

RUSD REGISTRATION CHECKLIST 2024-25

Proof of student's birth (provide ONE (1) from the list below):

- Birth certificate (County Record), Current Passport, Hospital Record, OR Baptismal Record

Proof of Residency – At least TWO (2) from the list below dated within the previous 30 days

- Escrow papers, with closing date not more than 30 days from the current date (Note: Schools may ask for the final closing docs after the 30-day date to assure residence).
- Lease/rental agreement with receipt from property owner;
- Mortgage statement – Utility service contracts, statements, or payment receipts, (Gas, Electric, Water providers).
- Employer's verification of address (i.e. pay stub); Proof of insurance – car or home
- Electronic payment receipt of monthly payments or security deposit or canceled checks;
- Statements from medical providers, (Example Kaiser Permanente)
- Mail from old address with forwarding address label with new address – online confirmation;
- Mail from state or federal government agencies; (i.e., Medi-Cal, food stamps, court ordered child support payments, DMV registration, jury summons, housing authority document, County DPSS, Medical, CalWorks, Child support statements, voter registration, taxes
- Court documents regarding foster care, guardianship, custody order documents

NOT Acceptable: *Cable, Trash, Telephone/Cellphone bills *Credit card statements * Junk mailers *Driver's license *Restraining orders * Bank statements

Copy of IEP (Special Education students only)

Completed RUSD Registration Packet (attached)

CALIFORNIA IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR K-12th Grade (Including TK) – Please read the *“Important Immunization Information”* attached

****Please bring your enrollment packet completely filled out **BEFORE** arriving at your appointment. You must also bring the required documents listed above.**

LISTA DE VERIFICACION DE REGISTRO DE RUSD 2024-25

Comprobante de Nacimiento del estudiante (proporcione UNO (1) de la lista a continuación):

- Acta de nacimiento (Registro del condado), Pasaporte vigente, Registro hospitalario, o Registro de bautismo

Prueba de residencia: – Al menos DOS (2) de la lista a continuación con fecha dentro de los 30 días anteriores.

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no superior a 30 días a partir de la fecha actual (Nota: las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler con recibo del dueño de la propiedad;
- Estado de hipotecario • Contratos de servicios públicos, estados de cuenta o recibos de pago (proveedores de Gas, Electricidad, Agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, comprobante de pago);
- Comprobante de Seguro: auto o casa
- Recibo de pago electrónico de pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Declaraciones de proveedores médicos (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con etiqueta de dirección de reenvío con nueva dirección: confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos de manutención de niño ordenados por la corte, registro del DMV, citación de jurado, documento de autoridad de vivienda, DPSS del condado, medico, Cal Works, declaraciones de manutención de niños, registro de votante, impuestos
- Documentos judiciales sobre tarjeta de acogida, tutela, ordenes de custodia

NO Aceptable: *Facturas de cable, basura, teléfono/celular *Resúmenes de tarjeta de crédito *Correo basura *Licencia de conducir *Ordenes de restricción *Estados de cuenta bancarios

Copia del IEP (solo estudiantes de educación especial)

Paquete de registro de RUSD completo (adjunto)

REQUISITOS DE INMUNIZACION DE CALIFORNIA PARA LOS GRADOS K-12 (incluido TK): – Lea la *“Información importante sobre inmunización”* adjunta

Por favor traiga su paquete de inscripción completamente lleno **ANTES de llegar a su cita. También debe traer los documentos requeridos enumerados anteriormente.

BOARD OF EDUCATION

Mr. Dale Kinnear, *President* | Mr. Tom Hunt, *Vice President*
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Clerk* | Mr. Brent Lee, *Member*
Dr. Angelo Farooq, *Member* | Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Mr. Timothy R. Walker, Deputy Superintendent, Pupil Services/SELPA
Mr. Raúl Ayala, Director of Pupil Services

2024-2025 School Year - Establishing Proof of Residency

In accordance with California Education Code, proof of residency must be established prior to enrollment in school. To establish residency, parents/guardians need to produce at least two documents from the list below including the name of parent/guardian, and current Riverside address. **Documents shall be dated within the previous thirty (30) days of their presentation to school site staff.**

Acceptable Documents Used to Establish Residency:

