

K-8 REGISTRATION FOR SONOMA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT GRADE/GRADO: _____

*Legal Name (as identified on Birth Certificate - Court documents are required for a legal name change) *Nombre legal (como se encuentra en el Acta de Nacimiento – se requiere de una orden del juez para un cambio legal de su nombre)				
Student's Legal Last Name* Apellido del estudiante	Student's Legal First Name* Nombre de pila del estudiante	Middle Name Segundo	Suffix (jr., sr., III) Título (jr., sr., III)	Gender (M/F) Género (sexo)
Does your child use another first or last name? ¿Usa su hijo(a) algún otro nombre ó apellido?	Name of Previous School El nombre de la escuela anterior	Previous School Address La dirección de esa escuela		
Any Illness School/Staff Should Know About - Información sobre cualquier enfermedad de que debemos saber.				
Has your child previously attended Sonoma Valley public kindergarten and/or school before? ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija al Kinder o escuelas públicas del valle de sonoma? Kindergarten? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No Other grade/otro grado <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____				
Mailing Address - La dirección del correo	City - La ciudad	State - Estado	Zip - Código postal	
Residence Address - La dirección donde reside	City - La ciudad	State - Estado	Zip - Código postal	
Home Telephone - Teléfono de la casa	Unlisted? ¿No alistado? <input type="checkbox"/> Yes – Sí <input type="checkbox"/> No - No		Child Lives With El niño vive con <input type="checkbox"/> Father El Padre <input type="checkbox"/> Mother La Madre <input type="checkbox"/> Guardian Guardián	
Father/Guardian Name – Nombres del padre/guardián	Mother/Guardian Name – Nombres la madre/guardián			
Father's Work Telephone – Teléfono del trabajo del padre/guardián	Mother's Work Phone – Teléfono del trabajo de la madre/guardián			
Father's Cell Phone –Teléfono celular del padre/guardián	Mother's Cell Phone - Teléfono celular de la madre/guardián			
Student's Birthdate - Fecha de nacimiento el estudiante	Student's Birthplace – city/state/country El lugar donde nació el estudiante - ciudad/estado/país			
Student's Social Security Number Número de seguro social del estudiante	For NEW students entering grades 1-8: / Para estudiantes NUEVOS que entran en grados 1-8 Date first attended school in the: / Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en: United States/Estados Unidos _____ California _____			
First/Last name of other children in family including ages El apellido y los nombres de los otros niños de la familia y sus edades			School - La escuela	
1				
2				
3				
I live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program. Yo vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				
I do not live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program at Flowery. Yo no vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble en Flowery. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				
My child is an English Learner. I am interested in my child receiving instruction in Spanish. – Mi hijo/a es un estudiante aprendiendo inglés. Yo estoy interesado/a en que mi hijo/a reciba instrucción en español. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				

Please complete reverse
Por favor complete el reverso

I. Student's ETHNICITY		<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (500)	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
¿Cuál es el origen ÉTNICO de su hijo/a?		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
II. What is your student's RACE? (Please check up to five racial categories):			
¿Cuál es el origen Étnico de su hijo/a? (Por favor marque hasta un máximo de cinco categorías raciales):			
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o Nativo de Alaska (100)	<input type="checkbox"/> Cambodian/ Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/ Otro de las Islas del Pacífico (399)	
<input type="checkbox"/> Chinese/ Chino (201)	<input type="checkbox"/> Hmong/ Hmongo (208)	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American/ Filipino/ Filipino Americano (400)	
<input type="checkbox"/> Japanese/ Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Other Asian/ Otro origen Asiático (299)	<input type="checkbox"/> African American/Black/ Afro-American/Negro (600)	
<input type="checkbox"/> Korean/ Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Hawaiian/ Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> White/ Blanco (700)	
<input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Guamanian/ Guamaniano (302)		
<input type="checkbox"/> Asian Indian/ Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Samoan/ Samoano (303)		
<input type="checkbox"/> Laotian/ Laosiano (206)	<input type="checkbox"/> Tahitian/ Tahitiano (304)		

