Tos:** Tos con respiración "entrecortada" debido a la congestión del pecho. Flemas que producen tos y/o mala congestión nasal. El/la niño/a será excluido de la escuela y se le pedirá que permanezca en casa hasta que no tenga tos.

ENFERMEDADES

- **Fiebre:** Si su niño/a tiene fiebre de 100°grados ó más alta, se mandará al niño/a a casa para mantenerlo en observación. El niño/a deberá permanecer en casa por 24 horas y sin fiebre antes de regresar a la escuela.
- **Vomitando:** Si su niño/a tiene tiña (vómitos) y parece enfermo, se le mandará a casa. Su niño/a deberá permanecer en casa por 24 horas, sin tiña antes de regresar a la escuela.
- **Diarrea:** Si su niño/a ha tenido (2) deposiciones sueltas ó (1) deposición aguada se le mandará a casa. El/ella deberá permanecer en casa por 24 horas y sin diarrea antes de regresar a la escuela.
- **Dolor de estómago, Dolor de Cabeza, Dolor de Garganta:** Si el niño/a exhibe otros síntomas, por ejemplo: fiebre de 100°grados o más alta, vómito ó diarrea, deberá permanecer en casa hasta que haya pasado.

ATAQUES

Si el niño/a tiene ataques inusitados, severos y/o consecutivos, ó si el ataque dura más de 5 minutos ó si el niño/a tiene problemas para respirar, se llamará al número de emergencias 911.

LESIONES

Si el niño/a recibe una lesión que restringe su actividad regular en el salón de clases así como en el patio de recreo tales como: fractura de un brazo, está enyesado, tiene puntadas por una abierta que se hizo, necesita usar muletas, necesita estar en una silla de ruedas, etc... Se necesita una nota del doctor dando permiso de estar en la escuela, así como también aprobación del depto. administrativo de Primera Enseñanza (por regla de Licencias de Cuidado a la Comunidad) **antes** que el niño/a pueda regresar a la escuela. En el caso de que el niño/a haya sido hospitalizado por cualquier razón o haya visitado el cuarto de Emergencias también se requerirá una nota del doctor y aprobación del depto. administrativo de Primera Enseñanza, **antes** de que su niño/a regrese a la escuela.

MEDICINAS

- Si su niño/a está en terapia de antibióticos y el doctor aconsejó que su niño/a permaneciera en casa por un número específico de días, deberá presentar a la maestra/o una nota del doctor con la fecha indicando cuando lo está dando de alta antes de que su niño/a pueda regresar a la escuela.
- Un niño/a que está tomando antibióticos o medicina puede quizás asistir a la escuela. Si su niño/a necesita tomar medicina durante las horas de escuela, por favor contacte la **Asistente de Salud del Depto. de Primera Enseñanza** para obtener la documentación correspondiente. Devuelva toda la documentación de medicamentos y los medicamentos debidamente etiquetados a la Asistente de Salud (en el edificio A). La documentación de la medicina debe ser aprobada **antes** que la medicina sea administrada en la escuela.



HEALTH HISTORY

HISTORIAL DE SALUD

Student's Name: _____

Nombre de Estudiante

Birth Date: _____

Fecha de Nacimiento

School: _____

Escuela

Does your child have the following? (Please, mark yes or no) Tiene su Niño(a) alguno de lo siguiente? (Por favor, marque sí o no)			
	Yes/Sí	No	Specify / Especifique
ADD/ADHD (Diagnosed by doctor) <i>desorden de déficit de atención/desorden hiperactivo y déficit de atención (Diagnosticado por el doctor)</i>	☐	☐	
Allergies (Food or Environmental) <i>Alergias (Alimentos o medio ambiente)</i>	☐	☐	
Asthma <i>Asma</i>	☐	☐	
Bee Sting Allergy <i>Alergia de picadura de abeja</i>	☐	☐	Type of reaction? <i>Tipo de reacción?</i>
Birth History / <i>Historial del Nacimiento</i> Pre-term / <i>Prematuro</i>	☐	☐	Length of stay in hospital: <i>Estancia en el hospital:</i>
Chemically sensitive <i>Sensitivo a químicos</i>	☐	☐	
Diabetes <i>Diabetes</i>	☐	☐	Takes insulin? ☐ Yes/Sí ☐ No <i>Toma insulina?</i>
Ear infections <i>Infecciones del oído</i>	☐	☐	
Eczema <i>Eczema</i>	☐	☐	
Epilepsy or Seizures <i>Epilepsia o convulsiones</i>	☐	☐	
Hearing problem <i>Problemas de oír</i>	☐	☐	
Heart condition <i>Condición del corazón</i>	☐	☐	
Hemophilia <i>Hemofilia</i>	☐	☐	
Orthopedic condition <i>Condición ortopédica</i>	☐	☐	
Speech problem <i>Defecto del habla</i>	☐	☐	
Takes daily medication. <i>Toma medicamento diario</i>	☐	☐	
Takes emergency medication. <i>Toma medicamento de emergencia</i>	☐	☐	
Vision problem <i>Problemas de la vista</i>	☐	☐	
Does your child have any other serious health conditions? <i>Tiene su hijo/a alguna otra condición de salud seria</i>	☐	☐	

