



# State Pre-School

**Paquete de Matriculación  
(Español)**

# **¡BIENVENIDO AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BANNING!**



Oficina de Matriculación Centralizada  
161 W. Williams Street  
(951) 922-2702  
Horario: 7:30 a.m. - 4:00 p.m.



## **Lista de Verificación para Matriculación de State Pre-School**

Para poder matricular a su hijo(a) favor de traer los siguientes documentos.

### **Comprobante de nacimiento del estudiante** *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Acta de Nacimiento (Registrado con el Condado)
- Registro del condado que certifique la fecha de nacimiento
- Registro del hospital
- documentos de adopción
- Acuerdo de colocación / agencia judicial
- Pasaporte
- Declaración del registrador local
- Certificado de Bautismo
- Declaración jurada del padre, tutor, custodio del menor

### **Registro de Inmunizaciones Actuales**

- Polio (4 dosis)
- DTaP (5 dosis)
- MMR (2 dosis)
- HepB (3 dosis)
- Varicela (1 dosis)

### **Documentos Verificando su Domicilio** *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Cuentas de electricidad, de agua, u de gas actuales *(Todas las facturas deben tener fecha de los últimos 30 días)*
- Matriculación de vehículo
- Documentos del Condado
- Acuerdo de alquilar/renta de parte del propietario(a)

### **Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP)**

*(Solamente para Estudiantes de Educación Especial)*

### **Documentos de la Corte más recientes** *(solamente si aplica)*

### **Completar el Paquete de Matriculación de B.U.S.D.**

### **Identificación con Fotografía del Padre/Tutor** *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Licencia de Conductor de California/Tarjeta de Identificación Estatal Actual
- Pasaporte Actual
- Tarjeta de Identificación del Banco con fotografía
- Familia de Crianza /Grupo Temporal/Tarjeta de Identificación de Agencia



State ID:  
Office use only



Date Entered:  
office use only

## CONTACTO DE EMERGENCIA / FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

**FAVOR DE NOTIFICAR A LA OFICINA DE MATRICULACIÓN CENTRALIZADA DE CUALQUIER CAMBIO**

ID # \_\_\_\_\_ Año Escolar 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_  
Femenino \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Domicilio de Envío (si diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Cuidado Adoptivo Temporal \_\_\_\_\_ Hogares de Crianza Grupales \_\_\_\_\_ Tutor Legal (con documentos judiciales) \_\_\_\_\_ Tutor Informal (sin documentos judiciales) \_\_\_\_\_ ¿Es la persona marcada arriba el tutor legal? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, favor de completar el formulario de "Declaración de Autorización del Proveedor de Cuidado"

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Número de Teléfono

Madre/Tutor: Madre \_\_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_\_ Crianza Temporal \_\_\_\_\_ Tutor Legal \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Casa ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Militar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nivel de Educación de la Madre: No Graduo de la Preparatoria \_\_\_\_\_ Graduado de la Preparatoria/GED \_\_\_\_\_ Poco de Colegio \_\_\_\_\_ Graduado del Colegio \_\_\_\_\_ Maestría/Posgrado \_\_\_\_\_

Lengua Materna de la Madre: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: Padre \_\_\_\_\_ Padrastra \_\_\_\_\_ Crianza Temporal \_\_\_\_\_ Tutor Legal \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Casa ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Militar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nivel de Educación del Padre: No Graduo de la Preparatoria \_\_\_\_\_ Graduado de la Preparatoria/GED \_\_\_\_\_ Poco de Colegio \_\_\_\_\_ Graduado del Colegio \_\_\_\_\_ Maestría/Posgrado \_\_\_\_\_

Lengua Materna del Padre: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Residencia Familiar: Casa/Apartamento/Casa Móvil \_\_\_\_\_ Viviendo con otra familia \_\_\_\_\_ Motel/Hotel \_\_\_\_\_ Carro/Camioneta/Calle \_\_\_\_\_ Refugio/Transición en Hogar \_\_\_\_\_ Camping/Parque \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Comunicación en el Hogar u en la Escuela: Marque el lenguaje en cual usted gustaría recibir notificaciones de la escuela: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

