

DaSan Juan Unified School District
EARLY CHILDHOOD EDUCATION
Preschool & Infant/Toddler Registration

REQUIRED DOCUMENTATION FOR ENROLLMENT

اسناد مورد نیاز برای ثبت نام

این یک لست قسمی از اسناد مورد نیاز برای شمولیت در برنامه های قبل از مکتب Head Start و یا State Preschool است:

- مدرک سکونت در حوزه تعلیمی سن وان که شامل موارد ذیل میگردد:
 - بل برق یا گاز (SMUD/PG&E/ آب) و یا قرارداد اجاره یا کرایه خانه
 یادداشت: اگر شما با کسی دیگری زندگی مینمائید ، شما نیاز به گواهینامه سکونت (Affidavit of Residency) دارید که میتواند از اداره ما بدست آورید.
 - شناسنامه (birth certificate) اصلی و تأیید شده کودک. یادداشت: برای برنامه State Preschool ، شما نیاز دارید تا برای هر کودک در خانواده شناسنامه ارائه نمائید.
 - مدرک درآمد فعلی و مسلسل برای ۳۰ روز مانند چک ، حقوق معلولیت ، و یا صورت حسابهای SSI/TANF/CalWORKS
 - کارت واکسین (و یا اسناد از نزد داکتر) برای موارد ذیل: 3 polio, 4 DPT, 3 Hepatitis B, 1 varicella; plus 1 HIB and 1 MMR که بعد از اولین سالروز تولد تطبیق میگردد ، و آزمایش توبرکلوز (TB) که خوانده شده باشد ، (و یا ارزیابی صورت گرفته سطح خطر توبرکلوز) در مدت ۱۲ ماه از روز اول که کودک شما به مکتب اشتراک نموده باشد.
 - شماره های MediCal, Cal Fresh (Food Stamps) و یا WIC – در صورت که قابل تطبیق باشد.
 - آزمایش های مکمل صحت (Physical) و دندان که در مدت ۱۲ ماه ثبت نام صورت گرفته باشد (فورم ضمیمه گردیده است).
 - اسناد محکمه برای سرپرستی / مواظبت / نگهداری
 - اسناد IEP ، مدارک مشکلات صحتی که شامل یادداشت های حساسیت ، نفس تنگی ، مداوا در مکتب ، فورم های ممنوعیت غذا ها در صورت که قابل تطبیق باشد.
 - دیگر اسناد مرتبط به برنامه که توسط کارمندان خدمات شمولیت و خانواده تعیین گردیده باشد و در صورتیکه /زمانیکه به شما برای وعده ملاقات تنظیم گردیده باشد.
- لطفاً این را بدانید که خانواده ها مسئول به روز کردن اطلاعات شرایط شمولیت و تماس میباشند. هرگونه تغییر در اطلاعات موجب تغییر جایگاه در لست شرایط شمولیت میگردد.
- برای اطمینان از فعال بودن کودک خویش در لست شرایط شمولیت ، برای به روز ساختن اطلاعات خویش لطفاً هر ۶ ماه به شماره ذیل به تماس شوید.

برای اطلاعات بیشتر ، لطفاً به این شماره به تماس شوید: 979-8760

آدرس ما: Marvin Marshall, 5309 Kenneth Ave., Carmichael, 95608

Early Childhood Education

Division of Teaching & Learning

5309 Kenneth Avenue, Carmichael, California 95608

Telephone (916) 971-7375; FAX (916) 482-8389

Internet Web Site: www.sanjuan.edu/EarlyChildhoodEducation

Kent Kern, Superintendent of Schools

Sue Hulse, Assistant Superintendent, Elementary Education

Jim Walters, ECE Program Manager

PRESCHOOL HEALTH REQUIREMENTS

شرایط صحی برنامه قبل از مکتب

1. آزمایش مکمل صحی (Physical) باید حاوی موارد ذیل باشد:

- ✓ ارزیابی سطح خطر توبرکلوز (TB) کودک
- ✓ قد و وزن
- ✓ معاینه کم خونی – سالانه نیاز است
- ✓ فشار خون
- ✓ معاینه سرب در خون – بعد از دومین سالروز تولد
- ✓ ارزیابی سطح خطر ابتلا به سرب
- ✓ آزمایش دید / Snellen (نتایج اصلی)
- ✓ آزمایش شنوایی / Audiometric (نتایج اصلی)

2. معاینه فعلی دندان

3. شماره تائیدی WIC _____

WELL CHILD EXAMINATION FORM

ATTENTION PROVIDER: Head Start requires a COMPLETE CHDP EQUIVALENT HEALTH EXAM, including BLOOD TEST FOR LEAD and HEMOGLOBIN, for the child to participate in the Early Head Start Program.
Please complete ALL boxes, sign and date. Return this form to parent or fax to 916-971-5993.

