



Gravenstein Union School District
3840 Twig Avenue
Sebastopol, California 95472

Student Registration Form

Date _____ Gravenstein Elementary School Hillcrest Middle School

Male Female Grade _____

Legal Name of Student

Date of Birth

City, State and Country of Birth

Street Address

City

Zip Code

Mailing Address

City

Zip Code

Parent Work Phone

Parent Cell Phone

Parent Work Phone

Parent Cell Phone

Parent email

Parent email

Father's Name

Mother's Maiden Name

Citizenship

Citizenship

Occupation

Occupation

Father's Education

Mother's Education

Father's Place of Birth

Mother's Place of Birth

With whom does your child live? (Please check all that apply) Father Mother

Step-Father Step-Mother Grandmother Grandfather Guardian

Other _____ (Please give relationship)

Are parents separated? Yes No If so, may other parent pick up child at school?

Yes No (if not, please supply school with supportive legal document).

Parent address if different than above _____

Street Address

2nd Mailings to this address: Yes No

City

Zip Code

Name and Address of Last School Attended _____

Does your child have any physical handicaps? _____

Has your child any vision, hearing or speech problems? _____

Any serious illnesses or operations? _____

Any convulsions or seizures? _____

Please state here if there are any problems or other matters you feel would be helpful to the teacher or principal regarding your child. (If you feel an immediate conference with the teacher is necessary, please indicate.)

Primary Language _____

Ethnicity _____

1. a.	Is student Hispanic or Latino?
	Yes, Hispanic or Latino
	<u>Please continue to answer the following</u> by marking one or more boxes to indicate student's race.
1. b.	Student race (<i>Select one or more</i>):
	American Indian or Alaska Native
	Asian Indian
	Black or African American
	Cambodian
	Chinese
	Filipino
	Guamanian
	Hawaiian
	Hmong
	Japanese
	Korean
	Laotian
	Other Asian
	Other Pacific Islander
	Samoan
	Tahitian
	Vietnamese
	White

Family Doctor _____ Family Dentist _____

Parent/Guardian Signature: _____ Relationship: _____



For Office Use Only

Date Entered School: _____ Teacher: _____

Room Number: _____

Date Cumulative Record Requested from Previous School: _____



GRAVENSTEIN UNION SCHOOL DISTRICT
3840 Twig Avenue
Sebastopol, CA 95472

STUDENT CUMULATIVE FILE REQUEST

Date _____

Previous School _____

Address _____

Fax _____

Phone _____

Please forward copies of any records, report of examinations, test scores, immunization records, psychological reports and all other information regarding my child(ren) **to school checked below:**

_____ Hillcrest Middle School
725 Bloomfield Road
Sebastopol, CA 95472
Telephone 707-823-7653
Fax **707-823-4630**

_____ Gravenstein Elementary School
3840 Twig Avenue
Sebastopol, CA 95472
Telephone 707-823-5361
Fax **707-823-0478**

Name of Child(ren)	Birth Date	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PLEASE FAX IMMUNIZATIONS AND ANY IEP INFORMATION ASAP TO SCHOOL CHECKED ABOVE.

Signature of Parent or Guardian

Date

Please Print Name Here

HOME LANGUAGE SURVEY

Date _____ School _____

Teacher _____

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return it form to his/her teacher. Thanks you for your help.

Name of student: _____
Last First Middle Grade Age

1. Which language did your child learn when he or she first began to talk? _____
2. What language does your child most frequently use at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your child? _____
4. Name the languages in the order most often spoken by the adults at home:
a. _____
b. _____
c. _____

State of California
Department of Education
OPER – LS 77

Signature of parent or guardian

ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Fecha

Escuela

Maestro(a)

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro.

Nombre del alumno: _____

Apellido	Primero	Segundo	Grade	Edad
----------	---------	---------	-------	------

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar cual idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cual idioma usa UD. Con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cual (es) idioma(s) hablan los adultos con mas frecuencia en la casa?
a. _____
b. _____
c. _____

Firma del padre o tutor

DATE _____

STUDENT EMERGENCY CONTACT CARD

Emergency Contact/ Medical Consent

Office Use Only
 CSIS
 Date Enrolled
 MEDICAL
 CUSTODY
 SPECIAL NEEDS

STUDENT

Last Name First Middle

Male _____
 Female Teacher/Advisor

Home Address (Primary Residence) City State/Zip

Home Phone Birthdate Birthplace

Mailing Address, if different from above City State/Zip

Lives with: Both Parents Mother Father Legal Guardian
Address change? No Yes If Yes, please contact the School Office.

