



Fontana Unified School District / Distrito Unificado de Fontana
Early Education / Primera Enseñanza



2024-2025

State Preschool

Returning Student Forms

Formularios para estudiantes que regresan

As a returning State Preschool student, you will have an advanced opportunity to select your school site. Here are the steps...

Como estudiante de Preescolar estatal que regresa, tendrá una oportunidad avanzada para seleccionar su sitio escolar. Aquí están los pasos...

1. Call the Early Education Office at **909-357-5000 extension 29226** to make a quick State Preschool Returning Student Appointment.

Llame a la Oficina de Educación Temprana al 909-357-5000 extensión 29226 para programar una cita rápida para el estudiante que regresa al preescolar estatal

2. Update the State Preschool Returning Student forms attached.

Actualice los formularios para estudiantes que regresan al Preescolar Estatal.

3. Come to your appointment with the completed State Preschool Returning Student forms and select a school site. Please bring picture ID, updated physical and immunization records.

Venga a su cita con los formularios de estudiante que regresan al Preescolar Estatal completos y seleccione una escuela. Traiga una identificación con fotografía, registros físicos y de vacunación actualizados.

If you have any questions, please do not hesitate to contact the **Early Education Department at 909-357-5000 extension 29226**. We look forward to another wonderful year of early learning and exploration.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el **Departamento de Educación Temprana al 909-357-5000 extensión 29226**. Esperamos otro año maravilloso de exploración y aprendizaje temprano.

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT / DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Early Education / Departamento de primera enseñanza

Emergency Card / Tarjeta de Emergencia

Please fill out all forms with black ink only. All boxes must be filled out completely and legible. This information will be used and filed at the school site and Medi-Cal Department in case of any emergency or disaster that may occur. It may also be used to bill insurance for health related services provided. Every piece of information given to us will be utilized for emergency purposes and/or insurance billing and kept confidential. Thank you.

Por favor llene todos los formularios con tinta negra solamente. Esta información se usará y se mantendrá en la escuela y en el departamento de Medi-cal por si ocurriera una emergencia o un desastre. También podría ser usada para cobrar al seguro médico por servicios proveídos. Toda la información que nos proporcione se usará únicamente con propósitos de emergencia y/o asuntos del seguro médico y será confidencial. Gracias.

Student Information / Información del Estudiante

Student name / Nombre de estudiante _____ **Date of birth** / Fecha de nacimiento _____

Home address / Domicilio _____

Parent Information / Información de los padres

1. Father / Guardian name / Nombre de Padre / Tutor _____

Home address / Domicilio _____

Home Phone / Teléfono de casa _____ **Cell Phone** / Celular _____ **Work Phone** / Trabajo _____

Email Address / Correo Electrónico _____

2. Mother / Guardian name / Nombre de Madre / Tutor _____

Home address / Domicilio _____

Home Phone / Teléfono de casa _____ **Cell Phone** / Celular _____ **Work Phone** / Trabajo _____

Email Address / Correo Electrónico _____

Emergency Contact Information / Información de Contacto en caso de Emergencia

The person who is authorized to pickup the student if we cannot reach you is required to be over 18 years of age.
La persona autorizada para recoger a su estudiante en caso de que no sea usted localizado, debe de ser mayor de 18 años.

1. Emergency Contact Person / Persona para llamar en caso de emergencia _____ **Relationship** / Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa _____ **Cell Phone** / Celular _____

2. Emergency Contact Person / Persona para llamar en caso de emergencia _____ **Relationship** / Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa _____ **Cell Phone** / Celular _____

3. Emergency Contact Person / Persona para llamar en caso de emergencia _____ **Relationship** / Relación _____

Home Phone / Teléfono de casa _____ **Cell Phone** / Celular _____

Insured's Name / Nombre del Asegurado(a): _____

Name of Medical Insurance / Nombre del Seguro médico del estudiante: _____

Policy Number / Numero de Póliza: _____

**PARENT AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT IN CASE OF AN EMERGENCY /
AUTORIZACIÓN PARA SERVICIO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA**

I give my permission for school authorities to call my doctor or health advisor and/or take my child to the hospital.
IF PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED, AN EMERGENCY AGENCY WILL BE CONTACTED.

YES / SI

Doy permiso a las autoridades escolares para que llamen a mi doctor o consejero de salud y/o lleven a mi hijo/a al hospital.
SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE/TUTOR, SE LLAMARÁ A UNA AGENCIA APROPIADA DE EMERGENCIA.

NO

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Tutor _____

Date / Fecha _____

FOR STAFF USE ONLY / SOLO PARA USO DEL PERSONAL:

Start Date	School/Session	Student #
	Prior School/Session	

CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.
Licensing Office Name: Department of Social Services
Licensing Office Address: 3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501
Licensing Office Telephone #: 951-782-4200
7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of _____, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

Fontana Unified School District, State Preschool Program

Name of Child Care Center

Signature (Parent/Authorized Representative)

Date

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services
Dirección de la oficina de licenciamiento: 3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: 951-782-4200
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender" database), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Fontana Unified School District, State Preschool Program

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

PERSONAL RIGHTS**Child Care Centers**

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

(a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:

- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
- (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
- (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
- (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
- (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
- (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
- (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

Department Of Social Services

NAME

Community Care Licensing Division of San Gorgorio Office/Childcare

ADDRESS

3737 Main Street, Suite 700

CITY

Riverside

ZIP CODE

92501

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

951-782-4200

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

PLACE IN CHILD'S FILE

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

Fontana Unified School District, State Preschool Program

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

Derechos Personales

Guarderías infantiles

Derechos personales- Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

(a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:

- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
- (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
- (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo, pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
- (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir, pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas. e información con respecto a la confidencialidad.
- (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
- (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
- (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

Department Of Social Services

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

3737 Main Street, Suite 700

CIUDAD

Riverside

CÓDIGO POSTAL

92501

AREA /NÚMERO DE TELÉFONO

951-782-4200

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y complete, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informe personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Fontana Unified School District, State Preschool Program

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE 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) (BIRTH DATE)
_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____ a.m./p.m.
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)
to _____ a.m./p.m., _____ 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)

(TODAY'S 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: _____
Dental: _____
Other (Include behavioral concerns): _____
Comments/Explanations: _____

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

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)					
(DIPHTHERIA, TETANUS AND DTP/DTaP/ [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS DT/Td AND DIPHTHERIA ONLY)					
(MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)					
MMR					
(REQUIRE FOR CHILD CARE ONLY)					
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (CHICKENPOX)					

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
Communicable TB disease not present.

Need a Clinic Stamp

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____ Date of Physical Exam: _____
Address: _____ Date This Form Completed: _____
Telephone: _____ Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or Residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of T B.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT / DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Student's Name: _____ Birth Date: _____
Nombre de Estudiante *Fecha de Nacimiento*

School: _____ Grade: _____ Student I.D. #: _____
Escuela *Grado* *Número de I.D. del estudiante*

Does your child have the following? (Please, mark yes or no) Tiene su Niño(a) alguno de lo siguiente? (Por favor, marque sí o no)			
	Yes/Sí	No	Specify / Especifique
ADD/ADHD (Diagnosed by doctor) <i>desorden de déficit de atención/desorden hiperactivo y déficit de atención (Diagnosticado por el doctor)</i>			
Allergies (Food or Environmental) <i>Alergias (Alimentos o medio ambiente)</i>			
Asthma <i>Asma</i>			
Bee Sting Allergy <i>Alergia de picadura de abeja</i>			Type of reaction? <i>Tipo de reacción?</i>
Birth History / <i>Historia del Nacimiento</i> Pre-term <i>/ Prematuro</i>			Length of stay in hospital: <i>Estancia en el hospital:</i>
Chemically sensitive <i>Sensitivo a químicos</i>			
Diabetes <i>Diabetes</i>			Takes insulin? Yes/Sí ____ No ____ <i>Toma insulina?</i>
Ear infections <i>Infecciones del oído</i>			
Eczema <i>Eczema</i>			
Epilepsy or Seizures <i>Epilepsia o convulsiones</i>			
Hearing problem <i>Problemas de oír</i>			
Heart condition <i>Condición del corazón</i>			
Hemophilia <i>Hemofilia</i>			
Orthopedic condition <i>Condición ortopédica</i>			
Speech problem <i>Defecto del habla</i>			
Takes daily medication. <i>Toma medicamento diario</i>			
Takes emergency medication. <i>Toma medicamento de emergencia</i>			
Vision problem <i>Problemas de la vista</i>			
Does your child have any other serious health conditions? <i>Tiene su hijo/a alguna otra condición de salud seria</i>			

MEDICAL INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Does your child have Medical Insurance? Yes / Sí No _

Tiene Seguro Médico su hijo/a?

Name/Nombre: _____

Policy or Group Number/Número de Póliza o Grupo: _____

Does your child have Medi-Cal? Yes / Sí No _

Tiene Medi-Cal su hijo/a?

If yes, provide the BIC Number: _____

Si es así, proveer el número de tarjeta

Signature of Parent or Guardian _____

Firma de los padres o tutor

Date _____

Fecha

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education

HEALTH POLICY*

Child's Name: _____

School: _____

Parent's Signature: _____

Date: _____

COMMUNICABLE DISEASE

1. **Head Lice:** Upon examination, if child is found to have head lice or nits, child will be excluded from school until proper treatment has been completed and **all** nits are removed. The child will need to be cleared by the site health office staff **before** returning to school.
2. **Impetigo and Ringworm:** Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school. The area is to be covered while in school.
3. **Pink Eye, Conjunctivitis:** Itching, redness, and thick yellow discharge from one or both eyes. Child will be excluded for medical evaluation. The doctor may prescribe antibiotic drops or ointment. Child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school.
4. **Other Communicable Disease:** i.e. rashes, blisters, sores, etc. Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when a doctor's clearance releases child to return to school.

RESPIRATORY PROBLEMS

1. **Green Pus like Nasal Discharge:** Child will be excluded from school and will be asked to remain at home until discharge has cleared up.
2. **Coughing:** Coughing with "rattled" breathing from chest congestion. Phlegm producing cough and/or bad nasal congestion. Child will be excluded from school and will be asked to remain at home until free from cough.

ILLNESSES

1. **Fever:** If child has a fever at 100° or higher, child will be sent home for observation. Child is to remain home for **24 hours fever free** before returning to school.
2. **Vomiting:** If a child has emesis (vomiting) and appears ill, child will be sent home. Child is to remain home for 24 hours, emesis free before returning to school.
3. **Diarrhea:** If child has had two (2) loose stools or one (1) watery stool child will be sent home. Child is to remain home **24 hours diarrhea free** before returning to school.
4. **Stomachaches, Headaches, Sore Throat:** If the child exhibits other symptoms, i.e., fever at 100° or higher, vomiting or diarrhea they should be kept home until resolved.

SEIZURES

If a child has uncharacteristic, severe and/or successive seizures, or if the seizure lasts longer than 5 minutes or if the child has trouble breathing, 911 will be called.

