



# Matriculación para Escuelas de la Ciudad de Eureka

(kínder de transición, kínder, alumno nuevo a las escuelas de la ciudad de Eureka)

Fecha que se recibió el paquete completado

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nivel de año para el 2023-2024: \_\_\_\_  
Mes Día Año

Escuela de residencia: \_\_\_\_\_

Escuela deseada si alguna que no sea la escuela de residencia:

\_\_\_\_\_

Distrito de residencia: \_\_\_\_\_ (si alguno que no sea las escuelas de la ciudad de Eureka)

**Razón por solicitud:**

## PAPELEO REQUERIDO PARA COMPLETAR EL PROCESO DE MATRIUCLACIÓN:

- Formularios de matriculación completados (incluidos)
- Acta de nacimiento
- Registro de inmunizaciones
- Comprobante de domicilio (domicilio actual)\*
- Solicitud para traslado dentro del distrito
- Permiso de traslado dentro del distrito si se aplica

\*Comprobante de domicilio actual puede incluir cualquiera de lo siguiente:

1. Recibos por pagos del impuesto sobre la propiedad
2. Contrato, cobro, o recibos de pagos de servicios públicos
3. Talón de cheque
4. Correspondencia de una agencia del gobierno
5. Contrato de propiedad rentada, arrendamiento, o recibos de pagos



# INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR Eureka City Schools

GRADO

Apellido del estudiante:

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a las escuelas públicas de Eureka City Schools?  Sí  No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido legal	Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Otro nombre legal (si aplica)
----------------	---------------------	----------------------	-------------------------------

No bonario  
 Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento:

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

Apellido del padre o tutor	Nombre del padre o tutor	Teléfono en casa	Tel. en el trabajo
----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------

( )	( )	( )
-----	-----	-----

Apellido de la madre o tutor	Nombre de la madre o tutor	Teléfono en casa	Tel. en el trabajo
------------------------------	----------------------------	------------------	--------------------

Dirección postal (P.O Box o # de casa y nombre de la calle)	Apt#	Ciudad	Estado	Zip
---	------	--------	--------	-----

Dirección (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra)	Apt #	Ciudad	Estado	Zip
--	-------	--------	--------	-----

Correo electrónico :

Primer nombre:

**Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – marque todas las que apliquen**

Padre  Madre  Ambos  Padrastro  Madrastra  Encargado  Casa grupal/de cuidado temporal  Otro \_\_\_\_\_

¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante?  Sí  No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (*Caregiver Affidavit*)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es:  Custodia conjunta

Custodia individual  Encargado

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:**

1.  Padre  Padrastro/Tutor (maque uno) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( )** \_\_\_\_\_

2.  Madre  Madrastra/Tutora (marque una) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad :** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( )** \_\_\_\_\_

ID Permanente:

**CORREO DUPLICADO** – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Tel. #:** ( ) \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

El estudiante tiene hermano(s) registrados actualmente para asistir a ECS 2023-2024:  Sí  No

Nombres de hermanos:

--	--	--

**¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una):**  Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)  No Hispano o Latino

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)**

- 0 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100)<br><small>(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica)</small> | <input type="checkbox"/> Laos (206)          | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)  |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)  | <input type="checkbox"/> Camboyano (207)     | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)   |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202)  | <input type="checkbox"/> Hmong (208)         | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)  |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)  | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600)  |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)   | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)      | <input type="checkbox"/> Blanco (700) <small>(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente)</small> |
| <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205)  | <input type="checkbox"/> Guamanian (302)     |   |
|   | <input type="checkbox"/> Samoa (303)         |   |

**EDUCACIÓN DE LOS PADRES - Marque una casilla para cada padre o tutor**

- |                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Madre/<br/>Tutor</b>  | <b>Padre/<br/>Tutor</b>  |                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Con licenciatura o con postgrado    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se graduó del college (Universidad) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algo de college (incluye AA degree) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se graduó de high school            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No se graduó de high school         |

**Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en EE.UU.**

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

**Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en California**

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

**Lugar de**

**nacimiento:** Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País : \_\_\_\_\_

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela?

