

Nombre del Alumno: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DISTRITO UNIFICADO DIXON –FORMA DE MATRICULA

INSTRUCCIONES: Por favor complete la información en ambos lados de esta forma. Escriba claro y con letra de molde.

1. Información del Estudiante

Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre (si tiene)		Apodo (si tiene)					
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad		Ciudad		Código Postal			
Otro Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad		Ciudad		Código Postal			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento: Ciudad		Estado/Provincia		País		Seguro Social del Estudiante# (Opcional)	

2. Información del Padre/Guardián Legal *Con quien vive el estudiante*

Apellido Legal		Nombre			Segundo Nombre (si tiene)		
Número de Teléfono: <i>(Para notificaciones)</i>		Número de Celular:			Número del trabajo:		
Correo Electrónico:				Empleador:			
Seleccione el idioma preferido para correspondencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español							
Indique su nivel de educación máximo: <input type="checkbox"/> No terminó High School <input type="checkbox"/> Terminó High School <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Terminó la Universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> No deseo indicar							
Relación del Padre/Guardián legal - Indique todo lo necesario							
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Padre de crianza/casa-hogar <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Existe un contrato legal para este estudiante? Por favor indique uno: <input type="checkbox"/> Custodia mutua <input type="checkbox"/> Custodia única <input type="checkbox"/> Guardián							
¿Tiene el estudiante orden de la corte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, ¿Qué tipo? _____							
Residencia - ¿Dónde vive su estudiante/familia? – Por favor indique uno:							
<input type="checkbox"/> Residencia Permanente (Su nombre/nombre del cónyuge está en el contrato de alquiler o hipoteca.) <input type="checkbox"/> Doble vacancia (amigo/nombre de un pariente está en el contrato de alquiler o hipoteca.) <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Con padres de crianza o parientes <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Institución para niños autorizada <input type="checkbox"/> Temporalmente sin cobijo (carro/campamento) <input type="checkbox"/> Centro Migratorio <input type="checkbox"/> Otro _____							

3. Información Adicional de Padre/Guardián legal

Apellido Legal		Nombre			Segundo Nombre (si tiene)				
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad		Ciudad		Código Postal	
Número de Teléfono		Número de Celular			Número del trabajo				
Correo Electrónico				Empleador					
Indique su nivel de educación máximo: <input type="checkbox"/> No terminó High School <input type="checkbox"/> Terminó High School <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Terminó la Universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> No deseo indicar									
Relación del Padre/Guardián legal - Indique todo lo necesario									
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Padre de crianza/casa-hogar <input type="checkbox"/> Otro _____									
¿Vive el alumno(a) con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

4. Otros niños que viven en esta casa

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asisten

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION AL REVERSO DE ESTA FORMA

Nombre del Alumno: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

5. Encuesta de Militar Activo

¿Alguno de los padres/tutores está en el servicio con las Fuerzas Armadas o en la Guardia Nacional de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
Si respondió sí a la pregunta anterior, a que rama pertenece:	<input type="checkbox"/> Army	<input type="checkbox"/> Navy	<input type="checkbox"/> Air Force	<input type="checkbox"/> Marine Corps	<input type="checkbox"/> Coast Guard	<input type="checkbox"/> National Guard

6. Encuesta del Idioma en el Hogar (Solo complete si es la primera vez asistiendo a una escuela de California)

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer los programas y servicios educativos adecuados.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con este requisito legal. 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 todas las preguntas. **Por favor conteste las siguientes preguntas y solo elija 1 idioma.**

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? _____
5. ¿Cuántos años han asistido su hijo(a) a una escuela pública en los Estados Unidos? _____

NOTA: Para mejor servir a su alumno, si usted indicó una lengua otra que el Inglés en las preguntas 1, 2, ó 3, la escuela le administrará un examen de proficiencia en Inglés a su hijo(a). La escuela le informará de los resultados del examen. (Código Educativo de California sección 62001).