OTROS HIJOS EN ESTE DISTRITO			
Nombre:	Escuela:	Nombre:	Escuela:
<b>Origen Étnico</b>		<b>El origen racial es separado de la pregunta anterior sobre el origen étnico. Por favor marque debajo uno u más con cual grupo racial se identifica su niño(a).</b>	
¿Es este niño Hispano o Latino? Sí _____ No _____		Laosiano ___ Camboyano ___ Filipino(a) ___ Hmong ___ Otro(a) Asiático(a) ___ Origenario de Hawai u Islaño(a) del Pacífico: Hawaiano ___ Guameño ___ Samoano ___ Otro ___ Nativo(a) Americano(a) u Nativo(a) de Alaska ___ Americano(a) Africano(a) ___ Blanco(a) ___	
Historial Educativo del Estudiante			
		¿Previamente matriculado en el Distrito de Banning? Sí ___ No ___	
¿Ha sido este niño reprovado de la escuela? Sí ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado?		¿Ha sido este niño avanzado en otro grado? Sí ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado?	
¿Ha sido este niño suspendido? Sí ___ No ___		¿Es este niño matriculado actualmente en el Programa de Educación Especial? Sí ___ No ___ Si sí, cual programa(s) RSP ___ SDC ___ Lenguaje y en el Hablar ___ Otro ___	
¿Es este niño actualmente debajo un orden de expulsión u pasando por el proceso de expulsión? Sí ___ No ___ Si su repuesta es si ¿en cual Distrito? _____			
¿Qué servicios especiales ha recibido este niño? Por favor marque todo que aplique. Lenguaje de Desarrollo Inglesa (ELD) ___ Dotado/Talento (GATE) ___ Educación de Nativo Americano ___ Plan de 504 ___ Educación Migrante ___			
INFORMACIÓN DE PERMISO EN CASO DE UNA EMERGENCIA			
<b>EN EL EVENTO DE ENFERMEDAD U EN UNA EMERGENCIA EN LA ESCUELA DONDE NO PUEDA SER LOCALIZADO DOY PERMISO QUE MI HIJO/A PUEDA IRSE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS. YO ENTIENDO QUE ESTOS INDIVIDUOS DEBEN IR A LA OFICINA DE LA ESCUELA Y PRESENTAR UN IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA RECOGER A MI HIJO(A).</b>			
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON SU HIJO(A)	TELÉFONO DE CELULAR/TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA
		(   )	(   )
		(   )	(   )
		(   )	(   )
En caso de una emergencia autorizó un diagnosis y un tratamiento por un médico/hospital/paramédicos con licencia y asumirá responsabilidad financiera para tal cuidado si mi doctor médico u yo no estoy disponible: Sí ___ No ___			
Doctor Familiar:		Teléfono (   )	
Dirección del Doctor Familiar:		Ciudad:	
Nombre de Seguro Médico:		Número de Póliza:	
<b>Medicamentos su hijo esta tomando:</b>			
<b>Problemas de Salud/Alergias:</b>			
Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Banning NO PROVEE seguro médico accidental al estudiante en heridas relacionadas en la escuelas. Sin embargo, pueden referirme seguro al estudiante para compra voluntaria.			
_____ Sí tomo el seguro estudiantil como es ofrecido		_____ NO tomo el seguro estudiantil como es ofrecido	
		/ /	
Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal		Firma de Padre/Tutor Legal	
		Fecha	



## NOTIFICACION DE LA LEY DE TUTELA

Las disputas de tutela deben de ser manejadas por los tribunales. Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene el mismo derecho a la tutela de su(s) hijo(s) **A NO SER QUE** uno de ellos tenga una orden judicial que indique lo contrario.

Si el padre tiene una orden judicial firmada por un juez limitando al otro padre o cualquier persona de un contacto, el distrito **DEBE OBTENER LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL**. Si no hay una copia en el expediente, a la escuela se le requiere por ley de entregar los niños a los padres con la identificación adecuada. Las situaciones que ponen el bienestar de los estudiantes en cuestión serán manejadas a la discreción del director/persona asignada. Las situaciones que lleguen a ser disruptivas para la escuela, se llamara a la policía y se pedirá la asistencia de un agente de policía.

A los padres se les pide que hagan todo lo posible de no envolver a la escuela en cuestiones de tutela. Por favor tengan la información actualizada en los expedientes de sus hijos.

He leído y entendido la declaración arriba indicada.

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

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

**Esta forma permanecerá en efecto mientras que mi(s) hijo(s) asista(n) al Distrito Escolar de Banning. Si ocurre un cambio, yo informare al distrito y escuela de mis hijos y actualizaré los expedientes con la nueva orden judicial.**

El Distrito Unificado de Banning no discrimina en ninguna practica de empleo, programa educativo o actividad educativa sobre la base de y/o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas de edad, ascendencia, color, discapacidad, etnia, género, identidad de género o expresión, información genética, estado civil, condición médica, nacionalidad, afiliación política, el embarazo y los enfermedades relacionadas, la raza, la religión, represalias, el sexo (incluyendo el acoso sexual), orientación sexual o cualquier otra base prohibida por las leyes estatales y federales de la discriminación de California, respectivamente. Además, el distrito ofrece igualdad de acceso a los Boys & Girls Club y otros grupos de jóvenes designados.

