

Chemawa Middle School
Riverside Unified School District
8830 Magnolia Avenue, Riverside, CA 92503
Gerardo Arenas, Principal

2022-2023 SCHOOL YEAR
NEW STUDENT ENROLLMENT PACKET

Parents/Guardians are responsible for making sure that all paperwork is submitted with the registration packet. Please read instructions for completing the attached registration packet and forms.

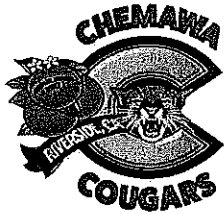
PARENT/GUARDIAN MUST PROVIDE:

- **Address Verification.** Two (2) forms of proof of residency dated within 30 days of presentation. Examples of valid address verifications:: Escrow Documents, mortgage statement, rental agreement with receipt, employer verification (pay stub), proof of insurance and/or medical insurance statement, post office forwarding mail label showing new address, government agency mail, court documents regarding foster care, guardianship, custody orders, or legal documents. Documents must be dated within the last 30 days. Documents that **are not acceptable:** cable-trash-telephone bills, Bank/Credit card statements, junk mailers, driver's license, and restraining orders. **SEE THE ATTACHED DISTRICT LETTER FOR MORE INFORMATION.**
- **Birth Certificate** – an original or a copy (passport may be used if birth certificate not available)
- **Immunization Records.** The following must be met at the time of enrollment: Polio 4 doses, DTP 5 doses, MMR 2 doses, Hepatitis B 3 doses, Chicken Pox 2 doses, Tdap 1 dose.
- **Parent/Guardian ID:** Drivers license or passport is acceptable. A copy of the ID will be made by school staff at time of enrollment. Parent/Guardian must be present.

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THE ATTACHED:

- Student Registration/Data Form (attached). *Students who do not live with a parent or legal guardian must make an appointment through Child, Welfare, and Attendance at (951) 352-1200 for approval for residency in this district prior to registration.*
- Emergency Card
- Parent's Notification Form
- Health History Form
- Home Language Survey
- Student Housing Questionnaire

If you have any questions, please call the Registrar at (951)352-8244 ext. 52106



Chemawa Middle School
Riverside Unified School District
8830 Magnolia Avenue , Riverside, CA 92503
Gerardo Arenas, Principal

PAQUETE DE REGISTRACION PARA ESTUDIANTES NUEVOS

Los padres de familia son responsables en asegurarse que todos los papeles sean sometidos con el paquete de registraci3n. Por favor lea todas las instrucciones y complete todas las formas en el paquete de registraci3n.

DEBES PROVEER:

- **Acta de Nacimiento** – Una copia del certificado de nacimiento de su estudiante.
- **Tarjeta de Vacunas** – Las siguientes vacunas deben de estar registradas a la hora de la matricula: Polio 4 Dosis, D.T.P. 5 Dosis, M.M.R. 2 Dosis, Hepatitis B 3 Dosis, Varicela 2 Dosis, Tdap1 Dosis
- **Verificaci3n de la Direcci3n** – **Dos (2) formas** de prueba de residencia (dentro de 30 d3as) Comprobantes aceptables: documentos de bienes ra3ces, contrato de alquiler con recibo, declaraci3n de hipoteca, tal3n de cheque, seguro de auto, hogar o de salud, correos de agencias gubernamentales, documentos de corte sobre tutor3a legal, custodia. Comprobantes no aceptables: cuentas del cable, tel3fono, estados de tarjeta de cr3dito, anuncios, licencia de conducir, ordenes legales de registraci3n.

COMPLETA EL ADJUNTO

- Hoja de Registraci3n del Estudiante - Complete la Forma- (Los estudiantes quienes no viven con sus padres de familia o guardianes legales deber3n de hacer una cita atraves de Child, Welfare y Asistencia al (951) 352-1200 para aprobaci3n de residencia en este distrito **antes** de la registraci3n.)
- Lista de Contactos de Emergencia – (n3meros de tel3fonos v3lidos en caso de una emergencia.)
- Forma de los Derechos de Padres de Familia – L3ala y regrese la copia firmada.
- Compacto Casa-Escuela Titulo 1 – Por favor leer y hablar con su estudiante acerca de esto.
- Encuesta del Lenguaje en Casa - Por favor complete y regrese las copias firmadas.
- IEP – Si su estudiante esta en Educaci3n Especial, necesitamos el reporte m3s reciente del Plan Educacional Individual.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Registradora al (951) 352-8244 Ext. 52106.