MOTHER/GUARDIAN

Last Name First

Email Employer

Home Address, if different from above City State/Zip

Home Phone Work Phone Cell Phone Pager

FATHER/GUARDIAN

Last Name First

Email Employer

Home Address, if different from above City State/Zip

Home Phone Work Phone Cell Phone Pager

Are there any COURT-MANDATED custody/visitation orders limiting access to this student?

No Yes If Yes, please attach LEGAL ORDER.

Other children at home: _____ | _____ | _____
Name Grade School

_____ | _____ | _____
Name Grade School

Languages spoken at home: 1. _____

2. _____

AUTHORIZED CONTACTS

Please list the names of relatives/neighbors/friends in close proximity to the school to which we may release your child or contact if you cannot be reached. **NO STUDENT WILL BE RELEASED TO ANYONE OTHER THAN THE PARENTS, GUARDIANS OR ADULTS LISTED ON THIS CARD.**

In selecting someone to whom you authorize the release of your child, consider: (a) Would your child feel safe and comfortable with this person and family? (b) Could this person care for your child for several days? (c) Is this person prepared to handle any special medical needs required by your child?

I/we hereby authorize the release of the student named above to the following persons in the event of illness, injury, evacuation or emergency that may occur while students are in school.

Name	Relationship	Home Phone	Work or Cell Phone
Out-of-state contact:			

I declare that the information on this form is true and correct. I will notify the school office immediately of any changes to be made in the foregoing information.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____ Relationship _____

STUDENT EMERGENCY CONTACT CARD

Medical Information and Consent

Page 2

STUDENT _____

_____ Last

_____ First

_____ Middle

MEDICAL/HEALTH INFORMATION

Medication: Does your child require medication? No Yes

If your child requires medication at school, all medication sent to school must be in the original prescription container with a current date and the child's name. An "Authorization for Administration of Medication" form must be on file. For disasters, please provide a separate three-day supply for the school office, in the same format, along with the green "72-Hour Disaster Medication" form. Both forms are available from the school office.

Medication	Dosage	Hour(s) given

Health Insurance Information: *Please check appropriate box.*

- Family Health Insurance Healthy Families California Kids
 Medi-Cal # _____ No Health Insurance

Physician/Health Care Provider _____ Phone No. _____

Health Plan/Group Name _____ Policy No. _____

Dentist _____ Phone No. _____

Vision and/or Hearing Problems:

- Wears glasses/contacts: for board work for reading all the time
Date of last eye exam _____ Wears hearing aid(s)

Medical Conditions: Please check the appropriate boxes if your child has any of the following:

- Severe allergies requiring: Epi-pen Benadryl
 Food/Environmental Stinging Insects/Bees Medicines/Drugs Other

Please explain: _____

- Current asthma If checked, uses inhaler on daily medication
 Current seizures If checked, on medication? Yes No
 Diabetes If checked, insulin dependent? Yes No

Behavior problems: _____

Movement limitations: _____

Other (please explain): _____

Recent illness, hospitalization or surgery. If checked, please provide date(s) and description(s):

Medical condition which might require care or accommodation at school (please describe):

EMERGENCY TREATMENT AUTHORIZATION

I/we, the undersigned parent(s) or legal guardian of _____, a minor, do hereby give authorization and consent to the school to obtain emergency medical care and necessary transportation, including x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis and emergency hospital which is deemed advisable by and is to be rendered under the general or specific supervision of medical and emergency room staff licensed under the provisions of the medicine practice act and the State of California Department of Public Health.

It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the student, but that any of the above treatment will not be withheld if the undersigned or authorized adults cannot be reached.

_____ is the hospital I/we prefer for emergency medical treatment of my/our child.

I/we understand that the school district does not provide accident/medical insurance for students, and I/we further understand that all costs related to medical treatment may be my/our responsibility and not that of the school district.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

VOLUNTEER ASSISTANCE

If you live close to school and feel that, if called, you can offer volunteer assistance during an emergency, please provide your name, phone number and expertise.

I would like to help in an emergency.