EARLY HEAD START WELL CHILD EXAM (TO BE COMPLETED BY PROVIDER)

CHILD'S NAME	DATE OF BIRTH	SCHOOL SITE
--------------	---------------	-------------

WELL CHILD EXAM PERFORMED TODAY (CHECK ONE)

< 1 MO 2 MOS 4 MOS 6 MOS 9 MOS 12 MOS 15 MOS 18 MOS 24 MOS 30 MOS

EXAM RESULTS

DATE OF EXAM	LENGTH	WEIGHT	HEAD CIRCUMFERENCE	ALLERGIES <input type="checkbox"/> NKA <input type="checkbox"/> Life threatening LIST: _____
---------------------	---------------	---------------	---------------------------	--

PHYSICAL EXAM	WNL	Abnormal	N/A
Skin			
Head			
Eyes/Functional Vision			
Ears/Functional Hearing			
Nose/Throat			
Mouth/ Teeth			
Heart			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia/rectum			
Musculoskeletal			
Neurologic			
Speech/Communication			
Autism Spectrum Disorder Screening			
Development			
Psychosocial/Behavior			
Diet/Nutrition			
Oral Health Risk Assessment			
Dental Screening <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referred Fluoride varnish applied ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

Anemia Risk Assessment (Hgb test req'd at 12 & 24 mos)			
<input type="checkbox"/> Not at risk	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> Hgb Ordered	
	Test date	Result	Treatment:

Lead Risk Assessment (Blood lead test req'd at 12 & 24 mos)		
<input type="checkbox"/> Not at risk	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> Lead Ordered
12 Mos Lead	Test Date	Result
24 Mos Lead	Test Date	Result
Other:	Test Date	Result
Treatment/Follow-up:		

TB SCREENING			
<input type="checkbox"/> Not at Risk: TB test not req'd	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> TB test ordered	
<input type="checkbox"/> QuantIFERON <input type="checkbox"/> TST/PPD	Test Date	Result:	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Treatment/Follow-up			

IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY			
<input type="checkbox"/> DTaP	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> PCV	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Influenza

Findings from above:			
Health Concerns/ Diagnoses:			
Medications Taken At Home:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	List	Medication required at school? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes List meds at school - Need Med Form:
Recommend full participation in normal daily activities at school (if no, explain in space provided):	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No, explain:	
Treatment, Restrictions, Recommendations for School:			

Next Well Child Appt Date: ___/___/_____

Health Care Provider Signature: _____

Date: _____

PRINT Provider Name: _____

CLINIC STAMP



Early Childhood Education

Division of Teaching & Learning

5309 Kenneth Avenue, Carmichael, California 95608

Telephone (916) 971-7375; FAX (916) 971-5993

Internet Web Site: www.sanjuan.edu/EarlyChildhoodEducation

DENTAL RECORD

School: _____

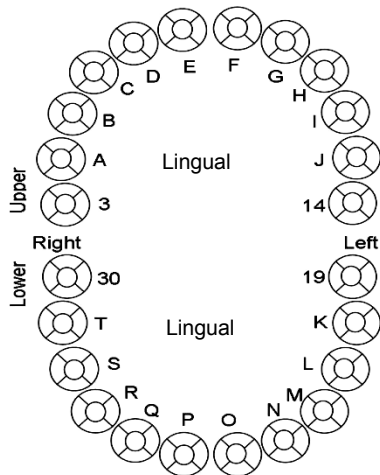
Child's Name: _____ Birth Date: _____ Sex: M F

Parent's Name: _____ Phone: _____

Address: _____

I authorize professionally qualified individuals to exchange information about my child. I understand that all information will be kept in a confidential file.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Please list recommended services in order on the table below and restoration you performed:

Tooth # or Letter	Surfaces	Description of Services	Date of Service

Date of Exam: _____

Cleaning and fluoride treatment date completed: _____

In diagram above indicate oral conditions before treatment: Missing Decayed Filled

CHILD ORAL HEALTH SUMMARY

Dental Needs:

Routine Recall Visits Special Home Emphasis, Oral Hygiene

Problems Noted:

Dietary Harmful Oral Habit(s)
 Developmental Other _____

All Planned Treatments:

Is Complete

Is Not Complete. **Please explain and check what needs to be completed:**

Treatment (Restoration, Pulp Therapy, Extraction) X-Rays Cleaning
 Fluoride Other _____ Number of Visits Needed: _____

Treatment Referral to: _____ Phone _____

Dentist: _____ Signature _____ Date: _____

Address: _____ Phone _____

Please return completed forms to the parent/guardian or send to:
Early Childhood Education, Health Services, 5309 Kenneth Avenue, Carmichael, CA 95608.
Please FAX this form to (916) 971-5993