



New Horizons Charter Academy

2023-2024 School Year

Tk-8th Grade

First day of school: August 14, 2023

Welcome to the enrollment process at New Horizons Charter Academy (NHCA). Thank you for your interest! Please return all the following items in order to have a completed enrollment package. Any items missing will cause the submission to be incomplete and may affect the eligibility of your student. It is not the responsibility of NHCA to know what is missing or to help complete any required forms. A completed enrollment package does **NOT** guarantee a place for your child. Please contact the school's office for placement information.

Necessary Documentation:

1. Completed New Horizons Charter Academy Enrollment Form
2. Copy of parent/guardian photo identification card
3. Immunization records
4. Proof of Birth (Birth Certificate, Baptismal Certificate, US Passport etc.)
5. Completion of Emergency Medical Information form
6. Completed physician physical form (TK/Kindergarten Only)
7. Oral Assessment form (TK/Kindergarten Only)
8. If the student will be a 1st through 8th grader, please provide a transcript from his/her previous school or current report card
9. All pages of the child's IEP/504 plan (if applicable)

Thank you for your cooperation.

The school office is open 8:00 am until 3:30 pm Monday-Friday.

Please call 818-655-9602 with any questions.



New Horizons Charter Academy

2023-2024 Año Escolar

TK – 8vo Grado

Primer día de clases: 14 de Agosto, 2023

Bienvenidos al proceso de inscripción en el New Horizons Charter Academy (NHCA). Gracias por su interés! Por favor devuelva todos los documentos en orden con el fin de tener un paquete de inscripción completo. Cualquier documento que falte hace que la inscripción sea incompleta y pueden afectar la elegibilidad de su estudiante. No es responsabilidad de NHCA saber lo que falta o para ayudar a completar los formularios requeridos. Un paquete de inscripción completo **NO** garantiza un lugar para su hijo. Por favor, póngase en contacto con la oficina de la escuela para obtener información de la colocación.

Documentación necesaria:

1. Completar la aplicación de New Horizons Charter Academy
2. Copia de la tarjeta de identificación con foto del padre / tutor
3. Registro de vacunas
4. Prueba de nacimiento (acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte de los EEUU, etc.)
5. Completar el Formulario de Información de Emergencias Médicas
6. Forma física completada por el médico (TK / Kinder solamente)
7. Formulario de evaluación oral (TK / Kinder solamente)
8. Si el estudiante estarán en 1^o a 8^o grado, por favor proporcione una transcripción de su escuela anterior.
9. Todas las páginas del IEP/ plan de 504 del niño (si aplicable)

Gracias por su cooperación.

La oficina de la escuela está abierta 8:00 am hasta las 3:30 pm de lunes a viernes. Por favor llame 818-655-9602 con cualquier pregunta.

New Horizons Charter Academy

STUDENT ENROLLMENT FORM

Student Name: _____ Date of Birth (Month/Day/Year): ____/____/____

Office Use Only	
1. School Name:	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code:	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

Instructions: Please print using black or blue ink. If you have any questions, please ask for assistance. Parents/Guardians/Caregivers: If you are unable to complete all of the information on the Student Enrollment Form, your child will still be enrolled in school. The District does not collect Social Security numbers or immigration status information in order to enroll students in school.

A. STUDENT INFORMATION

Legal Name:						
Last	First	Middle				
Preferred Name:						
Last	First	Middle				
Home Address						
Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code	Home Phone Number	
Legal Sex: (Select One)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> Intersex	Gender: (Select One)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary	Date of Birth ____/____/____ <i>Month/Day/Year</i>		

B. PARENT/LEGAL GUARDIAN/CAREGIVER

Legal Name:			
Last	First	Middle	
Preferred Name (If Applicable):			
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number	Email Address

Home Correspondence Language: *This information indicates the preferred language for LAUSD to provide written correspondence to the parent/ legal guardian of the student. (Check One)*

English Spanish Armenian Mandarin Cantonese Farsi Korean Russian Vietnamese Tagalog
 Other:

Highest Level of Education Completed (Check One)

High School Graduate or Equivalent Some College (includes AA Degree) College Graduate
 Graduate School/ Doctorate Decline to State or Unknown

Does the student live with this parent/legal guardian/caregiver? Yes No Relationship to Student: _____

If No, please provide address:

Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code
--------	--------	----------	------	----------

PARENT/LEGAL GUARDIAN/CAREGIVER

Legal Name:		
Last	First	Middle
Preferred Name (If Applicable):		

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Sólo para uso de oficina (Office Use Only)	
1. School Name:	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code:	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

Instrucciones: Favor de escribir en la trademolde, continta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Nombre Preferido:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Domicilio:						
Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono del hogar	
Sexo Legal: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual	Género: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Nobinario	Fecha de nacimiento ____/____/____ <i>Més/Día/Año</i>		