INJURIES

If a child receives an injury that restricts their regular activity in the classroom as well as outdoor activity, such as a broken bone, has a cast, has stitches, needs to use crutches, needs to use a wheelchair, etc., a doctor's clearance is required as well as Early Education administrative approval (per Community Care Licensing) **before** child may return to school. In the case of a child being hospitalized for any reason or a visit to the Emergency Room, a doctor's clearance and Early Education administrative approval is also required **before** child may return to school.

MEDICATION

1. If a child is on antibiotic therapy and the doctor advised that the child is to remain home for a specific number of days, a doctor's clearance with a return date must be presented to the teacher **before** child can return back to school.
2. A child on an antibiotic or medication may attend school. If your child needs to take medication during school hours, please contact the **Early Education Health Assistant** for the appropriate paperwork. Please return all medication paperwork and properly labeled medication(s) to the Early Education Department. The medication paperwork must be approved **before** medication can be administered at the school site.

*Subject to change based on updated health directives.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Primera Enseñanza

POLÍTICA DE SALUD*

Nombre del Niño/a _____

Escuela _____

Firma del padre: _____

Fecha _____

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

1. **Piojos:** Al punto de examinación, si se encuentra que su hijo/a tiene piojos o liendres, el/ella será excluido de la escuela hasta que un tratamiento apropiado haya sido completado y todas las liendres se hayan removido. El niño/a tendrá que ser revisado por el personal escolar de la oficina de salud y autorizar su regreso a la escuela.
2. **Impétigo y Tiña:** El niño/a será excluido/a para evaluación médica. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el tratamiento haya comenzado y el doctor le haya dado permiso de regresar a a la escuela. El área debe estar cubierta mientras está en la escuela.
3. **Inflamación ocular ó pink eye, Conjuntivitis:** Comezón, enrojecimiento y flujo grueso amarillo de uno ó ambos ojos. El niño/a será excluido para una evaluación médica. El doctor puede prescribir gotas antibióticas o una pomada. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el doctor le haya dado una nota permitiendo que pueda regresar a la escuela.
4. **Otras enfermedades transmisibles:** es decir, erupciones, ampollas, llagas, etc. El niño será excluido para evaluación médica. El niño puede regresar a la escuela cuando la autorización de un médico autoriza al niño a regresar a la escuela.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

1. **Pus Verde Como Constipación Nasal:** El alumno no podrá venir a la escuela y se le requerirá que permanezca en la casa hasta que la constipación haya cesado.
2. **Tos:** Tos con respiración “entrecortada” debido a la congestión del pecho. Flemas que producen tos y/o mala congestión nasal. El/la niño/a será excluido de la escuela y se le pedirá que permanezca en casa hasta que no tenga tos.

ENFERMEDADES

1. **Fiebre:** Si su niño/a tiene fiebre de 100°grados ó más alta, se mandará al niño/a a casa para mantenerlo en observación. El niño/a deberá permanecer en casa por 24 horas y sin fiebre antes de regresar a la escuela.
2. **Vomitando:** Si su niño/a tiene tiña (vómitos) y parece enfermo, se le mandará a casa. Su niño/a deberá permanecer en casa por 24 horas, sin tiña antes de regresar a la escuela.
3. **Diarrea:** Si su niño/a ha tenido (2) deposiciones sueltas ó (1) deposición aguada se le mandará a casa. El/ella deberá permanecer en casa por 24 horas y sin diarrea antes de regresar a la escuela.
4. **Dolor de estómago, Dolor de Cabeza, Dolor de Garganta:** Si el niño/a exhibe otros síntomas, por ejemplo: fiebre de 100°grados o más alta, vómito ó diarrea, deberá permanecer en casa hasta que haya pasado.

ATAQUES

Si el niño/a tiene ataques inusitados, severos y/o consecutivos, ó si el ataque dura más de 5 minutos ó si el niño/a tiene problemas para respirar, se llamará al número de emergencias 911.

LESIONES

Si el niño/a recibe una lesión que restringe su actividad regular en el salón de clases así como en el patio de recreo tales como: fractura de un brazo, está enyesado, tiene puntadas por una abierta que se hizo, necesita usar muletas, necesita estar en una silla de ruedas, etc... Se necesita una nota del doctor dando permiso de estar en la escuela así como también aprobación del depto. administrativo de Primera Enseñanza (por regla de Licencias de Cuidado a la Comunidad) **antes** que el niño/a pueda regresar a la escuela. En el caso de que el niño/a haya sido hospitalizado por cualquier razón o haya visitado el cuarto de Emergencias también se requerirá una nota del doctor y aprobación del depto. administrativo de Primera Enseñanza, **antes** de que su niño/a regrese a la escuela.

MEDICINAS

1. Si su niño/a está en terapia de antibióticos y el doctor aconsejó que su niño/a permaneciera en casa por un número específico de días, deberá presentar a la maestra/o una nota del doctor con la fecha indicando cuando lo está dando de alta antes de que su niño/a pueda regresar a la escuela.
2. Un niño/a que está tomando antibióticos o medicina puede quizás asistir a la escuela. Si su niño/a necesita tomar medicina durante las horas de escuela, por favor contacte la **Asistente de Salud del Depto. de Primera Enseñanza** para obtener la documentación correspondiente. Devuelva toda la documentación de medicamentos y los medicamentos debidamente etiquetados al Depto. De Primera Enseñanza. La documentación de la medicina debe ser aprobada **antes** que la medicina sea administrada en la escuela.

**FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY EDUCATION
FAMILY NEEDS ASSESSMENT**

School _____ Teacher _____ Date _____

Student's Name _____ D.O.B. _____ Age _____

Parent's Name _____ Phone Number () _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Children under 4 years old

Child's Name _____ Age _____

Child's Name _____ Age _____

Child's Name _____ Age _____

If you have any concerns about your child in any of the following areas check "yes or no":

	YES	NO		YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Learning/Cognitive Development
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Social Development
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Physical Development
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Parenting/Education/Information
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Hearing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Vision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Speech
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Behavior/Emotional Development

Is your child currently receiving services for any areas marked "yes"? Please explain _____

If you would like information for any of the following mark yes or no.