Fecha de entrada a una escuela en California:	Última escuela a la que asistió su hijo(a). Nombre/Ciudad: _____/_____
Fecha de Entrada a una escuela en Los Estados Unidos:	¿Ha asistido su hijo(a) a una escuela en Dixon anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, indique el grado _____

7. Información Étnica

A. ¿Es su alumno(a) considerado Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Independientemente de su respuesta en la sección A, por favor continúe a la sección B	
B. ¿Con cuál de los siguientes grupos identifica usted a su alumno(a)?			
<input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino-Americano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro	<input type="checkbox"/> De Guam	<input type="checkbox"/> De Laos	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Indígena Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Asiático de otra ascendencia	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> No deseo declarar mi raza
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoano	

8. Información Educativa del Estudiante

¿Ha sido expulsado su hijo(a) alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí, ¿Cuándo/Por qué? _____
Su hijo(a), ¿Ha calificado o recibido servicios de Educación Especial o tenido un plan 504?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Verificación de Información

La información en esta forma es verdadera y correcta hasta esta fecha.
Entiendo que la falsificación de información en esta forma pondría en riesgo la asignación de matrícula en la escuela de mi preferencia en el Distrito Unificado Dixon.

Firma del Padre/Guardián legal _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación con el estudiante _____

Para Uso Oficial (No escriba en esta caja)			Verificado Por:
Alumno Número:	Fecha de Nacimiento Verificada Por:	<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Pasaporte
Escuela:	Padre/Guardián ID Verificada:	<input type="checkbox"/> Licencia de Manejo	<input type="checkbox"/> Pasaporte
Fecha de Presentación:	Residencia Verificada Por:	<input type="checkbox"/> Recibo de Teléfono	<input type="checkbox"/> Contrato de Renta.
		<input type="checkbox"/> Recibo de electricidad	<input type="checkbox"/> Otro _____

Domicilio o número de teléfono nuevo

Distrito Unificado Dixon

Fecha _____

TARJETA ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN MÉDICO Y DE EMERGENCIA

Nombre: Apellido		Nombre legal		Segundo Nombre		Alumno #	
Grado:	Número de salón:		Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio: Número		Calle		Apt./Unidad	Ciudad	Código Postal	
Número de Teléfono			Idioma que usan en casa:				

Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar			Nombre de Padre/Guardián/Casa-hogar				
Domicilio		Apt./Unidad	Domicilio		Apt./Unidad		
Ciudad		Código Postal	Ciudad		Código Postal		
Correo Electrónico			Correo Electrónico				
Número de teléfono		Número del trabajo		Número de teléfono		Número del trabajo	
Número del celular		Empleador		Número del celular		Empleador	

ESTUDIANTE VIVE CON: Mamá Papá Padre de crianza/guardián Otro (especificar) _____

Persona de comunicar en caso de emergencia (No uno de los padres): En caso que el estudiante nombrado arriba se enferma o es lastimado en la escuela y no se han podido comunicar conmigo, la escuela tiene mi autorización de permitir que mi hijo/a sea entregado a la custodia de una de las siguientes personas (identificación tendrá que ser verificada para que el estudiante pueda irse con el nombrado):

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de celular

Mi hijo/a tiene seguro medico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Proveedor:	# de tarjeta medica:	Número de teléfono:

Mi hijo/a recibe el cuidado regular para la siguiente condición(es):		
<input type="checkbox"/> NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA <input type="radio"/> O		Condición médica es/son: <input type="checkbox"/> poco severo <input type="checkbox"/> muy grave
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Diabetes ¿Insulina es requerida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergias/Alérgico a:		Fecha de última reacción
		Requiere "Epinephrine": <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tiene su hijo/a otra condición(es) mayor. Por favor indique:		¿Su hijo/a toma medicamentos?	
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:
		Nombre de Medicamento:	Hora de administración:

Otros niños asistiendo escuelas en el distrito de Dixon:		
Nombre	Escuela	Grado

Si mi hijo/a necesita ser transportado a un sitio médico, él/ella será transportado al sitio más cercano. Yo doy mi consentimiento para que tomen las medidas/acciones apropiadas para el bien estar y seguridad de mi hijo/a.

Firma de Padre/Guardián

Para asegurar que su estudiante reciba atención inmediata, POR FAVOR AVISE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACION EN ESTA TARJETA

**DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR de DIXON
INFORMACIÓN DE SALUD**

ID# _____

Grado: _____

Maestro(a): _____

Nombre de estudiante(a) _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Cumpleaños: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

Seguro de Salud	: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo: <input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> POS
Compañía de seguros: _____			Numero de Póliza #: _____		
Doctor: _____			Teléfono de Doctor: _____		

Fecha del último examen físico _____ Dental _____

Información de salud que puede afectar la seguridad de su hijo(a), o la educación será dada al personal responsable de su cuidado.

