



Capistrano Unified School District
Bathgate Elementary School
(949) 348-0451
www.bges.capousd.ca.schoolloop.com/

2024-2025 Kindergarten Enrollment/Registration

STEP ONE

Please go to the District's website. The address is: <http://www.capousd.org/>. On the home page, scroll down to the Quick Links, Parents/Students section. Then select "Enrollment" and then "Online Enrollment".

REQUIRED FOR ON-LINE ENROLLMENT

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

After selecting the **2024-2025 School Year** at the top of the page, you will be guided through the 15-20 minute enrollment process. At the end of the process, print out two (2) copies of the confirmation receipt (one for the school and one for your records).

STEP TWO

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

- 1) **Birth Certificate (County/State Copy)**
(Student must be 5 (five) years of age on or before September 1, 2024)
- 2) **2 Proofs of Residency**
(2024 utility bill, **AND** a mortgage/rental agreement/escrow documents)
- 3) **Immunization Record**
(CA Yellow Card or other State record)
- 4) **Parent Identification**
(Any photo driver's license or CA ID card or a passport with a photo ID or other government issued document with a photo ID)

COMPLETED registration packets will be accepted in the Bathgate Office beginning February 29th, 2024.

PLEASE RETURN AS SOON AS POSSIBLE

Distrito Escolar Unificado de Capistrano
Bathgate Elementary School
(949)348-0451

www.bges.capousd.ca.schoolloop.com/

Inscripción de Kinder 2024-2025

PRIMER PASO

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

REQUISITOS PARA LLENAR LA SOLICITUD EN LINEA

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

Después de elegir el **Año Escolar 2024-2025** en la parte superior de la página, usted será guiado al proceso de registro que le tomará de 15-20 Minutos. Al final de este proceso, por favor imprimir dos copias de confirmación (una para la escuela y otra para sus registros).

SEGUNDO PASO

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

1. Acta de Nacimiento (Condado/Estado)
(El estudiante debe tener 5 (cinco) años mínimo antes del 1ero de Septiembre del 2024)
2. 2 Comprobantes que confirmen su domicilio (Pruebas de Residencia)
(Recibo de Electricidad, gas o agua del 2024 y contrato de alquiler o recibo de hipoteca de su casa)
3. Récord de Vacunas
(Tarjeta Amarilla de California o Récord de otro Estado)
4. Identificación de los Padres
(Cualquier Licencia de conducir con foto o Tarjeta de Identificación de CA o un pasaporte con una identificación con foto u otro documento emitido por el gobierno con una identificación con foto).

POR FAVOR RETORNAR LOS FORMULARIOS LO ANTES POSIBLE



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

Kindergarten Online Registration Check List

Bring:

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

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

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

- _____ **Yellow Immunization Card**

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

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

- _____ **Home Language Survey**

- _____ **Kindergarten Student Profile**

- _____ **Program Information** – Programs your child may have participated in, medical needs, custody issues, IEP (Please provide office with copies if any of these apply to your child).

- _____ **Report of Health Examination & Oral Assessment Form** – Completed and signed by physician/ dentist.

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



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

Documentos Requeridos para la inscripción en línea de 1^{ero}-5^{to} Grado

Traer:

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

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

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

_____ **Tarjeta Amarilla de Vacunación**

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

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

_____ **Encuesta del Idioma en el Hogar**

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

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

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

CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY

Name of Student _____ Last Name _____ First Name _____ Middle _____ Grade _____ Date of Birth _____ Age _____

_____ Entering School (CUSD) _____ Prior School Name _____ Prior School District Name _____

Today's Date _____

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

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

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

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

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

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

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante _____

Apellido _____

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Fecha de hoy _____ Escuela a la que está Entrando (CUSD) _____

Nombre de la Escuela Anterior _____

Nombre del Distrito Escolar Anterior _____

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

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

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar? _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

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

Student's Name _____ Grade _____

Has your child received Special Education services? ___Y ___N

If yes, when and in what areas?