- Escrow Papers, with closing date not more than 30 days from the current date.
(Note: Schools may ask for the final closing docs after the 30-day date to assure residence).
- Lease/rental agreement **with** receipt from property owner;
- Mortgage statement
- Utility service contracts, statements, or payment receipts, (Gas, Electric, Water providers).
- Employer's verification of address (i.e. pay stub);
- Proof of Insurance – car or home;
- Electronic payment receipt of monthly payments or security deposit or cancelled checks;
- Statements from medical providers, (Example Kaiser Permanente)
- Mail from old address with forwarding address label with new address – online confirmation;
- Mail from state or federal government agencies; (i.e., Medi-Cal, food stamps, court ordered child support payments, DMV registration, jury summons, housing authority document, County DPSS, Medical, Cal Works, Child support statements, voter registration, taxes
- Court documents regarding foster care, guardianship, custody orders.

Documents NOT Acceptable:

- Cable, Trash, Telephone/Cellphone, bills
- Credit card statements
- Junk Mailers, (Advertisements)
- Driver's License
- Restraining Orders
- Bank Statements

Revised 3/2024

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

BOARD OF EDUCATION

Mr. Dale Kinnear, *President* / Mr. Tom Hunt, *Vice President*
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Clerk* / Mr. Brent Lee, *Member*
Dr. Angelo Farooq, *Member* / Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2024-2025 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que **NO** se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 3/2024

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200



Grade	Number of Doses Required of Each Immunization ^{1,2,3}		
K-12 Admission	4 Polio ⁴	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷
(7th-12th) ⁸	K-12 doses	+ 1 Tdap	
7th Grade Advancement ^{9,10}	1 Tdap ⁸		2 Varicella ¹⁰

1. Requirements for K-12 admission also apply to transfer pupils.
2. Combination vaccines (e.g., MMRV) meet the requirements for individual component vaccines. Doses of DTP count towards the DTaP requirement.
3. Any vaccine administered four or fewer days prior to the minimum required age is valid.
4. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the 4th birthday.
5. Four doses of DTaP meet the requirement if at least one dose was given on or after the 4th birthday. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the 7th birthday (also meets the 7th-12th grade Tdap requirement. See fn. 8.) One or two doses of Td vaccine given on or after the 7th birthday count towards the K-12 requirement.
6. For 7th grade admission, refer to Health and Safety Code section 120335, subdivision (c).
7. Two doses of measles, two doses of mumps, and one dose of rubella vaccine meet the requirement, separately or combined. Only doses administered on or after the 1st birthday meet the requirement.
8. For 7th-12th graders, at least one dose of pertussis-containing vaccine is required on or after the 7th birthday.
9. For children in ungraded schools, pupils 12 years and older are subject to the 7th grade advancement requirements.
10. The varicella requirement for seventh grade advancement expires after June 30, 2025.

DTaP/Tdap = diphtheria toxoid, tetanus toxoid, and acellular pertussis vaccine
 Hep B = hepatitis B vaccine
 MMR = measles, mumps, and rubella vaccine
 Varicella = chickenpox vaccine

Instructions:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK / Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry. See shotsforschool.org for more information.

Unconditionally Admit a pupil whose parent or guardian has provided documentation of any of the following for each immunization required for the pupil's age or grade as defined in the table above:

- Receipt of immunization.
 - A permanent medical exemption.*
- Conditionally Admit** any pupil who lacks documentation for unconditional admission if the pupil has:
- Commenced receiving doses of all the vaccines required for the pupil's grade (table above) and is not currently due for any doses at the time of admission (as determined by intervals listed in the Conditional Admission Schedule, column entitled "Exclude If Not Given By"), or
 - A temporary medical exemption from some or all required immunizations.*

Conditional Admission Schedule for Grades K-12

Before admission a child must obtain the first dose of each required vaccine and any subsequent doses that are due because the period of time allowed before exclusion has elapsed.