III. Parent Education Level of most educated parent Nivel de educación del padre/madre con más educación académica <input type="checkbox"/> Father/del padre <input type="checkbox"/> Mother/de la madre <input type="checkbox"/> Guardian/Guardián <input type="checkbox"/> Not a high school graduate (14) No me gradué de la preparatoria <input type="checkbox"/> High school graduate (13) Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Some college (12) Algún tiempo en la universidad <input type="checkbox"/> College graduate (11) Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Graduate school/post graduate training (10) /Escuela para graduados/ entrenamiento para después de la graduación <input type="checkbox"/> Decline to state/ Me niego a declarar (15)	IV. Residence – where is your child/family currently living? (Federally mandated by NCLB) Please check: <input type="checkbox"/> In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) (200) <input type="checkbox"/> Temporarily doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (120) <input type="checkbox"/> In a shelter or transitional housing program (100) <input type="checkbox"/> In a motel/hotel (110) <input type="checkbox"/> Unsheltered (car/campsite) (130) <input type="checkbox"/> Foster Family/Kinship Placement (210) <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____ Residencia - ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación por NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s <input type="checkbox"/> En una residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (200) <input type="checkbox"/> Temporalmente con más de una familia en una casa o departamento (120) <input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (100) <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (110) <input type="checkbox"/> Sin residencia (carro o campamento) (130) <input type="checkbox"/> Colocación con Familiar/ Padres de Adopción Temporal (210) <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____
---	--

V. Previous Programs Your Student Was Enrolled In: Special Education <input type="checkbox"/> Resource Specialist Program/RSP <input type="checkbox"/> Speech/Language <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> Special Day Class/SDC English Learner Program <input type="checkbox"/> Two-Way Program at Flowery Other Services <input type="checkbox"/> GATE <input type="checkbox"/> OTHER: _____	Programas anteriores en los que estaba matriculado su hijo/a: Programa de Educación Especial <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos/RSP <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> Clases de Día Especiales/SDC Programa del aprendiz del inglés <input type="checkbox"/> Programa de Inmersión Doble en Flowery Otro Servicios <input type="checkbox"/> Superdotado <input type="checkbox"/> OTRO: _____
--	---

For Office use Only - Sólo por el use de la oficina	
Year Student Entered District _____	Year Student Entered Site _____
Grade Student Entered District _____	Grade Student Entered Site _____
Year entered US schools (mm/dd/yyyy) _____	First year entered California schools (mm/dd/yyyy) _____
If RFEP, date reclassified (mm/dd/yyyy) _____	

S.V.U.S.D. EMERGENCY INFORMATION CARD/ S.V.U.S.D. Tarjeta de Emergencia
PLEASE PRINT OR TYPE / POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE

Grade/Grado _____
Room/Salón _____

Student Name/Nombre del estudiante _____ Home. Tel./Tel. de casa _____
 Last/Apellido _____ First/Nombre _____ Middle/Segundo _____

Parent's E-mail Address/Dirección electrónica de los padres: _____

Child Lives With/El Niño vive con: _____ Child Lives With/El Niño vive con: _____

Name/Nombre _____	Relationship/Parentesco _____	Name/Nombre _____	Relationship/Parentesco _____
Sibling/Hermano/a _____	Sibling/Hermano/a _____	Sibling/Hermano/a _____	Sibling/Hermano/a _____

Social Security # / # de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sex/ Sexo M F Birthdate/Fecha de Nacimiento _____
 (Circle One/Circule uno)

Home Address/Dirección _____
 Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Mailing Address (if different)/Dirección del Correo (si sea diferente) _____
 Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

<p>Medical Alert/Alerta Médica: Health Problems/Problemas de Salud _____ Allergies/Alergias _____ Medications taken regularly/Las medicinas tomadas regularmente _____</p> <p><input type="checkbox"/> Allergy to bee stings/Alergia a picado de abejas <input type="checkbox"/> Asthma/Asma <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Condition/Condición cardíaca <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepsia <input type="checkbox"/> Other/Otras _____</p> <p>In the event of a life threatening allergic reaction, I authorize trained school personnel to give emergency treatment (adrenalin via epi-pen) to my child. / en caso de una reacción alérgica que amenaza la vida, autorizo al personal de la escuela entrenados a dar tratamiento de emergencia (adrenalina por medio de epi-pen) a mi hijo/hija. SVUSD submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any school health services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing Services Company. / El Distrito escolar de Sonoma somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones basicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No le les pedira a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy de Acuerdo que se envíen a las agencias de MEDI-CAL/ ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar informacion relacionada con recibos de pago con las companias de servicios del distrito escolar.</p> <p>Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____ Date/Fecha _____</p>
--