MEDICAL INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Does your child have Medical Insurance?

Tiene seguro médico su hijo/a?

☐

Yes / Sí

☐

No

Name/Nombre: _____

Policy or Group Number/Número de póliza o grupo: _____

Does your child have Medi-Cal?

Tiene Medi-Cal su hijo/a?

☐

Yes / Sí

☐

No

If yes, provide the BIC Number: _____

Si es así, proveer el número de tarjeta

Parent/Guardian Signature | Firma Del Padre/Madre/Tutor

Date | Fecha

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS

(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

Print this page and bring to your
physician to complete Part B**PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)**_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)Fontana USD: Preschool Program
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: Allergies: medicine:

Vision: Insect stings:

Developmental: Food:

Language/Speech: Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

↳ Risk factors not present; TB skin test not required.

↳ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless
previous positive skin test documented).

___ Communicable TB disease not present.

Need a Clinic Stamp

I have ↳ have not ↳ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

↳ Physician ↳ Physician's Assistant ↳ Nurse Practitioner

REPORTE DEL MÉDICO—GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)A _____, nacido en _____ se le está evaluando con respecto a su preparación para
(NOMBRE DEL NIÑO[A]) (FECHA DE NACIMIENTO)entrar en la _____ Fontana USD: Preschool Program
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA) Esta guardería infantil/escuela proporciona un program de las _____ : _____

a.m./p.m. a las _____ a.m./p.m. , _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Allergies: medicine:

Vision:

Insect stings:

Developmental:

Food:

Language/Speech:

Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

↳ Risk factors not present; TB skin test not required.

↳ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless
previous positive skin test documented).

___ Communicable TB disease not present.

Need a Clinic Stamp

I have _____ have not _____ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

↳ Physician ↳ Physician's Assistant ↳ Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- Live in out-of-home placements.
- Have, or are suspected to have, HIV infection.
- Live with an adult with HIV seropositivity.
- Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:

- Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central y Sudamérica).
- Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- Tener anomalías en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.

CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.

Licensing Office Name: Department of Social Services, Community Care Licensing

Licensing Office Address: 3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501

Licensing Office Telephone #: (951) 782-4200

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of _____, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

Fontana USD: Preschool Program

Name of Child Care Center

Signature (Parent/Authorized Representative)

Date

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to www.meganslaw.ca.gov

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
 Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services, Community Care Licensing
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (951) 782-4200
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender" database), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Fontana USD: Preschool Program

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

PERSONAL RIGHTS

Child Care Centers

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

(a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:

- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
- (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
- (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
- (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
- (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
- (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
- (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

Department Of Social Services

NAME

Department of Social Services, Community Care Licensing

ADDRESS

3737 Main Street, Suite 700

CITY

Riverside

ZIP CODE

92501

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

(951) 782-4200

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

PLACE IN CHILD'S FILE

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

Fontana USD: Preschool Program

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

Derechos Personales

Guarderías infantiles

Derechos personales- Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

(a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:

- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
- (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
- (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo, pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
- (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir, pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas. e información con respecto a la confidencialidad.
- (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
- (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
- (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

Department Of Social Services

NOMBRE

Department of Social Services, Community Care Licensing

DIRECCIÓN

3737 Main Street, Suite 700

CIUDAD

Riverside

CÓDIGO POSTAL

92501

AREA /NÚMERO DE TELÉFONO

(951) 782-4200

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y complete, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informe personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Fontana USD: Preschool Program

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)



Early Education | Educación Temprana

PARENT HANDBOOK & ORIENTATION VIDEO RECEIPT RECIBO DEL MANUAL PARA PADRES Y VIDEO DE ORIENTACIÓN

I have read/viewed, understand and will abide by the policies and procedures outlined in the Parent Handbook and Program Orientation Video for the Fontana Unified School District State Preschool Program, found at www.fusd.net/earlyed.

