

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](http://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 \_\_\_\_\_

**PRESCHOOL PHYSICAL EXAM (TO BE COMPLETED BY PROVIDER)**

**CHILD NAME:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  M  F **SCHOOL:** \_\_\_\_\_

ATTENTION PROVIDER: Head Start Programs requires a COMPLETE CHDP EQUIVALENT HEALTH EXAM, including BLOOD LEAD TEST. Documentation of all screenings is necessary to provide prompt assistance to families and better meet the health and developmental needs of the child. **Please complete ALL boxes, sign, date and return to parent.**

REQUIRED FOR PRESCHOOL PROGRAMS							
TB Risk Assessment	Date:	<input type="checkbox"/> Not at Risk	<input type="checkbox"/> At Risk <i>TB test required</i>	<input type="checkbox"/> QuantIFERON	Date of Test:	Date of reading:	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
				<input type="checkbox"/> TST/PPD			
Lead Risk Assessment	Date:	<input type="checkbox"/> Not at Risk	<input type="checkbox"/> At Risk <i>Blood Lead test required</i>	List any treatment/follow up:			
Blood Lead Test (One result required ON or AFTER 24 months)	Date:	Result		List any treatment/follow up:			
Hematocrit or Hemoglobin (Due Yearly)	Date:	Result	<input type="checkbox"/> Not at Risk	List any treatment/follow up:			

PHYSICAL EXAM RESULTS						
Date of Exam	Height	Weight	BP	Allergies <input type="checkbox"/> NKA LIST: _____ <input type="checkbox"/> Life threatening		Lactose Intolerant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

Exam Results	Normal	Abnormal	Not evaluated
General Appearance			
Head			
Eyes			
Ears, Nose & Throat			
Teeth/Gums			
Heart			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary			
Skin			
Posture/Gait			
Neurologic (Gross, Fine motor, etc.)			
Developmental			
Speech			
Behavioral			
Diet/Nutrition			

Hearing Screening (25dB at 1000, 2000, 4000 Hz)	
Date	
Right	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
Left	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
	<input type="checkbox"/> Unable to test
Concerns	

Immunizations UTD
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<b>PLEASE ATTACH COPY OF IZ RECORD</b> <i>Note: HIB required on or after 1st birthday for childcare for &lt; 5 yrs of age</i>

Vision Acuity Screening	
Date	
Right	20/
Left	20/
Both	20/
	<input type="checkbox"/> Unable to test
Concerns	

Dental
Referral made? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Reason:
Fluoride Prescribed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Fluoride Applied? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

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:
Full participation in normal daily activities at school is recommended (if no, explain in space provided):	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No, explain:			
Treatment, Restrictions, Recommendations for School:					

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: \_\_\_\_\_

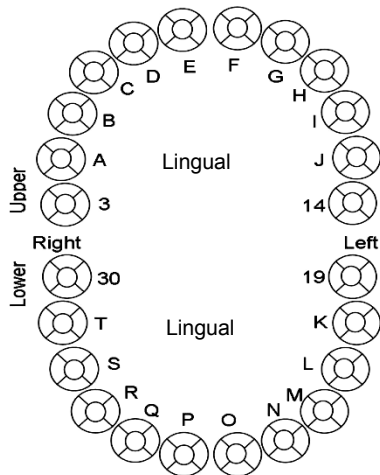
Child's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex:  M  F

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**