

THE FOLLOWING INFORMATION IS REQUIRED FOR YOUR STUDENT'S REGISTRATION
(LA SIGUIENTE INFORMACION SE REQUIERE PARA LA INSCRIPCION DE SU ESTUDIANTE)

Medical Records

- Immunization Records
- Tuberculosis Skin Test Results*

* TB test within the last 2 weeks if registering from outside of the Country. If history of positive TB test: Present documentation of a chest x-ray and treatment.

Proof of Age

1. A certified copy of a birth certificate or a statement by the local registrar or county recorder certifying the date of birth
2. A duly attested baptism certificate
3. A passport
4. When none of the above documents is obtainable, an affidavit of the parent/guardian

2 Proofs of Residency

Submit 2 **original** documents from the following list:

(Dated within the last 60 days)

- PG&E Bill
- Home telephone bill
- Cable television bill
- Water bill
- Payroll Stub

- W-2 form
- Property tax payment receipt
- Copy of deed & recent mortgage payment receipt
- Copy of lease and most recent rent payment receipt

If you need assistance meeting residency requirements please contact the Student Enrollment and Family Center at 415-492-3236

Historial Medico

- Tarjeta de Vacunas
- Resultados de la prueba de Tuberculosis*

* Resultados de la prueba de Tuberculosis dentro de las últimas 2 semanas si el estudiante viene fuera del país. Si hay un registro de la prueba de Tuberculosis positiva: Presentar la documentación del exámen de los rayos X y del tratamiento.

Comprobante de Edad

1. Una copia certificada de un certificado de nacimiento o una declaración del registrador local o del condado que certifique la fecha de nacimiento.
2. Certificado de bautismo debidamente acreditado
3. Un pasaporte
4. Cuando no se puede obtener ninguno de los documentos anteriores, una declaración jurada del padre/madre/tutor

2 Comprobantes de Residencia

2 documentos **originales** de la siguiente lista deben ser entregados:

(Dentro de los últimos 60 días)

- Factura de PG&E
- Factura del servicio de teléfono de casa
- Factura del servicio de cable
- Factura del servicio de agua
- Talón de cheque

- Forma W-2
- Recibo del pago de los impuestos de la propiedad
- Copia de las escrituras y el pago mas reciente de la hipoteca
- Copia del contrato de renta y el mas reciente recibo del pago de la renta

Si necesita asistencia con los requisitos de verificación de residencia por favor comuníquese con el Centro Familiar e Inscripción de estudiantes al 415-492-3236

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

POR FAVOR USE LAPICERO, Y EN LETRA DE MOLDE COMPLETE LA FORMA EN SU TOTALIDAD		
GRADO	DISTRITO ESCOLAR DE SAN RAFAEL–PAQUETE DE INSCRIPCION	AÑO

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal _____ Otro Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Masculino Femenino No Binario Fecha de Nacimiento:

Mes	Día	Año

 Edad _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN (Marque el cuadro si el estudiante vive con usted)

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco con el Estudiante _____

Dirección en que Reside/Dirección Postal _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Primario _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE/MADRE/TUTOR

<input type="checkbox"/> Posgraduado	<input type="checkbox"/> Graduado de la Univ.	<input type="checkbox"/> Algo de Univ.	<input type="checkbox"/> Termine la Sec.	<input type="checkbox"/> No termine la Sec.
--------------------------------------	---	--	--	---

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN (Marque el cuadro si el estudiante vive con usted)

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco con el Estudiante _____

Dirección en que Reside/Dirección Postal _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Primario _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE/MADRE/TUTOR

<input type="checkbox"/> Posgraduado	<input type="checkbox"/> Graduado de la Univ.	<input type="checkbox"/> Algo de Univ.	<input type="checkbox"/> Termine la Sec.	<input type="checkbox"/> No termine la Sec.
--------------------------------------	---	--	--	---

Si el niño(a) no vive con los padres, necesitara mostrar documentos como Affidavit de Custodia o de Corte
 Si hay un acuerdo legal en la custodia, por favor marque una: Custodia Compartida Custodia Exclusiva

ESCUELAS A LAS QUE ASISTIO PREVIAMENTE			
Grado	Fecha de Entrada y Salida	Nombre de la Escuela	Ciudad, Estado

¿Ha reprobado algún grado? ¿Ha asistido este estudiante a una escuela en el Distrito de San Rafael?
 Si ¿Cual grado? _____ No Si ¿Cual escuela? _____ No

OFFICE USE ONLY

Last Grade Completed _____	Requested Sch _____	E-mailed to Sch on _____ / _____ / _____
Registering Grade _____	Assigned Sch _____	Mailed Packet on: _____ / _____ / _____

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

- Hispano ó Latino (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de sudamerica ó centroamerica, ó de otra cultura u origen español, sin importar la raza)
- No Hispano ó Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU NIÑO(A)? (Por favor marque uno ó todos los que apliquen)

La pregunta anterior se refiere al origen étnico, no acerca de la raza. No importa lo que usted haya seleccionado antes, **por favor conteste lo siguiente** marcando una o mas casillas para indicar la que usted considere que es su raza.