	YES	NO		YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Legal Assistance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Family Counseling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Childcare/After School
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Financial Assistance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Food, Clothing & Housing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Health Immunization

I have received the Resource Guide for Families. _____ (Parent's Initials)

Where is your child/family currently living? (Check only one box)

<input type="checkbox"/> With more than one family in a house or Apartment due to economic hardship	<input type="checkbox"/> In a motel or hotel	<input type="checkbox"/> In a foster care placement
<input type="checkbox"/> Temporary with friends or family	<input type="checkbox"/> In a car, trailer park, or campsite	<input type="checkbox"/> In a group home placement
<input type="checkbox"/> In a permanent house or apartment	<input type="checkbox"/> In a shelter or transition housing program	<input type="checkbox"/> Other _____

Parent's Signature _____ Date _____

FOR COUNSELOR USE ONLY

Actual Start Date in Preschool _____ Date/s of teacher follow up with parent _____

SST Referral Sent to Counselor No SST Referral Needed Student Dropped or was a no show.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA
EDUCACIÓN TEMPRANA
EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LA FAMILIA

Escuela _____ Maestro _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del padre _____ Número de teléfono () _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Niños menores de 4 años

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Si tiene alguna preocupación acerca de su hijo sobre cualquiera de las siguientes áreas marque "sí o no":

SÍ NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compresión auditiva
Visión
Habla
Desarrollo de comportamiento/emocional

SÍ NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desarrollo de aprendizaje/cognitivo
Desarrollo social
Desarrollo físico
Crianza de los hijos/información educativa

¿Su hijo está recibiendo servicios en este momento de algunas de las áreas que marcó "sí"? Por favor explique.

Si le gustaría obtener información sobre alguna de las siguientes áreas marque sí o no.

SÍ NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia financiera
Ropa, comida y vivienda
Inmunizaciones para la salud

SÍ NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia legal
Terapia familiar
Cuidado de niños/después de la escuela

He recibido la guía de recursos para familias: _____ (Iniciales del nombre del padre)

¿Dónde vive su hijo/familia actualmente? (Marque sólo una casilla.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento por dificultades económicas | <input type="checkbox"/> En un motel u hotel | <input type="checkbox"/> Colocación en una casa hogar |
| <input type="checkbox"/> Con amigos o familia de manera temporal | <input type="checkbox"/> En un carro, vecindario de casas rodantes o campamento | <input type="checkbox"/> Colocación bajo cuidado de crianza |
| <input type="checkbox"/> Casa permanente o apartamento | <input type="checkbox"/> En un albergue o vivienda de transición | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Firma del padre _____ Fecha _____

FOR COUNSELOR USE ONLY

Actual Start Date in Preschool _____ Date/s of teacher follow up with parent _____

SST Referral Sent to Counselor No SST Referral Needed Student Dropped or was a no show.

Toilet Learning Questionnaire

Directions: As of today, please indicate by checking one box next to the highest toilet learning stage that your child consistently displays.

Stage One: Toilet Interest

- Pretends to toilet, usually with clothes on
- Observes others going to the bathroom
- Shows an interest in the toilet

Stage Two: Toilet Practice

- Practices flushing
- Practices pulling pants up and down
- Practices getting on and off the toilet
- Practices squatting and standing
- Ask if diaper/Pull-Up is wet or dry, clean or dirty

Stage Three: Toilet Learning

- Shows interest in wearing “real” underwear
- Feels the need to urinate by showing gestures, is verbal or uses facial expressions
- Holds urine for longer periods of time
- Acquires the desire to be clean
- Has words for using the toilet and tells you when they have to go
- Can pull pants up and down for themselves
- Stands and sits well on their own
- Shows signs of pushing and concentration when they are ready for a bowel movement
- Tells you they are soiled or wet and needs to be changed

Stage Four: Independent Toileting

- Wears “real” underwear during daytime (no Pull-Ups)
- Manage their toileting needs with minimal adult assistance

-Children that are in Toilet Learning Stage 1, 2 or 3 will be offered placement in a classroom with an attached restroom to meet toileting needs. -
Children that are in Toilet Learning Stage 4 will be offered placement in a classroom with or without an attached restroom.

Cuestionario de aprendizaje sobre el uso del baño

Instrucciones: Apartir de hoy, indique marcando la casilla junto a la etapa más alta de aprendizaje del uso del baño que su hijo/a muestra constantemente.

Etapa Uno: Interés en el baño

- Pretende ir al baño, por lo general con la ropa puesta
- Observa a otros ir al baño
- Muestra interés en el baño

Etapa Dos: Práctica de baño

- Practica el descargar el baño
- Practica subir y bajar los pantalones
- Practica subir y bajar del inodoro
- Practica ponerse en sentadillas y de pie
- Preguntar si el pañal/pull-up está mojado o seco, limpio o sucio

Etapa Tres: Aprender a ir al baño

- Muestra interés en usar ropa interior “real”
- Siente la necesidad de orinar mostrando gestos, verbal o usa expresiones faciales
- Retiene la orina por períodos de tiempo más largos
- Adquiere el deseo de estar limpio
- Tiene palabras para usar el baño y te dice cuándo tiene que ir
- Puede subirse y bajarse los pantalones por sí mismo
- Se para y se sienta bien por sí solo
- Muestra signos de pujar y concentración cuando está listo para evacuar
- Avisa cuando está sucio/a o mojado/a y que necesita cambiarse

Etapa Cuatro: Ir al baño de forma independiente

- Usa ropa interior “real” durante el día (nopull-ups)
- Maneja sus necesidades de ir al baño con la asistencia mínima de un adulto

-Los niños que están en la Etapa 1,2 o 3 de aprendizaje del uso del baño se les ofrecerá la ubicación en un salón de clases con un baño adjunto para satisfacer las necesidades de ir al baño

-Los niños que están en la etapa 4 de aprendizaje del baño se les ofrecerá la ubicación en un salón de clases con o sin un baño adjunto.

Fontana Unified School District Early Education Program

Annual Notification for Parents

1. Online Learning Programs for Early Education Students

Fontana Unified School District uses respected online educational software programs that help students achieve. More specifically, the programs provide students with differentiated support in the classroom to help them learn specific skills. Teachers guide and support student use of the online programs. Examples of online learning programs used by the district are Seesaw, Footsteps2Brilliance, Microsoft TEAMS, Read 180, Lexia, and Accelerated Reader.

The Fontana Unified School District plans to share the following information about your child with online programs that generate learning opportunities tailored to your child's academic goals:

- School Name
- Name (First and Last)
- FUSD Student ID number
- Date of Birth
- Grade Level
- Gender

If you do not give consent, then check the following box:

I do NOT wish to release the information listed above to online educational programs used by FUSD.

2. Photos/Videos

The Fontana Unified School District may photograph or video-record your child for district-related educational purposes. For example, photographs may be needed for student identification badges, school yearbooks, and/or district brochures. As another example, video-recordings of students engaged in classroom activities may be shown to teachers learning a new instructional strategy.

If you do not give consent, then check one or both of the following boxes:

I do NOT wish to have my child's photograph and/or any video of my child posted to any school or district website.

I do NOT wish to have my child's picture appear in any district publication, including the school newspaper, the school yearbook, and district informational materials.

Student Information and Parent Signature

Please provide the following information about your child, then sign this letter, and return it to your child's school. Thank you for your consent.

School Name _____ Teacher _____ Session _____

Student School I.D. Number (If not known you may leave blank) _____

Student Name _____ Date of Birth _____

Street Address _____ Apt Number _____

City _____ Zip Code _____

Home Telephone Number _____ Cell Number _____

Parent email address _____

Parent Name (Print Clearly) _____

Parent Signature _____ Date _____

Distrito Escolar Unificado de Fontana

Programas de educación temprana

Notificación anual para padres

1. Programas de Aprendizaje en la Internet para estudiantes de primaria

El Distrito Escolar Unificado de Fontana usa en la Internet programas educativos de computación reconocidos que ayudan a los estudiantes en su desempeño. Más específicamente, los programas proporcionan a los estudiantes con apoyo diferenciado en el salón de clases para ayudarlos a aprender destrezas específicas. Los maestros guían y apoyan el uso de programas en línea por los estudiantes. Ejemplos de programas de aprendizaje en línea usados por el distrito son *Seesaw*, *Footsteps2Brilliance*, *Microsoft TEAMS*, *Read 180*, *Lexia*, y *Accelerated Reader*.

El Distrito Escolar Unificado de Fontana planea compartir la siguiente información sobre su estudiante con programas en línea que generan oportunidades de aprendizaje adaptados a las metas académicas de su estudiante:

- Nombre de la escuela
- Nombre (nombre y apellido)
- ID de *FUSD*
- Fecha de nacimiento
- Nivel de grado
- Género

Si usted NO da su consentimiento, por favor marque la siguiente casilla:

Yo NO deseo que se publique la información mencionada arriba para programas educativos en la Internet usados por *FUSD*.

2. Fotos/videos

El Distrito Escolar Unificado de Fontana puede fotografiar o tomar video de su estudiante con propósitos educativos relacionados al distrito. Por ejemplo, se pueden necesitar fotografías para credenciales de identificación de estudiantes, anuarios, folletos del distrito. Como otro ejemplo, grabación de videos de estudiantes participando en actividades del salón de clases que pueden mostrarse a maestros aprendiendo una estrategia nueva de instrucción.

Si usted no da su consentimiento, entonces marque una o dos de las casillas siguientes:

Yo NO deseo tener la fotografía de mi estudiante ni ningún video publicado en ninguna escuela o página de la Internet del distrito.

Yo NO deseo que la fotografía de mi estudiante aparezca en ninguna publicación del distrito, incluyendo el periódico de la escuela, el anuario de la escuela y materiales informativos del distrito.

Información del estudiante y firma del padre de familia

Por favor proporcione la siguiente información sobre su niño, luego firme esta carta y regrésela a la escuela de su niño. Gracias por su consentimiento.

Nombre de la escuela: _____ Profesor _____ sesión _____

Núm. de identificación del estudiante (Si no se conoce puede dejarlo en blanco) _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nac. _____

Dirección _____ # de Apto. _____

Ciudad _____ Zona Postal _____

Núm. de teléfono de casa _____ Núm. de cel. _____

Dirección de correo electrónico del padre de familia _____

Firma del padre de familia/tutor legal _____ Fecha _____

Fontana Unified School District
Student Acceptable Use Agreement
Early Education Programs

Signature Form

LARK

Legal, Appropriate, Responsible, Kind

Each student who is authorized to use District Information Systems and his/her parent/guardian shall read this Acceptable Use Agreement on a yearly basis and his/her parent/guardian shall sign as an indication that they have read and understand the agreement.

