



Red Rock Elementary School
Linda Achondo, Principal
Robin Speck, Assistant Principal
www.rre.royalsd.org

230 Wildflower St NE • PO Box 486
Royal City, WA 99357
Phone: (509) 346-2206
Fax: (509) 346-2207

Lista de Verificación para Registración de Kínder

- Llene el paquete de Registración.
- La hoja de Registración (Hoja Azul) necesita estar completa del lado de enfrente y de atrás. Todas las demás hojas en el paquete deben completarse en el idioma deseado.
- Mande una copia del Acta de Nacimiento con el paquete de Registración.
- Se requiere una copia de la cartilla de vacunas de su hijo/a.

Si usted necesita asistencia para llenar el Paquete de Registración, llame al 509-346-2206 y nosotros le haremos una cita para que venga y le ayudemos. También pueden atender a nuestro evento de registración en la Red Rock Elementary, donde podrán venir a recoger un paquete, completarlo en su auto y estarán las maestras para asistirlos el 20 de Abril de 3:30pm a 6:00 pm.

Como Regresar los Paquetes de Registraciones

- Ponga el paquete de registración, la copia del acta de nacimiento, y la copia de la cartilla de vacunas juntos en el sobre que contenía el paquete de registración.

Tenemos tres opciones para entregar el paquete de registración.

- Entregarlo en la oficina de la escuela Red Rock.
- Puede entregar la registración el 20 de Abril de 3:30pm a 6:00 pm en el gimnasio de la Red Rock.
- También lo puede mandar por correo a la dirección:

Red Rock Elementary

Po Box 486

Royal City, WA 99357.

Si tiene alguna pregunta siéntase libre de llamarnos a nuestro número 509-346-2206.

Student Enrollment Information



Royal School District #160
 PO BOX 486, Royal City, WA 99357
 High School (509) 346-2256
 Middle School 509-346-2268
 Intermediate School (509) 346-2226
 Red Rock Elementary (509) 346-2206

Student Name: _____ **Grade** _____
 (Nombre Del Estudiante) _____ (Grado) _____

Place of birth: _____ **Date of Birth:** _____
 (Lugar donde Nació) _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Ethnicity: _____ **Gender:** _____
 (Etnicidad) _____ (Genero) _____

Physical Address: _____ **Mailing Address:** _____
 (Dirección Física) _____ (Dirección de envío) _____

Bus transportation needed (¿necesita transportación de autobús?) **YES NO**
Transportation to (transportación a): _____ **Home /Sitter /other** (Casa/ Niñera/ Otro)
Babysitter's Name (nombre): _____ **Phone Number** (numero): _____
Address (Dirección): _____

Primary Phone Number (Número de teléfono primario) _____
Cell/Home (celular/casa)

Preferred method of contact (Metodo de contacto preferido): **Text** (texto) **phone call** (Llamada Telefonica) **both** (ambos)

NAME OF MOTHER/ STEP MOTHER/ GUARDIAN _____
 (Nombre de la Madre/Madrastra/Guardián)

PHONE NUMBERS _____
 (Números de Teléfonos)

Email address (Correo Electrónico) _____

Ok to pick up/ Puede recoger YES NO

Lives with/ Vive Con YES NO

Has Custody/ Tiene Custodia YES NO

Receives mail/ Recibe correo YES NO

Employer/Occupation/Phone _____
 (Empleador, Ocupación, Teléfono)

****Military Status** (Estatus Militar): _____ U.S. Armed Forces Active Duty (Activo/a en las Fuerzas Armadas de E.U.) _____ U.S.
 Armed Forces reserves (Reserva de las Fuerzas Armadas de E.U.) _____ Washington National Guard (Guardia Nacional de Washington)
 ___ Prefer not to state military status (Prefiere no marca estatus militar) ___ No Affiliation (No Aplica)

NAME OF FATHER/ STEPFATHER/ GUARDIAN _____
 (Nombre de la Padre/Padrasto/Guardián)

