Accelerating Academics in an Enriching Environment

an award-winning, tuition-free, public charter school

2020-21

Estimado padre/guardián:

¡Felicitaciones! Es un placer para nosotros informar a su familia que su (s) estudiante (es) se les ofrece un asiento en nuestra escuela. Para que su hijo (a) se convierta en un estudiante de Sycamore Valley Academy, hay varias piezas de papeleo que deben ser completadas y devueltas a nosotros. La lista de verificación a continuación y los documentos adjuntos deben ayudarle a cumplir el plazo. Esta documentación debe ser devuelta a nosotros el 13 de marzo de 2020.

Una Completo Establecer De Inscripción Papeleo Es Obligatorio Para Cada matriculación de niños En SVA.

PAPELEO DE INSCRIPCIÓN REQUERIDO	
	Estudiante Inscripción Forma- 3 Páginas
	Contacto de emergencia e información médica para un niño
	Solicitud de registros estudiantiles **(no se requiere para estudiantes TK & K)**
	Lista de verificación de atributos dotados
	Fotocopia del IEP, plan 504 o plan del médico para la atención en la escuela **(solo si corresponde)** * padre/guardián proporciona
	Copia del certificado de nacimiento * o declaración jurada firmada que establece la elegibilidad para la edad escolar **(solo se requiere para los estudiantes TK & K)** ***** utilizado para determinar la elegibilidad por edad solamente; el registro será destruido
	Formulario de evaluación de salud oral **(solo se requiere para estudiantes TK & K)**
	Fotocopia legible de los Registros de Inmunización (tarjeta amarilla) y resultados negativos de TB * *padre/guardián proporciona*
	Formulario de examen físico **(solo se requiere para los estudiantes TK & K)**

Este papeleo puede escanearse y enviarse por correo electrónico a admissions@theacademiescharters.org, entregarse personalmente en la oficina principal de SVA o enviarse por correo a nuestro apartado de correos. Caja o nuestra dirección física. Revisaremos la documentación de inscripción para completar y le notificaremos si faltan elementos o si se necesita más información.

Esperamos que todas las piezas de la documentación de inscripción se presenten antes de la fecha límite. Si no se reciben, SVA puede ofrecer su asiento al próximo estudiante en la lista de prioridades de admisiones. Si su familia tiene problemas para cumplir con este plazo, comuníquese con la Asistente de Oficina de SVA, Joy George, para hacer arreglos especiales para reservar su asiento mientras reúne los documentos necesarios para completar el proceso de inscripción. Si tiene alguna pregunta con respecto a la documentación de inscripción, le recomendamos que envíe a admissions@theacademiescharters.org o llame (559) 622-3236.

Accelerating Academics in an Enriching Environment

an award-winning, tuition-free, public charter school

2020-21

Le recomendamos que planifique con anticipación para el próximo año revisando nuestra Política del Código Uniforme de Vestimenta.

En agosto, tendremos una "Orientación para padres nuevos", que es el requisito final para inscribirse en SVA. Nos comunicaremos con usted para informarle la fecha y hora de este evento con algunas semanas de anticipación. En esta orientación, tendrá la oportunidad de inscribirse para recibir atención después de la escuela. Además, SVA enviará a casa el Manual para padres / estudiantes y algunos documentos adicionales el primer día de clases.

Sugerimos que marque el sitio web de nuestra escuela y se registre para recibir correos electrónicos de "Noticias y Notas". ¡Esto lo mantendrá informado y conectado a nuestra escuela!

En nombre del equipo de fundadores, la Junta directiva de The Academies CMO, nuestros maestros y personal, nuevamente felicitamos a su familia. Sabemos que Sycamore Valley Academy será un gran lugar para aprender, y que nuestro programa centrado en el estudiante hace una diferencia positiva en las vidas de muchas familias. Esperamos conocerte a ti y a tu hijo. ¡Le damos la más cordial bienvenida cuando se une a la comunidad de SVA!

Sinceramente,

Allan Benton
Director de escuela

Accelerating Academics in an Enriching Environment

an award-winning, tuition-free, public charter school

2020-21

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL 2020-21

PRIMER NOMBRE		**SEGUNDO NOMBRE**	**APELLIDO**
SEXO	**GRADO**	**FECHA NE NACIMIENTO**	**CIUDAD DE NACIMIENTO, ESTADO, PAÍS**
¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS?			