- Indú Negro ó Afroamericano Camboyano De origen Asiático(Hmong)
- Filipino Guamanian Hawaiano De otro origen Asiático
- Japones Coreano Vietnamita Originario de Laos
- Chino Samoano Tahitiano De otro origen de las Islas del Pacífico
- Indio Americano, o nativo de Alaska y cualquier persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamerica, Centroamerica y Sudamérica.
- Blanco o cualquier otra persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, del Norte de Africa, ó del Oriente Medio.

EDUCACION ESPECIAL

¿Ha recibido este estudiante algunos de los siguientes servicios en algún Distrito escolar?

- RSP SDC Lengua y Lenguaje Otro _____

MEMORANDUM DE ACEPTACION DE LA ASIGNACION A LA ESCUELA

Yo/nosotros entendemos que a nuestro hijo/a _____ no se le garantiza inscripción en su escuela de residencia*. Si no hay espacio disponible en la escuela de residencia, será asignado(a) a otra escuela y será puesto en una lista de espera para regresar a su escuela de residencia.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

* Escuela de residencia es la escuela designada por el Distrito para su área específica de residencia.

OTROS HERMANOS(AS) DEL ESTUDIANTE				
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NAC	ESCUELA ACTUAL	GRADO

INFORMACION DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA, SE LLAMA A LOS PADRES/GUARDIANES PRIMERO. *Por favor provea el nombre de por lo menos **otras** dos personas que sean familiares/amigos/vecinos con diferentes números de teléfono que vivan cerca de la escuela, a quienes podamos llamar para que recojan a su niño(a) de la escuela en caso de emergencia si no podemos comunicarnos con ustedes. Por favor tome en cuenta que en caso de un desastre, es muy importante tener a alguien que viva en el vecindario que pueda cuidar de su hijo(a) hasta que usted pueda llegar a casa.*

1) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

2) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

3) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Seguro de Salud _____ # de Póliza del niño(a) _____

Nombre del Medico del niño(a) _____ # de Teléfono _____

Dirección _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE SIN CUSTODIA

¿Si los padres están separados o divorciados, podría el padre que no tiene la custodia recoger al niño(a) de la escuela? Si No iniciales _____

Debe proporcionar una orden de la corte limitando el contacto con el niño(a) si la respuesta es No.

Si desea que la escuela envíe información del estudiante (tarjeta de calificaciones, notificación de reuniones, ect.) a un padre/madre que no tenga la custodia, por favor llene la información de la parte inferior:

Nombre _____ Parentesco con el niño(a) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DECLARACION DE RESIDENCIA				
Nombre del Estudiante _____	Padre/Madre/Tutor _____			
Dirección en que reside _____				
# de Casa y Calle	# Apartamento	Ciudad	Código Postal	
# Teléfono de Casa _____	# Teléfono Celular _____			

La dirección enlistada en esta Declaración de Residencia es mi residencia primaria.

Yo, entiendo que el Distrito Escolar de San Rafael, verificara toda la información proveída en la declaración de residencia. La verificación puede incluir múltiples visitas al hogar. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente al Distrito Escolar de San Rafael por escrito si hay algún cambio de dirección. Yo comprendo perfectamente que el Distrito investigara activamente todos los casos en donde haya razón para creer que la información proveída por mi es falsa o incorrecta. Información falsa en la declaración de residencia dará lugar a que el estudiante sea dado de baja inmediatamente.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California que la información es verdadera y correcta, y que todos los documentos presentados para la verificación de mi residencia son documentos originales, verdaderos y correctos y que ninguno de los documentos presentados ha sido alterado a excepción de que se haya cruzado la cantidad de dólares o los números de cuenta lo cual es permitido para el propósito de esta Declaración de Residencia (Código Penal secciones 118, 126, 127)

Efectuado en la fecha que se encuentra en la parte inferior en el Condado de Marin, California

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

La información proveída a las Escuelas de San Rafael en este paquete de inscripción es confidencial y ninguna organización no autorizada por SRCS tendrá acceso a la misma. Las Escuelas Elementales y Secundarias de San Rafael forman parte de un Distrito que ofrece las mismas oportunidades para todos los estudiantes que residen en su área sin considerar genero, raza, color de piel, creencias religiosas, origen nacional, linaje, capacidades mentales o físicas, preferencia sexual o idioma en el hogar.