Name _____ Phone _____

Qualifications _____

Oral Health Assessment Form

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

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

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

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

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i>		_____ <i>CA License Number</i>	_____ <i>Date</i>

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None
 - I cannot afford a dental check-up for my child.
 - I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian
Date

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

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

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

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

Fecha de la evaluación: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
---	---	---	---

Firma del profesional de salud dental matriculado
[Licensed Dental Professional Signature]

Número de matrícula de CA
CA License Number

Fecha
Date]

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

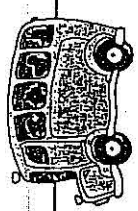
Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela *antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.*
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

Parents!



If your child is entering school for the first time, California State Law requires a:

School Entry Health Exam before entering kindergarten or first grade.

Why?

A health exam can uncover hidden health problems that may keep your child from doing his/her best in school.



Where can you take your child for a school entry exam?

- ▶ Your Family Doctor
- ▶ Your Pediatrician
- ▶ Health Plans (such as Kaiser)

Health Exams for Children at No Cost

are available to families with Medi-Cal and to families with a low to moderate income through the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program.



Many Sonoma County doctors and clinics offer CHDP Exams to those who qualify. For more information on CHDP or the no/low-cost health insurance programs for children, call:

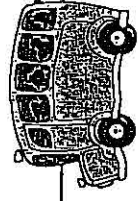
(707) 565-4460

or 1-800-427-8982

Avoid the rush! Schedule exam as early as possible.



Parents!



If your child is entering school for the first time, California State Law requires a:

School Entry Health Exam before entering kindergarten or first grade.

Why?

A health exam can uncover hidden health problems that may keep your child from doing his/her best in school.



Where can you take your child for a school entry exam?

- ▶ Your Family Doctor
- ▶ Your Pediatrician
- ▶ Health Plans (such as Kaiser)

Health Exams for Children at No Cost

are available to families with Medi-Cal and to families with a low to moderate income through the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program.



Many Sonoma County doctors and clinics offer CHDP Exams to those who qualify. For more information on CHDP or the no/low-cost health insurance programs for children, call:

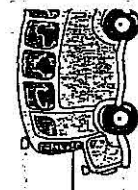
(707) 565-4460

or 1-800-427-8982

Avoid the rush! Schedule exam as early as possible.



Parents!



If your child is entering school for the first time, California State Law requires a:

School Entry Health Exam before entering kindergarten or first grade.

Why?

A health exam can uncover hidden health problems that may keep your child from doing his/her best in school.



Where can you take your child for a school entry exam?

- ▶ Your Family Doctor
- ▶ Your Pediatrician
- ▶ Health Plans (such as Kaiser)

Health Exams for Children at No Cost

are available to families with Medi-Cal and to families with a low to moderate income through the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program.

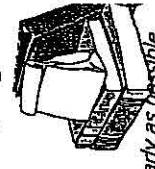


Many Sonoma County doctors and clinics offer CHDP Exams to those who qualify. For more information on CHDP or the no/low-cost health insurance programs for children, call:

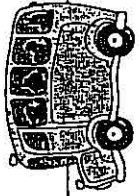
(707) 565-4460

or 1-800-427-8982

Avoid the rush! Schedule exam as early as possible.



¡Padres!



Si su niño/a va a entrar a la escuela por primera vez, la ley del Estado de California requiere un:

Examen de Salud Para Entrar a Escuela antes de entrar al kinder o a primer grado.

¿Por qué?

Un examen completo de salud puede descubrir problemas de salud ocultos que pueden impedir a su niño/a de hacer su mejor trabajo en la escuela.



¿Dónde puede llevar a su niño/a para este examen completo?

- ▶ a su doctor privado
- ▶ a su pediatra
- ▶ a planes de salud (como Kaiser)

Exámenes de salud para niños sin costo

son disponibles a familias con Medi-Cal y a familias con ingresos bajos o moderados por medio del Programa de CHDP.



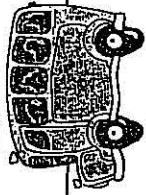
Muchos doctores y clínicas del Condado de Sonoma ofrecen Exámenes de Salud CHDP para los que califican. Para mas información sobre CHDP o seguros de salud para niños sin costo o a bajo costo llame al:

(707) 565-4460
o 1-800-427-8982

Evite la prisa - llame lo mas pronto posible para su examen.