Inglés  Español

**Residencia** – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al ESSA) – **Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (09)                   |
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento (11)                                   | <input type="checkbox"/> Sin residencia (carro o campamento) (12) |
| <input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (10)                                 | <input type="checkbox"/> Otra (15) especifique _____              |

**ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES:**

Escuela	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal	Grado(s)	Fecha(s)

¿Hay informes psicológicos o confidenciales disponibles de la antigua escuela de su hijo?  Sí  No

¿Su hijo ha sido suspendido?  Sí  No ¿Alguna vez su hijo ha sido expulsado?  Sí  No

**¿QUÉ SERVICIOS ESPECIALES HA RECIBIDO SU HIJO? (marque todas las casillas que correspondan)**

- Educación especial:**  Recurso (RSP)  Clase para estudiantes con discapacidades (SDC)  Habla/Lenguaje
- Otro:**  Educación de estudiantes talentosos y dotados (GATE)  Matemáticas de recuperación  Lectura de recuperación
- Ayuda a mejorar la asistencia/comportamiento  504 Asesoramiento  Desarrollo del idioma inglés
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO (REV 12/02/2021)**



**KeenanDirect**



**Certified  
Insurance  
Agent**

Your dedicated Covered California agent

Call for assistance

1.855.653.3626 (1.855.6Keenan) or [keenandirect.com](http://keenandirect.com)

Reference Code: AB2706

# Enroll. Get Care. Renew.

## Health Coverage Options

### Medi-Cal:

- ▶ Children, foster youth, pregnant women, adults, US citizens, and immigrants—including those with DACA status—may be eligible for no- or low-cost Medi-Cal.
- ▶ Medi-Cal covers immunizations, checkups, specialists, vision and dental services, and more for children and youth at no- or low-cost.
- ▶ Medi-Cal enrollment is available year-round.

### Covered California:

- ▶ Covered California is where legal residents of California can compare quality health plans and choose the one that works best for them.
- ▶ Based on income and family size, many Californians may qualify for financial assistance.
- ▶ Enroll during Open Enrollment or any time you experience a life-changing event, like losing your job or having a baby. You have 60 days from the event to complete enrollment.

**! Undocumented Families** visit: [www.allinforhealth.org/resources#Undocumented](http://www.allinforhealth.org/resources#Undocumented)  
Immigration status information is kept private, protected, and secure. It will not be used by any immigration agency to enforce immigration laws, but only to determine eligibility for health programs.

### You and your family may qualify for financial help:

Household Size	If 2016 household income is less than...		If 2016 household income is between...
1	\$16,934	\$31,600	\$16,395 – \$47,080
2	\$22,107	\$42,613	\$22,108 – \$63,720
3	\$27,820	\$53,625	\$27,821 – \$80,360
4	\$33,534	\$64,638	\$33,535 – \$97,000
5	\$39,247	\$75,650	\$39,248 – \$113,640
6	\$44,960	\$86,662	\$44,961 – \$130,280
▶	Adults may be eligible for Medi-Cal	Children may be eligible for Medi-Cal	May be eligible for financial help to purchase insurance through Covered California

## Enroll.

Three ways to enroll in Medi-Cal and Covered California:

[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

1(800) 300-1506

Find in-person help:  
[www.coveredca.com/get-help/local/](http://www.coveredca.com/get-help/local/)

## Get Care.

- ▶ Find a primary care doctor in your network.
- ▶ Schedule an annual checkup for you and your family.
- ▶ Make sure to take your child to the dentist.
- ▶ Pay your monthly premium if your plan requires it.

## Renew.

- ▶ Medi-Cal must be renewed every year. Medi-Cal will mail renewal packet. Complete and return. For help, contact your local Medi-Cal office or call 211.
- ▶ Health plans through Covered California must be renewed every year. Renewal information will be mailed at the end of the year, or contact Covered California at 1 (800) 300-1506.

