



Galt Joint Union Elementary School District
1018 C Street, Suite 210, Galt CA 95632 | 209-744-4545

Inscripciones para el Año Escolar 2024-2025

Inscripción y Elegibilidad

Las inscripciones para el año escolar 2024-2025 comenzarán **el lunes 22 de enero 2024.**

Inscripciones en línea en: https://ca-galt.edupoint.com/pxp2_OEN_login.aspx

Los Paquetes de inscripción también se pueden recoger en cualquier sitio escolar [o descargar aquí](#). La oficina sellará el paquete con la fecha y el tiempo que fue entregado.

- Para inscribir en el Kínder se requiere que el niño tenga 5 años en o antes del 1° de septiembre de 2024.
- Para inscribir en el Kínder Transicional se requiere que el niño cumpla 5 años entre el 2 de septiembre de 2024 y el 2 de Junio de 2025.
- El Kínder Transicional para todos los estudiantes estará en el Centro de Preparación Escolar de Fairsite en 902 Caroline Street, Galt.

Prioridad de Registro y Colocación – POR FAVOR NOTE

GJUESD no puede garantizar la colocación de cada niño en su escuela de asistencia si las clases están a su máxima capacidad. Existe la posibilidad que su hijo pueda ser reasignado a otra escuela de GJUESD. Se dará prioridad a los registros completos que fueron entregados a tiempo, de acuerdo con el orden recibido después que comenzaron las inscripciones

Documentos requeridos para inscripción

1. Comprobante de residencia

Bajo la sección 48204.1 del Código de Educación, los siguientes documentos establecen la residencia en una zona de residencia escolar:

- Recibos de pago de impuestos de propiedad;
- Contrato de renta, arrendamiento, o recibos de pago;
- Contrato de servicios de utilidades, factura, o recibos de pago;
- Talón de cheque/pago/trabajo;
- Registro de votante;
- Correspondencia de una agencia de gobierno; o
- Declaración de residencia ejecutada por el padre o tutor legal del estudiante.

2. Comprobante de edad

Bajo la sección 48002 del Código de Educación, los siguientes documentos establecen la edad:

- Copia certificada del acta de nacimiento;
- Declaración del registrador local o un registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento;
- Acta de fe de bautismo;
- Pasaporte; o
- Declaración jurada del padre, tutor o guardián del menor.

3. Registro de vacunas (requisito de registro de vacunas adjunto)

4. Examen Físico para Kínder y 1er grado (información adjunto)

5. Examen Físico para Kínder y 1er grado (información adjunto)

Examen Físico de Kínder y Primer Grado: La ley estatal requiere que cada niño que se inscriba en el primer grado, el padre o tutor debe presentar un certificado, firmado por un médico, que verifique que el niño haya recibido un examen físico dentro de los últimos 18 meses.

MISSION STATEMENT

La misión del Distrito escolar es promover el crecimiento y el logro a través de programas educativos innovadores que integren las fortalezas personales y el aprendizaje socioemocional y académico para todos los niños.

Superintendent: Lois Yount | Chief Business Official: Alejandra Garibay
Curriculum Director: Claudia Del Toro-Anguiano | Educational Services Director: Kuljeet Nijjar
Board of Trustees: Traci Skinner, Casey Raboy, Katherine Harper, Annette Kunze, Wesley Cagle

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación de Estudiante

Nombre Legal del Estudiante: Apellido _____ Sufijo _____
Primero _____ Segundo _____
Nombre Legal Anterior _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ Género: Masculino Femenino Grado _____

Hogar 1:

Dirección física _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Donde recibe correo (si es diferente) _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

Apellido del Contacto Principal _____ Primer Nombre _____
Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No
Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____
Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (_____) _____
Teléfono Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ ext._____
Teléfono de texto (_____) _____ Correo Electrónico _____
Empleador _____ Ciudad _____

Apellido del Contacto _____ Primer Nombre _____
Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No
Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____
Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (_____) _____
Teléfono Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ ext._____
Teléfono de texto (_____) _____ Correo Electrónico _____
Empleador _____ Ciudad _____

Otros Estudiantes que Viven en el Hogar	Relación al Estudiante	Grado	Nombre de Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Hogar 2: Si es aplicable, por favor complete.

