

CENTRO de PREPARACION



ESCOLAR de LENNOX



<p>La Casita 4944 Lennox Blvd. Lennox, Ca. 90304 310) 680-8990 Blanca Marroquin mártes/jueves 7:30 AM - 4:00 PM 12:00 – 1:00 LUNCH</p>	<p>La Escuelita 4125 E. 105th St Lennox, CA. 90304 (310) 680-6290 Esther Bryant lunes/miércoles 7:30 AM - 4:00 PM 12:00 – 1:00 LUNCH</p>	<p>Jefferson Readiness 10203 Firmona Ave. Lennox, CA. 90304 (310) 680-3500 Blanca Marroquin lunes/miércoles 7:30 AM - 4:00 PM 12:00 – 1:00 LUNCH</p>	<p>Moffett Readiness 11050 Larch Ave. Lennox, CA.90304 (310) 680-6292 Esther Bryant mártes/jueves 7:30 AM - 4:00 PM 12:00 – 1:00 LUNCH</p>
--	---	--	--

Por favor de entregar su aplicación con los siguientes documentos

<input type="checkbox"/>	<p>1. ACTA DE NACIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Documento de Cuidado de Crianza (Foster) • Documentos de adopción • Otra documentación indicando la relación del niño a los padres • Orden de custodia por la corte
<input type="checkbox"/>	<p>2. REGISTRO DE INMUNICACIÓN DEL ESTUDIANTE:</p> <p>Prueba de Tuberculosis: Solo para los niños de 3 años de edad o más. Si el medico determina que el niño no está en riesgo, una prueba de TB no es necesaria, pero debe estar escrito en el informe medico.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>3. VERIFICACIÓN DE DOMICILIO (2 PRUEBAS DENTRO DE 30 DIAS):</p> <p>Los siguientes documentos son aceptables: licencia de manejar, recibos de gas, luz, teléfono, cuenta de cheque, carta personal etc.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>4. INFORME MÉDICO/FIRMA DEL DOCTOR, SELLADO Y CON FECHA</p> <p>El físico debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámen de vision y audición • Documentación de preocupaciones que usted tenga. (Asma, alergias, convulsiones etc.) • Atrasos en el desarrollo del niño o preocupaciones del habla • Si su hijo tiene un ISFP o IEP proporcione una copia
<input type="checkbox"/>	<p>PRUEBA DE TUBERCULOSIS PARA PADRES/GUARDIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna menos de 1 año, Rayos-X o Exámen de sangre menos de 4 años
<input type="checkbox"/>	<p>PROPORCIONE CUALQUIER TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA PADRE/GUARDIAN</p>

Más información sobre la prueba de tuberculosis:

Prueba de tuberculosis para el adulto que acompañará al niño al centro.
T.H.E. Clinic, Inc. localizada en 10223 Firmona Avenue en la ciudad de Lennox.
 El costo para adultos y niños es \$25. Llame para hacer su cita al (310) 695-4017.

Curtis Tucker Clinic localizada en 123 Manchester Blvd. en la ciudad de Inglewood.
 No es necesario de hacer cita y la prueba de Tuberculosis es GRATIS
 Horario: lunes/miércoles/viernes de 8:00am – 4:00pm.
 martes de 10:00am-5:30pm y jueves de 12:30am-4:00pm (310) 419-5325.

¡La falta de cumplimiento de estos requisitos podrán retrasar la inscripción de su hijo!

Solo aceptaremos aplicaciones completas. ¡Gracias!



**Distrito Escolar de Lennox
Centro de Preparación de Temprana Edad**



La Casita La Escuelita Jefferson Moffett
(Por favor, marque la escuela que está solicitando)

APLICACIÓN DE MATRÍCULA

Nombre de adulto que llena esta forma: _____

Parentesco con el niño: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Número de celular: _____

Información del estudiante

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de nacimiento

Información de padres

Nombre de madre/tutor	Numero de celular
Nombre de padre/tutor	Numero de celular

INFO DE PADRES	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nivel de educación <small>(primaria, secundaria, prep, colegio y universidad)</small>	Etnicidad	# de años en este país
MADRE					
PADRE					

¿Está empleado actualmente? no sí Empleador: _____

¿Está empleado su cónyugue? no sí Empleador: _____

¿Tiene aseguranza **médica** para su hijo(a)? no sí , ¿qué plan? _____

¿Tiene aseguranza **dental** para su hijo(a)? no sí , ¿qué plan? _____

¿Qué servicios de su comunidad usa actualmente?