No	Si	¿Su niño(a) tiene ahora algo de lo siguiente?
		Alergias: <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Medicamento _____ <input type="checkbox"/> Comida _____ Epi-Pen receta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Asma Inhalador receta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Enfermedad de la espalda: Describe
		Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2
		Perdida del oído Ayudas auditivas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Problemas del Corazon: Describe
		Problemas de articulación: Describe
		Migraña
		Convulsiones o epilepsia: Describe
		Problemas de la piel: Describe
		Problemas de visión <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Daltonismo
		Otro:
		<u>Operaciones o accidentes (Indique fechas)</u>
		Medicamentos: De acuerdo al código de educación se requiere que los padres informen a la escuela si su niño (a) está tomando algún medicamento regularmente. Nombre del medicamento: _____ Doctor que lo receto: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

DIXON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Anderson Elementary 415 East C Street Dixon CA 95620 Phone: 707-693-6360 FAX 707-678-2073	Tremont Elementary 355 Pheasant Run Dixon CA 95620 Phone: 707-693-6320 FAX 707-678-0298	CA Jacobs Intermediate 200 North Lincoln Dixon CA 95620 Phone: 707-693-6350 FAX 707-678-1245	Dixon High School 555 College Way Dixon CA 95620 Phone: 707-693-6330 FAX 707-678-9318	Maine Prairie 305 East C Street Dixon CA 95620 Phone: 707-678-4560 FAX 707-678-4890	Gretchen Higgins 1525 Pembroke Dixon CA 95620 Phone: 707-678-6271 FAX: 707-693-1960
--	--	---	--	--	--

REQUISITOS DE SALUD PARA LA ESCUELA

INMUNIZACIONES: Los estudiantes deben haber tomado las siguientes vacunas. El comprobante de todas las dosis debe incluir a lo menos el mes y el año en que fueron recibidas y firmado por el médico o clínica.

1. Polio - 4 dosis, pero 3 dosis de la vacuna de polio son suficiente si la última fue tomada después de los 4 años de edad.
2. Difteria, Tos Ferina, Tétano (DTP/DtaP/DT) – 5 dosis, pero 4 dosis de la vacuna son suficiente si la última fue tomada después de los 4 años de edad.
3. MMR (Rubéola, Paperas, Rubella) – 2 dosis tomada después de un año de edad.
4. Hepatitis B - por los menos 3 dosis
5. Varicela (Viruelas locas) - 2 dosis son requeridas para alumnos de 13 años o mayores.

Nota: Su hijo(a) no podrá asistir a clases, si el/ella requiere alguna de las vacunas requeridas

EXAMEN FÍSICO

El Informe de Examen de Salud Para Entrar a la Escuela debe ser llenado por su médico o clínica antes que su niño(a) entre al primer grado. La enfermera de la escuela recomienda que fije una cita para darle un examen físico a su niño(a) a la misma vez que reciba las vacunas requeridas por la escuela, de esa manera llenará ambos requisitos al mismo tiempo.

El examen físico e inmunizaciones requeridas son gratis para los niños que reciben Medi-Cal y para los niños de familias de ingresos bajos o moderados. Usted puede recibir un examen físico gratis por el Departamento de Salud del Condado de Solano (707-435-2010); Práctica Familiar de Dixon (635-1600).

Si tiene alguna pregunta acerca de los requisitos mencionados comuníquese con la enfermera de la escuela en (693-6330 Ext. 7104).

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Numero de Teléfono: _____

Esta parte será completada por el personal de la escuela.

Antes del primer día de clase su estudiante debe de tener las vacunas indicados en circulo abajo:

Polio	#1	#2	#3	#4	DTP/DTaP/DT #1	#2	#3	#4	#5
MMR	#1	#2			Hepatitis B #1	#2	#3		
Varicella	#1	#2							

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 entregelo 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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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.

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.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
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	/ /					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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 Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	Fecha Fecha
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).

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="border: none; width: 33%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"><i>Firma del profesional dental con licencia</i></td> <td style="border: none; text-align: center;"><i>Número de licencia de California</i></td> <td style="border: none; text-align: center;"><i>Fecha</i></td> </tr> </table>				_____	_____	_____	<i>Firma del profesional dental con licencia</i>	<i>Número de licencia de California</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	_____							
<i>Firma del profesional dental con licencia</i>	<i>Número de licencia de California</i>	<i>Fecha</i>							

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento

Por favor excuse a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).
El plan de seguro dental de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).
- No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: ► _____

Firma del padre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo (a).