PHONE NUMBERS _____
 (Números de Teléfonos)

Email address (Correo Electrónico) _____

Ok to pick up/ Puede recoger YES NO

Lives with/ Vive Con YES NO

Has Custody/ Tiene Custodia YES NO

Receives mail/ Recibe correo YES NO

Employer/Occupation/Phone _____
 (Empleador, Ocupación, Teléfono)

****Military Status** (Estatus Militar): _____ U.S. Armed Forces Active Duty (Activo/a en las Fuerzas Armadas de E.U.) _____ U.S.
 Armed Forces reserves (Reserva de las Fuerzas Armadas de E.U.) _____ Washington National Guard (Guardia Nacional de Washington)
 ___ Prefer not to state military status (Prefiere no marca estatus militar) ___ No Affiliation (No Aplica)

Custody Issues, Need Legal forms (Problemas de custodia, necesita traer formas legales)

Student Enrollment Information

Emergency Contacts:

Name: _____ **Phone:** _____ **Relationship:** _____
 (Nombre) (Numero) (Relación)
Name: _____ **Phone:** _____ **Relationship:** _____
 (Nombre) (Numero) (Relación)

Name of Siblings in School District	Age	Grade	School	Bus RT#

Month and Year student moved to Royal School District _____
 (Mes y año que se movieron al Distrito Escolar de Royal)

Did you move her specifically to work in agriculture? **YES** **NO**
Orchard work, dairy irrigation, sorting, etc.
 (¿Se movió aquí para trabajar específicamente en agricultura? Huertas, Lecherías, riego, sorteando, etc.)

LAST SCHOOL ATTENDED

Name of previous school _____
 (Ultima escuela que atendido) _____
Address (Dirección) _____
Telephone (Teléfono) _____

Was your child in any of these following programs (Estaba su hijo/a en alguno de los programas):
Special Education IEP (Educación Especial) _____ **504** (¿plan 504 o en el programa de Alta Capacidad?) _____
Doesn't Apply (no aplica) _____

Has your child ever been held back a grade at any school? **YES** **NO**
 (¿Ha sido retenido grado en cualquier escuela?)

Has your child ever been suspended? **YES** **NO**
 (Ha sido suspendido su hijo/a?)

Permission for emergency medical treatment: in the event of medical emergency, we will attempt to notify you. If we are unable to reach you, do we have your permission to take the above named child to a doctor/clinic for emergency treatment? (Permiso para tratamiento médico de emergencias: en el evento que suceda una emergencia médica, nosotros trataremos de notificarle. En caso de no encontrarlo, tenemos permiso para llevar al estudiante al doctor/clínica para tratamiento médico?)
YES **NO**

In the event that the school is unable to contact the parent/guardian, I authorize that my child may be released to the emergency contact person(s). (Si no es posible contactar al Padre/guardián, autorizo a los contactos de emergencia para recoger a mi hijo/a)
YES **NO**

I attest that the above information is true to the best of my knowledge. (Yo testifico que la información es verdadera al mejor de mis conocimientos)
YES **NO**

Parent Signature (Firma de Padre) _____ **Date**(fecha) _____

*****OFFICE USE ONLY*****

Skyward ID # _____	Registration Form Completed _____
District Nurse Contacted _____	Health Information Requested _____
Transportation Form Completed _____	Records Requested _____ Received _____
Migrant Liaison Contacted _____ Eligible _____	McKinney-Vento Contacted _____ Eligible _____
Birth certificate Received _____	Immunization Records Received _____



Royal School District

901 Ahlers Ave • P.O. Box 486
Royal City, WA 99357

Health Services

(509) 346-2226

To be completed by parent/guardian at enrollment and annually for grades K, 3, 6 & 9

INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Genero _____ Grado _____
 Parent/Guardian _____ Telefono _____ Celular _____
 Contacto de Emergencia _____ Telefono _____ Celular _____
 Doctor del Estudiante _____ Teléfono de oficina / clínica _____
 Fecha del último examen físico _____ Fecha del último examen de la vista _____

Por favor marque todas las condiciones que apliquen. Si su hijo NO tiene problemas de salud, pase al cuadro final y firme a continuación.

HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE

Alergias (ver abajo)	Preocupaciones / sensibilidad dietéticas	Trastorno convulsivo (ver abajo)
Asma (ver abajo)	Dolor de oído / infecciones / trompas	Condición de la piel / eczema
Problemas de comportamiento / emocionales	Dolor de cabeza frecuente/migrañas	Problemas estomacales / intestinales
Trastorno de la sangre (ver abajo)	Sangrado frecuente de la nariz	Trastorno urinario / renal
Cerebro (lesión, afecciones, cirugía, etc.)	Problemas auditivos: audífonos <input type="checkbox"/>	Problemas de la vista Utiliza gafas <input type="checkbox"/> contactos <input type="checkbox"/>
Condición ósea / ortopédica	Condición del Corazon (ver abajo)	
Diabetis (ver abajo)	Discapacidades físicas	

¿Otras necesidades o preocupaciones especiales? _____

CONDICIONES QUE AMENAZAN LA VIDA: Si su estudiante tiene asma, trastorno hemorrágico, diabetes, afección cardíaca, trastorno convulsivo, grave alergias o cualquier otra condición de salud que ponga en peligro la vida, una orden de medicación / tratamiento de un proveedor de atención médica con licencia y completada. La ley estatal (RCW 28A.210.320) requiere un plan de atención de emergencia antes de que su hijo pueda asistir a la escuela. Póngase en contacto con la enfermera del distrito para Más información y documentos adicionales. Si tiene un estudiante que regresa con un Plan de atención de emergencia (ECP), **debe comunicarse con la enfermera del distrito para revisar el plan.** Los medicamentos y los formularios de autorización completos deben completarse anualmente y entregarse antes el estudiante puede comenzar la escuela.

Alergias: <input type="checkbox"/> Grave (orden EpiPen) <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Abeja / Insecto <input type="checkbox"/> Alergia a los alimentos* _____ <i>* se debe completar un formulario adicional para las alergias alimentarias</i> <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otra alergia (especifique) _____ Síntomas _____ Tratamiento / Medicación _____ Requiere un EpiPen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si marcó sí a EpiPen arriba, su estudiante debe tener una orden médica y EpiPen en su lugar antes de asistir a la escuela.</i>	Diabetes: <input type="checkbox"/> * Dependiente de insulina <input type="checkbox"/> Dependiente de no insulina <i>* Debe contactar a la enfermera del distrito</i> ¿Usa su hijo una bomba de insulina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: _____
Asma: si indicó asma, ¿necesitará su hijo un inhalador en la escuela o en salidas escolares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha usado su estudiante un inhalador de rescate en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Desencadenantes: <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Irritantes <input type="checkbox"/> Tiempo <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias <input type="checkbox"/> Otros _____ <i>Será necesario completar un formulario de manejo del asma antes de asistir a la escuela.</i>	Condición del corazón (especifique) _____ Síntomas _____ ¿Esta condición afecta su actividad física (P.E., Deportes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro _____
Trastorno convulsivo: tipo _____ Fecha de la última incautación: _____ * Medicación / Tratamiento _____ <i>* Si el estudiante requiere medicamentos de emergencia, Se debe completar el formulario de medicación en la escuela y permiso de administrar.</i>	Trastorno de sangrado (especifique) _____ ¿El estudiante puede participar en P.E. y deportes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentario _____

MEDICAMENTOS: ¿Toma su hijo algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, nombre de los medicamentos: _____

¿Será necesario administrar medicamentos en la escuela? Sí No (en caso afirmativo, complete el formulario de autorización para cada medicamento) *Cualquier medicamento tomado en la escuela requiere un formulario de consentimiento firmado por el padre / tutor Y un proveedor de atención médica. Un formulario está disponible en la oficina de la escuela y debe actualizarse anualmente.*

Mi estudiante NO tiene problemas de salud en este momento (Firme abajo)

Entiendo que la información dada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado en función de la "necesidad de saber" para garantizar la salud y la seguridad de mi hijo. Si yo o una persona de contacto de emergencia autorizada no puede ser contactada en el momento de una emergencia médica, autorizo y ordeno al personal de la escuela a enviar a mi hijo al hospital o médico de más fácil acceso. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier transporte o servicio médico de emergencia prestado.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>		<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>	
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>		<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>	
<p>Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>		<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten - 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten - 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>	

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.



