

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

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)

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
PLEASE ATTACH COPY OF IZ RECORD <i>Note: HIB required on or after 1st birthday for childcare for < 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: _____

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: _____

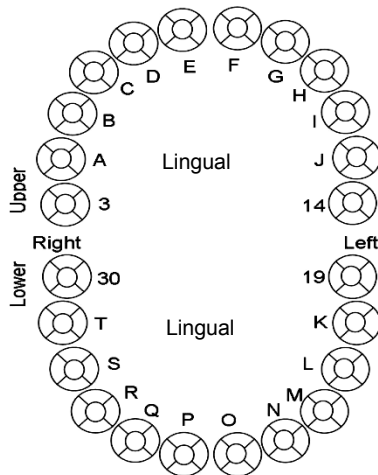
Child's Name: _____ Birth Date: _____ Sex: M F

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**