For more information go to:  
[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)

April 2016





KeenanDirect



Certified Insurance Agent

Su agente dedicado de Covered California

Llamar para asistencia gratis  
1.855.653.3626 (1.855.6Keenan)  
Código de referencia: AB2706

## Inscríbese. Cuide Su Salud. Renueve Su Cobertura.

## Sus Opciones de Cobertura de Salud

### Medi-Cal:

- ▶ Niños, jóvenes en hogares de crianza, mujeres embarazadas, adultos, ciudadanos de los Estados Unidos, e inmigrantes incluyendo personas con el estatus de Acción Diferida (DACA)—podrían ser elegibles para Medi-Cal gratis o a bajo costo.
- ▶ Medi-Cal proporciona vacunas, visitas al doctor de prevención, especialista, oculista y servicios dentales para niños y jóvenes gratis o a bajo costo.
- ▶ Inscripción al programa de Medi-Cal está disponible todo el año.

### Covered California:

- ▶ Covered California es donde los residentes legales de California pueden comparar planes de salud de alta calidad y elegir el que les conviene.
- ▶ Dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia, muchos Californianos también podrían calificarán para obtener ayuda financiera.
- ▶ Inscríbese durante la Inscripción Abierta o en cualquier momento durante el año que a tenido un evento calificado de vida, como si perdió su trabajo o tuvo un bebé. Tienen 60 días del evento para inscribirse.

**!** Para familias indocumentadas visiten: [www.allinforhealth.org/resources#Undocumented](http://www.allinforhealth.org/resources#Undocumented)  
Su información de inmigración es confidencial, protegida, y segura. Su información no se usará para fines de control de inmigración. Solo se usará para determinar la elegibilidad para cobertura médica.

### Usted y su familia podrían calificar para asistencia financiera:

Tamaño de la familia	Si el ingreso familiar en 2016 es menos de...	Si el ingreso familiar en 2016 es entre...	
1	\$16,934	\$31,600	
2	\$22,107	\$42,613	
3	\$27,820	\$53,625	
4	\$33,534	\$64,638	
5	\$39,247	\$75,650	
6	\$44,960	\$86,662	
▶	Adultos podrían calificar para Medi-Cal	Niños podrían calificar para Medi-Cal	Podrías calificar para asistencia financiera en la compra de un seguro a través de Covered California

## Inscríbese.

Tres formas para inscribirse con Medi-Cal y Covered California:

[www.coveredca.com/espanol/](http://www.coveredca.com/espanol/)

1(800) 300-0213

Ayuda en persona:  
[www.coveredca.com/espanol/get-help/local/](http://www.coveredca.com/espanol/get-help/local/)

## Cuide Su Salud.

- ▶ Elija su doctor de su red medica.
- ▶ Haga sus citas anuales con su doctor para usted y su familia.
- ▶ Asegúrese de llevar a su hijo(s) al dentista.
- ▶ Si su plan lo requiere, haga su pago mensual.

## Renueve Su Cobertura.

- ▶ El seguro de Medi-Cal debe ser renovado cada año. Medi-Cal le enviará por correo su paquete de renovación. Complete y regrese el paquete. Para ayuda, contacte su oficina de Medi-Cal o marque 211.
- ▶ Los planes de salud a través de Covered California se deben renovar cada año. La información para renovar se le enviara a finales de año o contacte a Covered California

Para más información visite:  
[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)  
[www.asegurate.com](http://www.asegurate.com)



Asegúrate, para el bienestar de tu familia

UN PROYECTO DE "THE CHILDREN'S PARTNERSHIP"

The Children's Partnership



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

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

**Student Information**

Name of the Child \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade level \_\_\_\_\_

Name of School \_\_\_\_\_ School District \_\_\_\_\_

**Tribal Membership**

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

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

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

Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

The Tribe or Band is (select only one):

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

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

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

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

**Attestation Statement**

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

Printed Name of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For Parent/Guardians:**

**Definitions:**

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

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

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

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

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

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





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

ME-1



**FORMULARIO DE REFERENCIA**  
**REFERRAL FORM**

**ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL / THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL**

**¿Le gustaría seguir apoyando a su hijo/a para que tengan éxito en la escuela? ¿El Programa de Educación Migrante es un excelente recurso!**

Would you like to continue assisting your child in school? The Migrant Education Program is an excellent resource!

