

Preschool & Infant/Toddler Registration

REQUIRED DOCUMENTATION FOR ENROLLMENT

الوثائق المطلوبة لغرض التسجيل

فيما يلي قائمة جزئية بالوثائق المطلوبة للتسجيل في الحضانة (Head Start) أو الروضة (State Preschool):

- أثبات السكن في عنوان تابع لحدود مديرية تربية San Juan، و الذي تشمل:
  - فاتورة خدمات حالية (SMUD/PG&E/Water) أو عقد أيجار أو فرض البنك الخاص بشراء العقار.

**ملاحظة:** إذا كنت مقيماً مع شخص آخر ، فستحتاج الى ملئ أستمارة أقرار الإقامة ، و التي يمكن الحصول عليها من مكتبنا.
- شهادة ميلاد الطفل موثقة و أصلية. **ملاحظة:** للتسجيل في الروضة (State Preschool) فأنت مطالب بتقديم شهادة ميلاد موثقة لكل طفل في العائلة.
- أحدث نسخة و ٣٠ يوماً متعاقبة لأي و جميع وثائق الدخل المالي مثل الشيكات، المساعد المالية الخاصة بالأعاق و العجز، كشف للمساعدات الخاصة بـ SSI/TANF/CalWORKS.
- جدول تطعيمات "لقاحات" (او وثيقة من طبيب) لما يلي: ٣ جرع من شلل أطفال (3 Polio)، ٤ جرع من لقاح الثلاثي (4 DPT)، ٣ جرع من لقاح التهاب الكبد من النوع B (3 Hepatitis B)، جرعة واحدة من لقاح جذري الماء (1 Varicella) بالإضافة الى جرعة واحدة من لقاح المستدمية النزلية النوع ب (1 Hib) و جرعة واحدة من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (1 MMR) تم اعطاها بعد عيد الميلاد الأول و فحص السل (TB test) الذي تم قرائته (أو تم إجراء ورقة تقييم خطر إصابة الطفل في مرض التدرن "السل الرؤي" - TB Risk Assessment) خلال مدة ١٢ شهرا من اليوم الاول لطفلك في المدرسة.
- تقديم رقم الـ MediCal، Cal Fresh (Food Stamps) أو الـ WIC - ان وجدت.
- الفحص البدني و الأسنان الذي تم إجراءه خلال مدة ١٢ شهرا من التسجيل (الأستمارات مرفقة).
- وثائق المحكمة للوصاية / كفالة الأطفال / الحضانة.
- وثائق التعليم الخاص (IEP) والمشاكل الصحية؛ بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الحساسية، الربو، أدوية يتم تناولها في المدرسة، أستمارات حظر تناول الطعام ان وجدت.
- وثائق أخرى خاصة بالبرنامج يتم تحديدها من قبل موظف خدمات التسجيل والأسرة إذا تم الأتصال بك لتحديد موعد

يرجى التفهم أن كل عائلة مسؤولة عن تحديث أهليتها ومعلومات الاتصال الخاصة بها في حال طرء عليها اي تغير

حيث ان ذلك قد يساعد في تعديل ترتيبك في قائمة الأهلية الخاصة بنا

لضمان بقاء طفلك فعلياً في قائمة أهلية SJ-ECE ، يرجى الاتصال بالرقم أدناه لتحديث معلوماتك كل ٦ أشهر

لمزيد من المعلومات، يرجى الأتصال على: 979-8760

موقعنا الكائن في Marvin Marshall في العنوان التالي: 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](http://www.sanjuan.edu/EarlyChildhoodEducation)

Kent Kern, Superintendent of Schools

Sue Hulsey, Assistant Superintendent, Elementary Education

Jim Walters, ECE Program Manager

## المتطلبات الصحية للحضانة (Preschool)

١. فحص بدني حالي - يجب ان يشمل:

- ✓ تقييم خطر إصابة الطفل في مرض التدرن "السل الرؤي" ( Child TB Risk Assessment )
- ✓ الطول و الوزن
- ✓ فحص فقر الدم (Anemia Test) - يستحق سنوياً
- ✓ ضغط الدم
- ✓ فحص نسبة الرصاص بالدم (Blood Lead Test) - بعد عيد الميلاد الثاني
- ✓ فحص البصر / مخطط فحص البصر "سنيلين" (نتائج حالية)
- ✓ فحص السمع / قياس السمع (نتائج حالية)

٢. فحص حالي للأسنان

٣. رقم برنامج الـ WIC (برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال)

**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	<b>Medication required at school?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Recommend full participation in normal daily activities at school (if no, explain in space provided):	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain:	List meds at school - Need Med Form:	
Treatment, Restrictions, Recommendations for School:			

Next Well Child Appt Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

PRINT Provider Name: \_\_\_\_\_

<b>CLINIC STAMP</b>
---------------------



# 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](http://www.sanjuan.edu/EarlyChildhoodEducation)

### DENTAL RECORD

School: \_\_\_\_\_

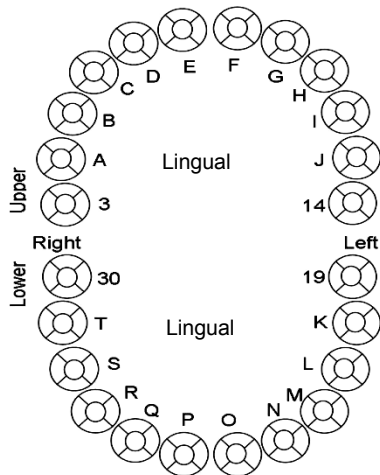
Child's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex:  M  F

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**