B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre Preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés
 Español
 Armenio
 Mandarín
 Cantonés
 Farsi
 Coreano
 Ruso
 Vietnamita
 Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

Graduado de la escuela preparatoria o equivalente
 Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario
 Estudios de posgrado/Doctorado
 Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal
--------	-------	------------	--------	---------------

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

Home Phone Number	Cell Phone Number	WorkPhoneNumber	Email Address					
Home Correspondence Language: <i>This information indicates the preferred language for LAUSD to provide written correspondence to the parent/ legal guardian of the student. (Check One)</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Armenian <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Other:								
Highest Level of Education Completed (Check One) <input type="checkbox"/> High School Graduate or Equivalent <input type="checkbox"/> Some College (includes AA Degree) <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School/ Doctorate <input type="checkbox"/> Decline to State or Unknown								
Does the student live with this parent/legal guardian/caregiver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relationship to Student: _____ If No, please provide address: <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">Number</td> <td style="width:30%; border-bottom: 1px solid black;">Street</td> <td style="width:15%; border-bottom: 1px solid black;">Apt/Unit</td> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">City</td> <td style="width:15%; border-bottom: 1px solid black;">Zip Code</td> </tr> </table>				Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code
Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code				
PARENT/LEGAL GUARDIAN/CAREGIVER								
Legal Name:								
Last	First	Middle						
Preferred Name (If Applicable):								
Home Phone Number	CellPhone Number	WorkPhoneNumber	Email Address					
Home Correspondence Language: <i>This information indicates the preferred language for LAUSD to provide written correspondence to the parent/ legal guardian of the student. (Check One)</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Armenian <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Other:								
Highest Level of Education Completed (Check One) <input type="checkbox"/> High School Graduate or Equivalent <input type="checkbox"/> Some College (includes AA Degree) <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School/ Doctorate <input type="checkbox"/> Decline to State or Unknown								
Does the student live with this parent/legal guardian/caregiver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relationship to Student: _____ If No, please provide address: <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">Number</td> <td style="width:30%; border-bottom: 1px solid black;">Street</td> <td style="width:15%; border-bottom: 1px solid black;">Apt/Unit</td> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">City</td> <td style="width:15%; border-bottom: 1px solid black;">Zip Code</td> </tr> </table>				Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code
Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code				
PARENT/LEGAL GUARDIAN/CAREGIVER								
Legal Name:								
Last	First	Middle						
Preferred Name (If Applicable):								
Home Phone Number	CellPhone Number	WorkPhoneNumber	Email Address					
Home Correspondence Language: <i>This information indicates the preferred language for LAUSD to provide written correspondence to the parent/ legal guardian of the student. (Check One)</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Armenian <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Other:								
Highest Level of Education Completed (Check One) <input type="checkbox"/> High School Graduate or Equivalent <input type="checkbox"/> Some College (includes AA Degree) <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School/ Doctorate <input type="checkbox"/> Decline to State or Unknown								

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre / tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años) Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre / tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años) Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre / tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años) Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

Does the student live with this parent/legal guardian/caregiver? Yes No Relationship to Student: _____

If No, please provide address:

Number	Street	Apt/Unit	City	Zip Code
--------	--------	----------	------	----------

C. HOME LANGUAGE AND ETHNICITY INFORMATION

Home Language of the Student

Which language did your child learn when he/she/they first began to talk?

Which language does your child most frequently use at home?

Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking to your child?

Which language is most often spoken by adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adults)

Has this student received any formal English language instruction? Yes No

Student's Primary Ethnicity

Is the student's ethnicity Hispanic or Latino? Yes No

Student's Primary Race (Check One)

<input type="checkbox"/> African American or Black	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> White
Asian:	<input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian:	
Pacific Islander:	<input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander:	
<input type="checkbox"/> Decline to State		

Student's Additional Race (Optional)

<input type="checkbox"/> African American or Black	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> White
Asian:	<input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian:	
Pacific Islander:	<input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander:	
<input type="checkbox"/> Decline to State		

D. STUDENT EDUCATION INFORMATION

Special Services	Check One for Each Question
Was this student receiving special education services at their previous school?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did this student have a current Individualized Education Program (IEP) at the previous school? If yes, do you have a copy of the IEP?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did the student have a Section 504 Plan at their previous school? If yes, do you have a copy of the Section 504 Plan?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the student have difficulties that interfere with his/her ability to go to school or to learn?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the student identified to receive gifted and talented educational services (GATE)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Previous Schools

Has the student previously attended this school? Yes No If yes, when: _____

Has the student previously attended any other school or center in the LAUSD (e.g., early education center, state preschool, Head Start, or other preschool)? Yes No

If yes, list most recent LAUSD school/center attended:

Name of School	City/State	Dates Attended (Month/Year)	Grade Level(s)
List last non-LAUSD school student attended (including early education center, state preschool, Head Start, or other preschool):			

C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA

Idioma natal del alumno	
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?	
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?	
¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?	
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)	
¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Origen étnico principal del estudiante