In case of emergency, illness, or accident to the child named above, the school is authorized to release my child as indicated below. Number each item # 1,2,3,4,5 in order of desired action. **PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION.** / En caso de emergencia, enfermedad o accidente del niño nombrado, la escuela está autorizada a dejar salir el niño en la manera notada abajo. Ponga los números 1,2,3,4,5, para indicar en que orden. **COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN**

_____ CONTACT MOTHER/ Llame a la madre Name/Nombre _____
 Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ CONTACT FATHER/ Llame al padre Name/Nombre _____
 Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ BABYSITTER/FRIEND - La Niñera Name/Nombre _____
 Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FRIEND/RELATIVE/MENTOR- Amigo/Pariente/Mentor Name/Nombre _____
 Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FAMILY PHYSICIAN/ Médico Familiar Name/Nombre _____
 Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

Special Instructions / Instrucciones Especiales: _____

(If applicable) My child **MAY NOT BE RELEASED** to the following individual(s) [if parent of child, **restraining order must be on file in school office**] / **(Si es aplicable)** Mi niño **NO DEBE SALIR** con las siguientes personas) [Si es un padre/madre, **una orden de restricción debe estar en el archivo de la oficina**]:

1. _____
2. _____

I certify that all information given is accurate and true. / Certifico que todo la información dado es correcto.

Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____ Date/Fecha _____

Dear Parent/Guardian:

Please complete every line of this temporary emergency card (over).

Emergency cards are very important. They are used for calling parents when your child has an accident at school, gets sick or school emergencies occur. It is very important to keep all phone numbers and addresses current and complete. It is necessary to contact the school to update your child's emergency card whenever the information changes.

You will be asked to complete a new emergency card after school starts. Please complete every annual request for emergency card information promptly and completely throughout your child's education.

Thank you.

Estimado Padre/Guardián:

Haga el favor de completar cada renglón de esta tarjeta de emergencia (a la vuelta).

Las tarjetas de emergencia son muy importantes. Las ocupamos para llamar a los padres en caso que su hijo/a tenga un accidente en la escuela, se enferme o cuando una ocurra emergencia. Es muy importante para mantener todos los números de teléfono y direcciones completas y actualizadas. Es necesario que nos informe cada vez que haya un cambio en esta información.

Vamos a pedir que llene una tarjeta nueva después del comienzo de clases. Haga el favor de completar una tarjeta nueva cada año lo más pronto que le sea posible durante todo el tiempo que su hijo asista a la escuela.

Gracias.

~ OVER / A LA VUELTA ~

Sonoma Valley Unified School District

Home Language Survey

Date

School

Teacher

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you for your help.

Name of Student

Last

First

Middle

Grade

Age

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
2. What language does your son or daughter most frequently use at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home. _____

The school has my permission to test my child for language proficiency and academic ability.

Parent/Guardian Signature

cc: ELL Resource Teacher, Student's Cumulative folder

El Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma

Encuesta del lenguaje usado en el hogar

Fecha _____

Escuela _____

Maestro(a) _____

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el lenguaje hablado en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer una instrucción significativa para todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación para ayudarnos a cumplir tan importante requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo(a) devuelva este formulario a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

Nombre del estudiante _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Grado

Edad

1. ¿Qué lenguaje aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____

2. ¿Qué lenguaje usa más frecuentemente su hijo(a), en casa? _____

3. ¿Qué lenguaje usa usted más frecuentemente para hablar con su hijo(a)? _____

4. Nombre el lenguaje que más usan los adultos en la casa. _____

La escuela tiene mi permiso para evaluar a mi hijo(a) en su habilidad lingüística y habilidad académica.