SAI/Resource Specialist _____	Dates _____
Speech Therapy _____	Dates _____
504 Plan _____	Dates _____

Does your child have a current IEP? _____

Does your child have a current 504 Plan? _____

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

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

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

Are there any custody issues regarding your child? _____

If yes, please explain

Are there any medical needs regarding your child? _____

If yes, please explain

Parent/Guardian Signature

Date

BATHGATE ELEMENTARY SCHOOL
2024/2025 Kindergarten Student Profile

Child's Name: _____ M _____ F _____

First Last

Name your child will use in class _____

Parent's Name: _____ / _____
Mother Father

Child's Birthdate _____ Child's age as of August. 1, 2024 ____ yr. ____ mo.

Home Phone Number _____ Cell Phone Number _____

Email Address: _____

Has your child attended preschool? Yes No

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

What is the primary language spoken at home? _____

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

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

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

Parent's Signature: _____



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675

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

January 2024

Dear Parent and Guardians of Incoming Transitional Kindergarten (TK.), Kindergarten and First Grade Students:

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

IMMUNIZATIONS

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

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

BOARD OF TRUSTEES

KRISTA CASTELLANOS
PRESIDENT

MICHAEL PARHAM
VICE PRESIDENT

AMY HANACEK
CLERK

JUDY BULLOCKUS

LISA DAVIS

GILA JONES

GARY PRITCHARD

SUPERINTENDENT

CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

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

HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

The State of California supports proactive steps toward a healthy start for its school children by requiring students to receive a Health Examination for School Entry by first grade. Capistrano Unified School District recommends this examination prior to entering kindergarten and first grade. A health screening completed on or after February 20, 2024, will qualify children for school entrance on August 20, 2024.

Attached is a copy of the "Health Examination for School Entry" form. Please take the form with you to your health care provider and return it to school when completed. If you have concerns about your child's health examination, please contact the health assistant or licensed vocational nurse at your school.

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

SERVING THE COMMUNITIES OF:

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



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675

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

Enero del 2024

Estimados padres y tutores de los estudiantes que estan ingresando al programa de transición al kinder (TK), kinder, y primer grado:

El comienzo de la escuela es un paso muy importante en la vida de su hijo. Nosotros compartimos con ustedes la emoción, el entusiasmo y aun hasta la ansiedad que acompaña el comenzar un año escolar. La buena salud es un componente vital en la conquista del éxito académico.

VACUNAS

La Ley de Vacunación del Estado de California requiere que todos los estudiantes esten al corriente con sus vacunas para poder asistir a la escuela. De acuerdo con legislatura (SB 277) del 2016, cada estudiante debe presentar un comprobante de inmunización o exención medica al inscribirse y antes de asistir a clases.

A partir del 1 de Enero del 2021, solo las Excepciones Medicas emitidas por el Registro de Inmunización de California (CAIR ME) cumplen los requisitos. No podemos aceptar notas del medico NO emitidas a traves de CAIR ME, analisis de sangre o titulos de anticuerpos, u otra documentación para eximir medicamento las vacunas requeridas. El sitio web CAIR ME es un sitio seguro para que los medicos emitan y gestionen exenciones medicas estandarizadas para niños en la escuela o en guarderías. Los padres utilizan el mismo sitio para solicitar exenciones medicas de vacunación para sus hijos. Las escuelas y guarderías pueden supervisar y obtener actualizaciones de las exenciones medicas emitidas para los niños que asisten a sus instalaciones. Para mas detalles o para solicitar una exención al medico de su hijo, visite <https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>.