Dose	Earliest Dose May Be Given	Exclude if Not Given By
Polio #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Polio #3¹	4 weeks after 2nd dose	12 months after 2nd dose
Polio #4¹	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
DTaP #3²	4 weeks after 2nd dose	8 weeks after 2nd dose
DTaP #4	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #5	6 months after 4th dose	12 months after 4th dose
Hep B #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Hep B #3	8 weeks after 2nd dose and at least 4 months after 1st dose	12 months after 2nd dose
MMR #2	4 weeks after 1st dose	4 months after 1st dose
Varicella #2	Age less than 13 years: 3 months after 1st dose	4 months after 1st dose
Varicella #2	Age 13 years and older: 4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose

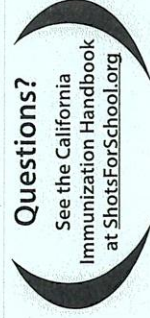
1. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the fourth birthday. If polio #3 is the final required dose, polio #3 should be given at least six months after polio #2.
2. If DTaP #3 is the final required dose, DTaP #3 should be given at least six months after DTaP #2, and pupils should be excluded if not given by 12 months after second dose. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the seventh birthday. One or two doses of Td vaccine given on or after the seventh birthday count towards the requirement.

Continued attendance after conditional admission is contingent upon documentation of receipt of the remaining required immunizations. The school shall:

- review records of any pupil admitted conditionally to a school at least every 30 days from the date of admission,
- inform the parent or guardian of the remaining required vaccine doses until all required immunizations are received or an exemption is filed, and
- update the immunization information in the pupil's record.

For a pupil **transferring** from another school in the United States whose immunization record has not been received by the new school at the time of admission, the school may admit the child for up to 30 school days. If the immunization record has not been received at the end of this period, the school shall exclude the pupil until the parent or guardian provides documentation of compliance with the requirements.

* In accordance with 17 CCR sections 6050-6051 and Health and Safety Code sections 120370-120372.



Grados K-12

(incluyendo kinder transición)

Grado	Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna ^{1, 2, 3}
Ingreso a K-12 ^o (7 ^o -12 ^o) ⁸	4 Polio ⁴ 5 DTaP ⁵ 3 Hep B ⁶ 2 MMR ⁷ 2 Varicela
Paso a 7 ^o grado ^{9, 10}	Dosis para K-12 ^o + 1 Tdap 1 Tdap ⁸ 2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7^o-12^o grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12^o.
- Para el paso a 7^o grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Solo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7^o-12^o grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7^o grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7^o grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular
 Hep B= vacuna contra la hepatitis B
 MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

Instrucciones:

- Los alumnos ingresando a 7^o grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K-12^o y 7^o grado. Visite shotsforschool.org para más información.
- Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kinder de Transición/Kinder hasta el 12^o grado al igual que todos los alumnos pasando a 7^o grado antes de ingresar.
- Admita Incon Incondicionalmente** a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:
 - Comprobante de Inmunización
 - Una exención médica permanente*
- Admita Condicionalmente** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:
 - Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
 - Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

Calendario De Admisión Condicional Para Grados K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

Dosis	Lo Más Temprano Que Se Puede Dar	Excluir Si No Se Ha Dado
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis 13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis 8 semanas después de la 1ra dosis

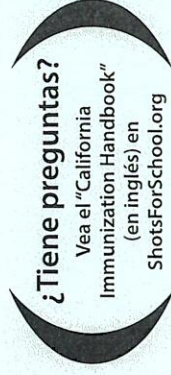
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
- Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este período, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.



Riverside Unified School District New Student Registration 2024-2025

1) STUDENT INFORMATION

Student Last Name	Student First Name	Middle Name
Legal Name, if different		Family Email Address
Current Street Address		City
		Zip Code
Mailing Address, if different		City
		Zip Code
Home phone ()	Parent/Guardian Cell ()	Parent/Guardian Cell ()
Student Date of Birth	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Nonbinary	

2) LAST SCHOOL ATTENDED

Name of School	Date Last Attended	Grade	City/County/State
Has student previously attended a RUSD school? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* *School:			

3) FAMILY INFORMATION

Please include first and last name **Check if student lives with**

Parent/Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent

This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.

Please check the box that most closely pertains to **you**:

Not a high school graduate College graduate High school graduate Graduate school/Post graduate training

Some college (2 or 4 yr College or University) Declines to state or unknown graduate

Parent/Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent

This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.