DIRECCIÓN FÍSICA

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE ENVIO (SI ES DIFERENTE)

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NÚMEROS DE TELÉFONO

CASA_____ CELL #1_____ CELL #2_____

DISTRITO ESCOLAR DE RESIDENCIA	**ALTERNATIVA DE ASISTENCIA ESCOLAR PÚBLICA** (¿A qué escuela asistiría el niño según su dirección física, suponiendo que no haya transferencias entre distritos?)

LA ESCUELA ANTERIOR MÁS RECIENTE

NOMBRE _____ CIUDAD, ESTADO _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL

CORREO ELECTRÓNICO ALTERNATIVO

ETNICIDAD

Se usa solo para informes estatales o federales. Marque un 1 al lado de la etnicidad principal del estudiante, y una X al lado de cada origen étnico adicional con el que el estudiante se identifica.

____ African American ____American Indian ____Arabic ____Chinese ____Filipino ____Hispanic/Latino
____ White ____Middle Eastern ____Japanese ____Korean
____ Southeast Asian (Cambodian, Vietnamese, Laotian, Hmong, Thai, etc.) ____Pacific Islander
____ Other, non-White ____Decline to State

ENCUESTA DE IDIOMAS EN EL HOGAR

La ley estatal exige que los estudiantes con un idioma diferente al inglés, según lo informado por los padres en respuesta a estas preguntas, tomen la prueba CELDT para evaluar el dominio del inglés.

¿Qué idioma aprendió el alumno a hablar por primera vez?_____
¿Qué idioma lee / habla el estudiante con más frecuencia en casa?_____
¿Qué idioma habla el padre / tutor con más frecuencia al estudiante?_____
¿Qué idioma es el más hablado por los adultos en el hogar?_____
¿El estudiante es fluido en el inglés?_____

ENCUESTA DE TECNOLOGÍA EN EL HOGAR

¿Su familia tiene una computadora personal operable (Mac o PC) en casa?_____¿Una impresora?_____
¿Su familia tiene conexión a Internet en el hogar?_____
¿Es la comunicación por correo electrónico (a través de la dirección de correo electrónico principal indicada anteriormente) una forma confiable de comunicarse con su familia?_____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Grado

PADRE/ GUARDIÁN LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Inicial al lado de cada elemento a continuación para indicar el acuerdo con la declaración. Déjelo en blanco para indicar desacuerdo.

____ Mi estudiante tiene permiso para acceder a Internet en la escuela con fines educativos o de investigación.

____ Doy mi permiso para que la información de contacto del estudiante (nombre del estudiante, número de teléfono, dirección de correo electrónico) se incluya en el directorio de la clase. Verifique a continuación los artículos que aprueba para compartir:

____nombre del estudiante ____número de teléfono ____dirección de correo electrónico

____ Doy mi permiso para que Sycamore Valley Academy use el trabajo o proyectos de mi estudiante como ejemplos públicos del programa en SVA.

INGRESO ANNUAL DEL HOGAR ESTIMADO

Esta información se usará para asegurar que SVA tenga los mejores recursos y fondos disponibles para atender a su estudiante. Esta información se mantiene confidencial y no se compartirá con personas o agencias externas. *El ingreso anual del hogar es su ingreso bruto anual (antes de deducciones o impuestos) de todos los miembros contribuyentes del hogar combinados. Incluya cualquier ingreso recibido por un menor de un empleo a tiempo completo o parcial. Incluya los ingresos recibidos por un niño de SSI, asistencia social, manutención de menores o programas de asistencia para la adopción.*

Instrucciones: Encuentre el tamaño de su hogar entre la columna vertical de opciones a la izquierda. Desde allí, mueva su dedo horizontalmente por la fila para encontrar el rango de ingresos que mejor describa a su familia. Coloque una marca en la casilla correspondiente.