¿Es la étnica del estudiante hispana o latina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Raza principal del estudiante (marcar uno)

<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:	<input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático:
Isleño del Pacífico:	<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar		

Raza adicional del estudiante (opcional)

<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:	<input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático:
Isleño del Pacífico:	<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar		

D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE

Servicios especiales	Marque una por cada pregunta
¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Escuelas anteriores

¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, cuándo:
¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente:

Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Fechas de Asistencia (mes/año)	Nivel(es) de grado(s)
Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar):			
Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Fechas de Asistencia (mes/año)	Nivel(es) de grado(s)

¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión? Sí No
 En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar:

Is this student currently under an expulsion order? Yes No

If yes, please provide the name of the school district:

Additional Student Information

Are there any court orders regarding legal custody, physical custody, educational rights, or restricted contact with this child? Yes No
If yes, a copy of the court order should be provided to the school.

Does the student have any relatives who are all or part American Indian or Alaskan Native? *(Please complete the American Indian-Alaskan Native Letter Questionnaire)* Yes No
If yes, you will be contacted at home regarding the American Indian-Alaskan Native Program and whether your child may qualify for its free academic assistance and health benefits.

Has the student's parent or legal guardian worked in one or more of the following industries in the last three years (agriculture, dairy, fishery, food process/packing, or livestock)? *(Please complete the Migrant Education Program, Family Work Questionnaire)* Yes No
If yes, you will be contacted at home regarding the Migrant Education Program and whether your child may qualify for its free academic assistance and health benefits.

**E. SCHOOL AGED CHILDREN LIVING IN HOUSEHOLD WITH SAME PARENT(S)/LEGAL GUARDIAN(S)/CAREGIVER(S)
(include brothers, sisters, cousins)**

1. _____ Last Name, First Name	Birth Date _____/_____/_____ (Month/Day/Year)	Current School _____
2. _____ Last Name, First Name	Birth Date _____/_____/_____ (Month/Day/Year)	Current School _____
3. _____ Last Name, First Name	Birth Date _____/_____/_____ (Month/Day/Year)	Current School _____
4. _____ Last Name, First Name	Birth Date _____/_____/_____ (Month/Day/Year)	Current School _____
5. _____ Last Name, First Name	Birth Date _____/_____/_____ (Month/Day/Year)	Current School _____

F. EMERGENCY CONTACT INFORMATION (OTHER THAN PARENTS/LEGAL GUARDIANS/CAREGIVERS)

1. Legal Name:

_____	_____	_____
Last	First	Middle

Home Address:

_____	_____	_____	_____	_____
Number	Street	Apartment/Unit	City	Zip Code
_____	_____	_____	_____	_____
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number	Email Address	

2. Legal Name:

_____	_____	_____
Last	First	Middle

Home Address:

_____	_____	_____	_____	_____
Number	Street	Apartment/Unit	City	Zip Code
_____	_____	_____	_____	_____
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number	Email Address	

SIGNATURE

I verify that the information contained in this document is true and correct to the best of my knowledge.

X _____
Signature

Date

Printed Name

Relationship to Student

Información adicional del estudiante

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño? Sí No
 En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? (Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos– Americanos de Alaska) Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos– Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/ embalaje de alimentos)? (Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes) Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)

1. _____ Apellido, Nombre	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
2. _____ Apellido, Nombre	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
3. _____ Apellido, Nombre	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
4. _____ Apellido, Nombre	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
5. _____ Apellido, Nombre	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual

F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)

1. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

2. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

Firma

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X _____
Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE SURVEY
ENGLISH VERSION

Name of Student: _____
Surname / Last Name

_____ First Name

_____ Middle Name

School: _____ Age: _____ Grade Level: _____ Teacher Name: _____

Directions to Parents and Guardians:

The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to determine the language(s) spoken in the home of each student. 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 this legal requirement. 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.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? _____
4. Which language is most often spoken by adults in the home? _____
(parents, guardians, grandparents, or any other adults)

Please sign and date this form in the spaces provided below, then return this form to your child's teacher. Thank you for your cooperation.

Signature of Parent or Guardian

Date

ENCUESTA DE IDIOMAS EN EL HOGAR
VERSIÓN Español

Nombre de estudiante: _____
Apellido nombre Primer nombre

Escuela: _____ Edad: _____ Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que dirigen a las escuelas a determinar los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que la escuela brinde programas y servicios de instrucción adecuados.

Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con este requisito legal. Responda a cada una de las cuatro preguntas enumeradas a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el (los) nombre (s) de los idiomas que se aplican en el espacio provisto. Por favor no deje ninguna pregunta sin respuesta.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué idioma usas con más frecuencia (los padres o tutores)? _____
cuando hablas con tu hijo?
4. ¿Qué idioma es el más hablado por los adultos en el hogar? _____
(padres, tutores, abuelos u otros adultos)

Firme y coloque la fecha en este formulario en los espacios provistos a continuación. Gracias por su cooperación.