BOARD OF TRUSTEES
 KRISTA CASTELLANOS
 PRESIDENT
 MICHAEL PARHAM
 VICE PRESIDENT
 AMY HANACEK
 CLERK
 JUDY BULLOCKUS
 LISA DAVIS
 GILA JONES
 GARY PRITCHARD
SUPERINTENDENT
 CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

Vacuna	4 - 6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kinder de transición/ kinder o mas arriba)
Polio (OPV o IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir las 4 años de edad o despues).
Difteria, tetanos y tos ferina	5 dosis de DTaP, DTP o OT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o despues).
Sarampión, paperas y rubeola (MMR O MMR-V)	2 dosis (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o despues. Solo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubeolas se aplican por separado).
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis
Varicela (chickenpox, VAR, MMR-V o VZV)	2 dosis (nuevo requisito desde el 1 de Julio, 2019)

EL "EXAMEN DE SALUD" RECOMENDADO PARA INGRESAR A LA ESCUELA

El estado de California apoya y toma la iniciativa para un comienzo escolar saludable al requerir un "Examen de Salud Para Ingreso Escolar" antes del primer grado. El Distrito Escolar Unificado de Capistrano recomienda que los estudiantes tengan un examen fisico antes de comenzar el kinder y primer grado. Un examen de salud que se lleve a cabo durante o despues del 20 de febrero del 2024, le permitira a su hijo/a ingresar a la escuela el 20 de Agosto, 2024.

Adjunto encontrara una copia de la forma que se requiere para el "Examen de Salud Para Ingreso Escolar." Por favor lleve a su proveedor de salud y devuelvala a la escuela una vez que este completa. Si usted tiene alguna pregunta referente al examen de salud de su hijo, por favor comuniquese con la asistente de salud o la enfermera de la escuela.

Si usted tiene preguntas sobre estos requisitos, por favor comuniquese con el director/a, la enfermera de la escuela, o la asistente de salud de su escuela. Tambien puede visitar <http://www.shotsforschool.org> para información detallada sobre vacunas. Les deseamos bienestar y esperamos poder llevar una larga y satisfactoria relación con su familia.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

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

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	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	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
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/DTaP/DT/Td (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 (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

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

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

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

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

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

Signature of parent or guardian _____ Date _____

Name, address, and telephone number of health examiner _____

Signature of health examiner _____ Date _____

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

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

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

PORTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA			
	Primero	Segundo	Tercero	Quinto
POLIO (OPV o IPV)				
DTaP/DTTP/DT/TTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)				
MMR (sarampión, paperas, rubéola)				
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)				
HEPATITIS B				
VARICELLA (Viruelas locas)				
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)				
OTRA				

PORTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

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

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Firma del examinador de salud	
Fecha	

***de ser indicado**

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

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675
TELEPHONE: (949) 234-9200/FAX: 496-7681 www.capousd.org

January 2024

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, Education Code Section 49452.8, requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, *whichever is his or her first year in public school*. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Please take the Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education website <https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or website can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322- 6384 or <https://dental.dhcs.ca.gov>. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at 1-800-281-9799 or <https://ssa.ocgov.com>.
2. Healthy Families' toll-free number or website can help you find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <https://benefitscal.com>.
3. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department at the Department of Health Care Services website <https://www.dhcs.ca.gov>.

Many things influence a child's development and success in school, including health. If you have questions about the oral health assessment requirement, please contact your school nurse.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

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

BOARD OF TRUSTEES

KRISTA CASTELLANOS
PRESIDENT

MICHAEL PARHAM
VICE PRESIDENT

AMY HANACEK
CLERK

JUDY BULLOCKUS

LISA DAVIS

GILA JONES

GARY PRITCHARD

SUPERINTENDENT

CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675
TELEPHONE: (949) 234-9200/FAX: 496-7681 www.capousd.org

Estimado padre o representante legal:

Para asegurarse de que su hijo está listo para la escuela, la ley de California, Código de Educación Sección 49452.8, requiere que su hijo tenga una evaluación de salud dental (chequeo dental) antes del 31 de mayo en el kindergarten o primer grado, **cualquiera que sea su primer año en una escuela pública**. Las evaluaciones realizadas en los 12 meses antes de que su hijo entre en la escuela también cumplen este requisito. La ley especifica que la evaluación debe realizarla un dentista con licencia u otro profesional de la salud dental con licencia o registrado.

Lleve al consultorio dental el formulario adjunto de evaluación de la salud dental o solicitud de exención, ya que será necesario para la revisión de su hijo. Si no puede llevar a su hijo para esta evaluación requerida, indique el motivo en la sección 3 del formulario. Puede obtener más copias del formulario necesario en la escuela de su hijo o por Internet en el sitio web de California Department of Education (<https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>). La ley de California exige que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no se asociará a ningún informe elaborado como resultado de este requisito.