Dirección física _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Donde recibe correo (si es diferente) _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

Apellido del Contacto Principal _____ Primer Nombre _____
Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No
Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____
Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (_____) _____
Teléfono Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ ext._____
Teléfono de texto (_____) _____ Correo Electrónico _____
Empleador _____ Ciudad _____

Apellido del Contacto _____ Primer Nombre _____
Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No
Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____
Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (_____) _____
Teléfono Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ ext._____
Teléfono de texto (_____) _____ Correo Electrónico _____
Empleador _____ Ciudad _____

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación de Estudiante

Hogar 2: (continuado)

Otros Estudiantes que Viven en el Hogar	Relación al Estudiante	Grado	Nombre de Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Contactos de Emergencia: Lista de personas, que no sean los padres / tutores, autorizadas para recoger a su hijo. Debe tener 18 años de edad o más.

Primer Nombre y Apellido	Relación	Teléfono principal (seleccione uno)
1.		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (____) _____
2.		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (____) _____
3.		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (____) _____

Orden Judicial:

¿Existe una orden judicial sobre la custodia de este estudiante? Sí No

¿Existe una orden de restricción con respecto a un padre biológico o a otra persona? Sí No

Si contesto sí a cualquier pregunta anterior, debe proveer a la escuela una copia de la orden judicial más reciente dentro de los 10 días de registro de su alumno. Por favor inicial. _____

Si no se proporciona una orden judicial, la información será divulgada a este padre cuando lo solicite.

Órdenes judiciales deben volver a presentarse a la escuela al comienzo de cada año escolar.

(Requisito federal y estatal)

Residencia: ¿Dónde vive actualmente su estudiante/familia? Seleccione uno.

Familia Sola, Residencia Permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)

Refugios Temporales (alojamiento de transición)

Hoteles/Moteles

Vivienda Compartida Temporal (sin hogar comparte la vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda o dificultad económica)

Refugio sin Protección Temporal (coche/campamento)

Hogar de Crianza o Colocación en Hogares de Adopción por Parentesco

Otro _____

Escuela Anterior:

Nombre del Distrito / Escuela _____ Fax (____) _____

Dirección _____ Teléfono (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Grado(s) matriculado _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de salida ____/____/____

Historial de la Inscripción:

Fecha en que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela TK-12 en California.

____/____/____ Grade _____

¿Se inscribió el estudiante anteriormente en el Distrito de Escuelas Primarias de Galt? Sí No

¿Ha avanzado el estudiante un grado antes de lo esperado? Sí No Grado _____

¿Ha repetido el estudiante un grado? Sí No Grado _____

¿Ha participado el estudiante en un programa de Dotados y Talentosos (GATE)? Sí No

¿Ha sido expulsado el estudiante de un distrito escolar anteriormente? Sí No

¿Está pendiente una expulsión? Sí No

Escuela _____ Razón _____

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación de Estudiante

(Requisito federal y estatal)

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma o idiomas que cada estudiante habla en su casa. Esta información es esencial y afectará la colocación y los servicios del programa académico de su estudiante.

Encuesta de idioma en casa:

1. ¿Qué idioma aprendió su estudiante cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su estudiante con más frecuencia en casa? _____
3. ¿En qué idioma utilizan (los padres o tutores) con más frecuencia al hablar con su estudiante?

4. ¿Qué idioma se habla más a menudo por los adultos en el hogar? (Padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

¿Qué idioma prefiere recibir correspondencia verbal y escrita? Inglés Español

(Requisito federal y estatal)

Etnicidad y Raza: Por favor, conteste las dos preguntas.

1. ¿Cuál es la etnicidad de su estudiante?
 - Hispano o Latino: Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, de otra cultura o origen español, independientemente de su raza.
 - No Hispano o Latino
2. ¿Cuál es la raza de su estudiante? Independientemente del origen étnico del estudiante, seleccione una o más categorías de raza.
 - Indio Americano o Nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo Centroamérica), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo con la comunidad.