He leído/ visto, entiendo y cumpliré con las políticas y procedimientos descritos en el Manual para padres y el video de orientación del Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de Fontana, que se encuentra en www.fusd.net/earlyed.

Parent Signature | Firma del padre

Print Parent Name | Imprimir
nombre del padre

Date | Fecha

Student Name | Nombre del estudiante



Early Education QUESTIONNAIRE FOR FAMILIES

Student Name: _____ Date: _____

1. Child's preferred name _____
2. My child speaks primarily in _____
3. My child lives with the following people _____

4. I'd describe my child as _____
5. One important thing you should know about my child is _____
6. My child enjoys (things or activities) _____
7. How often do you read with your child (check one)? ☐ Daily ☐ Some days ☐ On Occasion ☐ Not yet
8. About how many books does your child have (check one)? ☐ 0-5 ☐ 5-10 ☐ 10+ ☐ 25+
9. My child's favorite books are _____

10. Does your child/family have a preferred holiday? ☐ Yes ☐ No ☐ We don't celebrate
11. Does your child have a favorite toy or other comfort item (check one)? ☐ Yes ☐ No
What is it? _____ When does your child seem to need it most? _____
12. How does your child feel about starting school? _____
13. What do you hope your child will learn during this school year? _____

14. Any additional information you'd like to share about your child? _____



CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

1. Nombre preferido del niño/a _____

2. Mi hijo/a habla principalmente en _____

3. Mi hijo/a vive con las siguientes personas _____

4. Yo describiría a mi hijo/a _____

5. Una cosa importante que debe saber sobre mi hijo/a es _____

6. Mi hijo/a disfruta (cosas o actividades) _____

7. Con qué frecuencia lees con tu hijo/a (marque uno)?

☐ A diario ☐ Algunos días ☐ En ocasiones ☐ Aún no

8. Aproximadamente, cuántos libros tiene su hijo/a (marque uno)? ☐ 0-5 ☐ 5-10 ☐ 10+ ☐ 25+

9. Los libros favoritos de mi hijo/a son _____

10. Su hijo/familia tiene vacaciones preferidas? ☐ Si _____ ☐ No ☐ Nosotros no celebramos

11. Tiene su hijo/a un juguete favorito u otro artículo de comodidad (marque uno)? ☐ Si ☐ No

Qué es? _____ Cuándo parece que su hijo/a lo necesita más? _____

12. Cómo se siente su hijo/a al comenzar la escuela? _____

13. Qué espera que su hijo/a aprenda durante este año escolar? _____

14. Cualquier información adicional que le gustaría compartir sobre su hijo/a? _____



Early Education

CHILD PICK-UP AUTHORIZATION

This form must be updated as change occurs, this is mandated.

Student Name: _____

Father's Name: _____ Mother's Name: _____

Father's Phone (Home/Work/Cell)

Mother's Phone (Home/Work/Cell)

The following persons have permission to pick-up my child:

Authorized person(s) on this list must be at least 18 years of age and available within 30 minutes.

1. Name: _____
First Last

Telephone: _____ Relationship to Child: _____

Physical Description: Hair: _____ Eyes: _____ Height: _____

Other: _____

Authorized Signature: _____ (of person named above)

2. Name: _____
First Last

Telephone: _____ Relationship to Child: _____

Physical Description: Hair: _____ Eyes: _____ Height: _____

Other: _____

Authorized Signature: _____ (of person named above)

3. Name: _____
First Last

Telephone: _____ Relationship to Child: _____

Physical Description: Hair: _____ Eyes: _____ Height: _____

Other: _____

Authorized Signature: _____ (of person named above)

Parent's Signature: _____

Date: _____



Educación Temprana

PERMISO PARA RECOGER A UN NIÑO/A

Es obligatorio que actualice este formulario cada vez que ocurra un cambio.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la mamá: _____

Padre (teléfono de casa/trabajo/celular) _____

Madre (teléfono de casa/trabajo/celular) _____

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a:

Las personas autorizadas en esta lista deben tener por los menos 18 años de edad y disponible en 30 minutos.

