



Capistrano Unified School District
Bathgate Elementary School
(949)348-0451
bathgate.capousd.org

2026-2027 TK Enrollment/Registration

STEP ONE

Please go to the District's website. The address is: <http://www.capousd.org/>. On the homepage, scroll down to "Enrollment/Registration."

REQUIRED FOR ON-LINE ENROLLMENT

- A valid home address within the Capistrano Unified School District boundaries
- A valid e-mail address
- Parent/Guardian's address and phone numbers
- Name and phone numbers of emergency contacts
- Immunization dates
- Local physician name and phone number
- If the child was born outside the U.S., you will need the date the student entered the U.S.

After selecting the 2026-2027 School Year at the top of the page, you will be guided through the 20-30 minute enrollment process. At the end of the process, print out two (2) copies of the confirmation receipt (one for the school and one for your records.)

STEP TWO

Enclosed are additional forms that need to be completed along with the on-line enrollment. Once these forms and the on-line enrollment are complete, **please bring all forms along with the following items to the school office.**

1. Birth Certificate (County/State Copy)
(Student must be 4 (four) years old on or before September 1, 2026)
2. 2 Proofs of Residency
(Current utility bill, AND a mortgage/rental agreement/escrow documents)
3. Immunization Record
(CA Yellow Card or other State record)
4. Parent Identification
(Any photo driver's license OR CA ID card OR passport with a photo ID OR other government issued document with a photo ID)

COMPLETED registration packets will be accepted in the Bathgate office beginning January 6, 2026 between 9:00 am – 1:00 pm

PLEASE RETURN AS SOON AS POSSIBLE



Distrito Escolar Unificado de Capistrano
Bathgate Elementary School
(949)348-0451
bathgate.capousd.org

Inscripción de Kinder Transicional 2026-2027

PRIMER PASO

Visite la página web del Distrito Escolar: <http://www.capousd.org/>. En la página principal, vaya a la sección de información para padres en el lado derecho. Luego seleccione : "inscripción" y luego "inscripción en Línea".

REQUISITOS PARA LLENAR LA SOLICITUD EN LINEA

- Domicilio válido que demuestre estar dentro de los límites del Distrito Escolar Capistrano
- Correo Electrónico Válido
- Domicilio y número telefónico de los padres/tutores
- Nombres y números de Teléfono de los contactos de emergencia
- Fechas de las vacunas (tarjeta amarilla)
- Nombre del Medico Familiar, número telefónico y dirección
- Si su estudiante nació fuera de U.S por favor ponga la fecha de entrada al país.

Después de elegir el **Año Escolar 2026-2027** en la parte superior de la página, usted será guiado al proceso de registro que le tomará de 20-30 Minutos. Al final de este proceso, por favor imprimir dos copias de confirmación (una para la escuela y otra para sus registros).

SEGUNDO PASO

Adjunto encontrará formularios adicionales que deben ser llenados, además de la inscripción en línea, Una vez que estos formularios y la inscripción en línea estén completos, **por favor traerlos a la oficina de la escuela, junto con los siguientes documentos:**

1. Acta de Nacimiento (Condado/Estado)
(El estudiante debe tener 4 (cuatro) años antes o el 1ero de Septiembre del 2026)
2. 2 Comprobantes que confirmen su domicilio (Pruebas de Residencia)
(Recibo de Electricidad, gas o agua del 2026 y contrato de alquiler o recibo de hipoteca de su casa)
3. Récord de Vacunas
(Tarjeta Amarilla de California o Récord de otro Estado)
4. Identificación de los Padres
(Cualquier Licencia de conducir con foto o Tarjeta de Identificación de CA o un pasaporte con una identificación con foto u otro documento emitido por el gobierno con una identificación con foto).

Los paquetes de inscripción **COMPLETOS** se aceptarán en la Oficina de Bathgate a partir del 6 de Enero del 2026 entre las 9:00am a la 1:00pm.

POR FAVOR TRAIGA LOS FORMULARIOS LO ANTES POSIBLE



Capistrano Unified School District
Bathgate Elementary School
27642 Napoli Way
Mission Viejo, CA 92692
(949)348-0451

TK Online Registration Check List
--

Bring:

- _____ **Verification of Parent/Guardian Identity** (any photo driver's license or CA ID card is Permitted, or a passport with photo ID or a government-issued document with photo ID)

- _____ **Verification of Age** (official or certified copy of the birth record; statement by the local registrar or county recorder certifying the date of birth; baptismal certificate or official hospital record of birth; passport; or Affidavit for Proof of Age of Minor signed by the student's parent/legal guardian)

- _____ **2 Proofs of Residence** – (Current utility bill [gas, electric, water/sewage]), mortgage statement or rental agreement, an escrow statement followed by verification of closing documents, property tax bill, bank statements, moving company receipts, and/or service letter from a utility company verifying residency)

- _____ **Yellow Immunization Card**

- _____ **Online Registration Confirmation** - Please print and bring to the school office. The last page requires a parent signature.