Asia: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Filipino |

Negro o afroamericano: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Guamiano | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Tahitiano | <input type="checkbox"/> Otro Islandés del Pacífico |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|

Blanco: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

(Requisito federal y estatal)

Nivel de Educación de Padres: Seleccione el nivel más alto completado por cualquiera de los padres/tutores.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No graduado de Secundaria | <input type="checkbox"/> Algo de Universidad o licenciatura | <input type="checkbox"/> Graduado de licenciatura o superior |
| <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria | <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad | <input type="checkbox"/> Renunciar de Divulgar |

Empleos Migratorios: ¿Se encuentra alguno de los padres/tutores trabajando o ha trabajado en empleos migratorios (se ha mudado y ha trabajado por temporadas en trabajos de agricultura, madera, lechería o pesquerías) en los últimos tres años? Sí No

¿Está su estudiante actualmente recibiendo servicios? Sí No

Familia de las Fuerzas Armadas: ¿Uno de los padres/tutores son miembros de la Fuerzas Armadas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas) en servicio activo o de tiempo completo de la Guardia Nacional? Sí No

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación de Estudiante

Educación Especial:

- ❖ ¿Tiene su estudiante un programa de Educación Individualizado (IEP)? Si No
 Si tiene uno, adjunte el IEP actual. Por favor ponga sus iniciales. _____ Marque todas las que aplique.
- ❖ ¿Tiene su estudiante Plan 504 actualizado (504 Plan)? Si No
 Si tiene uno, adjunte el 504 actual. Por favor ponga sus iniciales. _____ Marque todas las que aplique.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera-Ceguera | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla o del Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática |
| <input type="checkbox"/> Disturbio Emocional | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica | <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica Establecida | <input type="checkbox"/> Otros Problemas de Salud | |

Información Médica: Marque todas las que apliquen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Circulatorio | <input type="checkbox"/> Condición Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Alergia/ Alimentos | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 y Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Desorden Respiratorio/Condición |
| <input type="checkbox"/> Alergia/Otras | <input type="checkbox"/> Desorden de Alimento | <input type="checkbox"/> Desorden Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Desorden del Sistema Endocrino | <input type="checkbox"/> Condición de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Spina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Vejiga/Riñón/Desorden de Hígado | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Desorden de la Visión |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden Auditivos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca/Condición Cardíaca | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico | _____ |

Medicamentos: Si su estudiante está recibiendo medicamento diariamente, por favor indique abajo. No se puede administrar medicamento en la escuela sin documentación formal firmada por su médico. Las formas médicas están disponibles en la oficina de la escuela.

Medicamento	Cantidad	Veces que se Administra
1.		
2.		

Autorización Médica: Como padre/madre con custodia, legal del menor _____, autorizó al director o a su designado, en el cual le doy total encargo y consentimiento para que le hagan rayos-x, exámenes médicos, administren medicamentos, o hagan una diagnosis médica, tratamiento, y/o cuidado de hospital al menor indicado de acuerdo a los consejos de un médico/doctor y/o dentista. Comprendo que esta autorización se da por adelantado para cualquier diagnosis requerido, tratamiento, o cuidado de hospital cuando un médico o dentista lo justifica como necesario. Esta autorización se mantendrá en efectivo por todo el año escolar a solo que haga una cancelación por escrito y la entregue a los agentes nombrados anteriormente. Comprendo que el Distrito de Escuelas Primarias de Galt, sus empleados, y su mesa directiva no asumen responsabilidades de cualquier naturaleza relacionada al transporte o tratamiento del menor. Además, entiendo que todos los gastos de trasportación del paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos-x, o tratamiento relacionado a esta autorización serán mi responsabilidad.

Doctor de Preferencia _____ Teléfono (_____) _____

Hospital Preferido _____ Ciudad _____

Seguro Médico _____

Grupo/Número de Registro Médico _____ Número de la Póliza _____

- En el evento de un accidente o emergencia, doy permiso al personal de la escuela o persona en mi lista de contactos de emergencia que obtengan cuidado médico de emergencia para mi hijo/a.
- No doy/otorgo consentimiento para el cuidado médico en caso de una emergencia de mi hijo y libro al distrito escolar y a la escuela de toda responsabilidad. Por favor ponga sus iniciales. _____

Autorización Médica: Firma de Padre/Guardián _____

Matriculación del Estudiante: Al firmar abajo, autorizo la publicación de todos los expedientes estudiantiles y certifico que la información dada en este formulario es verdadera y correcta.