El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).

ACUERDO DEL USO ACEPTABLE Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL DISTRITO (ESTUDIANTES)

El Distrito Escolar Unificado de Dixon autoriza a los estudiantes el uso de tecnología que pertenece o proporcionada por el distrito como sea necesario para propósitos de instrucción. El uso de la tecnología del distrito es un privilegio permitido a discreción del distrito y está sujeto a las condiciones y restricciones establecidas en las normas del Comité Escolar, los reglamentos administrativos, y este Acuerdo de Uso Aceptable. El distrito tiene el derecho de suspender el acceso en cualquier momento y sin previo aviso, por cualquier razón.

El distrito espera que todos los estudiantes utilicen la tecnología de forma responsable con el fin de evitar posibles problemas y responsabilidad. El distrito puede imponer restricciones razonables en las páginas del internet, material y/o información que los estudiantes puedan acceder a través del sistema.

Cada estudiante que está autorizado a utilizar la tecnología del distrito, junto con su padre/tutor deberá firmar este Acuerdo de Uso aceptado y como indicación de que han leído y entendido el acuerdo.

Los maestros instruirán a los estudiantes sobre el uso adecuado de Internet y la red del distrito y los guiarán hacia los materiales apropiados.

El Distrito Escolar Unificado de Dixon cumplirá con la promesa de software de la Alianza de Privacidad de los Estudiantes de California, junto con todas las demás regulaciones estatales y federales relacionadas con el acceso al Internet de los estudiantes durante el día escolar regular. Esto incluirá acceso a software aprobado por el distrito, aplicaciones y / o nuevas adopciones de currículo digital.

Definiciones

La tecnología del distrito incluye, pero no se limita a las computadoras, la red informática del distrito, incluyendo servidores y la tecnología de red la computadora inalámbrica (Wi-Fi), Internet, correo electrónico, unidades USB, puntos de acceso inalámbricos (routers), las computadoras Tablet, teléfonos inteligentes(Smart phones) dispositivos inteligentes, teléfonos, celulares, asistentes digitales personales, buscapersoas, reproductores de MP3, tecnología portátil, cualquier dispositivo de comunicación inalámbrica que incluye radios de emergencia, y/o innovaciones tecnológicas o futuras, ya sean accedidas dentro o fuera de sitio o por medio de equipos o dispositivos de propiedad del distrito o propiedad personal.

Obligaciones y Responsabilidades de los Estudiantes

Se espera que los estudiantes utilicen la tecnología del distrito de una manera segura, responsable, y solo con fines educativos. El estudiante en cuyo nombre tecnológico del distrito es responsable de su uso apropiado en todo momento. Los estudiantes no deben compartir su información de cuenta asignada, contraseñas u otra información que se utiliza con fines de identificación y autorización, y deberán usar el sistema solo bajo la cuenta a la que han sido asignados.

Los estudiantes tienen prohibido el uso de tecnología del distrito para fines impropios, incluyendo, pero no limitado a el uso de la tecnología del distrito:

1. El acceso, publicación o de otra manera utilizar material que es discriminatorio, difamatorio, obsceno, sexualmente explícito, o perjudicial.
2. Intimidación (bullying), acoso, intimidar o amenazar a otros estudiantes, personas u otros individuos (“acoso cibernético”).
3. Divulgar, usar o difundir información de identificación personal (como nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, u otra información personal) de otro estudiante, miembro del personal, u otra persona con intención de amenazar, intimidar, acosar, o ridiculizar a esa persona.
4. Infringir los derechos de autor, licencias, marcas de fábrica registrada, patentes, u otros derechos de propiedad intelectual.
5. Intencionalmente interrumpir o dañar la tecnología del distrito u otras operaciones del distrito (como destruir el equipo del distrito, la colocación de un virus en las computadoras del distrito, adición o eliminación de un programa ordenador sin el permiso de un maestro u otro personal del distrito, cambiar la configuración de los equipos compartidos).
6. Instalación de aplicaciones no autorizadas.
7. Entrar al sistema sin autorización (“hack”) para manipular los datos del distrito o de otros usuarios.
8. Participar en la promoción o cualquier práctica no ética o que viole cualquier ley o póliza del Comité Escolar, regulación administrativa, o la práctica del distrito.