1. Nombre: _____
Primer nombre _____ Apellido _____

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

2. Nombre: _____
Primer nombre _____ Apellido _____

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

3. Nombre: _____
Primer nombre _____ Apellido _____

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

Firma del padre: _____

Fecha: _____



Early Education | Educación Temprana

PARENT CLASSROOM PARTICIPATION POLICY

POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL SALÓN

As your child begins the exciting nurturing environment of preschool the parent participation plays a major role.

In order to provide the best experience possible for our State Preschool children, it is highly recommended that you assist the teacher 6 hours during each month of your child's attendance.

Our program is based on Parent Participation in the classroom. The teacher will provide a monthly sign-up sheet. Please make sure you are signed up at the beginning of each month.

If at any time you are unable to attend, please make arrangements for another relative to take your place.

Your support is very important to the success of our program.

Thank you for your willingness to help make this a successful experience for your children.

To volunteer you must have a current negative TB test or normal chest x-ray result within the last 60 days of submission, required immunizations and have completed the Mandated Reporter Training.

A medida que su hijo/a comienza el ambiente estimulante y enriquecedor del preescolar, la participación de los padres desempeña un papel importante.

Para poder proveer las mejores experiencias posibles a los niños de nuestro programa, se requiere que usted ayude a la maestra/o 6 horas durante cada mes que su niño/a asista a clases.

Nuestro programa busca la participación de los padres en el salón. La maestra/o tendrá una lista para que usted anote las horas que podrá ayudar en el salón. Por favor asegúrese de firmar al principio de cada mes.

Si por alguna razón usted no puede asistir, necesita hacer los arreglos necesarios para que otro miembro de su familia vaya en su lugar.

Su apoyo es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Gracias por su interés en ayudar y hacer de ésta una experiencia exitosa para su niño/a.

Para ser voluntario/a debe tener un examen negativo de tuberculosis reciente o resultados normales de los rayos-x, dentro de los 60 días de haber obtenido los resultados, vacunas requeridas y deben completar el curso de Informates Obligatorios.

Parent Signature | Firma del padre

Print Parent Name | Imprimir
nombre del padre

Date | Fecha

Student Name | Nombre del estudiante



LATE ARRIVAL/PICK-UP POLICY

POLÍTICA DE LLEGADA/RECOGIDA TARDÍA

Our policy regarding the late pick-up of a student in the Fontana Unified School District State Preschool Program is as follows:

- Parents are to arrive on time when class starts to drop off children.
 - Parents who are late dropping off their children when class starts may be scheduled for an attendance review meeting to discuss late arrivals.
 - Parents are to arrive on time to pick up children. All parents must have a back-up person in case of emergency. This person must be 18 years old and listed on the Child Pick-Up Authorization Form.
 - Prompt arrival and pick up of your child serves the best interest of the child and is appreciated.
-

Nuestra política con respecto a la llegada/recogida tardía de un estudiante en el Distrito Escolar Unificado de Fontana en el Programa Pre-Escolar Estatal es la siguiente:

- Los padres deben dejar a tiempo a los niños cuando inicie la clase.
- Los padres que lleguen tarde a dejar su hijo/a cuando la clases ya haya comenzado, podrían tener una junta de revisión de asistencia para discutir las llegadas tarde.
- Los padres deben de llegar a tiempo para recoger a su hijo/a. Todos los padres deben tener una persona de reserva en caso de una emergencia. Esta persona debe de tener 18 años y ser puesta en la forma de Permiso para recoger a un niño/a
- Su pronta llegada y para recoger a su hijo/a es el mejor interés de su hijo/a y será apreciado.

Parent Signature | Firma del padre

Print Parent Name | Imprimir
nombre del padre

Date | Fecha

Student Name | Nombre del estudiante



Early Education | Educación Temprana

“GOOD HEALTH STATEMENT”

“DECLARACION DE BUENA SALUD”

I, _____ date of birth _____

volunteer for _____ student(s),

affirm that I am in good health to volunteer in the Fontana Unified School District State
Preschool Program, per the requirements stated from Title 22 Community Care Licensing
Regulation 101216(3)(A). (Per COVID-19 Safety Guidelines)