Please check the box that most closely pertains to **you**:

Not a high school graduate College graduate High school graduate Graduate school/Post graduate training

Some college (2 or 4 yr College or University) Declines to state or unknown graduate

Is Either Parent/Guardian on Active Duty in the Armed Forces? Yes No

(Active duty is defined as full-time duty in Air Force, Army, Coast Guard, Marines, or Navy)

If Active, What Branch? Air Force Army Coast Guard Marines Navy

4) OTHER CHILDREN LIVING AT HOME

Name (first and last)	Date of Birth	Grade	School

5) HEALTH INFORMATION

Check all that apply:

- No known health problems
- Allergies (please explain)
- Attention Deficit/Hyperactivity
- Asthma (Inhaler dependent*)
- Diabetic (Insulin dependent*)
- Seizures/Epilepsy (Medication required*)
- Surgeries
- Serious Illness (please explain)
- Other Medical (please explain)
- Other Medications* (please explain)

Comments:

*** REQUIRES DOCTOR'S NOTE/COMPLETION OF DOCTOR'S AUTHORIZATION FORM**
**** SEE PARENT HANDBOOK FOR MORE HEALTH SERVICES INFORMATION**

6) SPECIAL PROGRAMS

- Yes, my child has a current Individualized Education Plan (IEP)
- Gifted and Talented Education (GATE)
- Behavior Plan/Behavior Contract
- Speech Therapy
- Student Study Team
- Other _____
- NONE
- Foster/Group Home
- Special Day Class (SDC)
- Homeless/McKinney-Vento
- 504 Accommodation Plan
- Resource Specialist Program (RSP)
- My child has been tested for special education

7) PAST BEHAVIOR HISTORY

SUSPENSION:

- My child has previously been suspended from a public/private school.*

EXPULSION:

- My child has been expelled from a public/private school or district. *
- My child is currently being referred for expulsion from a public/private school or district. *

* Parents are required by law to divulge this information (EC 48918)

8) STUDENT ETHNICITY

- No, not Hispanic or Latino
- Yes, Hispanic or Latino

9) STUDENT RACE (select one or more)

- American Indian or Alaska Native
- Filipino
- Korean
- Tahitian
- Asian Indian
- Guamanian
- Laotian
- Vietnamese
- Black or African American
- Hawaiian
- Other Asian
- White
- Cambodian
- Hmong
- Other Pacific Islander
- Chinese
- Japanese
- Samoan

***** PARENT/GUARDIAN SIGNATURE*****

My signature certifies that all information provided on this form is accurate. I understand that changes in address, telephone numbers, and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my child.

Parent/Guardian Signature

Date:

The Riverside Unified School District prohibits discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, gender, gender identity, gender expression, immigration status, nationality, race or ethnicity, religion, sex, sexual orientation, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics. For questions or complaints, contact Equity Compliance Officer: Raúl Ayala, Director of Pupil Services, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org and/or David Marshall, Resolution Officer, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951)788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Title IX Coordinator: Bethany Scott, Coordinator of Title IX and Compliance, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951)788-7135 ex. 80135, bscott@riversideunified.org, and Section 504 Coordinator: Gerardo Arenas, Administrator - Program Coordinator, Pupil Services, 5700 Arlington Ave. Riverside, CA, (951) 352-1200 ex. 83301, garenas@riversideunified.org. REV. 3/24

OFFICE USE ONLY

GRADE:	Student ID:	<input type="checkbox"/> REGISTRATION COMPLETE
---------------	--------------------	--

- DOCUMENTS VERIFIED:** Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire
- Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical
- Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents
- Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

No se conoce algún problema de salud Comentarios: _____

Alergias (favor de explicar) _____

Deficiencia de atención/hiperactividad _____

Asma (depende de inhalador*) _____

Diabético (depende de insulina*) _____

Convulsiones/Epilepsia (requiere medicamento*) _____

Cirugías _____

Enfermedades graves (favor de explicar) _____

Otro medico (favor de explicar) _____

Otros medicamentos (favor de explicar) _____

Comentarios:

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**
**** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) PROGRAMAS ESPECIALES

Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)

Plan de Conducta/Contrato de Conducta

Terapia de habla Equipo de estudio estudiantil (SST) Programa de Especialista de Recursos (RSP) Foster/Hogar de Crianza

Clase especial diurna (SDC) Sin Hogar/McKinney-Vento Plan 504 Adaptado Ninguno aplica

Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:

Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*

Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

Indígena americana o de Alaska Filipino Coreano Tahitiano Indio asiático Guamaniano Laosiano Vietnamita

Negro o afroamericano Hawaiano Otro asiático Caucásico Camboyano Hmong Otro isleño pacifico