- Parque de Lennox Biblioteca de Lennox Centro Sta. Margarita
 Escuelas de Lennox WIC Healthy Start

¿Su hijo(a) es alérgico a algún tipo de comida? no sí, explique: _____

¿Su hijo(a) esta físicamente limitado(a)? no sí, explique: _____



NECESIDADES DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Número de personas en la casa: _____ Lenguaje hablado en su casa, con excepción del inglés: _____

1. ¿Usted necesita información o referencias en cualquiera de las áreas siguientes? (marque todo lo que se le aplique)

<input type="checkbox"/> Dispensa de Comida	<input type="checkbox"/> Consejería de la Familia
<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Empleo
<input type="checkbox"/> Compra de casa	<input type="checkbox"/> Ayuda Legal
<input type="checkbox"/> Transportación	<input type="checkbox"/> Tutoría
<input type="checkbox"/> Salud/Inmunización	<input type="checkbox"/> Actividades Recreativas
<input type="checkbox"/> Referencias Dentales	<input type="checkbox"/> Educación e Información de creencia para los padres
<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Trabajo	<input type="checkbox"/> Información sobre el GED (Educación general preparatoria)
<input type="checkbox"/> Programas Después de Escuela	<input type="checkbox"/> Información sobre la Ciudadanía/Clases de Inglés
<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Entrenamiento sobre el Anti-Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Consejería
<input type="checkbox"/> Intervención de Crisis	<input type="checkbox"/> Alojamiento de Emergencia
<input type="checkbox"/> Prevención de Pandillas/Crimen	<input type="checkbox"/> MediCal/Seguro
<input type="checkbox"/> Naturalización	<input type="checkbox"/> Otro: _____

2. ¿Tiene alguna preocupación por su niño en cualquiera de las áreas siguientes? (marque todo lo que se le aplique)

<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Desarrollo del Aprendizaje/Cognoscitivo
<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Desarrollo Social
<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Desarrollo Físico
<input type="checkbox"/> Desarrollo Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____ Especifique
<input type="checkbox"/>	¿Ha estado en otro programa (West Side Regional Center, Carousel)? ¿Si tal, cuál programa?

Firma del padre/guardian

Fecha



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Si durante el ciclo escolar le oportunidad de fotografiar en su estudiante y/o publicar el trabajo de su estudiante dentro del distrito, escuela y/o noticias locales, y/o demostrar en páginas del internet del distrito/escuela y cuentas de medios sociales (página del distrito de Instagram, Facebook o Twitter). El publicar o demostrar las fotografías de estudiante y trabajo escolar avanza la misión educativa de la escuela y si usted lo permite, el padre o tutor, en conjunto con otros amigos o miembros de la familia del niño, de ver los logros de su niño.

Nombre de su hijo/a: _____
(nombre y apellido del niño/a)



Por favor marque uno:

Sí, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado / filmado y usar su nombre en las publicaciones.

No, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado / filmado o usar su nombre en las publicaciones.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Por favor tome en cuenta que si su estudiante participa en eventos públicos (tal como un evento deportivo o una obra de arte disponible a la comunidad), la escuela/distrito puede tener poco o ningún control sobre las fotografías tomadas por los medios de comunicación, otros padres o miembros de la comunidad que asisten al evento.



FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD

(Favor de ser completado por los padres)

Nombre del niño (a): _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ SEXO: Masculino Femenino Escuela: _____

Orden de nacimiento (1,2,3,etc.) _____ Nombre del padre(s): _____

Numero de telefono: _____ Domicilio: _____

1. Historia maternal y del infante:

a. Historia maternal

Complicaciones durante el embarazo: No__ Si__ Especifique: _____

b. Historia del infante

Condición del recién nacido: _____ Peso al nacer: ___ lb. ___ oz.

Complicaciones en el primer mes: No ___ Si ___ Especifique: _____

Duración: Embarazo ___ meses Parto: ___ horas Forma de parto: _____

Medicinas/ drogas durante el embarazo? No ___ Si ___ Especifique: _____

2. Historia clínica y de enfermedades (Circule Si o No)

Alergias	Si	No	Sarampion	Si	No	Enfermedad del Corazon	Si	No
Anemia	Si	No	Varicela	Si	No	Enfermedad del Rinon	Si	No
Asma	Si	No	Paperas	Si	No	Meningitis	Si	No
Diabetes	Si	No	Rubeola (3 dias)	Si	No	Celula Falciforme	Si	No
Alergia a medicinas	Si	No	Fiebre Escarlantina	Si	No	Convulsiones/Epilepsia	Si	No
Problemas del oido	Si	No	Tosferina	Si	No	Fiebre Reumatica	Si	No
Problemas de los Ojos	Si	No	Tuberculosis	Si	No	Hepatitis B	Si	No
Resfriados frecuentes	Si	No	Polio	Si	No	HIV/AIDS	Si	No
Dolor de garganta	Si	No	Difteria	Si	No	Alcoholismo	Si	No
Silbido de pecho	Si	No	Pulmonia	Si	No	Fumar	Si	No
Alta Presion Arterial	Si	No	Hospitalizaciones/ Operaciones	Si	No	Abuso de drogas	Si	No