Yo, _____ fecha de nacimiento _____

voluntaria/o para el estudiante(s) _____ afirmo

que estoy en buena salud para ser voluntaria/o en el Distrito Escolar Unificado de
Fontana, de acuerdo a los requerimientos en el Título 22 de la Regulación de Licencias para
Cuidado de la Comunidad 101216(3)(A). (*Según las pautas de seguridad de COVID-19*)

Parent Signature | Firma del padre

Print Parent Name | Imprimir
nombre del padre

Date | Fecha

Student Name | Nombre del estudiante



Early Education

STATE PRESCHOOL PARENT AGREEMENT

CLASSROOM PARTICIPATION

- Parent or family member 18 years or older are highly encouraged to assist in the classroom 6 hours a month.
- Children not enrolled in the State Preschool Program are not permitted to remain in the classroom during class time per Community Care Licensing.
- Parents must have a current negative TB clearance or normal chest x-ray result within the last 60 days of submission, proof of the Measles immunization or proof of immunity, proof of the Pertussis (Whooping Cough) Tdap immunization, Flu immunization (Per the State of California, the Flu Immunization must be given **between August 1 thru December 1** of each year – *or a waiver may be signed at Building #16*), Mandated Reporter Training and board approved to volunteer in the classroom for more than 15 minutes per day.

BEST INTEREST DAYS

- Up to 10 days per year can be used for “Best Interest of the Child” days. These days are excused and would be for the following reasons: Parent/ Family vacation or day off work, child is tired/unable to participate in classroom activities/ program, sibling field trips, visiting family member, family bonding or any other reason the parent deems to be in the child's best interest.

ATTENDANCE POLICY

- Children absent 10 unexcused calendar days in the school year will be dropped.
- After any absence, early pick up or late arrival, a Report of Absence form must be completed.

LATE PICK-UP POLICY

Step 1- Parent will receive a verbal warning explaining the importance of timely arrival for child pick-up.

Step 2- Parent will receive a formal written notification by Early Education Department outlining the consequences of future late pick- ups.

Step 3- A Late Pick-Up Review Meeting will be scheduled at the District Office to develop a Student Pick-Up Action Plan that will be agreed upon by parent and Early Education Administrator or Designee.

CAUSE FOR TERMINATION FROM PROGRAM

1. Violation of Fontana Unified School District Board Policy, Community Care Licensing Regulations and/or California State Education Code.
2. Repeated patterns of student behavior that significantly interfere with the learning of other children, or interactions with peers and adults that are not responsive to the use of developmentally appropriate guidance. This includes, but is not limited to, physical aggression, property destruction, and self-injury. (California Ed. Code sections 8243, 8489, 8489.1).
3. Failure to provide updated emergency contacts.
4. After ten (10) days of unexcused absences.
5. Failure to observe policies and procedures.
6. Knowingly using incorrect or inaccurate information to obtain child development services by providing fraudulent or incomplete information.
7. Parent who engages in behavior that disrupts school activities (California Ed. Code sections 44810 and 44811).
8. Noncompliance with health/immunization requirements/physical examination.
9. IMMEDIATE TERMINATION for violations of the Education Code regarding firearms, alcohol, drugs, physical altercations, theft, destruction of property, immoral conduct, etc. which results in harm to person or property, by family member or child.

I RECEIVED A COPY OF THE PARENT AGREEMENT. I UNDERSTAND MY RESPONSIBILITIES.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Student Name

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Delegate Agency



PROGRAMA PRE-ESCOLAR ESTATAL CONVENIO DE LOS PADRES

PARTICIPACIÓN EN EL SALÓN DE CLASE

- Se anima a los padres o miembros de la familia mayores de 18 años a que ayuden en el aula 6 horas al mes.
- Los niños que no están inscritos en el Programa Preescolar del Estado no pueden permanecer en el salón de clases durante el horario de clases según la Licencia de Cuidado Comunitario.
- Los padres deben tener una prueba del TB negativa actualizada o un resultado normal de radiografía de tórax dentro de los últimos 60 días, prueba de vacunas contra el sarampión o prueba de inmunidad, vacuna de la tos ferina (tos ferina) Tdap, vacuna contra la gripe (Según el Estado de California, la vacunación contra la gripe debe administrarse entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre de cada año o puede firmar una renuncia de vacuna en el Edificio #16), completar el entrenamiento de Informante Obligatorio y ser aprobado por la mesa directiva para ser voluntario(a) en el salón por más de 15 minutos al día.