Firma del padre o tutor

Fecha



New Horizons Charter Academy

STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

The McKinney-Vento Homeless Assistance Act, part of Every Student Succeeds Act (ESSA), entitles all homeless school-aged children access to the same free, appropriate public education that is provided to non-homeless youth. Schools are required to remove barriers to the enrollment, attendance, and success of homeless students in school. To determine eligibility please complete this form. For additional information, please contact the Homeless Education Program at (213) 202-7581.

School: _____ Local District: _____
Student First Name: _____ M.I.: _ Last Name: _____ D.O.B.: _____ Male Female
Grade: _____ STUDENT DISTRICT ID NUMBER _____
Address: _____ Apt #: _____ City: _____ Zip Code: _____
Parent/Guardian Name: _____ Contact Number: _____

Is the student a teen parent? Yes No
Is the student an unaccompanied youth? Yes No
Is the student a runaway? Yes No

Has the student transferred schools any time after completing the second year of High School? Yes No
If Yes, forward copy of SRQ to academic counselor for AB1806 eligibility.

CHECK THE ONE OPTION THAT BEST DESCRIBES YOUR NIGHT TIME RESIDENCE:

- In a shelter (name of shelter) _____
- In a motel or hotel (name of motel/hotel) _____
- In a transitional housing program (name of program)
- In a car, trailer or campsite, temporarily due to inadequate housing
- In a trailer/motor home on private property
- In a garage due to loss of housing
- Temporarily in another family's house or apartment due to loss of housing, due to financial problems (e.g. loss of job, eviction, or natural disaster)
- Temporarily with an adult that is not the parent/legal guardian due to loss of housing
- Other places not designed for, or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (explain): _____



IF YOU CHECKED ANY OF THESE BOXES, PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM.

NONE OF THE ABOVE APPLY – NO FURTHER INFORMATION REQUIRED AT THIS TIME.
*If your housing situation changes, please notify your child's school.

AFFIDAVIT

By signing this form, I declare under penalty of the laws in the State of California that the foregoing is true and correct. In addition, I understand that the District reserves the right to verify the above listed residence information.

Signature of Parent/Legal Guardian/Caregiver: _____ Date: _____

UPON RECEIPT, FAX BOTH SIDES TO HOMELESS EDUCATION PROGRAM 213-580-6551
******COMPLETE REVERSE SIDE******



New Horizons Charter Academy

Student Name _____ School _____

All school aged siblings must have a separate SRQ and be identified in MISIS to receive services. List all siblings between the ages of birth and 22 years old.

Name	Birthdate	Grade	School

Please check areas of need, if any (homeless school site liaison may be able to facilitate referral to some of these resources):

<input type="checkbox"/> Backpack/School Supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene Kits
<input type="checkbox"/> Clothing Assistance (Shoes, Clothing, Uniforms)	<input type="checkbox"/> Assistance for a Homeless Teen Parent
<input type="checkbox"/> Tutoring	<input type="checkbox"/> No Services Requested
<input type="checkbox"/> Transportation Assistance	

*****IF YOU ARE REQUESTING TRANSPORTATION ASSISTANCE, SIGN THE AFFIDAVIT BELOW.**

I need assistance from LAUSD, as I have no alternate means to deliver my child to school. I agree to have my child attend school every day and on time. I also agree to notify the District if our situation changes or we no longer require this assistance. I understand that my child must meet the eligibility criteria for transportation assistance and I must comply with sign-in and supervision requirements.

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____

ATTENTION SCHOOL SITE HOMELESS LIAISON

The School Site Homeless Liaison shall provide needed referrals for school clothing/uniforms, tutoring, counseling, medical/dental/health, and food pantries. If you need assistance with referrals, please refer to the Homeless Liaison Training Manual. The liaison is responsible for arranging the pick up of resources provided for homeless students by the Homeless Education Program. For additional assistance and resources such as temporary housing, families can be referred to 211 which is accessible 24 hours a day in all languages.

The Homeless Liaison Training Manual and other resources can be found at: <http://homelesseducation.lausd.net>

School Site Homeless Liaison:

Name _____ Title _____ Phone _____ E-mail _____

SCHOOLS PLEASE NOTE:

- ✓ The Student Residency Questionnaire (SRQ) must be kept in a **confidential** file, which is separate from the Permanent Student Record (**DO NOT PLACE THIS FORM IN CUMULATIVE FILE**).
- ✓ For any choices except none of the above applies, please fax this form (both sides) to the Homeless Education Program at (213) 580-6551.

(For Homeless Education Program Use Only)

- Student is living within his/her school's residence boundaries? NO YES - If yes, student does not qualify for transportation assistance.
 - Student is eligible for transportation? NO YES _____
- Transportation Request Processed by _____ Date _____

If transportation is denied, a denial letter will be sent to the School-Site Homeless Liaison. Parent/guardian can appeal.



CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA ESTUDIANTIL

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes Sin Hogar, como parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA), les da el derecho a todos los niños sin hogar en edad escolar a tener acceso a la misma educación pública gratuita y apropiada que se les proporciona a los alumnos que sí tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de suprimir las barreras a la matriculación, asistencia y éxito de los alumnos de la escuela sin hogar. Para determinar si es elegible por favor llene este formulario. Pará mayores informes, haga el favor de comunicarse con el Programa de Educación para los Alumnos sin Hogar al (213) 202-7581.

Escuela: _____ Distrito Local: _____
Nombre del alumno(a) _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ [] Masculino [] Femenino
Grado _____ NUMERO ESTUDIANTIL DEL DISTRICTO _____
Dirección: _____ # de Apto. _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Nombre y apellido del padre/madre o tutor: _____ Número de teléfono para contactos: _____

El estudiante es un padre adolescente? El estudiante a huido de su hogar sin permiso? El estudiante es un joven no acompañado por adultos?
[] Sí [] No [] Sí [] No [] Sí [] No

El estudiante se ha transferido de escuela después de haber completado el segundo año de la secundaria (high school)? [] Sí [] No

****If Yes, forward copy of SRQ to academic counselor for AB1806 eligibility.

RESIDENCIA DE NOCHE (MARQUE SOLAMENTE UNA RESPUESTA):

[] En un refugio (nombre del refugio) _____
[] En un motel o hotel (nombre del motel o hotel) _____
[] En un programa de vivienda de transición (nombre del programa) _____
[] En un auto, tráiler o lugar de campamento, debido a vivienda inadecuada
[] En un tráiler/caravana fija, ubicados en propiedad privada
[] En un garaje debido a la pérdida de alojamiento
[] Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la pérdida del alojamiento o problemas económicos. (Por ejemplo, pérdida del empleo, desalojamiento o desastre provocado por la naturaleza)
[] Temporalmente con un adulto que no sea el padre, la madre o el tutor legal, debido a la pérdida del alojamiento
[] Otros lugares no diseñados para el uso normal de un ser humano (Por favor explique) _____

SI USTED MARCÓ CUALQUIERA DE ESTAS CASILLAS, HAGA EL FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

[] NINGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS ARRIBA CORRESPONDE - NO SE NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL POR AHORA. * Si la situación de su vivienda cambia, haga el favor de avisarle a la escuela.

AFFIDÁVIT

Al firmar este formulario, declaro de bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que la información proporcionada arriba es cierta y correcta. Entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda que figura arriba.

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal/Persona que Proporciona Servicios: _____ Fecha: _____

UPON RECEIPT, FAX BOTH SIDES TO HOMELESS EDUCATION PROGRAM 213-580-6551
**** LLENE LA SEGUNDA PAGUINA AL REVERSO****



New Horizons Charter Academy

Nombre y apellido del alumno _____ Escuela _____

Cada niño de edad escolar debe tener un formulario individual y ser identificado en MISIS para recibir servicios. Anote a todos los hermanos entre las edades de recién nacido hasta los 22 años.

Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Haga el favor de marcar los recursos que necesita, si los hay (la persona de enlace del Programa de Educación para los Alumnos sin Hogar de la escuela le podrá referir a algunos de estos recursos):

<input type="checkbox"/> Mochilas/Materiales Escolares	<input type="checkbox"/> Botiquines de Higiene
<input type="checkbox"/> Ayuda para obtener ropa (zapatos, ropa, uniformes)	<input type="checkbox"/> Ayuda para un padre o madre adolescente sin hogar
<input type="checkbox"/> Tutoria	<input type="checkbox"/> Ningún Servicio Necesario
<input type="checkbox"/> Asistencia con Transporte	

****SI USTED SOLICITA AYUDA CON EL TRANSPORTE, FAVOR DE FIRMAR EL AFFIDÁVIT DE NECESIDAD A CONTINUACIÓN.**

Yo necesito la ayuda del LAUSD puesto que no tengo otro medio de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificarle al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos ayuda. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir ayuda con el transporte y que debo cumplir con la obligación de firmar mi asistencia y las obligaciones de supervisión.

Firma del padre, madre, o tutor: _____ Fecha: _____

ATTENTION SCHOOL SITE HOMELESS LIAISON

The School Site Homeless Liaison shall provide needed referrals for school clothing/uniforms, tutoring, counseling, medical/dental/health, and food pantries. If you need assistance with referrals, please refer to the Homeless Liaison Training Manual. The liaison is responsible for arranging the pick up of resources provided for homeless students by the Homeless Education Program. For additional assistance and resources such as temporary housing, families can be referred to 211 which is accessible 24 hours a day in all languages.

