



BIENVENIDO A LA COATESVILLE AREA SCHOOL DISTRICT

Una comunidad de aprendizaje rica en diversidad y compromiso con la excelencia.

REGISTRO DE KINDER

Para niños de **jardín de infantes** pre-registrarse para el próximo año escolar, registro de primavera ocurrirá en escuela prospectiva del estudiante. Los niños son elegibles para la admisión a kindergarten si hayan alcanzado la edad de cinco 5 años en o antes del 1 de septiembre citas pueden estar contactando la oficina de su escuela local. En la conclusión del registro de la primavera, cualquier adicional de Kinder se registrará en la oficina del Distrito Central registro situada en Thorndale.

Personal de la escuela podrán programar sus citas, responder a sus preguntas y proporcionar información sobre el trabajo de papel necesario para el proceso de registro. Póngase en contacto con la escuela de su hijo en los siguientes números:

Caln primaria	610-383-3760
East Fallowfield primaria	610-383-3765
Amistad elemental	610-383-3770
Carretera Reyes primaria	610-383-3775
Arco iris escuela primaria	610-383-3780
Reeceville escuela primaria	610-383-3785

www.casdschools.org

Su registro está programado para el:

FECHA: _____

TIEMPO DE: _____

CON: _____



LISTA DE INSCRIPCIÓN

Favor de traer los siguientes documentos con usted en su día de la cita de Kindergarten Registrarse:

- **los** TODOS elementos enumerados a continuación deben ser llevados a la escuela donde
 1. Certificado de nacimiento
 2. de Vacunas
 3. de arrendamiento o escritura (o libro hipoteca) en Padre / Guardian Nombre
 4. Temprana Intervención del IEP (Plan de Educación Individual), ER Inicial (Informe de evaluación), RR (Reevaluación Informe), NOREP Inicial (Aviso de Colocación recomendada educativa / Aviso previo por escrito) y NOREP (Aviso De Recomendación colocación educativa de

- **Prueba residencia Lista de comprobación:**
Cualquier dos deben llevados a la escuela:
 1. Licencia de conducir válida la tarjeta Dirección actual
 2. del propietario del vehículo Válido con Nombre y Dirección
 3. utility Bill dentro de los 30 días, con y dirección actual
 4. nombre y Asistencia Válido papel o tarjeta pagar
 5. médico el talón de cheque dentro de 30 días con nombre y dirección
 6. Carta del Personal Directora Dirección Verificación en Archivo

Inmunizaciones de niños en edad escolar

Requisitos de vacunación escolar de Pennsylvania

Autoridad: 28 PA Código § 23(C)

Todos los estudiantes necesita las siguientes vacunas para asistir a la escuela:

- 4 dosis de tétanos * (1 dosis en o después del 4º cumpleaños)
- 4 dosis de difteria * (hace 1 o después del 4º cumpleaños)
- 3 dosis de polio
- 2 dosis de sarampión **
- 2 dosis de parotiditis **
- 1 dosis de rubéola (sarampión alemán) **
- 3 dosis de hepatitis B
- 2 dosis de varicela (viruela) con la primera dosis o después de la 1st cumpleaños o la historia de la enfermedad

**Generalmente dada como DTP o DTaP o DT o TD*

*** Generalmente dada como MMR con la primera dosis en o después del cumpleaños 1st*

Los estudiantes en 7th grado también necesidad de las siguientes vacunas:

- 1 dosis de tétanos, difteria, acellar tos ferina (Tdap) si han transcurrido cinco 5 años desde su última vacuna antitetánica
- 1 dosis de la vacuna meningocócica conjugada (MCV)

Prueba de inmunización significa un registro por escrito mostrando las fechas (mes, día, año) el niño fue inmunizado.

Las únicas excepciones a las leyes de la escuela para la inmunización son razones médicas y las creencias religiosas. Si su niño está exento de las vacunas, su hijo puede quitarse de la escuela durante un brote de la enfermedad.