¡Padres!



Si su niño/a va a entrar a la escuela por primera vez, la ley del Estado de California requiere un:

Examen de Salud Para Entrar a Escuela antes de entrar al kinder o a primer grado.

¿Por qué?

Un examen completo de salud puede descubrir problemas de salud ocultos que pueden impedir a su niño/a de hacer su mejor trabajo en la escuela.



¿Dónde puede llevar a su niño/a para este examen completo?

- ▶ a su doctor privado
- ▶ a su pediatra
- ▶ a planes de salud (como Kaiser)

Exámenes de salud para niños sin costo

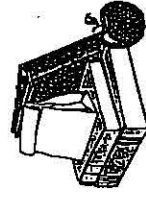
son disponibles a familias con Medi-Cal y a familias con ingresos bajos o moderados por medio del Programa de CHDP.



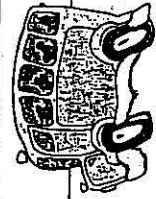
Muchos doctores y clínicas del Condado de Sonoma ofrecen Exámenes de Salud CHDP para los que califican. Para mas información sobre CHDP o seguros de salud para niños sin costo o a bajo costo llame al:

(707) 565-4460
o 1-800-427-8982

Evite la prisa - llame lo mas pronto posible para su examen.



¡Padres!



Si su niño/a va a entrar a la escuela por primera vez, la ley del Estado de California requiere un:

Examen de Salud Para Entrar a Escuela antes de entrar al kinder o a primer grado.

¿Por qué?

Un examen completo de salud puede descubrir problemas de salud ocultos que pueden impedir a su niño/a de hacer su mejor trabajo en la escuela.



¿Dónde puede llevar a su niño/a para este examen completo?

- ▶ a su doctor privado
- ▶ a su pediatra
- ▶ a planes de salud (como Kaiser)

Exámenes de salud para niños sin costo

son disponibles a familias con Medi-Cal y a familias con ingresos bajos o moderados por medio del Programa de CHDP.



Muchos doctores y clínicas del Condado de Sonoma ofrecen Exámenes de Salud CHDP para los que califican. Para mas información sobre CHDP o seguros de salud para niños sin costo o a bajo costo llame al:

(707) 565-4460
o 1-800-427-8982

Evite la prisa - llame lo mas pronto posible para su examen.



Request for Interdistrict Attendance Permit

For school year _____

For grade _____

New student

Continuing student

If one or both parents or legal guardians are employed within the boundaries of the district you are requesting and that district accepts "employment related" transfers, do not complete this form. Request the "employment related" interdistrict attendance form.

Use a separate form for each child. Please type or print. See reverse for parent rights.

Part A: Parent/Guardian completes this section and returns all copies to school district of residence.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

School District of Residence: _____ County: _____

School of Attendance or Last Attended: _____ Current Grade: _____

School District of Desired Attendance: _____ County: _____

School Requested: _____ (District retains the right to assign student to any school.)

Important: Each school district in Sonoma County has a local policy and criteria for accepting or denying requests for interdistrict attendance permits which may or may not include the reasons listed below. After reviewing the policies of your district of residence and the district of desired attendance, check the reason for requesting the interdistrict attendance permit. Attach a written explanation or documentation where requested.

Reason for request:

- Child care (name, address, and phone of provider) _____
- Specialized or unique educational program (describe) _____
- Change in social environment (attach explanation)
- Mental or physical health and/or safety needs (attach statement from physician, psychologist, juvenile authority or appropriate school staff)
- Recommended by SARB and/county agency for home or community problems (provide written documentation)
- Complete current school year or remain with a graduating class
- Moving into district in the immediate future (provide written evidence)
- Sibling attending (name, grade and school) _____
- Other: _____

For information purposes only and for the sole purpose of determining capacity and space issues which would require the creation of a new program or service, has this student or does this student currently receive special education or other special services? Yes No (describe) _____

Is this student currently under an expulsion order? Yes No If yes, attach copy

Name of parent/guardian: _____ Home phone: _____

Complete address: _____ Work phone: _____

I declare, under penalty of perjury under the laws of California, that the information provided above is true and accurate. I understand that this information may be verified and that inaccurate or false information may subject my request to denial or revocation. I understand that I am responsible for the transportation of my student. I further understand that, to maintain this permit, my student must comply with the terms and conditions of the districts' attendance agreement, if any, which includes but is not limited to those terms and conditions set forth below and the academic, behavior, and attendance policy requirements of the district of desired attendance. I understand that the interdistrict attendance permit must be renewed annually, if the above listed districts have an attendance agreement which provides for such. I further understand that neither district may rescind an existing permit for a student entering grades 11 or 12 in the subsequent school year.

(signature of parent/guardian) _____ (date)

Part B: School district of residence completes and forwards all copies to school district of desired attendance.

Action of **District of Residence:** Current Attendance Agreement with District of Attendance Date received: _____

Approved – terms and conditions: _____

Denied - reason: _____

(signature and title of authorized representative) Date: _____

Part C: School district of desired attendance completes and distributes copies as indicated below.

Action of **District of Desired Attendance:** _____ Date received: _____

Approved – terms and conditions: _____

Denied - reason: _____

(signature and title of authorized representative) Date: _____

PARENT RIGHTS AND DUTIES

Relating to Interdistrict Attendance Agreement Requests

As a parent or legal guardian, you have the right to:

- Request an interdistrict attendance agreement from your district of residence.
- Receive a written copy of local school board policy relating to interdistrict attendance agreement requests from both the district of residence and the district you desire to attend.
- Receive a written copy of the Districts' Attendance Agreement, if any, which stipulates the terms and conditions under which the interdistrict attendance shall be permitted or denied.
- Discuss your situation with your local district superintendent or appointed designee.
- Appeal an adverse decision to the school board denying the permit request, pursuant to that school board's policies, and receive written notice of local board action within a period of time specified by the board policy.
- Receive notification from the district denying the request or the district of residence, within 30 days of a request for an interdistrict transfer, regarding the process for appeal to the Sonoma County Board of Education.

You are encouraged to review the governing board policy for further information and any additional rights.

Use a separate form for each child. Please type or print. See reverse for parent rights.

Part A: Parent/Guardian completes this section and returns all copies to school district of parent/guardian employment.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____
School District of Residence: _____ County: _____
School Presently Attending or Last Attended: _____ Grade: _____
School District of Parent/Guardian Employment: _____ County: _____
School Requested: _____ (District retains the right to assign student to any school.)

Name of Parent/Guardian: _____ Home Phone: _____
Address : _____ Work Phone: _____
Employer Name: _____
Address: _____
Supervisor's Name: _____ Phone: _____

PLEASE ATTACH VERIFICATION OF EMPLOYMENT. The most common means of verification are a letter from your employer or a paycheck stub. Contact your district of employment for specific employment verification requirements.

I declare, under penalty of perjury under the laws of California, that the information provided above is true and accurate. I understand that this information may be verified and that inaccurate or false information may subject my request to denial or revocation. I further understand that my employment is subject to periodic verification. I understand that I am responsible for the transportation of my student. I further understand that, to maintain this permit, my student must comply with the terms and conditions of the districts' attendance agreement, if any, which includes but is not limited to those terms and conditions set forth below and the academic, behavior, and attendance policy requirements of the district of desired attendance. I understand that the interdistrict attendance permit must be renewed annually, if the above listed districts have an attendance agreement which provides for such. I further understand that neither district may rescind an existing permit for a student entering grades 11 or 12 in the subsequent school year.

(signature of parent/guardian)

(date)

Part B: School district of parent/guardian employment completes and forwards all copies to school district of residence.

Action of **District of Employment:** _____ Date received: _____

Approved Employment verified on: _____ By: _____
(Date) (Name)

Denied

Reason for denial:

- Negative impact on desegregation plan
 Educational cost would exceed state reimbursement
 Other: _____

Date: _____

(signature and title of authorized representative)

Part C: School district of residence completes and distributes copies as indicated below.

Action of **District of Residence:** _____ Date received: _____

Approved

Denied

Reason for denial:

- Negative impact on desegregation plan
 Transfer exceeds limits allowed by law

Date: _____

(signature and title of authorized representative)

PARENT RIGHTS AND DUTIES

Relating to Employment-Related Transfers

As a parent or legal guardian, you have the right to:

- Currently, California law allows for parents/legal guardians to request that their children attend a school district based on physical employment of one or more of the parent/legal guardian rather than basing it on where the parent lives.
- Typically, students should attend a school district where the student's family resides, which is called district of residence of the student.
- If one or more of the parents/legal guardians of the student are physically employed within the limits of another school district different from the district of residence, then the parents/legal guardians of the student can request from the other district (the district that will receive) that they allow that the student assist based on the parent/legal guardian's employment.
- It is not required that the receiving district accept the request for transfer based on physical employment of the parent/legal guardian within the receiving district. But, denying the request of transfer based on related employment to physical employment cannot be based on race, ethnicity, sex, parental income, academic achievement, disability, or any other arbitrary consideration. In addition, whether the district is the one sending or the one receiving can prohibit the transfer if the student transfer would have a negative impact on a court order or voluntary suppression plan of desegregation for the district.
- The receiving district can prohibit the transfer if the additional cost of the student exceeds the amount of additional state aid received as a result of the transfer.
- The sending district can prohibit the transfer if the transfer grant of the student exceeds the amount of transfer students as specified by law.
- If the transfer is prohibited, encouragement is given to the district Board to communicate in writing with the parents/legal guardians of the student regarding the specific reasons for the determination and to keep track of the reasons at the Board meeting where the determination was made.
- Once the student has been admitted to the receiving district under this provision, it is not required that the parents/legal guardians re-apply for the transfer request each year and the student will be permitted to assist the district until 12th grade (or the highest grade offered by the receiving district) while one of the parents/legal guardians of the student continues to be physically employed within the receiving districts' limits.
- Parents do not have the right to appeal to the County School Board about any denial under this provision

You are encouraged to review the governing board policy for further information and any additional rights.

Distritos Escolares del Condado de Sonoma
Solicitud Para permiso de Asistencia Interdistrital

Para curso escolar _____
Para grado _____
 Estudiante nuevo
 Estudiante que continúa

Si uno o ambos padres o tutores legales trabajan dentro de los límites del distrito que está solicitando y que el distrito acepta transferencias "relacionadas con el empleo", no complete este formulario. Solicitar la forma de asistencia interdistrital "relacionadas con el empleo".

Complete un formulario separado para cada niño. Favor de escribir a máquina o en letra de molde. Vea el reverso de los derechos de padres.

Parte A: Padre/Madre/Tutor Legal completa esta sección y devuelve todas las copias al distrito escolar de residencia.

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____
Distrito escolar de residencia: _____ Condado: _____
Escuela de Asistencia o la que asistió: _____ Grado actual: _____
Distrito escolar solicitado: _____ Condado: _____
Escuela solicitada: _____ (El distrito reserva el derecho de asignar al estudiante a cualquier escuela.)

Importante: Cada distrito escolar del condado de Sonoma tiene una política local y los criterios para aceptar o negar las solicitudes de permiso de asistencia interdistrital que puede o no incluir las razones que se enumeran a continuación. Después de revisar las políticas de su distrito escolar de residencia y del distrito solicitado, marque la razón por la que solicita un permiso de asistencia interdistrital. Adjunte una explicación por escrito o documentación cuando se solicite.

Razón por la solicitud:

- Cuidado de niños (Nombre, dirección y teléfono del proveedor) _____
- Programa educativo especializado o único (describa) _____
- Cambio de ambiente social (adjunte explicación)
- Necesidades de salud mental o física y/o de seguridad (adjunte declaración del médico, psicólogo, autoridad juvenil, o personal escolar apropiado)
- Recomendación de SARB u otra agencia del condado por problemas en el hogar o la comunidad (adjunte documentación escrita)
- Permitir que el estudiante complete el curso actual o que permanezca con su clase de graduación
- Mudanza al distrito en el inmediato futuro (adjunte comprobante escrito)
- Asistencia por un hermano/a (nombre, grado, y escuela) _____
- Otra: _____

Para fines de información solamente y con el único propósito de determinar la capacidad y el espacio que requeriría la creación de un nuevo programa o servicio, ¿ha recibido o recibe ahorra este estudiante servicios de la educación especial u otros servicios especiales?