Su Nombre en Letra de Molde _____ Fecha _____/_____/_____

Firma de Padre/Guardián _____

Carta de notificación de salud bucal

Estimado padre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a su hijo a desempeñarse bien en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la ley de California, Código de Educación, Sección 49452.8, requiere que su hijo tenga una evaluación de salud oral o un chequeo dental durante su primer año en la escuela pública (kínder o primer grado). Cada niño necesita una evaluación de salud oral realizada por un dentista autorizado u otro profesional de la salud dental autorizado o registrado, y un formulario de evaluación de salud oral completado (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito.

Si su hijo no ha tenido una evaluación de salud oral en los últimos 12 meses, necesitará una antes del 31 de mayo. Lleve el formulario incluido al dentista de su hijo para que lo complete, si su hijo tuvo una evaluación de salud oral o una revisión dental en los últimos 12 meses. La siguiente información le ayudará a encontrar un dentista.

1. Puede llamar al centro de Servicios telefónicos de Medi-Cal al 1-800-322-6384 o visitar Smile California – Find a Dentist (<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>) para encontrar un dentista que acepta Medi-Cal. Para obtener ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal, puede solicitar por correo, ir en persona a la oficina local de Servicios Sociales o en Línea en Apply for Medi-Cal. (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>)
2. Para obtener recursos adicionales que pueden ser útiles, póngase en contacto con su departamento de salud pública local, haga clic en Apply for, <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx> para encontrar el de usted.

Cuando lleve a su hijo al dentista, lleve el formulario adjunto para que sea completado.

Si no puede llevar a su hijo a una evaluación de salud bucal, favor de completar el formulario separado de exención del requisito de evaluación de Salud Bucal, y regrese el formulario.

Entregue el formulario a la escuela de su hijo. La identidad de su hijo no aparecerá en ningún informe. Las escuelas mantienen la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Puede obtener más copias del formulario en la escuela de su hijo o en línea en el departamento de Educación de California. (<https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp>)

Queremos que su hijo este sano y preparado para la escuela. Aunque se caigan, los dientes de leche son muy importantes. Los niños necesitan dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos.

Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela.



A continuación, le ofrecemos importantes consejos para ayudar a mantener sano su hijo:

- Lleve a su hijo al dentista, los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca de tu hijo sana y sin dolor.
- Elige alimentos saludables para toda la familia, como frutas y verduras frescas. .
- Cepilla los dientes al menos dos veces al día con una pasta dental que contenga flúor.
- Limite los dulces y las bebidas azucaradas como el ponche, el jugo, o el refresco. Las bebidas azucaradas y los caramelos contienen mucho azúcar, lo cual provoca caries y deja menos espacio para que su hijo tome alimentos y bebidas saludables. Las bebidas azucaradas y dulces también pueden causar problemas de peso, lo que puede provocar otras enfermedades, tales como la diabetes. Dele mejor a su hijo opciones saludables como agua, leche, y fruta.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la enfermera del centro escolar.

209-744-4521

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección del Código de Educación 49452.8) dice que cada niño debe tener un chequeo dental (evaluación) para el día 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental con licencia de California deberá hacer este chequeo y llenar la Sección 2 de esta forma. Si su hijo/hija tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pregunte a su dentista que llene la Sección 2. Si usted no puede obtener un chequeo dental para su hijo/a, complete la excepción separada en la Forma de Requerimiento de Evaluación de Salud Oral.

Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud oral. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud oral se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en la vida futura. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (Debe ser llenado por uno de los padres o tutores)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial de Segundo nombre:	FDN de su hijo:
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año que su hijo entra al kínder: _____
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género de su hijo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnicidad/raza de su hijo:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada pregunta de forma separada. ✓ Marque su respuesta en el espacio correspondiente.

Assessment Date:	Untreated Decay (Visible Decay Present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or filling present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found	<input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)	<input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions)
_____ Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date		
*Check "Yes" for Caries experience if there is the presence of untreated decay or fillings. Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings.		