3. Historia familiar (circule Si o No)

Fiebre Reumatica	Si	No	Sifilis	Si	No	Retardo Mental	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Hemorragioas	Si	No	Enfermedad Mental	Si	No
Diabetes	Si	No	Ictericia	Si	No	Obesidad	Si	No
Epilepsia	Si	No	Enfermedad del rinon	Si	No	Defectos de nacimiento	Si	No
Cancer	Si	No	Asma	Si	No	Hepatitis B	Si	No
Alta Presion Arterial	Si	No	Anemia	Si	No	HIV/AIDS	Si	No
Enfermedad del Corazon	Si	No	Alergias	Si	No	Alcolismo	Si	No
Fumar	Si	No	Abuso de drogas	Si	No	Si su respuesta es "SI" especifique la condicion del miembro de la familia: _____		

4. Salud General de la familia (Favor de marcar una X)

	Excelente	Buena	Mala	Porfavor explique:
Mamá	_____	_____	_____	_____
Papá	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____

Firma del padre: _____ Fecha: _____



CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA NOCTURNA DEL ESTUDIANTE

Nombre del alumno _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Edad del estudiante _____ Nivel de Grado _____ Nombre del Maestro/a _____

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 estudiante sea evaluada.

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 (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha)



CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA NOCTURNA DEL ESTUDIANTE

Este documento es intencionado para cumplir los requisitos obligatorios dentro de la Ley de Asistencia McKinney-Vento Assistance Act, U.S.C.A 42 Sección 11302(a). Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuales son los documentos necesarios para inscribir a su niño rápidamente.

Fecha: _____ Escuela: _____ Número de ID# _____

Nombre del Estudiante (Nombre, Apellido): _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: PREK Educación Especial NO Sí, designado _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Domicilio de Correo (si es diferente): _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Número de contacto: _____

El estudiante vive con: 1 padre 1 padre y otro adulto un adulto que no es el padre/tutor
 2 padres un pariente solo sin adultos

La situación de vivienda del estudiante (Marque todas las que apliquen):

(100) En un albergue _____ (nombre del albergue)

(110) En un motel o hotel _____ (nombre del motel/hotel)

(210) En un programa de hogar transicional _____ (nombre del programa)

(130) En un carro, un trailer o sitio de campamento, **temporalmente, debido a una vivienda inadecuada**

(130) En una caravana/casa móvli en una propiedad privada

(120) En un edificio para el hospedaje en un solo cuarto (SRO) – un edificio de multiples inquilinos consistiendo de cuartos individuales con baños y/o cocinas compartidas

(130) En una chocera rentada **debido a la perdida del hogar**

(120) En la casa o apartamento de otra familia, **temporalmente, debida a la pedida del hogar**, iniciando de problemas financieras, (ej., perdida de trabajo, desalojo, o desastre natural.)

(120) Con un adulto que no es el padre/tutor, **temporalmente, debida a la pedida del hogar**

(130) Otros lugares no diseñado para, o regularmente utilizados como alojamiento regulares para dormir para personas humanas (por favor explique) _____

Viviendo solo, sin adulto (un menor de edad sin supervisión)

Ninguna de las casillas arriba aplican – NINGUNA OTRA INFORMACIÓN ES REQUERIDA EN ESTE MOMENTO. Si su situación de vivienda cambia, por favor notifique a la escuela de su hijo.

Por favor apunte a todos los hermanos/as entre las edades de recién nacidos hasta los 22 años de edad.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GRADO	ESCUELA

Al firmar este formulario, yo declare bajo pena de perjurio de las leyes del estado de California que los presente es verdad y correcto. En adición, yo entiendo que el Distrito reserve el derecho de verificar la información de residencia apuntada arriba.

Firma del padre/tutor/cuidador: _____ Fecha: _____

PHYSICIAN'S REPORT – SCHOOL CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____ born _____ is being studied for readiness to enter
NAME OF CHILD BIRTHDATE
 the **LENNOX SCHOOL READINESS PROGRAM**. This Child Care Center/School provides a program, which extends from 8:30 am to
NAME OF SCHOOL
 10:00 am, 10:30 am to 12:00 pm or 1:00 pm to 2:30 pm, **two** days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above named Child Care Center.



 Signature of Parent, Guardian, or Child's Authorized Representative

 Date

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____
 Vision: _____ Insect stings: _____
 Developmental: _____ Food: _____
 Language/Speech: _____ Asthma: _____
 Other (Include behavioral concerns): _____ Dental: _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: IMMUNIZATION HISTORY:

(Fill out or enclose California Immunization Record, PM – 298.) (If the vaccines are not written on this form please provide a print out)

Vaccine	Date Each Dose Was Given				
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th
POLIO (OPV OR IPV)					
DTP/DtaP/DT/Td					
MMR (Measles, Mumps, and Rubella)					
HIB Meningitis (Required for Child Care Only)					
Hepatitis B					
Varicella Chickenpox)					
Hepatitis A					
Pneumococcal					

Tuberculosis Test done on: _____ No Risk Factor Date Given: _____ Date Read: _____ Results _____

Have Have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician:	Date of Physical Exam:		
Stamp:	Date this Form Completed:		
	Signature:		
Form completed by:	<input type="checkbox"/> Physician	<input type="checkbox"/> Physician's Assistant	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner