



**Enrollment Services**  
2010 W. Swain Road  
Stockton, CA 95207

**Bienvenidos padres de Kinder Transicional, Kinder y Primer Grado**

Es un placer darle la bienvenida a usted y a su familia al Distrito Escolar Unificado Lincoln.

La meta del distrito es, siempre cuando sea posible, mantener a las familias unidas en la escuela de su elección. Además, seguiremos respetando el concepto de escuelas de vecindario.

**Las oportunidades de colocación de Kinder para el año escolar 2018-19 incluyen:**

- Escuela Brookside (K-8)
- Escuela Claudia Landeen (TK-8)
- Escuela Colonial Heights (K-8)
- John McCandless Charter School (TK-8) – *No habrá transporte proveído*
- John R. Williams Programa de Lenguaje Dual (K-4)
- Escuela Don Riggio (K-8)
- Escuela John R. Williams (TK-6)
- Escuela Primaria Lincoln (K-6)
- Escuela Mable Barron (TK-8)
- Escuela Tully C. Knoles (K-8)

Sitio de inscripción: \_\_\_\_\_

**Parte A:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado 2019-20 \_\_\_\_\_  
**Mi hijo/a tendrá 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre, 2019 (EC \$48000)**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Prefiero la colocación de mi hijo/a de Kinder en una de estas **tres escuelas diferentes**, en este orden:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**Por favor NO listen la misma escuela dos veces.**

**Favor de escribir sus iniciales:**

\_\_\_\_ **Si elijo una escuela que no sea la de mi vecindario, el transporte será mi responsabilidad.**

**Parte B:** Nombre de hermanos:

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado

Mi estudiante tiene hermanos que asisten a mi primera escuela de elección:  Sí  No

**Parte C:**

Prefiero:  Kinder de la mañana  Kinder de la tarde  Cada esfuerzo será hecho para honrar su petición.

**Parte D:**

La sobrepoblación en la escuela del vecindario o de preferencia puede requerir colocación en otra escuela del Distrito de Lincoln. El Distrito proporcionará el transporte a la escuela de residencia para los estudiantes en el estado de desbordamiento. Las opciones pueden ser limitadas para la colocación de estudiantes que reciben algunos servicios especiales basados en la ubicación y la disponibilidad de las clases. **Haremos todo lo posible para mantener la clase y la escuela de colocación que usted recibió durante el proceso de inscripción. Sin embargo, si la clase de su hijo experiencia sobrepoblación, el Distrito podrá necesitar ajustar la colocación durante las primeras tres semanas de clases.** \_\_\_\_\_ Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (Mano Escrita)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Procedimientos para Registro de Estudiantes

Por favor proporcione los siguientes documentos para registrar su estudiante en una escuela del Distrito de Lincoln:

1. La hoja de Información del Estudiante Llenada y firmada.
2. Acta de nacimiento o pasaporte del estudiante, o Declaración Jurada de los Padres de la Edad del Estudiante (firmada bajo pena de perjurio)  
*Estudiantes de Kinder deben tener 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre del año de registración; los estudiantes de Kinder de Transición deben tener fechas de nacimiento entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre. Código de Educación §48000 y §48002*
3. Inmunizaciones al-día y completas del estudiante
4. Identificación con fotografía del padre/tutor
5. Comprobante de residencia adentro de los límites del Distrito de Lincoln en el nombre de padre/tutor

**Documentos originales requeridos; documentos aceptados incluyen:**

- Dos facturas con las fechas entre 30 días, o
- Contrato de renta con la fecha entre 30 días y una pieza de correo con la fecha entre 30 días (El personal de Lincoln podrá pedir documentos adicionales o llamar para confirmar residencia), o
- Dos piezas de correspondencia de una agencia de gobierno con las fechas entre 30 días

**Adicionalmente necesario para Kinder de Transición, Kinder, y Primer Grado**

6. Formulario *Examen de Salud para el Ingreso a la Escuela* llenado por un medico
7. *Formulario de Evaluación de la Salud Bucal* llenado por un profesional de salud dental

---

Cuando el comprobante de residencia este en el nombre de otra persona, ellos tiene que estar disponibles en persona para proveer lo siguiente:

1. Cualquiera de las opciones anteriores para prueba de residencia
2. Identificación con fotografía
3. Firma para una Carta de Verificación de Residencia, que se proporciona en el momento de registración, que incluye la siguiente información:
  - Dirección
  - Nombre de las personas actualmente reclamando residencia en esa dirección
  - El reconocimiento de que el Distrito de Lincoln puede realizar visitas al hogar periódicamente
  - El reconocimiento que la Carta de Verificación de Residencia está firmada bajo pena de perjurio  
*Carta debe ser firmada en frente de un empleado de Lincoln (quien firmara como testigo)*

**Padre / Tutor: Tenga en cuenta que se le pedirá que proporcione una de las opciones que aparecen para prueba de residencia en su nombre entre 45 días de la firma de una Carta de Verificación de Residencia. Además, tenga en cuenta que un representante del Distrito Escolar Unificado de Lincoln puede hacer una visita al hogar para verificar la residencia.**

• FOR OFFICE USE •

ID# \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_ Birth Ver \_\_\_\_\_ Immun \_\_\_\_\_ Tdap \_\_\_\_\_ Phys \_\_\_\_\_ Oral \_\_\_\_\_ Res Ver \_\_\_\_\_ Photo ID \_\_\_\_\_ Spec Svcs \_\_\_\_\_  
Reg Site \_\_\_\_\_ Reg Date/Initial \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Attend Sch \_\_\_\_\_ Entry Date \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Rm # \_\_\_\_\_

*Distrito Escolar de Lincoln • 2010 W Swain Rd • Stockton, CA 95207*

**HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE para KÍNDER TRANSITIONAL-8º GRADO**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Naci. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Según el certificado de nacimiento Apellido Primero Segundo Sufijo(Jr.,Sr.,III) Mes Día Año 2019-20

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ No Binario \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIAN**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No   
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No   
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de la Guardian: \_\_\_\_\_ Estudiante Reside con: Si  No   
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico/E-mail \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Tel. de casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Describe cualquier información física o médica que deberíamos saber sobre el estudiante, inclusive sobre medicamentos que se deben tomar durante el horario escolar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_ Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_

Nivel de educación de los padres (provea información sobre el padre de familia con el nivel de educación más alto)  
 No terminó la preparatoria  Terminó la preparatoria  unas clases universitarias  Título universitario  Post –título universitario

¿Ha participado su hijo/a en el programa de educación especial? Sí es así, especifique:  Día especial  Programa de especialista  Plan 504  
 Plan de Apoyo de Comportamiento  Lenguaje, habla, audición  GATE –Educación Para Dotados y Talentosos  Título I

### Información de Etnicidad

(Esta información no se exige y solo se usará par alas estadísticas del Departamento de Educación de California, tal como se nos requiere.)

¿Es su hijo/a Hispano o Latino? (Elija una sola respuesta.)  No es Hispano ni Latino  Si, es Hispano o Latino

Favor de seguir marcando una de las cajitas siguientes para identificar la raza de su hijo:

- Negro/Afro-americano  Indígena americano/nativo de Alaska  Blanco
- Asiático/Asiático Americano } *Marque uno:* Chino Japonés Filipino Coreano Vietnamés Indiano Laosiano Camboyano
- Isleño del Pacífico } Hawaiano Samoano Guaymeño Tahitiano Otro Asiático Otro isleño del Pacifico

Lugar de Nacimiento del Estudiante \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado País

Primera fecha de inscripción en una escuela de los EE.UU. (sí previamente asistió fuera del estado o si nació en otro país) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

¿Su hijo/a asistió anteriormente a la escuela en California? Si  No  Primera fecha inscrito en una escuela de California \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Idioma Preferido de Correspondencia

¿En qué idioma quiere que *hablemos* con usted? \_\_\_\_\_ y cuando le *escribimos*? \_\_\_\_\_

Es padre/tutor actualmente un miembro activo de cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Si  No

Escuela anterior: \_\_\_\_\_  
Nombre de Escuela Distrito No. de Tel. Última fecha de asistencia

¿Ha asistido su hijo/a antes a una escuela del Distrito Escolar de Lincoln? Si  No  Si es así, escriba el nombre de la escuela y el año(s):  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido su estudiante recomendado para expulsión o expulsado de un distrito escolar? Si  No

¿Asistió su hijo/a un programa preescolar antes del Kinder?

- Si, preescolar en el Distrito de Lincoln  Si, otro preescolar  No, asistió a ningún preescolar



Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Es reglamento del Distrito Escolar Unificado de Lincoln no discriminar por motivo de sexo, orientación sexual, grupo étnico, raza, antepasados, origen nacional, color, religión, estado civil, edad o discapacidad mental o física en los programas o actividades educacionales bajo su supervisión.

## ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Edad del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ [Office Staff - ID: \_\_\_\_\_]

---

### Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Que idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Que idioma habla su hijo en casa con mas frecuencia? \_\_\_\_\_
3. ¿Que idioma utilizan ustedes (los padres/tutores) con mas frecuencia Cuando hablan con su hijo? \_\_\_\_\_
4. ¿Que idioma se habla con mas frecuencia entre los adultos en el hogar? (padres, tutores abuelos o cualquier otro adulto) \_\_\_\_\_

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación. Muchas gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# NO ANTES DEL 20 DE FEBRERO 2019

## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

NOMBRE DEL NIÑO/NINA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

### PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

#### EXAMEN DE SALUD

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

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

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

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

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

#### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

\*de ser indicado

Firma del examinador de salud

Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

## Formulario de evaluación de la salud bucal

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**

Fecha de la evaluación:  <i>[Assessment Date:]</i>	Caries visibles y/o empastes presentes <i>[Visible decay and/or fillings present]</i>  <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i>  <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i>  <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana <i>[Early dental care recommended]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente <i>[Urgent care needed]</i>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i></td> <td style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Número de matrícula de CA</i> <i>CA License Number</i></td> <td style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Fecha</i> <i>Date]</i></td> </tr> </table>				<i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	<i>Número de matrícula de CA</i> <i>CA License Number</i>	<i>Fecha</i> <i>Date]</i>
<i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	<i>Número de matrícula de CA</i> <i>CA License Number</i>	<i>Fecha</i> <i>Date]</i>				

### **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.

*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*