Sección 3: Follow-up to Urgent Care (filled out by entity responsible for follow-up)

Parent notified that child has urgent dental care need on: (enter date)	
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: (enter date)	
Did the child receive the needed treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, the entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with the parent) <input type="checkbox"/> I don't know

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para propósitos relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, por favor llame a su escuela.

**Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original debe de ser incluido en el archivo escolar de su hijo.**

Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Favor de completar este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal. Firme y entregue este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (Completado por los padres o tutor legal)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial de Segundo nombre:	FDN de su hijo:
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año que su hijo entra al kínder: _____
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género de su hijo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnicidad/raza de su hijo:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido	

Sección 2: Debe ser completado por el padre o tutor SOLO SI solicita ser eximido de este requisito

Le pido que exima a mi hijo de la evaluación porque (✓ marque la casilla que mejor describa el motivo):	
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No dispongo de tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no dispongo de tiempo libre en el trabajo, el dentista no ofrece un horario de atención conveniente).
<input type="checkbox"/>	No puedo ir al dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos)
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada anteriormente por la que solicita una exención de esta evaluación para su hijo): _____
Si pide que se le exima de este requisito:	
Firma del padre o tutor _____	Fecha _____

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información sobre la salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo puede utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela para el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original debe permanecer en el expediente escolar de su hijo.



KÍNDER DE TRANSICIÓN

KÍNDER DE TRANSICIÓN ACUERDO DE ADMISIÓN

Yo/Nosotros _____,
el(los) padre(s)/tutor de, _____, estoy en acuerdo y
entendiendo que mi hijo/a asistirá al programa de dos años, que incluye un año de Kínder
Transicional y un año de Kínder.

Yo entiendo que:

- ✓ Mi hijo será inscrito en Kínder Transicional para el 20____ - 20____ año escolar.
- ✓ Mi hijo será inscrito en Kínder para el 20____ - 20____ año escolar.

Firma de padre/Tutor

Fecha

Firma del Personal Escolar

Fecha



Galt Joint Union Elementary School District

Programa de Inmersión de Doble Idioma

¿Está interesado en el Programa de Inmersión de Doble Idioma para el año escolar del 2024-2025?

El Distrito de Escuelas Primarias de Galt ofrecerá un Programa de Inmersión de Doble Idioma empezando con el Preescolar y Kínder Transicional (TK) y Kínder para el año escolar del 2024-2025 con una progresión hasta el 6to grado cada año siguiente. El Programa de Inmersión de Doble Idioma es un programa educativo único que construye el bilingüismo y la alfabetización bilingüe en inglés y español. Inmersión de Doble Idioma integra a estudiantes nativos de habla inglesa y estudiantes nativos de habla Español que están aprendiendo inglés en el mismo salón de clases.

Cosas para considerar

- Espacio limitado
- Preescolar & TK ofrecidos en la Escuela Primaria Fairsite
- Kinder - 6^{to} ofrecidos en la Escuela Primaria Valley Oaks
- Un compromise continuo

Por favor visite el sitio web en <https://gjudsd-ca.schoolloop.com/> para más información y/o para leer las Preguntas Frecuentes de DLI. También puede comunicarse con la Administradora del Preescolar y Directora de la Escuela Primaria Fairsite, Laura Márquez, en Imarquez@galt.k12.ca.us

Por favor complete lo siguiente si esta interesado en participar en el Programa de Inmersión de Doble Idioma del año escolar 2024-2025. Un miembro del personal se comunicará con más información.

Nombre y apellido del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: ____/____/____ Género: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____



AVISO PARA PADRES DE APRENDICES DE INGLÉS

Re: Colocación en una Clase de Lenguaje Inglés

Como padre de un Estudiante Aprendiz de Inglés, es importante saber acerca de la colocación de su hijo en el programa de Aprendices de Inglés en su escuela. *Todos los estudiantes son colocados en clases de inglés*. En el programa general del Distrito, todas las lecciones se imparten en inglés y los estudiantes reciben una clase diaria de Desarrollo del Idioma Inglés. A continuación, se detalla una descripción de los programas de adquisición de idiomas proporcionados en el Distrito de Escuelas Primarias de Galt.