No Sí (describir) _____
¿Está este estudiante bajo una orden de expulsión? No Sí (adjunte copia de la orden de expulsión)

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Teléfono de casa: _____
Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

Yo declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que esta información puede ser verificada y que la información inexacta o falsa puede someter mi solicitud a la denegación o revocación. Entiendo que soy responsable para el transporte de mi estudiante. Además, entiendo que, para mantener este permiso, mi estudiante debe cumplir con los términos y condiciones del acuerdo de asistencia de los distritos, en su caso, que incluye pero no se limita a los términos y condiciones establecidos a continuación y el comportamiento académico, y los requisitos de asistencia política del distrito de asistencia. Yo entiendo que el permiso de asistencia interdistrital debe renovarse anualmente, si los distritos antes mencionados tienen un acuerdo de asistencia que prevé tales. Además, entiendo que ni el distrito puede revocar un permiso existente para un estudiante que entra en los grados 11 o 12 en el año escolar siguiente.

(Firma del Padre/Madre/Tutor Legal)

(Fecha)

Parte B: Distrito escolar de residencia completa esta sección y envía todas las copias al distrito escolar solicitado.

Acción del **Distrito de Residencia:** Actual Acuerdo de Asistencia con el Distrito de Asistencia Fecha recibido: _____

Aprobado – Términos y condiciones: _____

Rechazado – Razón: _____

(Firma y título del representante autorizado) Fecha: _____

Parte C: Distrito escolar solicitado completa esta sección y distribuye las copias según se indica a continuación.

Acción del **Distrito Solicitado:** _____ Fecha de recibido: _____

Aprobado – Términos y condiciones: _____

Rechazado – Razón: _____

(Firma y título del representante autorizado) Fecha: _____

Distribución: blanco (original) – distrito solicitado amarillo – distrito escolar de residencia rosa – padre/madre/tutor legal (6/98-rev. 1/00; 7/04; 8/07; 4/11)

DERECHOS DE LOS PADRES Y DEBERES

Relacionado al Acuerdo de Solicitudes de Asistencia Interdistrital

Como padre o tutor legal, usted tiene derecho a:

- Solicitar un permiso de asistencia interdistrital de su distrito de residencia.
- Recibir una copia escrita de la política de la junta escolar en relación con las solicitudes de asistencia interdistrital acuerdo tanto del distrito de residencia y el distrito que desea asistir.
- Recibir una copia por escrito del Acuerdo de los Distritos de asistencia, en su caso, que establece los términos y condiciones bajo las cuales será el de asistencia interdistrital permitido o denegado.
- Discutir su situación con el superintendente de su distrito escolar o con la persona asignada.
- Apelar una decisión adversa a la junta escolar negar la solicitud de permiso, de conformidad con las políticas que la junta escolar, y recibir una notificación por escrito de la acción del distrito en un plazo de tiempo especificado por la política de la junta.
- Recibir notificación del distrito rechazando la solicitud o el distrito de residencia, el plazo de 30 días a partir de una solicitud de transferencia interdistrital, en relación con el proceso de apelación a la Junta de la Oficina Educativa del Condado de Sonoma.

Se le anima a revisar la política de la junta de gobierno para obtener más información y cualquier derechos adicionales.

Distritos Escolares del Condado de Sonoma
Solicitud de Transferencia Relacionada al Empleo

Para curso escolar _____
Para grado _____

Complete un formulario separado para cada estudiante. Favor de escribir a máquina o en letra de molde. Vea al reverso para los derechos de padres.

Parte A: Padre/Madre/Tutor Legal completa esta sección y devuelve todas las copias al distrito escolar de su empleo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Distrito escolar de residencia: _____ Condado: _____
Escuela actual o la última a la que asistió: _____ Grado: _____
Distrito escolar donde está empleado el padre/madre/tutor legal: _____ Condado: _____
Escuela solicitada: _____ (El distrito reserva el derecho de asignar al estudiante a cualquier escuela.)
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección : _____ Teléfono del Trabajo: _____
Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Nombre del supervisor: _____ Teléfono: _____

FAVOR DE ADJUNTAR COMPROBANTE DE EMPLEO. El comprobante más común es una carta de su empleador o un talón de sueldo. Comuníquese con el distrito escolar de su empleo para los requisitos específicos respecto a comprobantes de empleo.