DIAS DE MEJOR BENEFICIO

- Se pueden justificar hasta 10 días al año escolar los días de "Días de Mejor Beneficio". Estos días están justificados y serían por las siguientes razones: Vacaciones familiares o día libre en el trabajo, el niño está cansado/no puede participar en las actividades del salón/programa, excursiones de hermanos, visitas a un familiar, día para la familia o cualquier otra razón que el padre o madre considere que está en el mejor interés del niño(a).

POLÍTICA DE ASISTENCIA

- Los niños con 10 ausencias injustificadas durante el curso escolar se les dará de baja del programa.
- Tras cualquier ausencia, recoger temprano o llegar tarde, se debe completar un formulario de reportes de ausencia.

REGLAS POR LLEGAR TARDE

Paso 1 - Los padres recibirán una advertencia verbal que les explicará la importancia de llegar a tiempo para recoger al niño.

Paso 2 - Los padres recibirán una notificación formal por escrito del Departamento de Educación Temprana en la que se detallarán las consecuencias de las futuras llegadas tarde.

Paso 3 - Se programará una reunión de revisión de recogida tardía en la oficina del distrito para desarrollar un plan de acción para recoger a los estudiantes que será acordado por los padres y el administrador o designado de educación temprana.

CAUSA DE TERMINACIÓN DEL PROGRAMA

1. Violación de la Política de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de Fontana, las Regulaciones de Licencias de Cuidado Comunitario y / o el Código de Educación del Estado de California.
2. Patrones repetidos de comportamiento estudiantil que interfieren significativamente con el aprendizaje de otros niños, o interacciones con compañeros y adultos que no responden al uso de orientación apropiada para el desarrollo. Esto incluye, entre otros, agresión física, destrucción de propiedad y autolesiones. (Código de Educación de California, secciones 8243, 8489, 8489.1).
3. No proporcionar contactos de emergencia actualizados.
4. Después de 10 días de ausencias injustificadas
5. Incumplimiento de políticas y procedimientos.
6. Usar intencionalmente información incorrecta o inexacta para obtener servicios de desarrollo infantil proporcionando información fraudulenta o incompleta.
7. Padre que tiene un comportamiento que interrumpe las actividades escolares (Código de Educación de California, secciones 44810 y 44811).
8. Incumplimiento de requisitos de salud/vacunas/examen físico.
9. TERMINACIÓN INMEDIATA por violaciones del Código de Educación con respecto a armas de fuego, alcohol, drogas, altercados físicos, robo, destrucción de propiedad, conducta inmoral, etc. que resulte en daño a una persona o propiedad, por parte de un familiar o un niño.

HE RECIBIDO UNA COPIA DEL CONVENIO DE LOS PADRES Y ENTIENDO MIS RESPONSABILIDADES.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del estudiante

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Agencia Delegada



TOILET LEARNING QUESTIONNAIRE

Student Name: _____

DIRECTIONS: As of today, please indicate by ☒ checking one box next to the highest toilet learning stage that your child consistently displays.

☐ Stage One: Toilet Interest

- Pretends to toilet, usually with clothes on
- Observes others going to the bathroom
- Shows an interest in the toilet

☐ Stage Two: Toilet Practice

- Practices flushing
- Practices pulling pants up and down
- Practices getting on and off the toilet
- Practices squatting and standing
- Ask if diaper/Pull-Up is wet or dry, clean or dirty

☐ Stage Three: Toilet Learning

- Shows interest in wearing “real” underwear
- Feels the need to urinate by showing gestures, is verbal or uses facial expressions
- Holds urine for longer periods of time
- Acquires the desire to be clean
- Has words for using the toilet and tells you when they have to go
- Can pull pants up and down for themselves
- Stands and sits well on their own
- Shows signs of pushing and concentration when they are ready for a bowel movement
- Tells you they are soiled or wet and needs to be changed

☐ Stage Four: Independent Toileting

- Wears “real” underwear during daytime (no Pull-Ups)
- Manage their toileting needs with minimal adult assistance

Children that are in Toilet Learning Stage 1, 2 or 3 will be offered placement in a classroom with an attached restroom to meet toileting needs. Children that are in Toilet Learning Stage 4 will be offered placement in a classroom with or without an attached restroom.



CUESTIONARIO DE APRENDIZAJE SOBRE EL USO DEL BAÑO

Nombre del estudiante: _____

INSTRUCCIONES: Apartir de hoy, indíque marcando ☒ la casilla junto a la etapa más alta de aprendizaje del uso del baño que su hijo/a muestra constantemente.