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

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

**Si contestó “SÍ” a ambas preguntas, su hijo/a podría ser elegible para recibir servicios educativos. Por favor anote los siguientes datos y entregue este formulario. ¡Gracias!**

If you answered “YES” to both questions, your child could be eligible to receive educational services. Please provide the following information and return this form. Thank you!

**Fecha/Date:** \_\_\_\_\_

**Nombre de los Padres/Parents’ Name:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono/Telephone Number:** \_\_\_\_\_

**Dirección/Address:** \_\_\_\_\_  
Número /Number Calle/Street Ciudad/City

**Nombre del Estudiante/Student’s Name:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento/Date of Birth:** \_\_\_\_\_

Referred by (Agency/School): \_\_\_\_\_ Telephone Number/e-mail: \_\_\_\_\_

<b>FOR MIGRANT EDUCATION RECRUITMENT STAFF USE ONLY</b>	
Date: _____	Notes: _____
Date: _____	Notes: _____

Please mail completed surveys to the address above, fax to (707) 526-9724, or e-mail to [jocegued@bcoe.org](mailto:jocegued@bcoe.org)



Escuelas de la Ciudad de Eureka  
Cuestionario de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo M F N Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier medicamento que su niño toma: ¿Con receta?

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_ S / N

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_ S / N

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_ S / N

Si su niño toma medicamentos con receta o de venta libre durante el día en la escuela, él/ella necesitará formularios de la escuela para la autorización del médico y de los padres. Por favor contacte a la oficina de la escuela para conocer las políticas de "Medicamentos en la escuela".

Mi niño no tiene ningún problema a médico en este momento.

Mi niño tiene problemas médicos en este momento.

★ Si su niño tiene problemas médicos que puedan requerir instrucciones especiales o respuesta de emergencia, por favor complete abajo y TAMBIÉN notifique al personal de la escuela directamente.

Convulsiones

Diabetes

Usa medicamentos

¿Cuánto tiempo ha tenido su niño diabetes? \_\_\_\_\_

Pequeño Mal/Ausencias  Gran Mal o Conv. Tónico-Clónicas

¿Cuánta ayuda precisa él o ella en la escuela?

Simple parcial/focal

Independiente  Apoyo/supervisión

Compleja parcial/psicomotora

Ayuda para pruebas/calcular/administrar

¿Con qué frecuencia tiene convulsiones su niño \_\_\_\_\_

¿Tiene un diagnóstico de autismo, ADHD o trastorno del estado del ánimo?

Especifique \_\_\_\_\_ Medicamento(s) \_\_\_\_\_

Asma

Life-threatening Allergies (anaphylaxis)

O Sí  Leve  Moderada  Severa

¿Le recetó su médico un EpiPen?  Sí  No

Inhalador de rescate en la casa

Abejas/Insectos \_\_\_\_\_

Inhalador de rescate con el estudiante (se requieren formularios)

Alimentos \_\_\_\_\_

Inhalador de rescate en oficina de la escuela (se requieren formularios)

Medicamento/Otro \_\_\_\_\_

**Equipo especial** necesario en la escuela. Describa abajo.

**Condición cardíaca:** \_\_\_\_\_

Problemas con uso del baño. Describa abajo.

Ningún síntoma ni limitaciones.

Tiene límites en nivel de actividad. Describa abajo.

¿Cualquier condición o limitación seria, como un trastorno genético, tratamiento por cáncer, trastornos de coagulación, problemas digestivos, problemas de riñón o vejiga, un shunt, problemas ortopédicos, alergias o intolerancias a ciertos alimentos que afecten la vida diaria del niño, o problemas para ver, oír o hablar?

Sí  No Por favor describa abajo.

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Madre o Tutor

Si su niño tiene un diagnóstico que requiera alimentos especiales y/o ayuda o supervisión con las comidas, por favor contacte al enfermero de la escuela para obtener los formularios necesarios para su médico. Los servicios de alimentos deben cumplir con requisitos legales para sustituir alimentos.



# Eureka City Schools

## Encuesta del Idioma en el Hogar

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_

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

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

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

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_