OFFICE USE ONLY:		
Attach copies of proof of residency & a copy of the parent/guardian ID or DL to this document		
_____	_____	_____
Name of Staff Member	Signature of Staff Member	Date

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DISTRITO ESCOLAR DE SAN RAFAEL
Paquete De Inscripción
(Solamente para uso de SRCS)

Fecha estampada: _____

LOCAL

ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma(s) que cada estudiante habla en casa. Esta información es esencial a fin de que las escuelas puedan proporcionar una enseñanza con contenido para todos los estudiantes

POR FAVOR TOME EN CUENTA: Si su respuesta a cualquiera de las 4 preguntas en la parte inferior es un idioma diferente a Inglés, su hijo(a) recibirá el examen **ELPAC** (Evaluaciones de dominio del idioma inglés en California)

Por favor responda a las siguientes preguntas indicando un idioma por línea.

1. ¿Cual fue el idioma que su hijo/a aprendió **cuando empezó a hablar**?

2. ¿Cual es el idioma que su hijo/a usa **más frecuente** en casa?

3. ¿En que idioma le habla usted a su hijo/a **más frecuentemente**?

4. ¿Escriba el idioma que hablan los adultos en el hogar con **más frecuencia**?

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

La Encuesta de Idioma del Hogar para todos los estudiantes debe presentarse en la CARPETA DE CUM de los estudiantes. Si el estudiante está clasificado como Aprendiz de inglés, por favor ingrese una carpeta azul de EL. Ignore esta encuesta temporal cuando el original se recibe dentro de los 30 días y se archiva en la carpeta CUM

Cuestionario sobre vivienda

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre
-------------------------	--------	----------------

Nombre de la escuela

La información proporcionada a continuación ayudará a la agencia educativa local (San Rafael City Schools) a determinar para qué servicios pueden ser elegibles usted y/o su hijo(a). Esto podría incluir servicios de educación adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del lugar.

Actualmente, ¿viven usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- Se aloja en un refugio (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio juvenil) o en un tráiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency [FEMA], por sus siglas en inglés)
- Comparte una vivienda con otra personas(s) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o una razón similar
- Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Vive temporalmente en un hotel o motel debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales o una razón similar
- Vive en una residencia unifamiliar que es permanente

-
- Marque aquí si usted es un estudiante menor de 18 años y no vive con sus padres o tutores

El padre/tutor que suscribe, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Escriba el nombre del padre/tutor	Firma	Fecha
-----------------------------------	-------	-------

(Código de área) No. de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------------	-----------	--------	--------	---------------

Su hijo(a) o hijos(as) tienen derecho a:

- Una inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si usted no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y es lo mejor para usted.
- Recibir transporte hacia la escuela de origen y desde ella, así como los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, de la misma manera que se ofrecen a los demás niños, incluyendo comidas gratis y Título I.
- Recibir las protecciones y servicios completos provistos de acuerdo con todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Enumere todos los niños que viven actualmente con usted.

Nombre	M/F/No Binario	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, por favor comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, Lori Owens por teléfono al 415-492-3589 o por correo electrónico al lowens@srcs.org.

310 Nova Albion Way San Rafael, CA 94903

HEALTH ALERT 2022 - 2023
NOTICE TO PARENT(S)/GUARDIAN(S):

If your child has a serious health condition such as asthma, seizure disorder, diabetes, food or insect allergy, or other condition that may require care during the school day, it is imperative that you contact your school nurse immediately. Please note that if medication is to be given at school, including all over-the-counter medications, an authorization to administer medication is needed.

Thank you,

Heather Nelson
District Nurse
hnelson@srcs.org
(415) 342-5591
Bahia Vista, Davidson Middle
School, Laurel Dell, Sun Valley,
Terra Linda High School

Roxana Aguiar-Gonzalez
District Nurse
Atención en español
ragonzalez@srcs.org
(415) 342-9768
Coleman, Glenwood, San
Pedro, San Rafael High
School, Madrone High School,
Venetia Valley

Ana Peixotto
Bilingual Health Liaison
Atención en español
apeixotto@srcs.org
(415) 342-4803

ALERTA DE SALUD 2022 - 2023
AVISO A LOS PADRES/TUTORES:

Si su hijo(a) tiene una condición de salud grave, tales como el asma, convulsiones, diabetes, alergias alimenticias o de insectos, o cualquier otra condición que requiera atención durante el día escolar, es de suma importancia que se comunique con la enfermera de la escuela inmediatamente. Por favor tenga en cuenta que si es necesario que se le administre algún medicamento en la escuela (incluyendo medicamentos sin receta médica), se requiere una autorización para administrar medicamentos. Favor de solicitar este formulario en la oficina de la escuela.

Gracias,

Heather Nelson
District Nurse
hnelson@srcs.org
(415) 342-5591
Bahia Vista, Davidson Middle School,
Laurel Dell, Sun Valley, Terra Linda
High School

Roxana Aguiar-Gonzalez
District Nurse
Atención en español
ragonzalez@srcs.org
(415) 342-9768
Coleman, Glenwood, San
Pedro, San Rafael High
School, Madrone High School,
Venetia Valley

Ana Peixotto
Bilingual Health Liaison
Atención en español
apeixotto@srcs.org
(415) 342-4803