Chino Japonés Samoano

***** FIRMA DE PADRE/TUTOR*****

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha:** _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: _____ **Student ID:** _____ **REGISTRATION COMPLETE**

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire

Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical

Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents

Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE: _____



Student Housing Questionnaire

Student Last Name	First	Middle	Date of Birth	ID Number

The information provided below will help the LEA determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations? **Select one box below.**

- Living in a single-home residence that is permanent
- Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or Federal Emergency Management Agency (FEMA) trailer
- Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing, or similar reason
- Living in a car, park, campground, abandoned building, or other inadequate accommodations (i.e. lack of water, electricity, or heat)
- Temporarily living in a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, etc.
- I am a student under the age of 18 and living apart from parent(s) or guardian

The undersigned parent/guardian certifies that the information provided above is correct and accurate.

Print Parent/Guardian Name	Signature	Date

Phone number	Street Address	City	State	Zip Code

Please list all of your school aged children currently living with you:

Name	M/F/Nonbinary	Birthdate	Grade	School

Your child or children may have the right to:

- Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.
- Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

If you have any questions about these rights, please contact the Pupil Services Coordinator, **Chris Sewell**, by phone at (951) 352-1200 or by email at csewell@riversideunified.org

FOR OFFICE USE ONLY

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Seleccione una casilla a continuación.**

- Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Por favor, indique todos sus hijos en edad escolar que actualmente viven con usted:

Nombre	M/F/Non binario	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el Coordinador de servicios estudiantiles, **Chris Sewell, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico csewell@riversideunified.org**

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program, scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS and PARENTS HANDBOOK 2024-2025
MANDATORY PARENT NOTIFICATION RECEIPT
(A form must be on file at each school/for each student)

Dear Parent/Guardian:

Please read and discuss the *Riverside Unified School District SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS AND PARENTS HANDBOOK* on the RUSD website with your child, for clarification of rules before you and your child sign below to acknowledge your understanding and agreement to abide by RUSD rules and policies.

The handbook can be located at RUSD website:
<https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

School Attendance Information – Please read and review with your student the Attendance Information section of this handbook. It is important for parents and students to know and understand the legal requirements for students to attend school each day the schools are open and in session. This section also very clearly defines what constitutes an excused absence from school.

Discipline Information – Please review the Discipline section of this handbook with your student. Your signature below indicates you have reviewed the Discipline information and discussed school rules with your student.

Media Release - The district occasionally receives requests from the news media and other agencies to photograph or videotape/record students. These requests are often received on a spur-of-the-moment basis, which makes it difficult to obtain immediate parental consent. Parental consent is requested for your student to be photographed/videotaped/recorded during the school year. This may include District promotional news clips for social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs etc.).

Acceptable Use Agreement - Rules and Regulations #6163.4(g) (Ref. Policy #6163.4)
As the parent or guardian, I hereby consent to my student's use of the Internet at school. I also agree not to hold the district responsible for materials acquired by the student on the system, for violations of copyright restrictions, users' mistakes, negligence, or any costs incurred by users.

Publishing Student Work/Photo/Name – Student work and photos may be published on the Internet for a world-wide audience via www.riversideunified.org or other District affiliated social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc) with the consent of the student and (if the student under 18) parent/guardian.

CUT ALONG DOTTED LINE, SIGN IMMEDIATELY AND RETURN TO SCHOOL OFFICE

Student's Name _____ DOB _____
School _____ Grade _____

Please respond by checking the appropriate box:

Media Release

- Yes, I give** permission for my student to be photographed or videotaped. *(as outlined above)*
 No, I do not give permission for my student to be photographed or videotaped. *(unless I have been reached to give special permission)*

Acceptable Use Agreement

- Yes, I/We hereby agree** to comply with the Acceptable Use Policy.
 No, I do not agree to comply with the Acceptable Use Policy.

Publishing Student Work/Photo/Name

- Yes, I give** permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify any background photos).
 No, I do not give permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify photos).

By signing I acknowledge that I have read, discussed and understand the *School Information for Students and Parents Handbook 2024-2025*, and I have reviewed the school discipline information in this booklet.