Privacidad

Dado que el uso de la tecnología del distrito está destinada a fines educativos, los estudiantes no tendrán ninguna expectativa de privacidad en cualquier uso de la tecnología del distrito.

El distrito se reserva el derecho de supervisar y registrar todo el uso de la tecnología del distrito, incluyendo, pero no limitado a, acceso a Internet o las redes sociales, las comunicaciones enviadas o recibidas en la tecnología del distrito, u otros usos. Dicho monitoreo/grabaciones podrían ocurrir en cualquier momento y sin previo aviso por fines legales, incluyendo, pero no limitado a, el mantenimiento de registros y la distribución y/o investigación de la actividad inapropiada, ilegal o prohibida. Los estudiantes deben ser conscientes de que, en la mayoría de los casos, el uso de la tecnología del distrito (por ejemplo, búsquedas en el Internet y correos electrónicos) no pueden ser borrados o eliminados.

Todas las contraseñas creadas o utilizadas en cualquier tecnología del distrito con propiedad exclusiva del distrito. La creación o el uso de una contraseña de un estudiante en la tecnología del distrito no crea una expectativa razonable de privacidad.

Aparatos/Dispositivos de Propiedad Personal

Si un estudiante usa un aparato/dispositivo de propiedad personal para acceder a la tecnología del distrito, él/ella deberá cumplir con todas las pólizas aplicables del Comité Escolar, los reglamentos administrativos de este Acuerdo de Uso Aceptable. Cualquier uso de un aparato/dispositivo de propiedad personal o su contenido y cualquier comunicación podrá ser sometido para la divulgación en virtud de una solicitud de citación legal o registros públicos.

Reportar

Si un estudiante se da cuenta de cualquier problema de seguridad (por ejemplo, cualquier violación de la confidencialidad de cualquier entrada o información de cuenta) o mal uso de la tecnología del distrito, él/ella deberá informar inmediatamente dicha información al maestro u otro personal del distrito.

Consecuencias de Violaciones

Violaciones de la ley, la póliza del Comité Escolar, o de este acuerdo pueden resultar en la revocación del acceso del estudiante a la tecnología del distrito y/o disciplina, hasta e incluyendo la suspensión o expulsión. Además, violaciones de la ley, la póliza del Comité escolar, o este acuerdo pueden ser reportados a las agencias de aplicación de la ley, según corresponda.

PADRE / TUTOR: Si **NO** desea que su estudiante tenga acceso a Internet provisto por el distrito cuando use dispositivos electrónicos en la escuela, comuníquese con la escuela de su estudiante por correo electrónico o carta física para OPTAR el acceso completo al Internet. Este proceso de exclusión debe llevarse a cabo el 1 de septiembre de 2020. **Advertencia:** excluir a su estudiante del acceso completo al Internet hará que sea más difícil para que la escuela evalúe adecuadamente las necesidades de su estudiante y proporcionar una experiencia de aprendizaje dinámica.

Dixon Unified School District

BRIAN DOLAN, Superintendent

GOVERNING BOARD

LUKE FOSTER
President
CAITLIN O'HALLORAN
Vice President
JEWEL FINK
Clerk
JOHN GABBY
Member
MELISSA MASEDA



CABINET

NICK GIRIMONTE
Assistant Superintendent
MONIQUE STOVALL
Chief Business Official
CINDY NGUYEN
Executive Director HR
KIM PARROTT
Special Ed Director
MARC MONACHELLO
ITS Director

PHOTO/VIDEO/WEBSITE RELEASE FORM

Dear Parent/Guardian,

On occasion, representatives from and/or employees of Dixon Unified School District wish to photograph, videotape, and/or interview students in connection with school programs, projects, or events.

In order to release photographs, video footage, and/or comments, and/or to post on district or school websites, we need written permission. To give your consent, please complete the form below.

I, _____, parent/guardian of _____ give permission for my child to be photographed, videotaped, and/or interviewed by representatives from and/or employees of the Dixon Unified School District for educational or public relations purposes. I authorize the use and reproduction by the District or anyone authorized by the District of any and all photographs or videotapes taken of my child, without compensation to me/my child. All of these photographs/video recordings shall be the property, solely and completely, of the Dixon Unified School District. I waive any right to inspect or approve the finished photographs/videotapes, and sound track, script or printed matter that may be used in conjunction with them.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

FORMA DE AUTORIZACION PARA PUBLICAR FOTOS/VIDEOS EN EL SITIO WEB

Estimado Padre/Guardián,

En ocasiones habrán representantes o empleados del Distrito Escolar de Dixon que querrán tomar fotos, videos y/o entrevistar los alumnos sobre programas, proyectos, o eventos escolares.