Board of Education • Alfredo Andrade • Alex Cassadas • Kerri Mariner • Anne K. Price • Jason Smith

161 W. Williams Street, Banning, CA 92220 • Ph (951) 922-0200 • FAX (951) 922-0227 • www.banning.k12.ca.us



# GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA EL INGRESO A LA ESCUELA GRADOS TK/K-12



Requisitos por edad y grado antes del ingreso:

Vacuna	4 – 6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kinder de transición/ kinder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
<b>Polio (OPV o IPV)</b>	<b>4 dosis</b> (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	<b>4 dosis</b> (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
<b>Difteria, tétanos y tos ferina</b>	<b>5 dosis de DTaP, DTP o DT</b> (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	<b>4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td</b> (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después. Para los alumnos de 7° a 12°, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/DTP y que se la hayan aplicado al cumplir los 7 años de edad o después).	<b>1 dosis de Tdap</b> (O DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después).
<b>Sarampión, paperas y rubéola (MMR o MMR-V)</b>	<b>2 dosis</b> (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si se aplican por separado).	<b>1 dosis</b> (Aplicada al cumplir 1 año de edad o después. La vacuna contra las paperas no es necesaria si se aplica por separado).	<b>2 dosis de MMR</b> o cualquier vacuna contra el sarampión (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después).
<b>Hepatitis B (Hep B o HBV)</b>	<b>3 dosis</b>		
<b>Varicela (VAR, MMR-V, o VZV)</b>	<b>1 dosis</b>	<b>1 dosis</b> para alumnos de 7-12 años de edad <b>2 dosis</b> para alumnos de 13-17 años de edad	

\*Los alumnos nuevos de 7° grado también deben cumplir los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

## INSTRUCCIONES:

Las escuelas de California deben verificar los comprobantes de vacunación de todos los estudiantes nuevos de kínder de transición/kínder hasta el 12° grado y todos los estudiantes que pasan a 7° grado antes del ingreso.

1. Notifique a los padres sobre las vacunas requeridas y pida los registros de vacunación.
2. Copie la fecha de cada vacuna del registro de vacunación del niño(a) al Registro de Vacunación de Escuelas de California (tarjeta azul, CDPH-286) y/o la calcomanía Tdap complementaria [PM286S (01/11)] o ingrese en un sistema electrónico aprobado que imprima una tarjeta azul.
3. Compare el número de dosis en la tarjeta azul con los requisitos indicados arriba.
4. Determine si el niño(a) puede ser admitido(a)



Continúa en la página siguiente.





## 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/DTT/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)

### 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.

#### 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)*

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.*



## HISTORIA DEL SALUD DEL ESTIDAINTE

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Favor de leer y revisar cualquier enfermedad relativa u condición que su niño(a) tiene actualmente u haya tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Alergia: Punzado de una Abeja (Requiere medicación) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Alergia: Comida (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Hiperactivo: Medicina Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alergia: Medicación (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Desorden del Riñón
<input type="checkbox"/> Alergia: Polen/Polvo/Especie de Fiebre Intermitente	<input type="checkbox"/> Medicaciones prescritas al estudiante (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Alergia: Causas Desconocidas	<input type="checkbox"/> Medicación necesario en la escuela (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dolores Menstruales (severos)
<input type="checkbox"/> Artritis (Reumatoide)	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza de la Jaqueca (Medicación Requerido) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma (Moderado)	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Asma (Medicación Requerida)	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento/Desorden del Cromosoma	<input type="checkbox"/> La Nariz Sangra (Frecuentemente)
<input type="checkbox"/> Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Osgood-Schlatter
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Limitaciones de la Actividad Física (nota del doctor requerida)
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Historia de la Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Sarampión: de tres días
<input type="checkbox"/> Acromatopsia	<input type="checkbox"/> Rubéola: sarampión de diez días
<input type="checkbox"/> Fibrosis Enquistada	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Diabético: Dependiente de la Insulina: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Desordenes de Consumición: <input type="checkbox"/> De peso insuficiente <input type="checkbox"/> Exceso en el peso	<input type="checkbox"/> Anemia de Célula Falciforme (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Desordenes Endocrinos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Asimientos: La Medicación Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Desorden de Crecimiento (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (usa lentes/contactos)
<input type="checkbox"/> Pérdida del Sentido de Oír: Uso de ayuda de oír Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (con deficiencias visuales)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Defecto	<input type="checkbox"/> Otro (Explique en la sección de comentarios)
	<input type="checkbox"/> Ningunos problemas de salud sabidos

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Formulario para elección de escuela primaria

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Nombre del Padre:	Género: Masculino__ Femenino__	Grado:
Domicilio:		
Número de Celular: ( )	Número de Trabajo: ( )	

Estudiantes de *Kinder Transicional* serán matriculados en Florida Street Discovery Center;

### Pero

Favor de anotar la escuela de preferencia para el siguiente año escolar.

Favor de colocar 1<sup>cro</sup>, 2<sup>ndo</sup>, 3<sup>cro</sup>, y 4<sup>to</sup>

Escuela Primaria de Cabazon: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Central: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Hemmerling: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria de Hoffer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