Parent/Guardian Signature

Student Signature

Date

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2024-2025
RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: <https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión

Si, doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*Como indicado arriba*)

No, no doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*A menos que haya sido contactado para dar permiso especial*)

Política de uso aceptable

Si, yo/nosotros estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno

Si, doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

No, no doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2024-2025, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de alumno _____ Fecha _____

Riverside Unified School District

Department of Research, Assessment, and Evaluation

Home Language Survey

Assessment Center Use Only: STU-ID: _____
School Year _____ School: _____
Appointment Date: _____ Time: _____
Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations

Instructions for parents/guardians: The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of the student. 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.

Student: _____	Last Name	First Name	Middle	Grade	Birthdate
Student's Address	Apt. #	City	State	Zip	Home Phone
1. _____ <i>Name of Previous School, District Attended</i>	City	State	2. _____ <i>Name of Previous School, District Attended</i>		

Please read and answer each question carefully to assist the school in planning the most appropriate educational program for your child:

1. Which language did your child learn when they first began to speak? _____
2. Which language does your child use most frequently at home? _____
3. Which language do you use most frequently to speak to your child? _____
4. Which language is most often spoken by the adults at home? _____

Would you like to have school correspondence sent home to you in English or translated into another language? _____ English _____ Other Language _____

X _____ / _____
Signature of Parent/Guardian / Date

Printed name of Parent/Guardian

The Riverside Unified School District prohibits discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, gender, gender identity, gender expression, immigration status, nationality, race or ethnicity, religion, sex, sexual orientation, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics. For questions or complaints, contact Equity Compliance Officer: Raul Ayala, Director of Pupil Services, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org and/or David Marshall, Resolution Officer, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951)788-7135 ex. 80426, dmarshall@riversideunified.org, Title IX Coordinator: Bethany Scott, Coordinator of Title IX and Compliance, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951)788-7135 ex. 80135, bscoff@riversideunified.org, and Section 504 Coordinator: Gerardo Arenas, Administrator - Program Coordinator, Pupil Services, 5700 Arlington Ave. Riverside, CA, (951) 352-1200 ex. 83301, garenas@riversideunified.org.

Distrito escolar unificado de Riverside Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

Assessment Center Use Only: STU-ID: _____	School Year: _____
Appointment Date: _____	School: _____
Time: _____	
Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)	
Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations	

Instrucciones para padres y tutores: El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. 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 ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. 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 contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

Alumno: _____	Primero _____	Segundo _____	Grado _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____	Area postal _____	Teléfono _____
1. _____	Ciudad, Estado _____	2. _____		
Nombre de la escuela, distrito escolar anterior _____				
Nombre de la escuela, distrito escolar anterior _____ Ciudad, Estado _____				

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

¿Le gustaría que la correspondencia escolar se le envíe a casa en inglés o traducida a otro idioma? _____

X _____ / _____
Firma del Padre/tutor / Fecha

Nombre del otro idioma _____
Nombre escrito del Padre/tutor _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Health Services
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY FORM

School _____

Student Name _____ Male Female Nonbinary

Birthdate _____ Age _____ Grade _____

My child **does not** have any health issues at this time.

If your child has health issues please answer the following questions:

Does your child take medication on a routine basis? Yes No During school hours? Yes No If yes,

Name of medication _____ Name of medication _____

Name of medication _____ Name of medication _____

If your child must take prescriptions or over the counter medications during the school day, complete the Medication Administration parent/physician authorization form and return to the school office. (One form for each medication).

Check the box and explain if your child has a history of or now has the following conditions or concerns.

Asthma

Seizures

Date of last seizure _____

Type _____

Currently takes medication for seizures

Allergies

Bees

Foods _____

Medication _____

Other _____

Lactose Intolerance

Physical Limitations _____

Special Equipment needed at home

Special Equipment needed at school

Heart/Cardiac Condition _____

Other Conditions _____

Diabetes Type I Type II

• Has your child been hospitalized for diabetes? Yes No

If yes, give date and explain hospital course: _____

• Can your child monitor his/her blood glucose level independently? Yes No

• Can your child tell if he/she is having symptoms of high or low blood glucose levels? Yes No

If yes, what are his/her symptoms? _____

• Has Glucagon ever been given to your child? Yes No Last given: _____

Is your child **currently** under a doctor's care for any of the above? Yes No

If yes: Doctor's name _____ Phone _____ Fax _____

Address _____

I hereby give permission to share information pertaining to the health of my child with school staff who need to know.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

Original to Cum Sent to District Nurse Health Assistant Teacher

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino No binario

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma

Convulsiones

- Fecha de la última convulsión _____
- Tipo de convulsión _____
- Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