Formulario de Recolección de Datos Étnico y de Carrera

Nombre de Estudiante : _____

Fecha de nacimiento de estudiante: _____

Recientemente, el gobierno federal y OSPI cambiaron las categorías de informes para los datos étnicos y raciales de los estudiantes. Como resultado de las nuevas categorías de informes, necesitamos pedirle que identifique a su hijo como hispano / latino o no hispano / latino y por uno o más grupos raciales. Washington tiene 57 categorías raciales para elegir. **Responda a la pregunta 1 y a la pregunta 2.**

Pregunta 1. Es su hijo de origen hispano o latino? (marque todos los que correspondan)

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No son Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Americano Central |
| <input type="checkbox"/> Dominican | <input type="checkbox"/> Sudamericano |
| <input type="checkbox"/> Spaniard | <input type="checkbox"/> Latino Americano |
| <input type="checkbox"/> Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Otro Hispanico/Latino |

Pregunta 2. ¿Qué raza(s) considera usted a su niño(a)? (marque todos los que correspondan)

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> African American/Black | <input type="checkbox"/> Alaska Native | <input type="checkbox"/> Tulalip |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Yakama |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Other Washington Indian |
| <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Other American Indian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Hoh | |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Jamestown | |
| <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Kalispel | |
| <input type="checkbox"/> Indonesian | <input type="checkbox"/> Lower Elwha | |
| <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Lummi | |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Makah | |
| <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | |
| <input type="checkbox"/> Malaysian | <input type="checkbox"/> Nisqually | |
| <input type="checkbox"/> Pakistani | <input type="checkbox"/> Nooksack | |
| <input type="checkbox"/> Singaporean | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam | |
| <input type="checkbox"/> Taiwanese | <input type="checkbox"/> Puyallup | |
| <input type="checkbox"/> Thai | <input type="checkbox"/> Quileute | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Quinault | |
| <input type="checkbox"/> Other Asian | <input type="checkbox"/> Samish | |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle | |
| <input type="checkbox"/> Fijian | <input type="checkbox"/> Shoalwater | |
| <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro | <input type="checkbox"/> Skokomish | |
| <input type="checkbox"/> Mariana Islander | <input type="checkbox"/> Snoqualmie | |
| <input type="checkbox"/> Melanesian | <input type="checkbox"/> Spokane | |
| <input type="checkbox"/> Micronesian | <input type="checkbox"/> Squaxin Island | |
| <input type="checkbox"/> Samoan | <input type="checkbox"/> Stillaguamish | |
| <input type="checkbox"/> Tongan | <input type="checkbox"/> Suquamish | |
| <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Swinomish | |

Firma de Padre: _____

Fecha: _____



Royal School District
Roger W. Trail, Superintendent
David Andra, Assistant Superintendent
www.royalsd.org

901 Ahlers Ave • P.O. Box 486
Royal City, WA 99357
Phone (509) 346-2222
FAX (509) 346-8746

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

1. Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.
2. El termino 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' ---
 - A. Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103 (a)(1)); y
 - B. Incluye a ---
 - I. Niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la perdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven a refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;
 - II. Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103 (a)(2)(C));
 - III. Niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o entornos similares; y
 - IV. Niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación y Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las clausulas (i) a (iii).
3. El termino 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes paginas

<http://center.serve.org/nche/ibt/parentres.php>

<http://neahcy.org/educational-resources/naehcy-publications>



Royal School District
Roger W. Trail, Superintendent
David Andra, Assistant Superintendent
www.royalsd.org

901 Ahlers Ave • P.O. Box 486
 Royal City, WA 99357
 Phone (509) 346-2222
 FAX (509) 346-8746

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinny-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinny-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información).