☐ Etapa Uno: Interés en el baño

- Pretende ir al baño, por lo general con la ropa puesta
- Observa a otros ir al baño
- Muestra interés en el baño

☐ Etapa Dos: Práctica de baño

- Practica el descargar el baño
- Practica subir y bajar los pantalones
- Practica subir y bajar del inodoro
- Practica ponerse en sentadillas y de pie
- Preguntar si el pañal/pull-up está mojado o seco, limpio o sucio

☐ Etapa Tres: Aprender a ir al baño

- Muestra interés en usar ropa interior “real”
- Siente la necesidad de orinar mostrando gestos, verbal o usa expresiones faciales
- Retiene la orina por períodos de tiempo más largos
- Adquiere el deseo de estar limpio
- Tiene palabras para usar el baño y te dice cuándo tiene que ir
- Puede subirse y bajarse los pantalones por sí mismo
- Se para y se sienta bien por sí solo
- Muestra signos de pujar y concentración cuando está listo para evacuar
- Avisa cuando está sucio/a o mojado/a y que necesita cambiarse

☐ Etapa Cuatro: Ir al baño de forma independiente

- Usa ropa interior “real” durante el día (no pull-ups)
- Maneja sus necesidades de ir al baño con la asistencia mínima de un adulto

Los niños que están en la Etapa 1, 2 o 3 de aprendizaje del uso del baño se les ofrecerá la ubicación en un salón de clases con un baño adjunto para satisfacer las necesidades de ir al baño. Los niños que están en la etapa 4 de aprendizaje del baño se les ofrecerá la ubicación en un salón de clases con o sin un baño adjunto.



ANNUAL NOTIFICATION FOR PARENTS

1. Online Learning Programs for Early Education Students

Fontana Unified School District uses respected online educational software programs that help students achieve. More specifically, the programs provide students with differentiated support in the classroom to help them learn specific skills. Teachers guide and support student use of the online programs. Examples of online learning programs used by the district are *Microsoft TEAMS*, *Read 180*, *Lexia*, and *Accelerated Reader*.

The Fontana Unified School District plans to share the following information about your child with online programs that generate learning opportunities tailored to your child's academic goals:

- School Name
- Name (First and Last)
- FUSD Student ID number
- Date of Birth
- Grade Level
- Gender

If you do NOT give consent, then check the following box:

☐ I do NOT wish to release the information listed above to online educational programs used by FUSD.

2. Photos/Videos

The Fontana Unified School District may photograph or video-record your child for district-related educational purposes. For example, photographs may be needed for student identification badges, school yearbooks, and/or district brochures. As another example, video-recordings of students engaged in classroom activities may be shown to teachers learning a new instructional strategy.

If you do not give consent, then check one or both of the following boxes:

☐ I do NOT wish to have my child's photograph and/or any video of my child posted to any school or district website.

☐ I do NOT wish to have my child's picture appear in any district publication, including the school newspaper, the school yearbook, and district informational materials.

Student Information and Parent Signature

Please provide the following information about your child.

School Name _____ Teacher _____ Session _____

Student School I.D. Number (If not known you may leave blank) _____

Student Name _____ Date of Birth _____

Street Address _____ Apt Number _____

City _____ Zip Code _____

Home Telephone Number _____ Cell Number _____

Parent Name (Print Clearly) _____

Parent Signature _____ Date _____



NOTIFICACIÓN ANUAL PARA PADRES

1. Programas de Aprendizaje en el Internet para estudiantes de educación temprana

El Distrito Escolar Unificado de Fontana usa el Internet en programas educativos de computación reconocidos que ayudan a los estudiantes en su desempeño. Más específicamente, los programas proporcionan a los estudiantes con apoyo diferenciado en el salón de clases para ayudarlos a aprender destrezas específicas. Los maestros guían y apoyan el uso de programas en línea por los estudiantes. Ejemplos de programas de aprendizaje en línea usados por el distrito son *Microsoft TEAMS*, *Read 180*, *Lexia*, y *Accelerated Reader*.