Alergias

- Abejas _____
- Comidas _____
- Alérgico al medicamento _____
- Otro _____

Limitaciones físicas _____

- Equipo especializado necesario en casa
- Equipo especializado necesario en la escuela

Intolerancia a la lactosa

Soplo /enfermedad del corazón _____

Otras condiciones _____

Diabetes

Tipo I **Tipo II**

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:			
<input type="checkbox"/> Original to Cum	<input type="checkbox"/> Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100)	<input type="checkbox"/> Health Assistant	<input type="checkbox"/> Teacher

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: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child’s Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Child’s Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> 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: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="radio"/> No obvious problem found <input type="radio"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="radio"/> 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)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="radio"/> 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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> 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: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present)] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
_____ Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature]		_____ Número de matrícula de CA CA License Number	_____ Fecha Date]

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.]

2024-2025 School Year
SCHOOL FUNDING FORM



Newly Enrolled RUSD Student Information:

Please only include students newly enrolled with RUSD. If more than 3 students, please complete an additional form.

Student Name:

Student ID #:

School Enrolled in:

Date of Birth:

 D D M M Y Y Y Y

Student Name:

Student ID #:

School Enrolled in:

Date of Birth:

 D D M M Y Y Y Y

Student Name:

Student ID #:

School Enrolled in:

Date of Birth:

 D D M M Y Y Y Y

Total Household Size and Monthly Income Verification:

Please circle your total household size, including yourself. Then, within the household, circle your total household monthly income level by circling either A, B, or C (please circle only one income option).

Household Total of (1)

- a) \$0 - \$1,632
- b) \$1,633 - \$2,322
- c) \$2,323 - or more

Household Total of (2)

- a) \$0 - \$2,215
- b) \$2,216 - \$3,152
- c) \$3,153 - or more

Household Total of (3)

- a) \$0 - \$2,798
- b) \$2,799 - \$3,981
- c) \$3,982 - or more

Household Total of (4)

- a) \$0 - \$3,380
- b) \$3,381 - \$4,810
- c) \$4,811 - or more

Household Total of (5)

- a) \$0 - \$3,963
- b) \$3,964 - \$5,640
- c) \$5,641 - or more

Household Total of (6)

- a) \$0 - \$4,546
- b) \$4,547 - \$6,469
- c) \$6,470 - or more

If your household has more than 6 members, please fill out an additional form or contact Nutrition Services at (951) 352-6740.

I hereby certify that the information provided on this form is accurate, and I have disclosed all income. I acknowledge that the school may receive state and federal funds based on this information and that it may be subject to review.

Parent/Guardian Name:

Date:

Parent/Guardian Signature:

Who should I include in "Household Size"?

You must include yourself and all people living in your household, related or not (for example, children, grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. If you live with other people who are economically independent (for example, who do not share income with your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do *not* include them.

What is included in "Total Household Income"? Total Household Income includes all of the following:

- **Gross earnings from work:** Use your gross income, not your take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. This information can be found on your pay stub or if you are unsure, your supervisor can provide this information. Net income should only be reported for self-owned business, farm, or rental income.
- **Welfare, Child Support, Alimony:** Include the amount each person living in your household receives from these sources, including any amount received from CalWORKs.
- **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), and disability benefits:** Include the amount each person living in your household receives from these sources.
- **All Other Income:** Include worker's compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received. Do not include income from CalFresh, WIC, federal education benefits and foster payments received by your household.
- **Military Housing Allowances and Combat Pay:** Include off-base housing allowances. *Do not* include Military Privatized Housing Initiative or combat pay.
- **Overtime Pay:** Include overtime pay *ONLY* if you receive it on a regular basis.

How do I report household income for pay received on a weekly, twice per month, every other week, monthly, and annual basis?

- For each household member determine the frequency in which income is received (weekly, twice per month, every other week, monthly, or annually) and enter amount in appropriate column. For example, if you are paid twice per month report the gross amount of your paycheck in the appropriate column.
- Repeat these steps for each source of income for each household member. If you have more sources of income than columns provided, report all additional income in the appropriate column. Add amounts reported in each column in the subtotal row. Multiply each subtotal by the appropriate number, as indicated on the form.
- Add all columns to determine the Total Household Income.