Los siguientes recursos le ayudarán a encontrar un dentista y a completar este requisito para su hijo:

1. El número gratuito de Medi-Cal/Denti-Cal o el sitio web pueden ayudarle a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322- 6384 o <https://dental.dhcs.ca.gov/>. Si necesita ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, póngase en contacto con su agencia local de servicios sociales llamando al 1-800-281-9799 o <https://ssa.ocgov.com/>.
2. El número gratuito o el sitio web de *Healthy Families* pueden ayudarle a encontrar un dentista que acepte el seguro de *Healthy Families* o a averiguar si su hijo puede inscribirse en el programa: 1-800-880-5305 o <https://benefitscal.com/>.
3. Para obtener recursos adicionales que pueden ser útiles, póngase en contacto con su departamento local de salud pública en el sitio web Department of Health Care Services (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>).

Muchas cosas influyen en el desarrollo y el éxito escolar de un niño, incluyendo la salud. Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de la salud dental, póngase en contacto con la enfermera escolar.

BOARD OF TRUSTEES

KRISTA CASTELLANOS
PRESIDENT

MICHAEL PARHAM
VICE PRESIDENT

AMY HANACEK
CLERK

JUDY BULLOCKUS

LISA DAVIS

GILA JONES

GARY PRITCHARD

SUPERINTENDENT

CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

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

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

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

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
 My child's dental insurance plan is:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None
 - I cannot afford a dental check-up for my child.
 - I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian
Date

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 31 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.
- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno

El plan de seguro dental de mi hijo es:

- 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.

ED 506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Name of School _____ School District _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (select only one): child child's parent child's grandparent

If the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____

For Parent/Guardians:

Definitions:

Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

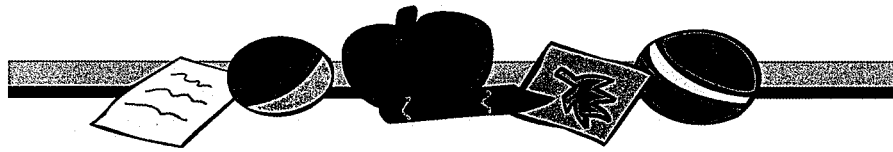
Student Information: Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership: Write the name of the individual with the tribal membership, if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335



KINDERGARTEN SUPPLY LIST

Each year we are asked, "What should my child bring to school?" We have made a list of those supplies that would be most useful throughout the school year. In Kindergarten, our supplies are shared by all the students, so please do not write names on the items. The first two items on the list are personal items that your child will need to bring to school each day. We appreciate your help. Please contact us if you have any questions.

-The Bathgate Kindergarten Team

1. **LARGE BACKPACK**- Big enough to hold a three ring binder and their lunch box. Please have your child's name marked clearly on the outside of the backpack.

2. **LUNCH BOX** - Please mark lunch box and water bottle with your child's name, since other children may have identical ones.

3. **FOUR BOXES OF 24 CRAYOLA CRAYONS** - Please do not send in specialized color boxes such as glitter crayons, magic scent, etc. ****NOT WASHABLE****

4. **ONE PACKAGE OF 10 CRAYOLA ORIGINAL MARKERS** - We need standard size (not thin), and not bold, scented, or other specialized markers.

5. **EIGHT LARGE ELMER'S GLUE STICKS (.77 ounces)**

6. **ONE BLACK PERMANENT SHARPIE MARKER**

7. **ONE YELLOW HIGHLIGHTERS**

8. **ONE BLACK EXPO DRY ERASE MARKER**

9. **FISKARS SCISSORS POINTED 5 INCH SIZE** (solid color handle, red, blue, green, purple, etc.)

10. **ONE REAM WHITE COPY PAPER**

Suggested wish list items: Ticonderoga "Laddie" size pencils, Ticonderoga #2 size pencils, Kleenex and anti-bacterial wipes