Mr. Timothy R. Walker, Assistant Superintendent, Pupil Services/SELPA

Mr. Raúl Ayala, Director of Pupil Services

2022-2023 School Year - Establishing Proof of Residency

In accordance with California Education Code, proof of residency must be established prior to enrollment in school. To establish residency, parents/guardians need to produce at least two documents from the list below including the name of parent/guardian, and current Riverside address. **Documents shall be dated within the previous thirty (30) days of their presentation to school site staff.**

Acceptable Documents Used to Establish Residency:

- Escrow Papers, with closing date not more than 30 days from the current date.
(Note: Schools may ask for the final closing docs after the 30-day date to assure residence).
- Lease/rental agreement **with** receipt from property owner;
- Mortgage statement
- Utility service contracts, statements, or payment receipts, (Gas, Electric, Water providers).
- Employer's verification of address (i.e. pay stub);
- Proof of Insurance – car or home;
- Electronic payment receipt of monthly payments or security deposit or cancelled checks;
- Statements from medical providers, (Example Kaiser Permanente)
- Mail from old address with forwarding address label with new address – online confirmation;
- Mail from state or federal government agencies; (i.e., Medi-Cal, food stamps, court ordered child support payments, DMV registration, jury summons, housing authority document, County DPSS, Medical, Cal Works, Child support statements, voter registration, taxes)
- Court documents regarding foster care, guardianship, custody orders.

Documents NOT Acceptable:

- Cable, Trash, Telephone/Cellphone, bills
- Credit card statements
- Junk Mailers, (Advertisements)
- Driver's License
- Restraining Orders
- Bank Statements

Revised 2/2022

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA

Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2022-2023 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que NO se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 2/2022

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200



GRADE	NUMBER OF DOSES REQUIRED OF EACH IMMUNIZATION ^{1, 2, 3}				
K-12 Admission	4 Polio⁴	5 DTaP⁵	3 Hep B⁶	2 MMR⁷	2 Varicella
(7th-12th)⁸	K-12 doses	+ 1 Tdap			
7th Grade Advancement^{9,10}		1 Tdap⁸			2 Varicella¹⁰

- Requirements for K-12 admission also apply to transfer pupils.
- Combination vaccines (e.g., MMRV) meet the requirements for individual component vaccines. Doses of DTP count towards the DTaP requirement.
- Any vaccine administered four or fewer days prior to the minimum required age is valid.
- Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the 4th birthday.
- Four doses of DTaP meet the requirement if at least one dose was given on or after the 4th birthday. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the 7th birthday (also meets the 7th-12th grade Tdap requirement. See fn. 8.)
- One or two doses of Td vaccine given on or after the 7th birthday count towards the K-12 requirement.
- For 7th grade admission, refer to Health and Safety Code section 120335, subdivision (c).
- Two doses of measles, two doses of mumps, and one dose of rubella vaccine meet the requirement, separately or combined. Only doses administered on or after the 1st birthday meet the requirement.
- For 7th-12th graders, at least one dose of pertussis-containing vaccine is required on or after the 7th birthday.
- For children in ungraded schools, pupils 12 years and older are subject to the 7th grade advancement requirements.
- The varicella requirement for seventh grade advancement expires after June 30, 2025.

DTaP/Tdap = diphtheria toxoid, tetanus toxoid, and acellular pertussis vaccine
 Hep B = hepatitis B vaccine
 MMR = measles, mumps, and rubella vaccine
 Varicella = chickenpox vaccine

INSTRUCTIONS:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK /Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry. Students entering 7th grade who had a personal beliefs exemption on file must meet the requirements for TK/K-12 and 7th grade. See shotsforschool.org for more information.