Fill out and Bring: (Forms included in this packet):

- _____ **Home Language Survey**
- _____ **Kindergarten Student Profile**
- _____ **Program Information** – Programs your child may have participated in, medical needs, custody issues, IEP (Please provide office with copies if any of these apply to your child).
- _____ **Report of Health Examination & Oral Assessment Form** – Completed and signed by physician/ dentist.

REGISTRATION PACKETS WILL ONLY BE ACCEPTED IF ALL OF THE REQUIREMENTS ARE MET AND THE PACKET IS COMPLETE.



Distrito Escolar Unificado de Capistrano
Bathgate Elementary School
27642 Napoli Way
Misión Viejo, CA 92692
(949)348-0451

Documentos Requeridos para la inscripción en línea de TK- Kinder Transicional

Traer:

_____ **Comprobante de la Identificación de Padre/Tutor** (Esta permitida cualquier Identificación de CA con foto, o pasaporte con Foto o cualquier documento emitido por el gobierno con Foto).

_____ **Comprobante de Edad** (Acta de Nacimiento Original o Copia Certificada; testimonio de algún registro local o del condado que mencione la edad; Acta de Bautizo o registro de Nacimiento del Hospital, Declaración jurada (Affidavit) para comprobar la Edad del menor firmada por el padre/madre/tutor del estudiante).

_____ **2 Comprobantes de Domicilio** (Recibo de Servicios (gas, luz, agua), Contrato de Arrendamiento o Recibo de Hipoteca, Declaración de depósito en garantía seguida de la verificación de los documentos de cierre, Pago de Impuestos, Estados de Cuenta Bancarios, Recibos de Mudanzas, y/o una carta de por parte de alguna compañía de servicio que verifique su domicilio)

_____ **Tarjeta Amarilla de Vacunación**

_____ **Confirmación de la Inscripción en Línea** – Favor de Imprimirla y traerla a la oficina de la escuela. La última página requiere de la firma del Padre/Tutor

Completar y Traer: (Los Formularios incluidos en este paquete):

_____ **Encuesta del Idioma en el Hogar**

_____ **Información de Programas** – Programas en los cuales su hijo ha participado, IEP, Necesidades Médicas, Problemas de Custodia (Por favor traiga una copia de los que apliquen para su hijo)

_____ **Certificado de Salud** – Llenado y firmado por un Médico (si entrara a 1er Grado)

LOS PAQUETES DE INSCRIPCION SOLO SERAN ACCEPTADOS SI CUMPLEN CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y EL PAQUETE ESTA COMPLETO.

CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY

Name of Student _____

Last Name

First Name

Middle

Grade

Date of Birth

Age

Today's Date

Entering School (CUSD)

Prior School Name

Prior School District Name

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

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

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

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

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

4. Which language is most often spoken by adults in the home? _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante _____

Apellido _____

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Escuela a la que está Entrando (CUSD) _____

Nombre de la Escuela Anterior _____

Nombre del Distrito Escolar Anterior _____

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar a los estudiantes un examen del dominio del inglés. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma determinarán si el dominio del inglés del estudiante debe ser evaluado. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si cometió un error en las preguntas de esta encuesta del idioma, Ud. puede solicitar una corrección de su respuesta antes de que se evalúe el dominio del inglés de su estudiante.

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? _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

Updated: 7/20

**CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
BATHGATE ELEMENTARY SCHOOL
PROGRAM INFORMATION**

Student's Name _____ Grade _____

Has your child received Special Education services? ____Y ____N

If yes, when and in what areas?

SAI/Resource Specialist _____

Dates _____

Speech Therapy _____

Dates _____

504 Plan _____

Dates _____

Does your child have a current IEP? _____

Does your child have a current 504 Plan? _____

Have you attended a SST meeting for your child or has your child received any intervention support for academics or social behavior such as reading intervention, social skills, etc. _____

Has your child (2nd-5th grade) qualified for AAA/GATE? _____

Has your child ever been retained? _____ If yes, which grade? _____

Are there any custody issues regarding your child? _____

If yes, please explain

Are there any medical needs regarding your child? _____

If yes, please explain

Parent/Guardian Signature

Date

BATHGATE ELEMENTARY SCHOOL
2026/2027 TK Student Profile

Child's Name: _____ M _____ F _____

First Last

Name your child will use in class _____

Parent's Name: _____ / _____
Mother Father

Child's Birthdate _____ Child's age as of August. 1, 2026 _____ yr. _____ mo.