If your income changes, include the wages/salary that you regularly receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made \$900, put down that you made \$1,000 per month. Only include overtime pay if you receive it on a regular basis. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, enter zero or your current reduced income.

For additional information on Household Size and Gross Household Income, please see the Eligibility Manual for School Meals on the U.S. Department of Agriculture Guidance and Resource Web page at <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

Información del Estudiante Recién Inscrito en RUSD:

Por favor incluya solo a los estudiantes recién inscritos en RUSD. Si hay más de 3 estudiantes, complete un formulario adicional.

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela :

Fecha de Nacimiento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	A	A	A	A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	A	A	A	A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	A	A	A	A

Tamaño Total del Hogar y Verificación de Ingresos Mensuales:

Por favor marque con un círculo el número que represente el tamaño total de miembros en su hogar, incluyéndose a usted mismo. Luego, marque con un círculo el nivel de ingresos mensuales total: A, B o C (marque solo una opción).

● Tamaño del hogar (1)

- a) \$0 - \$1,632
- b) \$1,633 - \$2,322
- c) \$2,323 - o más

● Tamaño del hogar (2)

- a) \$0 - \$2,215
- b) \$2,216 - \$3,152
- c) \$3,153 - o más

● Tamaño del hogar (3)

- a) \$0 - \$2,798
- b) \$2,799 - \$3,981
- c) \$3,982 - o más

● Tamaño del hogar (4)

- a) \$0 - \$3,380
- b) \$3,381 - \$4,810
- c) \$4,811 - o más

● Tamaño del hogar (5)

- a) \$0 - \$3,963
- b) \$3,964 - \$5,640
- c) \$5,641 - o más

● Tamaño del hogar (6)

- a) \$0 - \$4,546
- b) \$4,547 - \$6,469
- c) \$6,470 - o más

Si su hogar tiene más de 6 miembros, complete un formulario adicional o comuníquese con Servicios de Nutrición al (951) 352-6740.

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa y he divulgado todos los ingresos. Reconozco que la escuela puede recibir fondos estatales y federales basados en esta información y que puede estar sujeta a revisión.

Nombre del padre/
Guardian:

Fecha:

Firma del padre/
Guardian

¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), *no* las incluya.

¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”? El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual y anualmente?

- Para cada integrante del hogar, determine la frecuencia con la que recibe el ingreso (semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual o anualmente) y anote la cantidad en la columna correspondiente. Por ejemplo, si le pagan dos veces al mes, declare la cantidad bruta de su recibo de paga en la columna correspondiente.
- Repita estos pasos para cada fuente de ingresos de cada integrante del hogar. Si tiene más fuentes de ingresos que las columnas que se proporcionan, declare el ingreso adicional en la columna que corresponda.

Sume las cantidades declaradas en cada columna en el renglón de subtotal. Multiplique cada subtotal por el número apropiado, como se indica en el formulario.

Sume todas las columnas para determinar el total de ingresos del hogar.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que recibió \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

2024-2025 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ Gender: M / F / Nonbinary _____ Grade: _____ Age: _____ Birthdate: _____
Genero _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Name _____
Last / Apellido _____ First / Nombre _____

Address _____ Zip Code _____ Home Phone _____
Domicilio _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Parent/Guardian Name _____ Work Phone _____ Cell _____
Padre/Tutor _____ Num. del Trabajo _____
Email Address _____ Lives with student _____ Yes _____ No
Correo Electrónico _____ Vive con el estudiante _____

Parent/Guardian Name _____ Work Phone _____ Cell _____
Padre/Tutor _____ Num. del Trabajo _____
Email Address _____ Lives with student _____ Yes _____ No
Correo Electrónico _____ Vive con el estudiante _____

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication _____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ Phone _____
Nombre del doctor _____ Teléfono _____

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que si anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian.** If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older.**
Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor.** Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 años de edad.**

Name / Nombre _____ Relationship to student / Parentesco con el estudiante _____ Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell _____

Name / Nombre _____ Relationship to student / Parentesco con el estudiante _____ Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell _____

Name / Nombre _____ Relationship to student / Parentesco con el estudiante _____ Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell _____

Name / Nombre _____ Relationship to student / Parentesco con el estudiante _____ Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell _____

Name / Nombre _____ Relationship to student / Parentesco con el estudiante _____ Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell _____

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Firma de Padre/ _____ Fecha _____