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE/CENSO

Solo Para Uso Administrativo: Student # _____ PA State ID#: _____ Enrollment Date: _____
 Entry Code _____ District Enrollment Date: _____ State Enrollment Date: _____ US Enrollment Date: _____

COMIENCE AQUI-- IMPRIMA POR FAVOR

Nombre legal del Estudiante: _____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Escriba dirección complete de 911: (ningún número del PO Box, debe tener dirección de calle.)

Dirección: _____
 (Numero de la casa) (Calle) (Numero de apartamento)

Ciudad: _____ Estado: PA Código Postal: _____ Teléfono Hogar: _____

Dirección Postal: (P.O. Box solamente si no es el mismo del anterior) _____

Ciudad: _____ Estado: PA Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento / / Sexo: M F Estudiante es: Ciudadano Inmigrante Emigrante
Mes Día Año

Grado: (Marque una) K 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 Otro: _____

Ascendencia: (Marque una) Hispano/Latino Si No

Raza: (marque una o más) Blanco Negro Hispano Asiático Indígena de Alaska, Nativo Americano Nativo de Hawái/Isla del Pacífico

El estudiante vive con: Padre y Madre Sólo Padre Sólo Madre Padrastro
 Madrastra Guardián (Parentesco) _____ Padre Adoptivo
 Madre adoptiva Abuela Abuelo Tío Tía Hermano Hermana

Padre (Sr. Dr.) _____
 (Marque una) _____ Jr. _____ Sr. _____ II _____ III _____ IV

Estado Civil _____ Solo _____ Se Casó _____ Divorció _____ Separó

or Guardián (Dr. Sr.) _____

Lugar de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Marque si es Primerio #

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Hogar: _____

Dirección: (Sólo si es diferente del estudiante) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección anterior de recibir envíos de distrito también _____ Si _____ No

Correo electrónico: _____

Madre (Sra. Dr.) _____
 Apellido de Soltera: _____

Estado Civil _____ Solo _____ Se Casó _____ Divorció _____ Separó

or Guardián (Sra. Dr.) _____

Lugar de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Marque si es Primerio #

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Hogar: _____

Dirección: (Sólo si es diferente del estudiante) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección anterior de recibir envíos de distrito también _____ Si _____ No

Correo electrónico: _____

El tipo de Residencia: (Marque una) Residente Hijo Adoptivo Niño de Tutor Residente Futura No-Residente
(Requiere carta de agencia) (Requiere declaración) (Requiere carta de agencia) (Requiere Declaración & el Acuerdo de Ventas o Contrato de Construcción)

Residente de multi-ocupación Divisas Sin hogar: Si No Residir en el refugio Si No
(Requiere forma de la ocupación múltiple) (Requirió con autorización previa)

Nombre de la Agencia _____ Teléfono # _____ Contacto: _____

¿Tiene el estudiante problemas relacionados de salud que requieren atención? _____ Si _____ No

¿Si sí, cuál es el problema? _____

¿Ha sido identificado el estudiante para cualquiera de los servicios siguientes? Educación Especial ESL Superdotados 504 Otro _____

Idioma en el Hogar: _____ País de Origen: _____

**COATESVILLE AREA SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE/CENSO**

Página 2 de 2

Información de Emergencia: (Liste por favor otros que pueden ser contactados por la escuela durante el día)

Nombre: _____
 Parentesco: _____
 Teléfono Hogar: _____
 Teléfono Celular: _____
 Teléfono de Trabajo: _____

Nombre: _____
 Parentesco: _____
 Teléfono Hogar: _____
 Teléfono Celular: _____
 Teléfono de Trabajo: _____

Certificado de Nacimiento # _____ Ciudad de Nacimiento _____ Estado de Nacimiento _____ País de Nacimiento _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:

Nombre y Dirección de la escuela anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Nombre y Dirección de la escuela anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Grado Anterior: _____ Última Fecha Asistió: _____

LISTE POR FAVOR CUALQUIER HERMANO O HERMANA QUE RESIDEN EN LA MISMA DIRECCIÓN:

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo (Marque una)	Grado	Escuela Asistir
_____	_____	Macho o Hembra	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra	_____	_____

Firma del padre

Fecha

Coatesville Area School District le proveer oportunidades para educación a todas personas a pesar de su raza, religión, color, ascendencia, origen nacional, sexo, invalidísimo o invalidez, como se proveer por el acto de Relaciones Humanos de Pensilvania, 42 P.S. Sección 951, et seq., el Título del Acto de Derecho Para obtener información con respecto a derechos civiles, procedimientos para anotar quejas, servicios, actividades y facilidades que son accesibles y utilizables por las personas invalidas, póngase en contacto: Director of Pupil Services, 545 East Lincoln Highway, Coatesville, PA 19320. Teléfono: 610 466-2400.