Student Information

Student Full Name (Printed) _____

Teacher's Name _____ School: _____ Session: _____

Parental Agreement

As a parent or guardian of the above-named student, I have read, understand, and agree that my student shall comply with the terms outlined by LARK in the above Acceptable Use Agreement. By signing this Agreement, I give permission for my student to use District Information Systems and/or to access the school's computer network and the Internet. I agree to release from liability, indemnify, and hold harmless the school, district, and district personnel against all claims, damages, and costs that may result from my student's use of District Information Systems, or the failure of any technology protection measures used by the District. Further, I accept full responsibility for supervision of my student's use of his/her access account if and when such access is not in the school setting.

Parent/Guardian Name (Printed) _____

Parent/Guardian Signature _____

Parent/Guardian E-mail Address _____

Date _____

* This signed form will be kept in the student's cumulative folder.

Distrito Escolar Unificado de Fontana
Acuerdo de uso aceptable para estudiantes
Programas de Educación Temprana

Formulario de firma

LARK

Legal, Apropiado, Responsable, Amable

Cada estudiante que esté autorizado a utilizar los Sistemas de Información del Distrito y su padre/tutor leerá este Acuerdo de Uso Aceptable anualmente y su padre/tutor firmará como una indicación de que ha leído y entendido el acuerdo.

Información del estudiante

Nombre Completo del Estudiante (Impreso) _____

Nombre del Maestro _____ Escuela: _____ Sesión: _____

Acuerdo de padre

Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, he leído, entiendo y acepto que mi estudiante deberá cumplir con los términos descritos por LARK en el Acuerdo de Uso Aceptable anterior. Al firmar este Acuerdo, doy permiso para que mi estudiante use sistemas de información del distrito y/o acceda a la red informática de la escuela e Internet. Acepto liberarme de responsabilidad, indemnizar y eximir al personal de la escuela, distrito y distrito contra todas las reclamaciones, daños y costos que puedan resultar del uso de los Sistemas de Información del Distrito por parte de mi estudiante o el fracaso de cualquier medida de protección tecnológica utilizada por el Distrito. Además, acepto toda la responsabilidad por la supervisión del uso de mi cuenta de acceso por parte de mi estudiante si y cuando dicho acceso no está en el entorno escolar.

Nombre del padre/tutor (impreso) _____

Firma del Padre/Tutor _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor _____

Fecha _____

* Este formulario firmado se mantendrá en la carpeta acumulativa del alumno.

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

Parent Handbook & Orientation Video Receipt

I have read/viewed, understand, and will abide by the policies and procedures outlined in the Parent Handbook and Program Orientation Video for the Fontana Unified School District State Preschool Program, found at www.fusd.net/preschool.

Parent's Last Name	First	Middle
--------------------	-------	--------

Child's Name: _____

Child's Name: _____

Parent's Signature	Date
--------------------	------

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

Recibo del manual para padres y video de orientación

He leído/ visto, entiendo y cumpliré con las políticas y procedimientos descritos en el Manual para padres y el video de orientación del Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de Fontana, que se encuentra en www.fusd.net/preschool.

Apellido del Padre/Madre, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del niño/a: _____

Nombre del niño/a: _____

Firma del Padre/Madre

Fecha

QUESTIONNAIRE FOR FAMILIES

Child's Name: _____

Date: _____

1. Child's preferred name _____

2. My child speaks primarily in _____

3. My child lives with the following people _____

4. I'd describe my child as _____

5. One important thing you should know about my child is _____

6. My child enjoys (things or activities) _____

7. How often do you read with your child (circle one)? Daily Some days On Occasion Not yet

8. About how many books does your child have (circle one)? 0-5 5-10 10+ 25+

9. My child's favorite books are _____

10. Does your child/family have a preferred holiday? Yes _____ No We don't celebrate

11. Does your child have a favorite toy or other comfort item (circle one)? Yes No

What is it? _____ When does your child seem to need it most? _____

12. How does your child feel about starting school? _____

13. What do you hope your child will learn during this school year? _____

14. Any additional information you'd like to share about your child? _____

CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA

Nombre de Estudiante: _____

Fecha: _____

1. Nombre preferido del niño/a _____
2. Mi hijo/a habla principalmente en _____
3. Mi hijo/a vive con las siguientes personas _____

4. Yo describiría a mi hijo/a _____
5. Una cosa importante que debe saber sobre mi hijo/aes _____
6. Mi hijo/a disfruta (cosas o actividades) _____
7. Con qué frecuencia lees con tu hijo/a (circule uno)? A diario Algunos días En ocasiones Aún no
8. Aproximadamente, cuántos libros tiene su hijo/a (circule uno)? 0-5 5-10 10+ 25+
9. Los libros favoritos de mi hijo/a son _____

10. Su hijo/familia tiene vacaciones preferidas? Si _____ No Nosotros no celebramos
11. Tiene su hijo/a un juguete favorito u otro artículo de comodidad (circule uno)? Si No
Qué es? _____ Cuándo parece que su hijo/a lo necesita más? _____
12. Cómo se siente su hijo/a al comenzar la escuela? _____
13. Qué espera que su hijo/a aprenda durante este año escolar? _____

14. Cualquier información adicional que le gustaría compartir sobre su hijo/a? _____

PERMISO PARA RECOGER A UN NIÑO/A

Es obligatorio que actualice este formulario cada vez que ocurra un cambio.

Escuela: _____ Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Mamá: _____

Padre (teléfono de casa/trabajo/celular)

Madre (teléfono de casa/trabajo/celular)

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a:

Las personas autorizadas en esta lista deben tener por los menos 18 años de edad y disponible en 30 minutos.