The Homeless Liaison Training Manual and other resources can be found at: <http://homelesseducation.lausd.net>

School Site Homeless Liaison:

Name _____ Title _____ Phone _____ E-mail _____

SCHOOLS PLEASE NOTE:

- ✓ The Student Residency Questionnaire (SRQ) must be kept in a confidential file, which is separate from the Permanent Student Record **(DO NOT PLACE THIS FORM IN CUMULATIVE FILE).**
- ✓ For any choices except none of the above applies, please fax this form (both sides) to the Homeless Education Program at (213) 580-6551.

(For Homeless Education Program Use Only)

1. Student is living within his/her school's residence boundaries? NO YES - If yes, student does not qualify for transportation assistance.
 2. Student is eligible for transportation? NO YES _____
- Transportation Request Processed by _____ Date _____

If transportation is denied, a denial letter will be sent to the School-Site Homeless Liaison. Parent/guardian can appeal.



New Horizons Charter Academy
Parent/Guardian Publicity Authorization and Release

Dear Parent/Guardian:

The New Horizons Charter Academy requests your permission to reproduce through printed, audio, visual, or electronic means activities in which your pupil has participated in his/her education program.

1. Name of Pupil (please print)

2. Birthdate (please print)

[Empty box for Name of Pupil]

[Empty box for Birthdate]

3. Name of Parent (please print)

[Empty box for Name of Parent]

- a. I, as a parent of guardian, of the above named pupil fully authorize and grant the New Horizons Charter Academy and its authorized representatives, the right to print, photograph, record, and edit as desired, the biographical information, name, image, likeness, and/or voice of the above named pupil on audio, video, film, slide, or any other electronic and printed formats, currently developed, (known as "Recordings"), for the purposes stated or related to the above.
b. I understand and agree that use of such Recordings will be without any compensation to the pupil or the pupil's parent or guardian.
c. I understand and agree that the New Horizons Charter Academy and/or its authorized representatives shall have the exclusive right, title, and interest, including copyright, in the Recordings.
d. I understand and agree that the New Horizons Charter Academy and/or its authorized representatives shall have the unlimited right to use the Recordings for any purposes stated or related to the above.
e. I hereby release and hold harmless the New Horizons Charter Academy and its authorized representatives from any and all actions, claims, damages, costs, or expenses, including attorney's fees, brought by the pupil and/or parent or guardian which relate to or arise out of any use of these Recordings as specified above.

My signature shows that I have read and understand the release and I agree to accept its provisions.

4. Signature of Parent/Guardian

5. Date Signed

[Empty box for Signature]

[Empty box for Date Signed]

6. Address (Number, Street, Apartment Number)

[Empty box for Address]

7. City

8. State

9. Zip Code

[Empty box for City]

[Empty box for State]

[Empty box for Zip Code]

10. Telephone

[Empty box for Telephone]

Granting of permission is voluntary. Please return completed form to school.

11. Principal

Approved as to form by the Office of the General Counsel.

[Empty box for Principal]

12. School

[Empty box for School]

This form shall not be amended without written approval of both the Office of the General Counsel and the Office of Communications/Public Information

New Horizons Charter Academy
STUDENT EMERGENCY INFORMATION FORM

Parent Information: Please fill out completely and sign where indicated. In a major emergency, it is school district policy to retain students at school for their safety. This form will be used by the school staff when students are released to go home. Please complete electronically or print clearly and return completed form to school.