Yo declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que esta información puede ser verificada y que la información inexacta o falsa puede someter mi solicitud a la denegación o revocación. Además, entiendo que mi empleo es objeto de una verificación periódica. Entiendo que soy responsable para el transporte de mi estudiante. Además, entiendo que, para mantener este permiso, mi estudiante debe cumplir con los términos y condiciones del acuerdo de asistencia de los distritos, en su caso, que incluye pero no se limita a los términos y condiciones establecidos a continuación y el comportamiento académico, y los requisitos de asistencia política del distrito de asistencia. Yo entiendo que el permiso de asistencia interdistrital debe renovarse anualmente, si los distritos antes mencionados tienen un acuerdo de asistencia que prevé tales. Además, entiendo que ni el distrito puede revocar un permiso existente para un estudiante que entra en los grados 11 o 12 en el año escolar siguiente.

(Firma del padre/madre/tutor legal)

(Fecha)

Parte B: Distrito escolar de empleo del padre/madre/tutor legal completa esta sección y envía todas las copias al distrito de residencia.

Acción del Distrito de Empleo: _____ Fecha recibido: _____

Aprobado Empleo verificado el: _____ por: _____
(Fecha) (Nombre)

Rechazado

Razón por el rechazo:

- Impacto de forma negativa al plan de integración
 Los gastos educativos excederían el reembolso del estado
 Otro: _____

(Firma y título del representante autorizado)

Fecha _____

Parte C: Distrito escolar de residencia completa esta sección y distribuye la copias como se indica a continuación.

Acción del Distrito de Residencia: _____ Fecha recibido: _____

Aprobado

Rechazado

Razón por el rechazo:

- Impacto de forma negativa al plan de integración
 La transferencia excede los límites permitidos por la ley

(Firma y título del representante autorizado)

Fecha: _____

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES

Solicitud de Transferencia Relacionada al Empleo

Como padre/madre/tutor legal, usted tiene el derecho a:

- Actualmente, la ley de California permite a los padres/tutor legales solicitar que sus hijos asistan a un distrito escolar basado en el empleo físico de uno o más padres/tutor legales en vez de basarse a dónde viven los padres.
- Típicamente, los estudiantes deben asistir al distrito escolar en el cual reside la familia del estudiante, lo cual es llamado distrito de residencia del estudiante.
- Si uno a más de los padres/tutor legales del estudiante está empleado físicamente dentro de los límites de otro distrito escolar diferente del distrito de residencia, entonces los padres/tutor legales del estudiante pueden solicitar al otro distrito (el distrito que lo recibiría) que permita que el estudiante asista basado en el empleo del padre/tutor legal.
- No se requiere que el distrito que lo recibiría acepte la solicitud para transferido basado en el empleo físico del padre/tutor legal dentro del distrito que lo recibiría. Sin embargo, el negar la solicitud de transferirlo basado en la relación al empleo físico, no puede basarse en la raza, etnicidad, sexo, ingresos de los padres, logro académico, discapacidad, ni en ninguna otra consideración arbitraria. Además, ya sea el distrito que lo manda o el que lo recibiría puede prohibir la transferencia si la transferencia del estudiante tendría un impacto negativo en un orden de la corte o plan voluntario de supresión de la segregación para el distrito.
- El distrito que lo recibiría puede prohibir la transferencia si el costo adicional del estudiante exceda la cantidad de ayuda estatal adicional recibida como resultado por la transferencia.
- El distrito que lo mandaría puede prohibir la transferencia si el otorgar la transferencia del estudiante excede las cantidades de estudiantes transferidos especificadas por la ley.
- Se le da ánimo a la mesa directiva cargo del distrito que prohíba la transferencia para que se comunique por escrito con los padres/tutor legales del estudiante acerca de las razones específicas por la determinación y para que hagan un récord de las razones en la junta de la directiva en la que se hizo la determinación.
- Una vez se ha admitido al estudiante al distrito que lo recibiría bajo esta provisión, no se requiere que los padres/tutor legales vuelvan a aplicar por la solicitud de la transferencia cada año y se le permitirá al estudiante asistir al distrito hasta el 12° grado (o el grado más alto ofrecido por el distrito que lo recibiría) en cuanto uno de los padres/tutores legales del estudiante continúe siendo físicamente empleado dentro de los límites del distrito que lo recibiría.
- Los padres/tutor legales no tienen el derecho de apelar a la Mesa Directiva Escolar del Condado acerca de ninguna negación bajo esta provisión.

Se le anima a revisar la política de la junta de gobierno para obtener más información y los derechos adicionales.