Firma del padre o guardián.

cc: ELL Resource Teacher, Student's Cumulative folder

Sonoma Valley Unified School District
Bus Transportation Request



TO: New Kindergarten Parents/Guardians
FROM: Vernice Bruno, Dispatcher

To assist us in the transportation of your new Kindergarten student, we are asking you to fill out and return the following form for busing with your Kindergarten Registration. *Please understand that if an Intradistrict Transfer is approved, transportation to approved school will not be provided by the District. This form DOES NOT guarantee bus transportation.*

Name of Student _____

Parents/Guardians _____

Home Address _____

Home Phone _____ Work phone _____

Other emergency phone number _____

Address where child will be picked up _____

Address where child will be returned to (i.e., babysitter) _____

Petición para transportación de autobús

Para: Padres/Guardianes de estudiantes nuevos de Kinder
De: Vernice Bruno, Despachadora

Para ayudarnos en el transporte de su estudiante nuevo, les pedimos llenar y devolver con sus papeles de matriculación el formulario siguiente para el autobús. *Yo entiendo que si es aprobada la solicitud de traslado dentro del distrito, el distrito no proveerá el transporte a la escuela aprobada. Esta forma NO garantiza transportación de autobús.*

Nombre del estudiante _____

Nombre de los Padres/Guadianes _____

Domicilio _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono en caso de emergencia _____

Dirección donde el estudiante estará antes de la escuela:

Dirección donde el estudiante estará después del día escolar (ejemplo: niñera, nana)

Health History

Date _____ Birthdate _____ Sex _____

Student's Name _____ Phone _____

Father _____ Mother _____

Brothers _____ Sisters _____

Student is living with _____

Has your child had any of the following? Please indicate Yes or No and dates.

	Yes	No	Date
Tuberculosis			
T.B. in family of contact			
Other Diseases			
Operations			
Present Medications _____			

	Yes	No	Date
Ear Trouble			
Tonsillitis			
Tonsils Removed T & A			
Frequent Colds			
Stinging Insect Allergy			
Asthma			
Allergies			
Convulsions, Seizures			
Heart Disease			
Diabetes			
Serious Accidents/Illnesses			
Behavior/Emotional Difficulties _____			

If child will need medication dose at school, please contact school for Medication at School Form. No medication, either prescription or over-the-counter will be administered without form completed by a health care provider **and** parent.

Any Physical Limitations No _____ Yes (please specify) _____

Name of Doctor _____ Date Last Seen _____

Name of Dentist _____ Date Last Seen _____

Name of Eye Specialist _____ Date Last Seen _____

Name of Ear Specialist _____ Date Last Seen _____

Health Plan _____

Parent/Guardian Signature: _____

Historia de Salud

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del estudiante _____ Teléfono _____

Padre _____ Madre _____

Hermanos _____ Hermanas _____

El/la estudiante vive con _____

¿Ha tenido su hijo alguno de lo siguiente? Por favor indique SI o No y las fechas.

	Sí	No	Fecha
Tuberculosis			
T.B. en familia o contacto			
Otras enfermedades			
Operaciones			
Medicinas actuales _____			

	Sí	No	Fecha
Problemas con el Oído			
Amigdalitis			
Operación de las amígdalas			
Gripes frecuentes			
Alergias a las picaduras de insectos			
Asma			
Alergias			
Convulsiones, ataques			
Enfermedades del corazón			
Diabetes			
Accidentes/enfermedades serias			
Dificultades emocionales/de conducta _____			

Si el niño va a necesitar tomar medicina en la escuela, por favor contacte a la escuela para obtener un Formulario de Administración de Medicamentos en la Escuela. Ninguna medicina, ya sea recetada o comprada sin receta médica, será administrada si no se presenta el formulario **completado por los padres y el proveedor de salud.**

Alguna limitación física No _____ Sí (por favor indique) _____

Nombre del doctor _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del dentista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Oculista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Otorrino (Especialista de oídos) _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Plan de salud (Seguro médico) _____

Firma de los padres/tutor: _____