UNCONDITIONALLY ADMIT a pupil whose parent or guardian has provided documentation of any of the following for each immunization required for the pupil's age or grade as defined in table above:

- Receipt of immunization.
- A permanent medical exemption.*
- A personal beliefs exemption (filed in CA prior to 2016); this is valid until enrollment in the next grade span, typically at TK/K or 7th grade.†

CONDITIONALLY ADMIT any pupil who lacks documentation for unconditional admission if the pupil has:

- Commenced receiving doses of all the vaccines required for the pupil's grade (table above) and is not currently due for any doses at the time of admission (as determined by intervals listed in Conditional Admission Schedule, column entitled "EXCLUDE IF NOT GIVEN BY"), or
- A temporary medical exemption from some or all required immunizations.*



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA ^{1, 2, 3}				
Ingreso a K-12 °	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

ADMITA INCONDICIONALMENTE a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.†

ADMITA CONDICIONALMENTE a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

CONDITIONAL ADMISSION SCHEDULE FOR GRADES K-12

Before admission a child must obtain the first dose of each required vaccine and any subsequent doses that are due because the period of time allowed before exclusion has elapsed.

DOSE	EARLIEST DOSE MAY BE GIVEN	EXCLUDE IF NOT GIVEN BY
Polio #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Polio #3 ¹	4 weeks after 2nd dose	12 months after 2nd dose
Polio #4 ¹	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
DTaP #3 ²	4 weeks after 2nd dose	8 weeks after 2nd dose
DTaP #4	6 months after 3rd dose	12 months after 3rd dose
DTaP #5	6 months after 4th dose	12 months after 4th dose
Hep B #2	4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose
Hep B #3	8 weeks after 2nd dose and at least 4 months after 1st dose	12 months after 2nd dose
MMR #2	4 weeks after 1st dose	4 months after 1st dose
Varicella #2	Age less than 13 years: 3 months after 1st dose	4 months after 1st dose
	Age 13 years and older: 4 weeks after 1st dose	8 weeks after 1st dose

1. Three doses of polio vaccine meet the requirement if one dose was given on or after the fourth birthday. If polio #3 is the final required dose, polio #3 should be given at least six months after polio #2.
2. If DTaP #3 is the final required dose, DTaP #3 should be given at least six months after DTaP #2, and pupils should be excluded if not given by 12 months after second dose. Three doses meet the requirement if at least one dose of Tdap, DTaP, or DTP vaccine was given on or after the seventh birthday. One or two doses of Td vaccine given on or after the seventh birthday count towards the requirement.

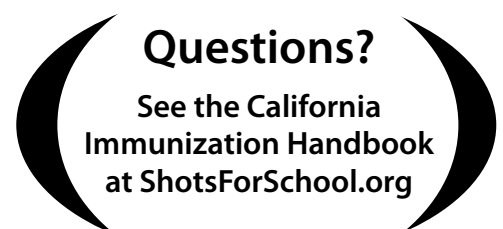
Continued attendance after conditional admission is contingent upon documentation of receipt of the remaining required immunizations. The school shall:

- review records of any pupil admitted conditionally to a school at least every 30 days from the date of admission,
- inform the parent or guardian of the remaining required vaccine doses until all required immunizations are received or an exemption is filed, and
- update the immunization information in the pupil's record.

For a pupil **transferring** from another school in the United States whose immunization record has not been received by the new school at the time of admission, the school may admit the child for up to 30 school days. If the immunization record has not been received at the end of this period, the school shall exclude the pupil until the parent or guardian provides documentation of compliance with the requirements.

* In accordance with 17 CCR sections 6050-6051 and Health and Safety Code sections 120370-120372.

† In accordance with Health and Safety Code section 120335.



CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

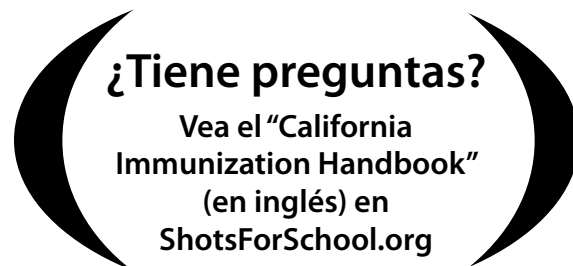
DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.



* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

Riverside Unified School District New Student Registration 2022-2023

1) STUDENT INFORMATION			
Student Last Name	Student First Name	Middle Name	
Legal Name, if different		Family Email Address	
Current Street Address		City	Zip Code
Mailing Address, if different		City	Zip Code
Home phone ()	Parent/Guardian Cell ()	Parent/Guardian Cell ()	
Student Date of Birth	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Nonbinary		
2) LAST SCHOOL ATTENDED			
Name of School	Date Last Attended	Grade	City/County/State
Has student previously attended a RUSD school? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* *School:			
3) FAMILY INFORMATION			
<i>Please include first and last name</i>		Check if student lives with	
Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent		<input type="checkbox"/>	
<i>This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.</i>			
Please check the box that most closely pertains to you :			
<input type="checkbox"/> Not a high school graduate <input type="checkbox"/> College graduate <input type="checkbox"/> High school graduate <input type="checkbox"/> Graduate school/Post graduate training			
<input type="checkbox"/> Some college (2 or 4 yr College or University) <input type="checkbox"/> Declines to state or unknown graduate			
Father/Mother/Step-Parent/Caregiver/Guardian/Foster Parent		<input type="checkbox"/>	
<i>This information is for statistical/survey information only and will be kept confidential.</i>			
Please check the box that most closely pertains to you :			
<input type="checkbox"/> Not a high school graduate <input type="checkbox"/> College graduate <input type="checkbox"/> High school graduate <input type="checkbox"/> Graduate school/Post graduate training			
<input type="checkbox"/> Some college (2 or 4 yr College or University) <input type="checkbox"/> Declines to state or unknown graduate			
Is Either Parent/Guardian on Active Duty in the Armed Forces? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Active duty is defined as full-time duty in Air Force, Army, Coast Guard, Marines, or Navy)			
If Active, What Branch? <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Navy			
4) OTHER CHILDREN LIVING AT HOME			
Name (first and last)	Date of Birth	Grade	School

5) HEALTH INFORMATION

Check all that apply:

- No known health problems
- Allergies (please explain)
- Attention Deficit/Hyperactivity
- Asthma (Inhaler dependent*)
- Diabetic (Insulin dependent*)
- Seizures/Epilepsy (Medication required*)
- Surgeries
- Serious Illness (please explain)
- Other Medical (please explain)
- Other Medications* (please explain)

Comments:

*** REQUIRES DOCTOR'S NOTE/COMPLETION OF DOCTOR'S AUTHORIZATION FORM**
**** SEE PARENT HANDBOOK FOR MORE HEALTH SERVICES INFORMATION**

6) SPECIAL PROGRAMS

- Yes, my child has a current Individualized Education Plan (IEP)
- Gifted and Talented Education (GATE)
- Behavior Plan/Behavior Contract
- Speech Therapy
- Student Study Team
- Other _____
- NONE
- Foster/Group Home
- Special Day Class (SDC)
- Homeless/McKinney-Vento
- 504 Accommodation Plan
- Resource Specialist Program (RSP)
- My child has been tested for special education

7) PAST BEHAVIOR HISTORY

SUSPENSION:

- My child **has** previously been suspended from a public/private school.*

EXPULSION:

- My child **has** been expelled from a public/private school or district. *
 - My child **is currently** being referred for expulsion from a public/private school or district. *
- * Parents are required by law to divulge this information (EC 48918)**

8) STUDENT ETHNICITY

- No, not Hispanic or Latino
- Yes, Hispanic or Latino

9) STUDENT RACE (select one or more)

- American Indian or Alaska Native
- Filipino
- Korean
- Tahitian
- Asian Indian
- Guamanian
- Laotian
- Vietnamese
- Black or African American
- Hawaiian
- Other Asian
- White
- Cambodian
- Hmong
- Other Pacific Islander
- Chinese
- Japanese
- Samoan

*** PARENT/GUARDIAN SIGNATURE***

My signature certifies that all information provided on this form is accurate. I understand that changes in address, telephone numbers, and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my child.