Home Phone Number _____ Cell Phone Number _____

Email Address: _____

Has your child attended preschool? Yes No

If yes, please list name of preschool(s) and how many years they attended:

What is the primary language spoken at home? _____

Name of Siblings	Age	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you interested in becoming a classroom volunteer on a weekly basis? _____

Are there any health needs we should be aware of? (food or other allergies, medication, glasses, hearing, etc.) _____

Parent's Signature: _____



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675

TELEPHONE: (949) 234-9200/FAX: 496-7681 www.capousd.org

BOARD OF TRUSTEES

LISA DAVIS
PRESIDENT

JUDY BULLOCKUS
VICE PRESIDENT

GILA JONES
CLERK

JENNIFER ADNAMS

KRISTA CASTELLANOS

GARY PRITCHARD, Ph.D.

LISA ZOLLINGER

SUPERINTENDENT
CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

November 2025

Dear Parents and Guardians of Incoming Transitional Kindergarten (TK) and Kindergarten students:

The beginning of school is a very important milestone in your child's life. We all share in the excitement, enthusiasm, and even a little anxiety that accompanies the beginning of school. Good health is a vital component in the quest for school success.

IMMUNIZATIONS:

The California School Immunization Law requires that children be up-to-date on their immunizations to attend school. Per 2016 legislation (SB277), all students must provide proof of immunization or a medical exemption when registering, and prior to attending school.

Beginning January 1, 2021, only Medical Exemptions issued from California Immunization Registry (CAIR-ME) meet requirements. We cannot accept doctor's notes NOT issued through CAIR-ME, blood work or titers, or other documentation to medically exempt the required immunizations. The CAIR-ME web site is a secure site for physicians to issue and manage standardized medical exemptions for children in school or childcare. Parents use the same site to request medical exemptions from vaccination for their children. Schools and childcare facilities can monitor and get updates for medical exemptions issued for children in attendance at their facility. For more details or to request an exemption from your child's physician, please visit <https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>.

Vaccine	4-6 Years Old Elementary School at Transitional-Kindergarten/ Kindergarten and Above
Polio (OPV or IPV)	4 doses (3 doses OK if one was given on or after 4th birthday)
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, DT, or Tdap)	5 doses of DTaP, DTP, or DT (4 doses OK if one was given on or after 4th birthday)
Measles, Mumps, and Rubella (MMR or MMR-V)	2 doses (Both doses given on or after 1st birthday. Only one dose of mumps and rubella vaccines are required if given separately.)
Hepatitis B (Hep B or HBV)	3 doses
Varicella (chickenpox, VAR, MMR-V or VZV)	2 doses (new requirement as of July 1, 2019)

KINDERGARTEN ORAL HEALTH ASSESSMENT:

California Education Code Section 49452.8 Requires students enrolled in kindergarten in a public school, or in first grade if not previously enrolled in kindergarten, to present proof of having received an oral health assessment within 12 months of initial enrollment. Every child needs an oral health assessment from a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional, and a completed Oral Health Assessment form (attached to this letter) to meet this requirement. The Oral Health Assessment is due to the school no later than May 31st of the school year.

If you have any questions about these requirements, please do not hesitate to contact your school principal, the licensed vocational nurse, or the health assistant at your school. You may also visit <http://www.shotsforschool.org> for detailed immunization information. We extend our sincere best wishes to you and your child and look forward to fostering a long-standing partnership with your family.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

ALISO VIEJO • COTO DE CAZA • DANA POINT • LADERA RANCH • LAGUNA NIGUEL • LAS FLORES • MISSION VIEJO
RANCHO MISSION VIEJO • RANCHO SANTA MARGARITA • SAN CLEMENTE • SAN JUAN CAPISTRANO



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675

TELEPHONE: (949) 234-9200/FAX: 496-7681 www.capousd.org

BOARD OF TRUSTEES

LISA DAVIS

PRESIDENT

JUDY BULLOCKUS

VICE PRESIDENT

GILA JONES

CLERK

JENNIFER ADNAMS

KRISTA CASTELLANOS

GARY PRITCHARD, Ph.D.

LISA ZOLLINGER

SUPERINTENDENT

CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

Noviembre 2025

Estimados padres y tutores de los alumnos de kindergarten de transición (TK) y kindergarten:

El comienzo de clases es un acontecimiento muy importante en la vida de su hijo. Todos compartimos la emoción, el entusiasmo e incluso un poco de ansiedad que acompaña al comienzo de la escuela. Una buena salud es un componente vital en la búsqueda del éxito escolar.

INMUNIZACIONES:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. De acuerdo a la legislación de 2016 (SB277), todos los estudiantes deben proporcionar prueba de vacunación o una exención médica al registrarse, y antes de asistir a la escuela.