Programa Estructurado de inmersión en inglés:

Un programa de aprendizaje para estudiantes de inglés en el que se proporciona la mayoría de la instrucción en inglés. El español puede ser utilizado para ayudar al alumno en acceder el plan de estudios. Un asistente de instrucción bilingüe puede apoyar al alumno en su idioma principal. Los estudiantes reciben Desarrollo del Idioma Inglés todos los días y acceso al contenido de materias académicas de nivel de grado. Estudiantes de aprendices de inglés en los grados TK-8 en el nivel principiante de la fluidez inglés son colocados en este programa.

Programa De Inmersión de dos Idiomas:

Este programa es para estudiantes de inglés cuyo idioma nativo es el español. 50% de los estudiantes cuyo idioma nativo de habla es español y el 50% de los estudiantes cuyo idioma nativo de habla es inglés. La instrucción se imparte en español y cada año aumenta el porcentaje de instrucción en inglés. Los estudiantes también reciben una clase diaria de desarrollo de idioma Inglés. Este programa comienza en Kínder de Transición y continúa hasta el 8vo grado. Este programa se ofrece actualmente en Fairsite (TK Valley Oaks (Kínder)). *Los formularios de solicitud del programa de inmersión en dos idiomas* están disponibles en las oficinas de la escuela.

Con preguntas sobre el Programa Bilingüe o Programa de Inmersión bilingüe, por favor comuníquese con Laura Márquez, 209-745-1564, ext. 304 o lm Marquez@galt.k12.ca.us

MISSION STATEMENT

The school district's mission is to promote growth and achievement through innovative educational programs that integrate personal strengths, social-emotional and academic learning for all children.

Superintendent: Lois Yount | Chief Business Official: Alejandra Garibay
Curriculum Director: Claudia Del Toro-Anguiano | Educational Services Director: Kuljeet Nijjar
Board of Trustees: Traci Skinner, Casey Raboy, Katherine Harper, Annette Kunze, Wesley Cagle



SOLICITUD DE TRANSPORTACIÓN

Los estudiantes serán elegibles para el servicio de transporte hacia y desde la escuela si la distancia entre la parada de autobús establecida por la escuela y la escuela supera el mínimo que se indica a continuación:

- Para estudiantes de escuela primaria Grados TK/K-6: de 1 milla
- Para estudiantes que asisten a la escuela secundaria, Grados 7-8: de 2 millas

Volver a:

GJUESD Transportation Department 1019 Beaver Park Way, Galt, CA 95632

o envíe el formulario al correo electrónico : transportation@galt.k12.ca.us

INFORMACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Padre/Tutor*	
Teléfono de Casa*	
Celular de Padre/Tutor*	
Teléfono de Trabajo	
Domicilio*	
Apto #	
Ciudad*	
Correo Electrónico*	
Nombre de Contacto de Emergencia*	
Numero de contacto de Emergencia*	

**requerido*

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL #1

Nombre del Estudiante*	
Nombre de Escuela*	
Grado del Estudiante*	

**requerido*

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL #2

Nombre del Estudiante	
Nombre de Escuela	
Grado del Estudiante	

- El superintendente o la persona designada puede autorizar el transporte a una distancia a pie cuando existan problemas de seguridad o peligros.
- Los estudiantes que asisten a la escuela a través de una transferencia dentro del distrito o entre distritos no son elegibles para el transporte.



Vacunas requeridas para TK-12 y 7° grado

Los alumnos ingresando a TK/K-12 grado necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina (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 pertusas (tosferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos en 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 ingreso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después)
- **Varicela—2 dosis**

Los requisitos de vacunación de TK/K-12 se aplican a las nuevas admisiones y transferencias para todos los grados, incluido el 7° grado, y a los estudiantes cuyas exenciones ya no son válidas.

Los alumnos ingresando a 7° 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)

Se requiere que las escuelas en California revisen los comprobantes de inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kinder de transición(TK)/kinder hasta 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado antes de ingresar. Los padres deben presentar el comprobante de inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.