Parent/Guardian Signature

Date:

Riverside Unified School District prohibits discrimination, harassment, intimidation, or bullying in all district programs, activities, and employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, religion, age, sex, sexual orientation, parental or marital status, pregnancy, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics. **If you have any complaints or questions regarding this policy you may contact:** Director of Pupil Services or the District Complaint Officer 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 or (951) 352-1200

REV. 4/22

OFFICE USE ONLY

GRADE: _____ Student ID: _____ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire
 Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical
 Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents
 Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

- No se conoce algún problema de salud** Comentarios:
- Alergias (favor de explicar)
- Deficiencia de atención/hiperactividad
- Asma (depende de inhalador*)
- Diabético (depende de insulina*)
- Convulsiones/Epilepsia (requiere medicamento*)
- Cirugías
- Enfermedades graves (favor de explicar)
- Otro medico (favor de explicar)
- Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS
INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) PROGRAMAS ESPECIALES

- Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación** Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
- Plan de Conducta/Contrato de Conducta
- Terapia de habla Equipo de estudio estudiantil (SST) Programa de Especialista de Recursos (RSP) Foster/Hogar de Crianza
- Clase especial diurna (SDC) Sin Hogar/McKinney-Vento Plan 504 Adaptado Ninguno aplica
- Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:

- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*
- Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

- Indígena americana o de Alaska Filipino Coreano Tahitiano Indio asiático Guamaniano Laosiano Vietnamita
- Negro o afroamericano Hawaiano Otro asiático Caucásico Camboyano Hmong Otro isleño pacifico
- Chino Japonés Samoano

***** FIRMA DE PADRE/TUTOR*****

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Director de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200 REV. 02/22

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: _____ Student ID: _____ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire

Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical

Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents

Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

2022-2023 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F / Nonbinary** **Grade:** _____ **Age:** _____ **Birthdate:** _____
Genero Grado Edad Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ **Zip Code** _____ **Home Phone** _____
Domicilio Código Postal Teléfono

Father/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Mother/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication _____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que si anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian.** If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older.**
Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor.** Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 años de edad.**

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/ Fecha



Student Housing Questionnaire

Student Last Name	First	Middle	Date of Birth	ID Number

The information provided below will help the LEA determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Presently, are you and/or your family living in any of the following situations? **Check all that apply.**

- Living in a single-home residence that is permanent
- Staying in a shelter (family shelter, domestic violence shelter, youth shelter) or Federal Emergency Management Agency (FEMA) trailer
- Sharing housing with other(s) due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, lack of adequate housing, or similar reason
- Living in a car, park, campground, abandoned building, or other inadequate accommodations (i.e. lack of water, electricity, or heat)
- Temporarily living in a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, natural disaster, etc.
- I am a student under the age of 18 and living apart from parent(s) or guardian

The undersigned parent/guardian certifies that the information provided above is correct and accurate.

Print Parent/Guardian Name	Signature	Date

Phone number	Street Address	City	State	Zip Code

Please list the student's school aged siblings who are currently living with you.

Name	M/F	Birthdate	Grade	School

Your child or children may have the right to:

- Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title I.
- Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

If you have any questions about these rights, please contact the local homeless liaison, **Chris Sewell**, by phone at (951) 352-1200 or by email at csewell@riversideunified.org

FOR OFFICE USE ONLY

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Letrishiauna Domen Pupil Services Ledomen@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____



Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Marque todo lo que corresponda.**

- Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Indique los hermanos en edad escolar del estudiante que actualmente viven con usted.

Nombre	M/F	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, **Chris Sewell, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico csewell@riversideunified.org**

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Letrishiauna Domen in Pupil Services: Ledomen@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Health Services
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY FORM

School _____

Student Name _____ Male Female Nonbinary

Birthdate _____ Age _____ Grade _____

My child **does not** have any health issues at this time.