Nombre del estudiante: _____

Por favor marque todas las casillas que apliquen. (Entrega al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En un motel | <input type="checkbox"/> Un automóvil, parque, campamento o lugar similar |
| <input type="checkbox"/> En un refugio | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición |
| <input type="checkbox"/> Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos | <input type="checkbox"/> Es dueño de su vivienda o renta |
| <input type="checkbox"/> En la casa o departamento de alguien más, con otra familia | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | |

Nombre del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
 Grado _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
 Mes/Día/Año

Género: _____ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCION DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O NUMERO DE CONTACTO: _____

NOMBRE DEL CONTACTO: _____

Nombre de los padres o tutores en letra de molde: _____
 (O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
 (O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

<u>Ariana Martinez</u>	<u>509-346-2256 Ext.3512</u>	<u>Royal High School</u>
Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efecto de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

(N) No en situación de falta de vivienda (A) Refugios (B) Con otra familia (C) Sin refugio (D) Hoteles/Moteles

A tradition of pride and excellence. Una tradición de orgullo y excelencia
 Board of Directors: Nasario Soliz Jr., Dan Miller, Craig Janett, Ian Bergeson, Alison Huntzinger



Royal School District
Roger W. Trail, Superintendent
David Andra, Assistant Superintendent
www.royalsd.org

901 Ahlers Ave • P.O. Box 486
Royal City, WA 99357
Phone (509) 346-2222
FAX (509) 346-8746

MIGRANT EDUCATION PROGRAM

Date (Fecha): _____

Student Full Name (Nombre Completo de Estudiante): _____

DOB (Fecha de Nacimiento): _____ Grade(Grado): _____

Parent/Guardian Name (Nombre de Padres/Tutores): _____

Address (Direccion): _____

Phone Number (Número de Teléfono): _____ Email (Correo Electrónico): _____

Dear Parent/Guardian(s):

The Royal School District Title I Part C Migrant Program is designed to help children whose parents have moved in the past three years, seeking temporary or seasonal employment in the fields of agriculture, horticulture, or commercial fishing.

Estimado padre/ tutor(es):

El programa Migrante de la Parte C del Título I del distrito escolar Royal está diseñado para ayudar a los niños de los padres de familia que se han mudado en los últimos tres años, buscando trabajo temporal o estacional en los campos de agricultura, horticultura, o pesca comercial.

We would appreciate your cooperation in answering the following questions:

Agradecemos su cooperación para responder las siguientes preguntas:

1. Have you moved in the last three years? _____ Yes(Si) _____ No

¿Se ha mudado en los últimos tres años?

2. What was the purpose of your move (Cual fue el propósito de su mudanza)?

3. May we contact you for further information? _____ Yes (Si) _____ No

¿Podemos comunicarnos con usted para obtener más información?

Parent/Legal Guardian Signature:

Firma del Padre/ Tutor Legal: _____

****School Personnel: As new students enroll or you become aware of moves made by a family, please obtain the information on this form and return it to the Migrant Office. Migrant Staff will follow up and determine eligibility for the Migrant Program.**

PLEASE RETURN TO THE MIGRANT EDUCATION OFFICE/STAFF.

A tradition of pride and excellence. Una tradición de orgullo y excelencia
Board of Directors: Nsario Soliz Jr., Dan Miller, Craig Janett, Ian Bergeson, Alison Huntzinger

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2022-2023



Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	DTaP/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	MMR (sarampión, paperas, rubéola)	PCV (neumocócica conjugada)	Polio	Varicela
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2022	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2022	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria*	4 dosis	2 dosis**
De 7.º grado a 9.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria*	4 dosis	2 dosis**
De 10.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 7 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria*	4 dosis	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. ** También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela. Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.