STUDENT'S LAST NAME				FIRST NAME				M.I.		STUDENT'S LAST NAME	
BIRTH DATE		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		GRADE		HOME LANGUAGE					
STUDENT'S HOME ADDRESS -- NUMBER		STREET				APT #		CITY			ZIP CODE
MAILING ADDRESS -- NUMBER (IF DIFFERENT FROM ABOVE)		STREET				APT #		CITY			ZIP CODE
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET				CITY		ZIP CODE			
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME		EMERGENCY	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
CELL		ATTENDANCE	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
WORK		GENERAL INFO	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
TEXT		<input type="checkbox"/>	I authorize receiving text messages and understand that I am responsible for all text related charges.								
PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME			FIRST NAME			RELATIONSHIP TO STUDENT			LIVES WITH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FIRST NAME	
WORK ADDRESS -- NUMBER		STREET				CITY		ZIP CODE			
CONTACT NUMBERS				Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:			
HOME		EMERGENCY	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
CELL		ATTENDANCE	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
WORK		GENERAL INFO	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Work						
TEXT		<input type="checkbox"/>	I authorize receiving text messages and understand that I am responsible for all text related charges.								
To the principal: In case you are unable to reach me during any emergency, you are authorized to contact and, if necessary, release my child to any of the following:											
NAME			RELATIONSHIP		HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE		
NAME			RELATIONSHIP		HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE		
NAME			RELATIONSHIP		HOME PHONE		CELL PHONE		WORK PHONE		
List any other family members attending this school:											
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM	GRADE	RELATIONSHIP			
LAST NAME			FIRST NAME			HOME ROOM	GRADE	RELATIONSHIP			
MILITARY CONNECTED FAMILY: In efforts to provide resources and support to military connected students and their families, please respond to the following:			Immediate family member in the military (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				Currently Deployed: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
			Relationship to Student: _____				Military Branch: _____				
							Status: <input checked="" type="checkbox"/> Active Duty; <input type="checkbox"/> Guard; <input type="checkbox"/> Reserve; <input type="checkbox"/> Veteran; <input type="checkbox"/> Deceased				
AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT											
The undersigned, as parent/legal guardian of, _____ a minor, <small>(Print name of the student here)</small>											
hereby authorizes the principal or designee, into whose care the student has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician and/or dentist. It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the Los Angeles Unified School District ("District") to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to the District. I understand that the District, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.											
HEALTH ALERTS -- List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention. Include conditions such as asthma and allergies such as peanut and bee stings. If none, please indicate "none".											
DOES THE STUDENT HAVE HEALTH INSURANCE? (Check One) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO* If "Yes": <input type="checkbox"/> Private Health Insurance <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families											
MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES ID Number: _____											
1. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME			GROUP NO.		2. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME (If covered under more than one plan)			GROUP NO.			
NAME OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE					PHONE NUMBER OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE						
*If the student currently does not have health insurance, information on free or low-cost health care programs is available by calling the District's toll-free HELPLINE 1(866)742-2273.											
MY CHILD IS ALLERGIC TO THE FOLLOWING MEDICATIONS: _____											
MY CHILD CURRENTLY TAKES THE FOLLOWING MEDICATIONS: _____											
I CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND DO HEREBY GIVE MY AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT, AND THAT ALL OF THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS FORM IS TRUE AND CORRECT.											
X _____							DATE				
SIGNATURE OF: (CHECK ONE) <input type="checkbox"/> PARENT <input type="checkbox"/> LEGAL GUARDIAN CAREGIVER (AFFIDAVIT)											

* Selected telephone number must be a direct dial number (no extensions)

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA	
DOMICILIO DEL ALUMNO - Número		CALLE			APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL - Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE			APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/>	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DOMICILIO - número		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/>	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:							
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia Nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____			Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Ocaso		
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA							
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, (Escribir el nombre del alumno con letra de molde)							
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, con o padre/tutor del alumno.							
ALERTA DE SALUD - Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de mani, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".							
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No * Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families							
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:							
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			
* Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al: 1(866)742-2273.							
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: ;							
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:							
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.							
X FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL				FECHA _____ PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)			

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)



New Horizons Charter Academy
STUDENT HEALTH HISTORY 2020-21

Student's Legal Last Name Student's First Name Full Middle Name Grade Birth Date

Please check the appropriate box of any conditions that apply and give a brief explanation in the space provided at the bottom of this form. List all health conditions including those from previous years. Please notify the school administrator at your child's school of any changes in your child's health condition or change of medication.

No Known Health Problems

- Allergy - SEVERE
Requires EPIPEN/medication
Allergy - List type and symptoms below
Arthritis - List below
Asthma - Requires medication or inhaler
Attention Deficit Disorder -ADD/ADHD - List medication below
Autism
Chromosomal Disorder, list below
Blood Disorder, list below
Downs Syndrome
Cancer - List type
Cerebral Palsy
Cleft Palate/Lip
Confidential Health Problem - Call School Office
Cystic Fibrosis
Diabetes, Type I- Insulin dependent -Requires meeting with School Admin.
Diabetes, Type II - Requires meeting with School Administrator
Eating Disorders/physician diagnosed
Endocrine Disorder
Gastrointestinal Condition, list below
Growth Disorder, explain below
Head Injury/Concussion
Hearing Impairment, list hearing aids if needed

- Heart Disease /Cardiovascular Condition, explain below
Hemophilia - Call School Office
Hypoglycemia/physician diagnosed
Kidney Disorder/Disease, List below
Medication Taken at Home, List below
Medication Needed at School
Requires physician order - form on NHCA website
Migraines/physician diagnosed - List medication below
Multiple Sclerosis
Muscular Dystrophy
Muscular - Skeletal Condition
Neurological Condition
Nosebleeds - Severe
Orthopedic Impairment
Osgood - Schlatter Disease
Physician note required if activity is restricted
Physical Activity Limitations, Requires physician note
Seizure Disorder, list medications, describe symptoms
Diastat - Requires meeting with School Admin.
Requires Diastat physician order
Physician order form on NHCA website
Speech Impairment
Visual Impairment
Other health problems not listed

All medication given at school (prescribed or over the counter) and/or student is carrying an inhaler requires a physician's note (forms are available on NHCA website).

EXPLANATION

Medical Transport- I authorize emergency personnel (medical, dental, paramedic, ambulance) to transfer and treat said minor in the event that the minor's parent/guardian cannot be reached. I understand that, its officers and employees assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of the said minor.