Solo Para Uso Administrativo:

Data Entry Date: _____

Entered By: _____

Send copy of Registration Form to: Home School, Transportation & Special Education (when applicable)



ENCUESTA DE IDIOMA EN EL HOGAR*

La Oficina de Derechos Civiles (OCR) requiere que los distritos escolares/las escuelas chárter/las escuelas técnicas AVTS de jornada completa identifiquen a los alumnos con aptitud limitada en inglés (LEP) a fin de brindarles programas adecuados de instrucción de idioma. Pennsylvania ha seleccionado la Encuesta de idioma en el hogar como método para la identificación.

Distrito escolar: _____

Nombre del menor: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Grado:** _____

Escuela: _____

1. ¿Cuál es/fue el idioma primario del alumno? _____

2. ¿Habla el alumno uno o más idiomas aparte del inglés?
(No incluya los idiomas aprendidos en la escuela.) Sí No

De ser así, especifique el o los idiomas: _____

3. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? _____

4. ¿Ha asistido el alumno a alguna escuela en Estados Unidos por
3 años cualesquiera durante su vida? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Nombre de la escuela	Estado	Fechas de asistencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Persona que completa este formulario (si no es el padre/madre/apoderado): _____

Firma del padre/madre/apoderado: _____

*El distrito escolar/la escuela chárter/las escuelas técnicas AVTS de jornada completa tienen la responsabilidad según la ley federal de servir a los alumnos que tengan aptitud limitada en inglés y necesiten servicios de instrucción en este idioma. Dada esta responsabilidad, el distrito escolar/la escuela chárter/las escuelas técnicas AVTS de jornada completa tienen el derecho de solicitar la información que necesiten para identificar a los alumnos que aprenden el idioma inglés. Como parte de la tarea de localizar e identificar a los alumnos que aprenden el idioma inglés, el distrito escolar/la escuela chárter/las escuelas técnicas AVTS de jornada completa pueden realizar controles o consultar la información pertinente sobre los alumnos que ya estén inscritos en la escuela, así como de los alumnos que se inscriban en el distrito escolar/la escuela chárter/las escuelas técnicas AVTS de jornada completa en el futuro.

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PADRES/GUARDIÁN

Nombre de la **Madre** _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Empleo (Trabajo) _____

Teléfono del Trabajo _____

Nombre del **Padre** _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Teléfono del Trabajo _____

Nombre de los **Abuelos** u otro Familiar _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Empleo _____

Teléfono del Trabajo _____

PERSONA ENCARGADA DEL NIÑO DESPUÉS DE LA ESCUELA:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

DOCTOR

DENTISTA

Nombre _____

Número de Teléfono _____

(Circule Si o No)

El estudiante ha tenido alguna operación o enfermedad seria?..... Si No

Qué? _____ Cuando? _____

Ha tenido que ir al hospital para tratamiento de esa condición? Si NO

Para qué? _____ Cuando? _____

Está tomando medicamento en estos momentos(no incluya vitaminas)? Si NO

Nombre del medicamento _____ Cuando? _____

Cuántas veces durante horas de escuela? _____

Para qué? _____

Eres alérgico a cualquier medicina, comida, insectos etc.? Si NO

Qué? _____

El estudiante ha tenido convulsiones?Si NO

Cuando? _____ Cuan frecuente? _____

Tratamiento _____

Usted tiene alguna dieta especial o problema de digestión? Si NO

Especifique _____

Usted tiene algún problema de salud, restricciones en actividades que la escuela deba saber? Si NO

Usted ha tenido otras enfermedades, accidente o hueso fracturado? Si NO

Cuando? _____ Cual fue el problema? _____

Ha visitado el dentista? Si NO

Cuando? _____ Nombre (dentista) _____

Firma de la madre/Guardián

Fecha

Firma del padre/Guardián

Fecha

Nombre: _____

Historial Medico

A. Historia Pre-Natal (circule sí o no)

- 1. Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Si No
- 2. Tomo la madre algún medicamento durante el embarazo (no incluya hierro o vitaminas?Si No
- 3. El bebe nació a la fecha indicada?Si No

B. Historial de desarrollo

- 1. Peso de nacimiento del bebe? _____
- 2. Tuvo el bebe algún problema en el Hospital?Si No
- 3. Tuvo el bebe algún problema los primeros seis meses? Si No
- 4. A qué edad el niño se sentó sin necesitar ayuda? _____
- 5. A qué edad el niño camino (sin ayuda)? _____
- 6. A qué edad el niño hablo dos o tres palabras seguidas? _____
- 7. Su niño puede ir al inodoro o lavado sin ayuda?Si No
- 8. Si el niño mojó la cama, a qué edad paro? _____

C. Historial de Salud Familiar

- 1. Circule las siguientes enfermedades que los padres, abuelos, tíos, hermanos, del niño han tenido: Alergias: asma, cáncer, adicción de drogas o alcohol, diabetes, enfermedad del Corazón, ataques, trastorno nervioso, tuberculosis, envenenamiento, célula de hoz o falciformes, visión/ audición/problema de aprendizaje, anemia, otras enfermedades hereditaria o de familia...
- 2. Miembros de la Familia (nota cualquier relacion especial con padrastros, hermanastros etc.)

Relación	Edad	Nombre	Estado de salud	Occupation
Madre				
Padre				
Hermanos				
Hermanas				

- 3. Algunos de su familiares han fallecido? (no incluya perdida del bebe) Si No
- 4. Cuantas personas viven en la casa? _____
- 5. Tiene problemas de familia en relación a la vivienda, trabajo, comida, etc.Si No

D. Historial de salud del Niño

1. Marque las siguientes enfermedades padecida por su hijo:

_____ Sarampión Rojo	_____ Sarampión Alemán
_____ Tos Ferina	_____ Varicela
_____ Fiebre Reumática	_____ Pulmonía

- | | | |
|---|----|----|
| 2. Ha tenido el niño más de seis resfriados o infecciones de garganta con fiebre en el año? ... | Si | No |
| 3. Ha tenido el niño problemas de oído u audición? | Si | No |
| 4. Ha tenido el niño problemas con los ojos o visión? | Si | No |
| 5. Ha tenido el niño problemas dentales? | Si | No |
| 6. Ha tenido el niño problemas de convulsión (Ataques)? | Si | No |
| 7. He tenido el niño algún tipo de desmayo? | Si | No |
| 8. El niño se ha quejado de dolores de cabeza? | Si | No |
| 9. Le ha dicho el doctor que el niño tiene un murmullo (sonido) en el corazón? | Si | No |
| 10. Tiene el niño problemas de mantenerse al ritmos con otros niños? | Si | No |
| 11. Alguna comida que el niño no le siente bien? | Si | No |
| 12. Tiene a menudo el niño diarrea? | Si | No |
| 13. Ha tenido el niño problemas de estreñimiento? | Si | No |
| 14. Ha tenido el niño parásitos? | Si | No |
| 15. Ha tenido el niño sangre en la excreta? | Si | No |
| 16. Ha tenido el niño jaundice o problemas del hígado? | Si | No |
| 17. Se queja el niño de dolor de estomago? | Si | No |
| 18. Ha tenido el niño problemas de orina? | Si | No |
| 19. Ha tenido el niño problemas de la piel? | Si | No |
| 20. Ha tenido irritación o alergia en la piel? | Si | No |
| 21. Tiene el niño asma o bronquillo? | Si | No |
| 22. Ha sido alérgico a algún medicamento o vacuna? | Si | No |
| Que medicamento o vacuna? _____ | | |
| 23. Tiene el niño problemas en respirar por la nariz? | Si | No |
| 24. El niño ronca en las noches? | Si | No |
| 25. El niño se ha quejado de dolor de pierna o brazos? | Si | No |
| 26. Ha tenido el niño hinchazón en las con juntas o ligamentos? | Si | No |
| 27. Ha habido problemas con la sangre del niño? | Si | No |
| 28. Ha ingerido el niño pintura u otra cosa que no sea comida..... | Si | No |
| 29. Ha sido tratado el niño por envenenamiento de plomo? | Si | No |
| 30. Tiene su hijo problemas al dormir? | Si | No |
| 31. Como se va su hijo a la cama? (rutina) ... _____ | | |
| 32. Ha tenido su hijo el examen de tuberculosis (TB)? | Si | No |
| El resultado fue normal? _____ | | |

