



McSwain Elementary School

922 Scott Road * Merced, CA 95341

(209)354-2700 * Fax (209)723-2630

Growing Leaders, One Child at a Time

Sara Sanders, Principal

Hector Perez, Assistant Principal

Catarina Lourenco, Assistant Principal /Program Coordinator

Estimadas familias de McSwain

¡Bienvenidos a las inscripciones de KT/K.! Soy la Sra. Sanders y estoy emocionada de ser la Directora para el próximo año escolar. ¡Para nuestras familias entrantes, estamos emocionados de llegar a conocerlos y darles la bienvenida a la Familia McSwain!

La Escuela McSwain está construida sobre una sólida base académica que es insuperable. Nuestro personal va más allá para diseñar lecciones y experiencias para nuestros estudiantes que les prepararán para los desafíos académicos que enfrentarán en la preparatoria y más allá. Los éxitos exhibidos por nuestros estudiantes son un resultado directo del apoyo académico y emocional que reciben en la escuela y en casa. Estamos agradecidos por la colaboración con nuestras familias, y les damos las gracias de antemano por fomentar estas asociaciones este año escolar.

Al embarcarse a esta ronda de inscripciones, quiero revisar las maneras en que los padres pueden conectarse a nuestra comunidad McSwain. En la escuela McSwain, hay muchas maneras en que usted puede estar involucrado. Por favor, manténgase en sintonía y busque las notas que se enviarán a casa por la Fundación de Educación McSwain y el Club de Padres de la Comunidad de McSwain. A través de los esfuerzos de recaudación de fondos, estas dos organizaciones contribuyen en gran medida al bienestar general de nuestra escuela. Además, por favor esté atento a la correspondencia de los maestros de su estudiante (s) con respecto a las oportunidades adicionales para apoyar a su hijo/a dentro y fuera de la clase.

Por favor, tome tiempo para llenar este paquete de registro, descargue parent square and elizas adjuntas firme y entregue los formularios que se encuentran en este paquete de inscripción.

Por favor, tómese un tiempo para llenar este paquete de registro y descargue la aplicación parent square.

Mientras nos preparamos para el curso escolar 25-26, seguiremos enviando mensajes y comunicándonos con ustedes en relación con el inicio de las clases. Es posible que se añadan eventos adicionales a nuestro calendario escolar en línea en nuestro sitio web: www.mcswain.k12.ca.us . Por favor visite nuestro sitio web regularmente.

Gracias por confiar en la escuela McSwain con lo que es más preciado para usted - su (s) hijo/a (s).

Saludos cordiales,

Sra. Sanders



McSwain Elementary School

922 Scott Road * Merced, CA 95341

(209)354-2700 * Fax (209)723-2630

Growing Leaders, One Child at a Time

Sara Sanders, Principal

Hector Perez, Assistant Principal

Catarina Lourenco, Assistant Principal / Program Coordinator

Bienvenidos a la Escuela McSwain

Por favor, complete el paquete de inscripción adjunto. También necesita proporcionar los siguientes documentos.

Por favor, proporcione:

- Acta de nacimiento
- Identificación con foto del padre/madre/tutor
- Registros de vacunas
- Cuestionario de salud
- Comprobante de examen dental
- Cualquier orden judicial que la escuela deba conocer
- Comprobante de residencia

*Es propietario de su casa, proporcione los siguientes documentos

1. Escritura
2. Impuesto de la propiedad
3. Declaración de la hipoteca

* Si alquila su vivienda, por favor proporcione los siguientes documentos

Una copia de su contrato de alquiler

&

Tres facturas que se envían mensualmente a su domicilio (Una de las facturas DEBE ser de utilidades)

Una vez que hayamos inscrito a su estudiante, tendrá acceso a nuestros portales para padres. Por favor, consulte su correo electrónico para obtener información de inicio de sesión para los portales.

Aeries

Por favor, configure esto para ver las clases su(s) hijo/a(s), historial médico, ver y firmar nuestro manual del estudiante.



Aplicación Parent Square

Descárgate nuestra aplicación Parent Square para empezar a recibir mensajes este verano



Solicitud de comidas

Solicite comidas gratis o reducidas después del 1° de agosto.





Mc Swain Elementary School

Registración para el Estudiante

GRADO

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

► ¿Su estudiante ha asistido anteriormente a la Escuela McSwain? Sí No

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Apellido Legal	Otro Nombre Legal/Alias /Va por otro nombre
---------------------	----------------------	----------------	--

Masculino Femenino
 No Binario

Fecha de nacimiento:

Mes Día Año

LUGAR DE NACIMIENTO

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Ciudadano estadounidense: Sí No

RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Domicilio y dirección postal : Propietario Alquila Residencia Compartida

Dirección de domicilio	Apt#	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------	------	--------	--------	---------------

Dirección postal(SÍ ES DIFERENTE)	Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------------------------	-------	--------	--------	---------------