Health Care Coverage - Your child and family may be eligible for free or low-cost health coverage. For information about health care coverage options and enrollment assistance, go to www.CoveredCA.com.

Disclosure of Food Allergy Information - I hereby authorize NHCA to disclose health information, related to my child's food allergy, to the Child Nutrition Department. This authorization shall remain in effect for one year from the date of signature. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending such written notification to NHCA

By signing below, I have authorized my permission for medical transport and disclosure of food allergy information.



Parent Signature

Date



New Horizons Charter Academy
HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2020-21

Apellido legal del estudiante	Nombre del estudiante	Segundo Nombre	Grado	Fecha de nacimiento
-------------------------------	-----------------------	----------------	-------	---------------------

Marque la casilla correspondiente de cualquier condición que corresponda y proporcione una breve explicación en el espacio provisto al final de este formulario. Listar todas las condiciones de salud, incluidas las de años anteriores. Por favor notifique al administrador de la escuela de su hijo sobre cualquier cambio en la condición de salud de su hijo o cambio de medicamento.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No hay problemas de salud conocidos <input type="checkbox"/> Alergia - GRAVE <input type="checkbox"/> Requiere EPIPEN / medicación <input type="checkbox"/> Alergia: tipo de lista y síntomas a continuación <input type="checkbox"/> Artritis - Lista debajo <input type="checkbox"/> Asma - <input type="checkbox"/> Requiere medicación o inhalador Dis Trastorno por Déficit de Atención -ADD / TDAH: enumere los medicamentos a continuación <input type="checkbox"/> autismo Dis Trastorno cromosómico, a continuación Dis Trastorno sanguíneo, listado abajo <input type="checkbox"/> Síndrome de Downs <input type="checkbox"/> Cáncer - tipo de lista <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Paladar hendido / Labio <input type="checkbox"/> Problema de salud confidencial - Llamar a la oficina de la escuela <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo I- dependiente de insulina -Requiere reunión con el administrador de la escuela. <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo II - Requiere reunión con el administrador de la escuela <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios / médico diagnosticado Dis Trastorno endocrino Condition Afección gastrointestinal, a continuación Dis Trastorno de crecimiento, explique abajo <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza / conmoción cerebral Imp Discapacidad auditiva, enumere los audífonos si es necesario | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón / condición cardiovascular, explique a continuación <input type="checkbox"/> Hemofilia - Llamar a la oficina de la escuela <input type="checkbox"/> Hipoglucemia / médico diagnosticado. <input type="checkbox"/> Trastorno / enfermedad del riñón, a continuación <input type="checkbox"/> Medicación tomada en el hogar, lista a continuación <input type="checkbox"/> Medicamentos necesarios en la escuela Requiere orden del médico - formulario en el sitio web de NHCA <input type="checkbox"/> Migrañas / médico diagnosticado - lista de medicamentos a continuación <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple Dy Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Muscular - Condición esquelética Condition Condición neurológica <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales - severas Imp Discapacidad ortopédica <input type="checkbox"/> Osgood - Enfermedad de Schletter Nota del médico requerida si la actividad está restringida Lim Limitaciones de la actividad física, requiere nota médica Dis Trastorno de convulsiones, lista de medicamentos, describe los síntomas <input type="checkbox"/> Diastat - Requiere reunión con el administrador de la escuela. Requiere la orden de un médico de Diastat. Formulario de pedido del médico en el sitio web de la NHCA Imp Discapacidad del habla Imp Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud no listados |
|--|---|

Todos los medicamentos administrados en la escuela (recetados o de venta libre) y / o el estudiante que lleva un inhalador requiere una nota del médico (los formularios están disponibles en el sitio web de la NHCA).

EXPLICACIÓN

Transporte médico: autorizo al personal de emergencia (médico, dental, paramédico, ambulancia) a transferir y tratar a dicho menor en caso de que no se pueda contactar al padre / tutor del menor. Entiendo que, sus funcionarios y empleados no asumen ninguna responsabilidad de ninguna naturaleza en relación con el transporte o tratamiento de dicho menor.

Cobertura de atención médica: su hijo y su familia pueden ser elegibles para recibir cobertura médica gratuita o de bajo costo. Para obtener información sobre las opciones de cobertura de atención médica y la asistencia de inscripción, vaya a www.CoveredCA.com.

Divulgación de información sobre alergias alimentarias: por la presente autorizo a la NHCA a divulgar información médica relacionada con la alergia alimentaria de mi hijo al Departamento de nutrición infantil. Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a NHCA.

Al firmar a continuación, he autorizado mi permiso para el transporte médico y la divulgación de información sobre alergias alimentarias.



Firma de Padres

Fecha

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 entregarlo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle

Ciudad

Zona Postal

Escuela

PARTE 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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTp/DTTd (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					

PARTE 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 la 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

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

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/DTp/DTT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
H1B 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	Date
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.

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

PM 171 A (09/07) (Bilingual)

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.

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.]