1. Nombre: _____

Primer Nombre

Apellido

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

2. Nombre: _____

Primer Nombre

Apellido

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

3. Nombre: _____

Primer Nombre

Apellido

Teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo: _____ Ojos: _____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización: _____ (de la persona mencionada arriba)

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Parent Classroom Participation Policy

Student's Name: _____

Session: _____

As your child begins the exciting nurturing environment of preschool parent participation plays a major role.

In order to provide the best experience possible for our State Preschool children, it is highly recommended that you assist the teacher 6 hours during each month of your child's attendance.

Our program is based on Parent Participation in the classroom. The teacher will provide a monthly sign-up sheet. Please make sure you are signed up at the beginning of each month.

If at any time you are unable to attend, please make arrangements for another relative to take your place.

Your support is very important to the success of our program.

Thank you for your willingness to help make this a successful experience for your children.

To volunteer you must have a current negative TB test or normal chest x-ray result within the last 60 days of submission and required immunizations.

Signature of Parent/Guardian/Legal Guardian

Date

Política de Participación de los Padres en el Salón

Nombre del estudiante: _____

Clase: _____

A medida que su hijo/a comienza el ambiente estimulante y enriquecedor del preescolar, la participación de los padres juega un papel importante.

Para poder proveer las mejores experiencias posibles a los niños de nuestro programa, se requiere que usted ayude a la maestra/o 6 horas durante cada mes que su niño/a asista a clases.

Nuestro programa busca la participación de los padres en el salón. La maestra/o tendrá una lista para que usted anote las horas que podrá ayudar en el salón. Por favor asegúrese de firmar al principio de cada mes.

Si por alguna razón usted no puede asistir, necesita hacer los arreglos necesarios para que otro miembro de su familia vaya en su lugar.

Su apoyo es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Gracias por su interés en ayudar y hacer de ésta una experiencia exitosa para su niño/a.

Para ser voluntario/a debe tener un exámen negativo de tuberculosis reciente o resultados normales de los rayos-x, dentro de los 60 días de haber obtenido los resultados y vacunas requeridas.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Late Arrival/Pick-Up Policy

Student's Name: _____

Session: _____

Our policy regarding the late pick-up of a student in the Fontana Unified School District State Preschool Program is as follows:

- **Parents are to arrive on time when class starts to drop off children.**
- **Parents who are late dropping off their children when class starts may be scheduled for an attendance review meeting to discuss late arrivals.**
- **Parents are to arrive on time to pick up children. All parents must have a back-up person in case of emergency. This person must be 18 years old and listed on the Child Pick-Up Authorization Form.**
- **Prompt arrival and pick up of your child serves the best interest of the child and is appreciated.**

Signature of Parent/Guardian/Legal Guardian

Date

Política de Llegada/Recogida tardía

Nombre del estudiante: _____

Clase: _____

Nuestra política con respecto a la llegada/recogida tardía de un estudiante en el Distrito Escolar Unificado de Fontana en el Programa Pre-Escolar Estatal es la siguiente:

- **Los padres deben dejar a tiempo a los niños cuando inicie la clase.**
- **Los padres que lleguen tarde a dejar su hijo/a cuando la clases ya haya comenzado, podrían tener una junta de revisión de asistencia para discutir las llegadas tarde.**
- **Los padres deben de llegar a tiempo para recoger a su hijo/a. Todos los padres deben tener una persona de reserva en caso de una emergencia. Esta persona debe de tener 18 años y ser puesta en la forma de Permiso Para Recoger a un niño/a**
- **Su pronta llegada y para recoger a su hijo/a es el mejor interés de su hijo/a y será apreciado.**

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Fontana Unified School District
Early Education
State Preschool Program

“GOOD HEALTH STATEMENT”

I, _____ date of birth _____
volunteer for _____ student(s), affirm that I am in good health to
volunteer in the Fontana Unified School District State Preschool Program, per the
requirements stated from Title 22 Community Care Licensing Regulation
101216(3)(A).

Date _____ Preschool Site _____

Parent/Guardian Signature _____

Distrito Escolar Unificado de Fontana
Primera Enseñanza
Programa Preescolar Estatal

“DECLARACION DE BUENA SALUD”

Yo, _____ fecha de nacimiento _____

voluntaria/o para el estudiante(s) _____ afirmo

que estoy en buena salud para ser voluntaria/o en el Distrito Escolar Unificado de Fontana, de acuerdo a los requerimientos en el Título 22 de la Regulación de Licencias para Cuidado de la Comunidad 101216(3)(A).

Fecha _____ Escuela Preescolar _____

Firma de Padre/Guardian _____

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY EDUCATION
STATE PRESCHOOL
PARENT AGREEMENT

CLASSROOM PARTICIPATION

- Parent or family member 18 years or older are highly encouraged to assist in the classroom 6 hours a month.
- Children not enrolled in the State Preschool Program are not permitted to remain in the classroom during class time per Community Care Licensing.
- Parents must have a current negative TB clearance or normal chest x-ray result within the last 60 days of submission, proof of the Measles immunization or proof of immunity, proof of the Pertussis (Whooping Cough) Tdap immunization, Flu immunization (Per the State of California, the Flu Immunization must be given **between August 1 thru December 1** of each year – *or a waiver may be signed at Building #16*) and board approved to volunteer in the classroom for more than 15 minutes per day.

BEST INTEREST DAYS

- Up to 10 days per year can be used for “Best Interest of the Child” days. These days are excused and would be for the following reasons: vacation, out of town, school program, field trips, religious preference: religious instruction classes or worship, religious holiday or does not celebrate holidays, child’s birthday, other reasons which are clearly in the best interest of the child.

ATTENDANCE POLICY

- Children absent 30 consecutive calendar days, without parent communication, will be dropped.
- After any absence, early pick up or late arrival, a Report of Absence form must be completed.
- A doctor’s clearance is required when a child is out sick for 10 school days in a row to return to class.