El Distrito Escolar Unificado de Fontana planea compartir la siguiente información sobre su estudiante con programas en línea que generan oportunidades de aprendizaje adaptados a las metas académicas de su estudiante:

- Nombre de la escuela
- Nombre (nombre y apellido)
- ID de FUSD
- Fecha de nacimiento
- Nivel de grado
- Género

Si usted NO da su consentimiento, por favor marque la siguiente casilla:

☐ Yo NO deseo que se publique la información mencionada arriba para programas educativos en el Internet usados por FUSD.

2. Fotos/videos

El Distrito Escolar Unificado de Fontana puede fotografiar o tomar video de su estudiante con propósitos educativos relacionados al distrito. Por ejemplo, se pueden necesitar fotografías para credenciales de identificación de estudiantes, anuarios, folletos del distrito. Como otro ejemplo, grabación de videos de estudiantes participando en actividades del salón de clases que pueden mostrarse a maestros aprendiendo una estrategia nueva de instrucción.

Si usted no da su consentimiento, entonces marque una o dos de las casillas siguientes:

☐ Yo NO deseo tener la fotografía de mi estudiante ni ningún video publicado en ninguna escuela o página de la Internet del distrito.

☐ Yo NO deseo que la fotografía de mi estudiante aparezca en ninguna publicación del distrito, incluyendo el periódico de la escuela, el anuario de la escuela y materiales informativos del distrito.

Información del estudiante y firma del padre de familia

Por favor proporcione la siguiente información sobre su niño.

Nombre de la escuela: _____ Maestro _____ sesión _____

Núm. de identificación del estudiante (Si no se conoce puede dejarlo en blanco) _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nac. _____

Dirección _____ # de Apto. _____

Ciudad _____ Zona Postal _____

Núm. de teléfono de casa _____ Núm. de cel. _____

Firma del padre de familia/tutor legal _____ Fecha _____



STUDENT ACCEPTABLE USE AGREEMENT SIGNATURE FORM

LARK

Legal, Appropriate, Responsible, Kind

Each student who is authorized to use District Information Systems and his/her parent/guardian shall read this Acceptable Use Agreement on a yearly basis and his/her parent/guardian shall sign as an indication that they have read and understand the agreement.

STUDENT INFORMATION

Student Full Name (Printed): _____

Teacher's Name: _____ School: _____ Session: _____

PARENTAL AGREEMENT

As a parent or guardian of the above-named student, I have read, understand, and agree that my student shall comply with the terms outlined by LARK in the above Acceptable Use Agreement. By signing this Agreement, I give permission for my student to use District Information Systems and/or to access the school's computer network and the Internet. I agree to release from liability, indemnify, and hold harmless the school, district, and district personnel against all claims, damages, and costs that may result from my student's use of District Information Systems, or the failure of any technology protection measures used by the District. Further, I accept full responsibility for supervision of my student's use of his/her access account if and when such access is not in the school setting.

Parent/Guardian Name (Printed) _____

Parent/Guardian Signature _____

Parent/Guardian E-mail Address _____

Date _____



Educación Temprana

ACUERDO DE USO ACEPTABLE PARA ESTUDIANTES FORMULARIO DE FIRMA

LARK

Legal, Apropiado, Responsable, Amable

Cada estudiante que esté autorizado a utilizar los Sistemas de información del distrito y su padre/tutor leerá este Acuerdo de uso aceptable anualmente y su padre/tutor firmará como una indicación de que ha leído y entendido el acuerdo.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre completo del estudiante (Impreso): _____

Nombre del maestro: _____ Escuela: _____ Sesión: _____

ACUERDO DE PADRE

Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, he leído, entiendo y acepto que mi estudiante deberá cumplir con los términos descritos por LARK en el Acuerdo de uso aceptable anterior. Al firmar este Acuerdo, doy permiso para que mi estudiante use sistemas de información del distrito y/o acceda a la red informática de la escuela e Internet. Acepto liberarme de responsabilidad, indemnizar y eximir al personal de la escuela, distrito y distrito contra todas las reclamaciones, daños y costos que puedan resultar del uso de los Sistemas de Información del Distrito por parte de mi estudiante o el fracaso de cualquier medida de protección tecnológica utilizada por el Distrito. Además, acepto toda la responsabilidad por la supervisión del uso de mi cuenta de acceso por parte de mi estudiante si y cuando dicho acceso no está en el entorno escolar.

Nombre del padre/tutor (impreso) _____

Firma del padre/tutor _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor _____

Fecha _____

* Este formulario firmado se mantendrá en el expediente familiar del estudiante.