Para dispensar las fotos, los comentarios o poner en los sitios web de las escuelas, necesitamos permiso escrito. Para dar su consentimiento, favor de llenar la forma de abajo.

Yo, _____, padre/guardián de _____

doy permiso que mi hijo(a) sea fotografiado(a), que le tomen video, o ser entrevistado(a) por los representativos del/o empleados del Distrito Escolar de Dixon para motivos de relaciones públicas. Yo autorizo que usen y reproduzcan las fotos o videos que se han tomado de mi hijo(a). Todas las fotos/videos serán propiedades totalmente del Distrito Escolar de Dixon. Yo renuncio mis derechos para revisar o aprobar las fotos o videos, cinematográfica, escritura, o materia imprimida.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____



Dixon Unified School District

PARA RESIDENCIA HABITACIONAL TEMPORAL

Yo, _____, declaro lo siguiente:
Nombre

Soy el/la (*marque uno*) ___ padre/madre ___ tutor(a) ___ custodio adulto(a) de

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

Quien es un(a) menor de edad escolar que solicita ser admitido(a) en
_____ del Distrito Escolar Unificado de Dixon.
Escuela

Desde _____, nuestra familia no ha tenido un hogar permanente:
Mes/Día/Año

Sin embargo, actualmente estamos viviendo dentro de los linderos del Distrito Escolar Unificado de Dixon y tenemos la intención de permanecer en el..

Para propósitos de la escuela, recibo correspondencia y mantengo una comunicación regular con:

Nombre: _____ Número de Teléfono _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad y Estado Código Postal

Declaro bajo pena de perjurio bajo las Leyes del Estado de California, que lo antes citado es verdadero y correcto y de mi conocimiento personal y que si soy llamado(a) para rendir testimonio, estaré competente para atestiguarlo.

Firma Padre o Madre/Tutor (a)/Custodio Adulto (a) Fecha

Testigo/a: _____
Firma del Administrador (a) Escolar o su Designado(a)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE DIXON

180 S. First Street #6
Dixon, CA 95620
(707) 693-6300

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE INSCRIPCION ABIERTA INTRADISTRITAL

(Transferencias dentro del Distrito Escolar Unificado de Dixon)

Para el año escolar 2020-2021

Regrese a la Escuela de Residencia antes del viernes 27 de marzo 2020

Nombre del estudiante (Ultimo, Primero, Inicial del segundo nombre) _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento _____

Padre/Nombre de Guardián Legal _____ Relación al Estudiante (ejemplo, padre, padrastro, padre adoptivo, o guardián) _____

Dirección de Casa (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal) _____ Código de AREA + #Teléfono Principal _____

Escuela de Asistencia Actual _____ Grado Actual _____ Idioma Nativo _____

Grado en el año escolar 2020-2021 _____ Escuela de Residencia para el año 2020-2021 _____

Escuela Solicitada para el año escolar 2020-2021 _____

¿Recibe su hijo servicios de Educación Especial (en un IEP)? No Sí RSP SDC Habla

**El departamento de educación especial será consultado para la disponibilidad de servicios en la escuela solicitada.*

¿Por qué solicita una escuela que no sea su escuela de residencia (escuela de origen)? _____

Hermanos: ¿ Hay hermanos o hermanas actualmente inscritos en la escuela solicitada que continuarán asistiendo?

No Sí Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

TERMINOS Y CONDICIONES (B.P. 5116.1, A.R. 5116.1)

1. El permiso es válido por el resto del tiempo que el niño está inscrito en la escuela siempre que haya espacio disponible.
2. La aprobación está sujeta a disponibilidad de espacio.
3. Si hay más solicitudes de transferencia que espacios disponibles en un sitio/nivel de grado/programa, entrará en vigencia una lotería imparcial al azar.
4. Transportación no es proveído.
5. El padre/Guardián debe devolver este formulario a la escuela de residencia.

He leído esta Solicitud de transferencia de inscripción abierta interdistrital y entiendo los Términos y Condiciones.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

**No se requiere documentación adicional. * La Oficina del distrito tomará la decisión final.*