A partir del 1 de enero de 2021, sólo las exenciones médicas emitidas por el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR-ME) cumplen con los requisitos. No podemos aceptar notas del médico que NO hayan sido emitidas a través de CAIR-ME, análisis de sangre o títulos, u otra documentación para eximir médicamente las vacunas requeridas. El sitio web CAIR-ME es un sitio seguro para que los médicos emitan y gestionen exenciones médicas estandarizadas para niños en la escuela o en guarderías. Los padres utilizan el mismo sitio para solicitar exenciones médicas de vacunación para sus hijos. Las escuelas y guarderías pueden supervisar y obtener actualizaciones de las exenciones médicas emitidas para los niños que asisten a sus instalaciones. Para más detalles o para solicitar una exención al médico de su hijo, visite <https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>

Vacuna	4-6 años Escuela Primaria en Kindergarten de Transición y Kindergarten o después
Polio (OPV or IPV)	4 dosis (3 dosis son aceptables si una se administró al cumplir los 4 años o después)
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTaP, DTP, DT, o Tdap)	5 dosis de DTaP, DTP, or DT (4 dosis son aceptables si una se administró al cumplir los 4 años o después)
Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Que ambas dosis hayan sido administradas al cumplir un año o después. Sólo se requiere una dosis de vacunas contra las paperas y la rubéola si se administran por separado).
Hepatitis B (Hep B or HBV)	3 dosis
Varicela (viruela, VAR, MMR-V or VZV)	2 dosis (nuevo requisito a partir del 1 de julio de 2019)

EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN KINDERGARTEN:

Código de Educación de California, Sección 49452.8 Requiere que los estudiantes matriculados en una escuela pública en kindergarten, o en primer grado si no han sido matriculados previamente en kindergarten, presenten prueba de haber recibido una evaluación de salud bucodental dentro de los 12 meses de la inscripción inicial. Cada niño necesita una evaluación de salud bucodental de un dentista con licencia u otro profesional de la salud dental con licencia o registrado, y completar el formulario de Evaluación de Salud Bucodental (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito. El informe de la evaluación bucodental debe entregarse a la escuela a más tardar el 31 de mayo del año escolar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos requisitos, no dude en comunicarse con el director de su escuela, la enfermera profesional autorizada o el asistente de salud de su escuela. Para obtener información detallada sobre vacunación, puede visitar el sitio <http://www.shotsforschool.org>. Extendemos nuestros más sinceros deseos de bienestar para usted y su hijo(a), y esperamos fomentar una relación duradera y productiva con su familia.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

AISO VIEJO • COTO DE CAZA • DANA POINT • LADERA RANCH • LAGUNA NIGUEL • LAS FLORES • MISSION VIEJO

RANCHO MISSION VIEJO • RANCHO SANTA MARGARITA • SAN CLEMENTE • SAN JUAN CAPISTRANO

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street		City	SCHOOL
ZIP code			

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
Tuberculin Test (Mantoux/PPD)	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/dT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entreguelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año	
DOMICILIO—Número y Calle		Ciudad	Zona Postal	Escuela	

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**EXAMEN DE SALUD**

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTp/DT/d (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	
Firma del examinador de salud	Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhs.ca.gov/chdp/

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM - DD - YYYY										
Address:			Apt.:										
City:		ZIP Code: 											
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: 										
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female										
Child's Race/Ethnicity:	<table><tr><td>☐ White</td><td>☐ Native American</td></tr><tr><td>☐ Black/African American</td><td>☐ Multi-racial</td></tr><tr><td>☐ Hispanic/Latino</td><td>☐ Native Hawaiian/Pacific Islander</td></tr><tr><td>☐ Asian</td><td>☐ Unknown</td></tr><tr><td>☐ Other (please specify)</td><td></td></tr></table>			☐ White	☐ Native American	☐ Black/African American	☐ Multi-racial	☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander	☐ Asian	☐ Unknown	☐ Other (please specify)	
☐ White	☐ Native American												
☐ Black/African American	☐ Multi-racial												
☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander												
☐ Asian	☐ Unknown												
☐ Other (please specify)													

Continued on Next Page

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

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

Assessment Date: — —	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐ Yes ☐ No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No
Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
_____ Licensed Dental Professional Signature _____ CA License Number _____ Date		

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Section on Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow-up)		
Parent notified that child has urgent dental care need on:	—	—
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	—	—
Did child receive needed treatment?	☐ Yes ☐ No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ☐ I don't know	

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

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Nativo de Hawai/islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

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

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> ☐ Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i> Fecha <i>Date]</i>			

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

- ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

- ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

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

Si pide ser eximido de este requisito: ➔ _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

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 MembershipThe individual with Tribal membership is the (select only one): ☐ child ☐ child's parent ☐ child's grandparentIf 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