LATE PICK-UP POLICY

Step 1- Parent will receive a verbal warning explaining the importance of timely arrival for child pick-up.

Step 2- Parent will receive a formal written notification by Early Education Department outlining the consequences of future late pick-ups.

Step 3- A Late Pick-Up Review Meeting will be scheduled at the District Office to develop a Student Pick-Up Action Plan that will be agreed upon by parent and Early Education Administrator or Designee.

CAUSE FOR TERMINATION FROM PROGRAM.

1. Violation of Fontana Unified School District Board Policy, Community Care Licensing Regulations and/or California State Education Code.
2. Repeated patterns of student behavior that significantly interfere with the learning of other children, or interactions with peers and adults that are not responsive to the use of developmentally appropriate guidance. This includes, but is not limited to, physical aggression, property destruction, and self-injury. (California Ed. Code sections 8243, 8489, 8489.1).
3. Failure to provide updated emergency contacts.
4. After thirty (30) days of consecutive absence without parent communication.
5. Failure to observe policies and procedures.
6. Knowingly using incorrect or inaccurate information to obtain child development services by providing fraudulent or incomplete information.
7. Parent who engages in behavior that disrupts school activities (California Ed. Code sections 44810 and 44811).
8. Noncompliance with health/immunization requirements/physical examination.
9. IMMEDIATE TERMINATION for violations of the Education Code regarding firearms, alcohol, drugs, physical altercations, theft, destruction of property, immoral conduct, etc. which results in harm to person or property, by family member or child.

I RECEIVED A COPY OF THE PARENT AGREEMENT. I UNDERSTAND MY RESPONSIBILITIES.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Child’s Name

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Delegate Agency

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA
PRIMERA ENSEÑANZA
PROGRAMA PRE-ESCOLAR ESTATAL
CONVENIO DE LOS PADRES**

PARTICIPACIÓN EN EL AULA

- Se anima a los padres o miembros de la familia mayores de 18 años a que ayuden en el aula **6** horas al mes.
- Los niños que no están inscritos en el Programa Preescolar del Estado no pueden permanecer en el salón de clases durante el horario de clases según la Licencia de Cuidado Comunitario.
- Los padres deben tener una prueba de tuberculosis negativa actual o un resultado normal de radiografía de tórax dentro de los últimos 60 días de la presentación, prueba de la vacuna contra el sarampión o prueba de inmunidad, prueba de la vacuna TdaP contra la tos ferina, vacuna contra la gripe (según el estado de California, la vacuna contra la gripe debe administrarse **entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre** de cada año (o se puede firmar una exención en el Edificio #16) y la junta debe aprobar para ser voluntario en el aula durante más de 15 minutos por día.

DIAS DE MEJOR BENEFICIO

- Hasta 10 días por año escolar pueden usar días “Mejor beneficio para el niño/a”. Estos días serán justificados solo por las siguientes razones: vacaciones, fuera de la ciudad, programa escolar, excursiones, preferencia religiosa: clases de instrucción religiosa o culto, festividad religiosa o no se celebran festividades, cumpleaños del niño, otras razones que claramente son en el mejor interés del niño.

REGLAS DE ASISTENCIA

- Los niños que falten 30 días de calendario consecutivos, sin comunicación con los padres, serán retirados del programa.
- Después de cualquier ausencia, recogida anticipada o llegada tardía, se debe completar un formulario de Informe de ausencia.
- Se requiere una autorización médica cuando un niño/a está enfermo durante 10 días escolares seguidos para regresar a clase.

REGLAS POR LLEGAR TARDE

Paso 1 - Los padres recibirán una advertencia verbal que les explicará la importancia de llegar a tiempo para recoger al niño.

Paso 2 - Los padres recibirán una notificación formal por escrito del Departamento de Educación Temprana en la que se detallarán las consecuencias de las futuras llegadas tarde.

Paso 3 - Se programará una reunión de revisión de recogida tardía en la oficina del distrito para desarrollar un plan de acción para recoger a los estudiantes que será acordado por los padres y el administrador o designado de educación temprana.

CAUSA DE TERMINACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Violación de la Política de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de Fontana, las Regulaciones de Licencias de Cuidado Comunitario y / o el Código de Educación del Estado de California.
2. Patrones repetidos de comportamiento estudiantil que interfieren significativamente con el aprendizaje de otros niños, o interacciones con compañeros y adultos que no responden al uso de orientación apropiada para el desarrollo. Esto incluye, entre otros, agresión física, destrucción de propiedad y autolesiones. (Código de Educación de California, secciones 8243, 8489, 8489.1).
3. No proporcionar contactos de emergencia actualizados.
4. Después de treinta (30) días de ausencia consecutiva sin comunicación con los padres.
5. Incumplimiento de políticas y procedimientos.
6. Usar intencionalmente información incorrecta o inexacta para obtener servicios de desarrollo infantil proporcionando información fraudulenta o incompleta.
7. Padre que tiene un comportamiento que interrumpe las actividades escolares (Código de Educación de California, secciones 44810 y 44811).
8. Incumplimiento de requisitos de salud/vacunas/examen físico.
9. TERMINACIÓN INMEDIATA por violaciones del Código de Educación con respecto a armas de fuego, alcohol, drogas, altercados físicos, robo, destrucción de propiedad, conducta inmoral, etc. que resulte en daño a una persona o propiedad, por parte de un familiar o un niño.

HE RECIBIDO UNA COPIA DEL CONVENIO DE LOS PADRES Y ENTIENDO MIS RESPONSABILIDADES.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Niño/a

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA
Agencia Delegada