33. Que su hijo usualmente come:

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Meriendas: _____

Historial obtenido por: _____

Firma del padre/Guardián

Fecha

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE DENTIST REPORT OF
DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF
SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 20__

NAME OF CHILD			AGE	SEX	GRADE	SECTION/ROOM
_____	_____	_____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Last First Middle						

ADDRESS

_____	_____	_____	_____	_____	_____
No. and Street	City or Post Office	Borough or Township	County	State	Zip

REPORT OF EXAMINATION

	TOOTH CHART																
	RIGHT								LEFT								
UPPER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	UPPER
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
LOWER	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	LOWER
				T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K				
UPPER																	UPPER
LOWER																	LOWER

Is The Child Under Treatment Yes No

Treatment Completed Yes No

Date of Dental Examination

Signature of Dental Examiner

Print Name of Dental Examiner

Address

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE PHYSICIAN'S REPORT OF
PHYSICAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

DATE _____ 20 _____

NAME OF SCHOOL _____ GRADE _____ HOMEROOM _____

NAME OF CHILD			DATE OF BIRTH	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Last	First	Middle		

ADDRESS _____

No. and Street	City or Post Office	Borough or Township	County	State	Zip Code
----------------	---------------------	---------------------	--------	-------	----------

**MEDICAL HISTORY
IMMUNIZATIONS AND TESTS**

VACCINE	Enter Month, Day, And Year Each Immunization Was Given				BOOSTERS & DATES	
	DOSES					
Diphtheria and Tetanus (Circle): DTaP, DTP, DT, TD	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /	
Polio (Circle): OPV, IPV	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /	
Measles, Mumps, Rubella	1 / /	2 / /				
Hepatitis B	1 / /	2 / /	3 / /			
HIB	1 / /	2 / /	3 / /			
Varicella	1 / /	2 / /				Varicella Disease or Lab Evidence Date: _____
Other _____						

- MEDICAL EXEMPTION** The physical condition of the abovenamed child is such that immunization would endanger life or health
- RELIGIOUS EXEMPTION** (Includes a strong moral or ethical conviction similar to a religious belief and requires a written statement from the parent/guardian)

If Applicable:

Tuberculin Tests Date Applied	Arm	Device	Antigen	Manufacturer	Signature
Date Read	Results (mm)		Signature		

Follow-Up of significant tuberculin tests:
Parent/Guardian notified of significant findings on _____ Date _____

Result of Diagnostic Studies: _____ Date _____

Preventive Anti-Tuberculosis - Chemotherapy ordered. No Yes _____ Date _____

Significant Medical Conditions

	Yes	No	If Yes, Explain
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiac.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chemical Dependency.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drugs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Mellitus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hearing Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypertension.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromuscular Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Orthopedic Condition.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratory Illness.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seizure Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skin Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other (Specify).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Are there any special medical problems or chronic diseases which require restriction of activity, medication or which might affect his/her education? If so, specify _____

Report of Physical Examination

• Height (inches)				
• Weight (pounds) BMI				
• Pulse ()				
• Blood Pressure /				
• Hair/Scalp				
• Skin				
• Eyes/Vision				
• Ears/Hearing				
• Nose and Throat				
• Teeth and Gingiva				
• Lymph Glands				
• Heart — Murmur, etc.				
• Lung — Adventitious Findings				
• Abdomen				
• Genitourinary				
• Neuromuscular System				
• Extremities				
• Spine (Presence of Scoliosis)				

Date of Examination

Signature of Examiner

Print Name of Examiner

Address

Telephone Number