Residencia – ¿dónde vive actualmente su hijo/a/familia? (mandato federal de la NCLB) – Por favor, marque la casilla correspondiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil) | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (09) |
| <input type="checkbox"/> Doble alojamiento (compartir vivienda con otras familias/personas debido a dificultades económicas o pérdidas) (11) | <input type="checkbox"/> Sin refugio (coche/campamento) (12) |
| <input type="checkbox"/> En un albergue o programa de alojamiento transitorio (10) | <input type="checkbox"/> Otros (15) (especifique) _____ |

¿ETNICIDAD DEL NIÑO/A?:

(Marque una opción):

- Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano y otra cultura de origen español, independientemente de su raza)
- No hispano o latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska(100)
(Personas originarias de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central o del Sur) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Otro Isleños del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos (299) | <input type="checkbox"/> Africano Americano o Negro (600) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas originarias de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Norte de África o Medio Oriente) |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205) | <input type="checkbox"/> Guamanian (302) | |
| | <input type="checkbox"/> Samoano (303) | |

Fecha en que el niño/a asistió por primera vez a la escuela en EE.UU:

Fecha en que el niño/a asistió por primera vez a la escuela en CA:

ESCUELA A LA QUE HA ASISTIDO RECIENTEMENTE:			
Escuela	Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal	Grado(s)	Fecha(s)

¿Existen informes psicológicos o confidenciales de escuela anterior de su hijo? Sí No
 ¿Su hijo/a ha sido suspendido? Sí No ¿Su hijo/a ha sido expulsado alguna vez? Sí No
 ¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? **(marque todas las casillas que corresponda)**
Educación especial: Recursos (RSP) Clases especiales de día (SDC) Idioma/Lenguaje 504 IEP
Otro: Talento (GATE) Matemáticas Correctiva Lectura Correctiva Consejería Desarrollo del idioma inglés Matemáticas Avanzadas a partir del 7º grado Ayuda para mejorar la asistencia escolar/comportamiento Otro (Especifique) _____

Información sobre los padres/tutores (con los que vive el estudiante) - marque todo lo que corresponda

Padre Madre Ambos Padrastro Madrastra Guardián Hogar de Apoyo/Grupos Otro _____
 ¿La(s) persona(s) indicada(s) arriba es/son el/los tutor(es) LEGAL(es) del alumno? Sí No En caso negativo, facilite documentación/ "Declaración jurada del cuidador".
 Si existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, marque una opción: Custodia compartida Custodia única Tutor

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES CON LOS QUE VIVE EL ESTUDIANTE:

1. **Nombre Completo:** _____ **Relación:** _____ **Acceso al portal:** Sí No
Correo Electrónico: _____
Empleador: _____ **Número de celular (____) _____** **# de teléfono durante el día (____) _____**

Nivel de Educación: Graduado de La Licenciatura O Superior Graduado Colegial Algo de Colegio O Graduado con Licenciatura Asociado Graduado De La Escuela Secundaria No Graduado de Escuela Secundaria

2. **Nombre Completo:** _____ **Relación :** _____ **Acceso al portal:** Sí No
Correo Electrónico: _____
Empleador: _____ **Número de celular (____) _____** **# de teléfono durante el día (____) _____**

Nivel de Educación: Graduado de La Licenciatura O Superior Graduado Colegial Algo de Colegio O Graduado con Licenciatura Asociado Graduado De La Escuela Secundaria No Graduado de Escuela Secundaria

CORREO DUPLICADO – Si está divorciado/separado y la custodia compartida permite duplicar el correo/la información que debe darse al otro padre. Por favor, incluya su nombre, dirección y número de teléfono:

Nombre Completo: _____ **# de Teléfono: (____) _____**

Dirección de correo: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Otros Contactos

3. **Nombre Completo:** _____ **Relación:** _____ **Acceso al portal:** Sí No
Correo Electrónico: _____
 ¿Puede recoger al estudiante? Sí No **Número de celular (____) _____** **# de teléfono durante el día (____) _____**

4. **Nombre Completo:** _____ **Relación:** _____ **Acceso al portal:** Sí No
Correo Electrónico: _____
 ¿Puede recoger al estudiante? Sí No **Número de celular (____) _____** **# de teléfono durante el día (____) _____**

TRANSPORTE DE LOS ESTUDIANTES

▶ ¿Su hijo/a necesita transporte en autobús? Sí No

Necesitaré transporte en: AM PM Ambos AM/PM

Dirección de recogida y bajada del autobús:

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTEComprobante de vacunas: Sí No

Nombre del Médico de familia /Número de teléfono:

Indique cualquier problema de salud conocido:

Indique los medicamentos que toma el estudiante con regularidad:

¿Su hijo/a necesita tomar algún medicamento en la escuela? Sí NoSi la respuesta es sí, ¿llenó un formulario PPS? Sí No

Indique cualquier alergia que padezca el estudiante:

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR

El código De Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes. Solicitamos su colaboración para ayudarnos a cumplir este importante requisito. Por favor, responda a las siguientes preguntas.

¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?

¿Qué idioma habla su hijo/a en casa con más frecuencia?

¿Qué idioma utilizan ustedes con más frecuencia cuando hablan con su hijo/a?

¿Qué idioma hablan los adultos con más frecuencia en casa?

¿En qué país nació su hijo/a?

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____

Office Use Only: Guardian Verification BC Verification Proof of Residence Proof of Immunization

Initials Aeries Input:

McSwain Union Elementary School District

Student Health Information Sheet/ Información de Salud del Estudiante

Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____ Grade of Student (Grado del Estudiante) _____

Name (Nombre) _____
 Last (Apellido) First (Primer) Middle (Segundo)

Address (Dirección) _____
 Street (Calle) P.O. Box

City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Código Postal)

Father's Name (Nombre del Padre) Mother's Name (Nombre de la Madre)

Birth Defects? _____ ¿Defectos de Nacimiento? _____	Yes/No Si/No	Heart Problems? ¿Problemas Cardiacos?	Yes/No Si/No
Developmental Delay? _____ ¿Retrasos de Desarrollo? _____	Yes/No Si/No	Heart Murmur/High BP? ¿Soplo Cardíaco? Presión Arterial Alta?	Yes/No Si/No
Blood Disorder? _____ ¿Trastornos de la Sangre? _____	Yes/No Si/No	Dizziness/ Chest Pain with exercise? ¿Mareos o dolor de pecho al hacer ejercicio?	Yes/No Si/No
Diagnosis of Asthma? ¿Diagnóstico de Asma?	Yes/No Si/No	Hearing Problems? ¿Problemas de Audición?	Yes/No Si/No
Uses Inhaler? ¿Usa Inhalador?	Yes/No Si/No	Hearing Aids? ¿Aparato del oído?	Yes/No Si/No
Medication Allergies? _____ ¿Alergia a algún medicamento? _____	Yes/No Si/No	Vision Problems? ¿Problemas de visión?	Yes/No Si/No
Food Allergies? _____ ¿Alergia a alguna comida? _____	Yes/No Si/No	Glasses/Contacts? ¿Lentes/Contactos?	Yes/No Si/No
Seasonal Allergies? ¿Alergias de temporada?	Yes/No Si/No	TB Skin Test Positive? ¿Prueba positiva de la piel para el Tuberculosis?	Yes/No Si/No
Diabetes? ¿Diabetes?	Yes/No Si/No	Loss of one of paired organs? ¿Pérdida de uno de los órganos emparejados	Yes/No Si/No
Seizures? ¿Convulsiones?	Yes/No Si/No	Serious Illness? ¿Enfermedades Serias?	Yes/No Si/No
Bone/Joint Problems? ¿Problemas de huesos/articulaciones?	Yes/No Si/No	Any other health condition? _____ ¿Algún otra condición de salud? _____	Yes/No Si/No
Scoliosis? ¿Escoliosis?	Yes/No Si/No	Any Medications taken at home? _____ ¿Toma Medicamentos en casa? _____	Yes/No Si/No
Migraines or Headaches? ¿Migrañas o Dolores de Cabeza?	Yes/No Si/No	Any Medications taken at school? _____ ¿Toma Medicamentos en la Escuela? _____	Yes/No Si/No

By initialing below/ Poniendo sus iniciales a continuación:

_____ 1. I acknowledge that if the emergency care of my child involves medication, I will have a Medication at school authorization form filled out by a physician and turned in to the school office on or before the first day of school.

Reconozco que, si la atención de emergencia de mi hijo/a involucra medicamentos, tendré un formulario de autorización de Medicamentos en la escuela completado por un médico y entregado en la oficina de la escuela el primer día de clases o antes.

_____ 2. I authorize the school district, and its employees and agents, to take the action they believe is appropriate in an emergency.

Autorizo al distrito escolar y a sus empleados y agentes a tomar las medidas que consideren apropiadas en caso de emergencia.

_____ 3. I agree to indemnify and hold harmless the School District, and its employees and agents, against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the emergency care of my child.

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes, contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta deliberada y lasciva, que surja de la atención de emergencia de mi hijo.

_____ 4. I authorize this health information to be shared with appropriate school staff.

Autorizo que esta información de salud se comparta con el personal escolar apropiado.

Parent(s) / Guardian(s) Printed Name/ Nombre impreso de Padres/Tutor

Parent(s) / Guardian(s) Signature Name/ Firma de Padres/Tutor

Date/ Fecha

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California’s children.

Section 1: Child’s Information (Filled out by parent or guardian)

Child’s First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child’s Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP Code: 	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child’s Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child’s Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
<hr/> Licensed Dental Professional Signature		<hr/> CA License Number
		<hr/> Date MM – DD – YYYY

*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
 Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="checkbox"/> I don’t know

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child’s first school year.

Original to be kept in child’s school record.