Tamaño del hogar	**Ingreso Anual del Hogar**			
2	$0 to $17,045	$17,046 to $21,983	$21,984 to $31,284	$31,285 +
3	$0 to $21,495	$21,496 to $27,729	$27,730 to $39,461	$39,462 +
4	$0 to $25,945	$25,946 to $33,475	$33,476 to $47,638	$47,639 +
5	$0 to $30,395	$30,396 to $39,221	$39,222 to $55,815	$55,816 +
6	$0 to $34,845	$34,846 to $44,967	$44,968 to $63,992	$63,993 +
7	$0 to $39,295	$39,296 to $50,713	$50,714 to $72,169	$72,170 +
8	$0 to $43,745	$43,745 to $56,459	$56,460 to $80,346	$80,347 +

ENCUESTA DE SERVICIOS ESPECIALES

¿Alguna vez su hijo recibió servicios de educación especial de algún tipo?_____

¿Alguna vez su hijo recibió servicios de la Sección 504 de cualquier tipo?_____

Si **NO**, firme y coloque la fecha aquí:

Certifico que mi estudiante nunca recibió servicios de educación especial de ningún tipo. Certifico además que mi estudiante no tiene un plan 504.

Padre/ Guardián_____Fecha_____

Si la respuesta es **SÍ**, firme y coloque la fecha aquí y proporcione a Sycamore Valley Academy una copia del IEP, incluido un IEP de salida o un plan 504, según corresponda:

Entiendo que debo presentar toda la documentación de Educación Especial y / o el plan 504 con el trabajo de inscripción de mi hijo, y que, sin él, mi hijo no puede inscribirse en Sycamore Valley Academy

Padre/ Guardián_____Fecha_____

OTRAS CONSIDERACIONES

¿Tu hijo tiene algún problema de aprendizaje? _____En caso afirmativo, explíquelo por favor._____

_____

¿Su hijo ha sido retenido u omitido una nota??_____En caso afirmativo, explíquelo por favor._____

_____

¿Este estudiante ha sido expulsado o suspendido anteriormente de la escuela?_____En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

_____

¿Tiene su estudiante limitaciones físicas (visión, audición, etc.) o alergias de las que deberíamos estar conscientes?_____En

caso afirmativo, explíquelo por favor._____

¿Toma su estudiante algún medicamento que pueda requerir asistencia del personal escolar? _____ En caso afirmativo, explique brevemente aquí y presente un plan médico para la atención del alumno en la escuela antes del primer día de clases. ____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Grado

INFORMACIÓN PADRE / GUARDIAN

Padre/Guardián 1 Nombre_____
PRIMER SEGUNDO APPELLIDO

Relación con el estudiante_____¿Vive con el estudiante?_____
¿Enviar correos de estudiantes?_____

Dirección de la calle (si es diferente al estudiante)_____
CALLE CUIDAD ESTADO ZIP
Empleador_____
Dirección de empleo_____
Teléfono del trabajo_____ extención_____
¿El Padre / Guardián 1 está empleado en una o más actividades agrícolas o pesqueras de temporada u otro tipo de temporalidad?_____

Nivel más alto de educación alcanzado por el padre / guardián 1:
____ Título de posgrado (es decir, MA, MS, PhD, EdD, PsyD)
____ Graduado universitario (es decir BA, BS, BFA)
____ Algunos estudios universitarios (es decir, AA o 2 años de un título de 4 años)
____ Graduado de secundaria (diploma o GED)
____ No es un graduado de secundaria
____ Declinado declarar

Padre/Guardián 1 Nombre_____
PRIMER SEGUNDO APPELLIDO

Relación con el estudiante_____¿Vive con el estudiante?_____
¿Enviar correos de estudiantes?_____

Dirección de la calle (si es diferente al estudiante)_____
CALLE CUIDAD ESTADO ZIP
Empleador_____
Dirección de empleo_____
Teléfono del trabajo_____ extención_____
¿El Padre / Guardián 1 está empleado en una o más actividades agrícolas o pesqueras de temporada u otro tipo de temporalidad?_____

Nivel más alto de educación alcanzado por el padre / guardián 1:
____ Título de posgrado (es decir, MA, MS, PhD, EdD, PsyD)
____ Graduado universitario (es decir BA, BS, BFA)
____ Algunos estudios universitarios (es decir, AA o 2 años de un título de 4 años)
____ Graduado de secundaria (diploma o GED)
____ No es un graduado de secundaria
____ Declinado declarar

Entiendo que estoy inscribiendo a mi estudiante en Sycamore Valley Academy (SVA), una escuela pública autónoma. Mientras mi estudiante esté inscrito en SVA, está prohibido que mi hijo asista a otra escuela pública o privada. Estoy inscribiendo a mi hijo en Sycamore Valley Academy por libre elección.

Padre/Guardián_____Fecha_____

Contacto de Emergencia e Información Médica Para un Niño

M F

Nombre del niño | Fecha de nacimiento | Sexo

Nombre del padre / guardian

( ) ( )

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo

Nombre del padre / guardián

( ) ( )

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado | Código postal

Ciudad, Estado | Código postal

Contactos de Emergencia Alternativos

Contacto de emergencia primario

( ) ( )

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo

Contacto de emergencia secundario

( ) ( )

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado | Código postal

Ciudad, Estado | Código postal

Información Médica

Hospital/Preferencia Clínica

( )

Nombre del médico | Número de teléfono

Compañía de seguros médicos | Número de póliza

Alergias/Consideraciones especiales de salud

Autorizo todo el tratamiento médico y quirúrgico, rayos X, laboratorio, anestesia y otros procedimientos médicos y / u hospitalarios que puedan ser realizados o prescritos por el médico tratante y / paramédicos de mi hijo y renuncio a mi derecho al consentimiento informado del tratamiento. Esta exención se aplica solo en el caso de que no se pueda contactar a ninguno de los padres o guardián en caso de una emergencia.

Padre/Guardiánes Signature | Fecha

Doy permiso para que mi hijo vaya a excursiones. Libero a Sycamore Valley Academy y a los individuos de responsabilidad en caso de accidente durante actividades relacionadas con Sycamore Valley Academy, siempre que se hayan tomado los procedimientos de seguridad normales.

Firma del padre/guardián | Fecha

Firma de testigo | Fecha

Accelerating Academics in an Enriching Environment

an award-winning, tuition-free, public charter school

2020-21

Solicitud de registros estudiantiles

Fecha _____

To _____ Fax #_____
NOMBRE DE LA ESCUELA MÁS RECIENTE

_____ Teléfono #_____
DIRECCIÓN

_____
CIUDAD

Le doy a Sycamore Valley Academy la autorización para solicitar el registro cumulativo (CUM) de mi (s) estudiante (s) para los estudiantes que figuran a continuación:

_____
Firma del padre/guardián Fecha

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimento	Gradeo

For SVA Office Use Only
Cumulative Records requested by: Date:
Request follow-up by: Date:
Received on:

Gifted Development Center *a service of*

The Institute for the Study of Advanced Development

CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA DE SUSTANTIVO

Nombre del niño_____**Nombre del padre**_____**Fecha**_____

En comparación con otros niños de la edad de su hijo, ¿en qué medida estas descripciones le quedan bien a su hijo?

	Característica	No es verdad	Incierto	Cierto	Muy cierto
1.	Razones bien (buen pensador)				
2.	Aprende rápidamente				
3.	Tiene un extenso vocabulario				
4.	Tiene una excelente memoria				
5.	Tiene una gran capacidad de atención *				
6.	Sensible (los sentimientos duelen fácilmente)				
7.	Muestra compasión				
8.	Perfeccionista				
9.	Intenso				
10.	Moralmente sensible				
11.	Tiene una gran curiosidad				
12.	Perseverante cuando está interesado *				
13.	Tiene un alto grado de energía				
14.	Prefiere compañeros mayores / adultos				
15.	Tiene una amplia variedad de intereses				
16.	Tiene un gran sentido del humor				
17.	Lector principiante o ávido **				
18.	Preocupado por la justicia, la equidad				
19.	Juicio maduro para la edad *a veces*				
20.	Es un observador entusiasta				
21.	Tiene una imaginación vívida				
22.	Es muy creativo				
23.	Tiende a cuestionar la autoridad				
24.	Muestra la habilidad con los números				
25.	Bueno en rompecabezas				
26.	Es un estudiante independiente				

(Largo lapso de atención o perseverante <u>si está interesado;</u> ¿El niño se queda con las tareas durante largos períodos de tiempo?)

(Si el niño es demasiado pequeño para leer, está muy interesado en los libros)

© Linda Silverman, 1993

Por favor, brinde ejemplos de las características que mejor describen a su hijo. (Usa el reverso de la hoja)

8120 Sheridan Blvd. Suite C-111, Westminster, CO 80003 ●● Voice 303-837-8378 ●● Fax 303-831-7465
www.gifteddevelopment.com ●● Revised: 2014

¿Crees que tu hijo puede ser intelectualmente talentoso? si no

Oral Health Assessment Form

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

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: □ Male □ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Asian □ Native American □ Multi-racial □ Other_____ □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ Yes □ No	Treatment Urgency: □ No obvious problem found □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature ***CA License Number*** ***Date***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ▶_____

Signature of parent or guardian ***Date***

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31 of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) tenga un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional de salud dental licenciado por el estado de California y operando dentro del alcance de su práctica debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si su hijo(a) ha tenido un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. SI no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerle el examen dental, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Unidad:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: □ Masculino □ Femenino
Nombre del Padre o Tutor:	Raza u Origen Étnico del(a) Niño(a): □ Blanco □ Negro/Afro Americano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Indio Americano □ Multirracial □ Otro_____ □ Hawaiano/Isleño Pacífico □ Desconocido		

Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

(Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: *(fecha de evaluación)*	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) *(caries visibles y/o empastes presentes)* □ Yes *(sí)* □ No *(no)*	Visible Decay Present: *(caries visibles presentes)* □ Yes *(sí)* □ No *(no)*	Treatment Urgency *(urgencia de tratamiento)*: □ No obvious problem found *(no se encuentra ningún problema obvio)* □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) *(se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional)* □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) *(se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)*

Licensed Dental Professional Signature *(Firma del Profesional de Salud Dental)*	***CA License Number*** *(Número de Licencia de California)*	***Date*** *(Fecha)*

Sección 3: Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Dental

A ser completado por el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito

Por favor excuse a mi hijo(a) de tener el examen dental ya que: (Marque el encasillado que mejor describa la razón)

□ No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a). El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Otro _____ □ Ninguno

□ No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).

□ No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.
Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental:_____

Si quiere ser excusado de éste requisito: ▶ _____
Firma del padre o guardián ***Fecha***

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún reporte hecho a consecuencia de dicha ley. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
El original será guardado en el registro escolar del estudiante

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS

DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA

A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
  (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
  3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
  Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.

- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
  (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)

- **Hepatitis B—3 dosis**
  (No se requiere para el paso a 7° grado)

- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
  (Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)

- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el Kínder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7º grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
  (El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)

- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
  (Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre Kínder de Transición/Kínder y 6° grado

- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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

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

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD *(optional)* y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

***de ser indicado**

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

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

Firma del padre/madre o guardián — Fecha

Firma del examinador de salud — Fecha

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

PRESENTATION

INCIDENT POLICY

1. WRITTEN WARNING

SVA staff will send a written warning the first time a student is out of uniform. Parents must sign the warning and return it within 2 school days.

2. PARENT CALL

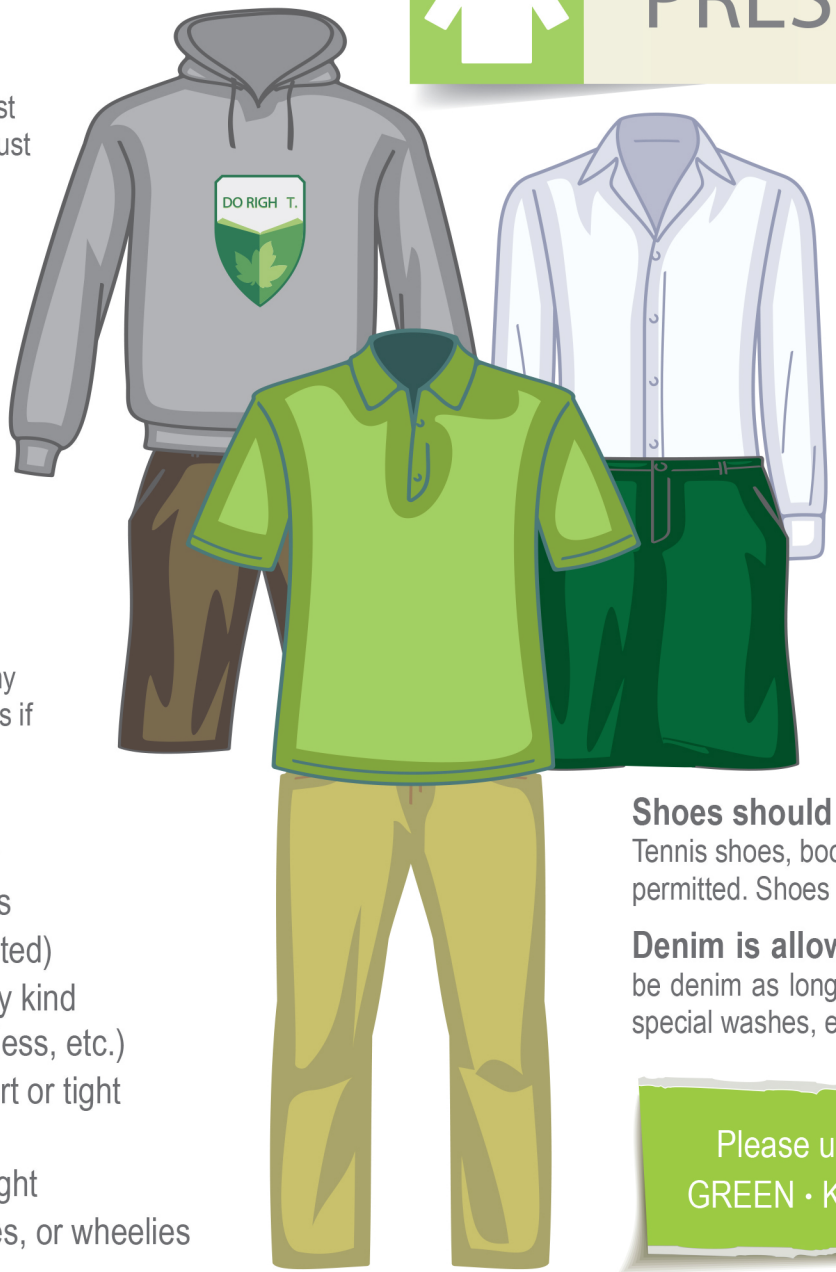
On the second offense, a parent will be called to bring the appropriate item(s) or take their student home to change.

3. PARENT MEETING

Repeated offenses will result in a meeting with the Principal to resolve the problem. Parent cooperation is so important at SVA and if there's an issue, we want to help!

4. SPECIAL CIRCUMSTANCES

The Principal reserves the right to make any exceptions or extended warnings to families if a situation warrants it.



To follow the SVA Dress Code just remember to keep it

SOLID & SIMPLE

Clothing should be modest and plain, with no patterns, embellishments or logos and must fit properly.

Official SVA Logo Apparel is allowed and available.

All shirts must have collars.
Buttondowns, turtlenecks, Peter-Pan collars and polo shirts are allowed. Shirts must be green or a neutral color like tan, grey, black or white. No other shirt colors are allowed.

PLEASE DON'T WEAR

- Patterns, embellishments or logos
- BLUE (except for denim items noted)
- Sleeveless or cropped tops of any kind (tank tops, spaghetti straps, backless, etc.)
- Skirts and shorts that are too short or tight (no miniskirts or "short shorts")
- Pants that are too baggy or too tight
- Light-up sneakers, flip-flops, jellies, or wheelies

Shoes should be practical and neutral.
Tennis shoes, boots, dress flats (i.e. Mary Janes), and sandals are permitted. Shoes and boots may not have heels higher than 1".

Denim is allowed. Pants, Shorts, Skirts, Skorts and Jackets can be denim as long as it does not have visual logos, embellishments, special washes, etc. No other blue fabric is acceptable for any item.

Please use the color palette to guide your choices.
GREEN · KHAKI · BROWN · GREY · BLACK · WHITE