If your child has health issues please answer the following questions:

Does your child take medication on a routine basis? Yes No During school hours? Yes No If yes,

Name of medication _____ Name of medication _____

Name of medication _____ Name of medication _____

If your child must take prescriptions or over the counter medications during the school day, complete the Medication Administration parent/physician authorization form and return to the school office. (One form for each medication).

Check the box and explain if your child has a history of or now has the following conditions or concerns.

Asthma

Seizures

Date of last seizure _____

Type _____

Currently takes medication for seizures _____

Allergies

Bees

Foods _____

Medication _____

Other _____

Lactose Intolerance

Physical Limitations _____

Special Equipment needed at home

Special Equipment needed at school

Heart/Cardiac Condition _____

Other Conditions _____

Diabetes Type I Type II

• Has your child been hospitalized for diabetes? Yes No

If yes, give date and explain hospital course: _____

• Can your child monitor his/her blood glucose level independently? Yes No

• Can your child tell if he/she is having symptoms of high or low blood glucose levels? Yes No

If yes, what are his/her symptoms? _____

• Has Glucagon ever been given to your child? Yes No Last given: _____

Is your child **currently** under a doctor's care for any of the above? Yes No

If yes: Doctor's name _____ Phone _____ Fax _____

Address _____

I hereby give permission to share information pertaining to the health of my child with school staff who need to know.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

Original to Cum Sent to District Nurse Health Assistant Teacher

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino No binario

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma

Convulsiones

- Fecha de la última convulsión _____
- Tipo de convulsión _____
- Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

Alergias

- Abejas _____
- Comidas _____
- Alérgico al medicamento _____
- Otro _____

Limitaciones físicas _____

- Equipo especializado necesario en casa
- Equipo especializado necesario en la escuela

Intolerancia a la lactosa

Soplo /enfermedad del corazón _____

Otras condiciones _____

Diabetes **Tipo I** **Tipo II**

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher

Riverside Unified School District Department of Research, Assessment, and Evaluation

Home Language Survey

Assessment Center Use Only: STU-ID: _____
 School Year _____ School: _____
 Appointment Date: _____ Time: _____
 Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)
 Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations

Instructions for parents/guardians: The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of the student. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student’s proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student’s English proficiency is assessed.

Student : _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Last Name</div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">First Name</div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Middle</div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Grade</div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Birthdate</div>
Student’s Address _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Apt. #</div>	City _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">State</div>	Zip _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Home Phone</div>		
1. _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Name of Previous School, District Attended</div>	City _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">State</div>	2. _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Name of Previous School, District Attended</div>	City _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">State</div>	

Please read and answer each question carefully to assist the school in planning the most appropriate educational program for your child:

1. Which language did your child learn when he or she first began to speak? _____

2. Which language does your child use most frequently at home? _____

3. Which language do you use most frequently to speak to your child? _____

4. Name the language spoken most often by the adults at home? _____

Would you like to have school correspondence sent home to you translated in English or another language? English Other Language

X _____ / _____

Signature of Parent/Guardian / Date

Printed name of Parent/Guardian

Write in the language
Printed name of Parent/Guardian

Distrito escolar unificado de Riverside
Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

Assessment Center Use Only:	STU-ID: _____
School Year _____	School: _____
Appointment Date: _____	Time: _____
Distribution: Original = Cum	Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a	Required per NCLB & Title III Regulations

Instrucciones para padres y tutores: El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Sí contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

Alumno: _____	_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Grado</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Domicilio</i>	<i>Apt. #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Area postal</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	
<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. ***Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero?***

2. ***¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?***

3. ***¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)?***

4. ***¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?***

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela traducido al español o inglés? Inglés Otro idioma _____
Nombre del otro idioma

X _____ / _____
Firma del Padre/tutor / Fecha

Nombre escrito del Padre/tutor

BOARD OF EDUCATION
Mr. Brent Lee, President
Dr. Angelo Farooq,
Vice President
Mr. Dale Kinnear, Clerk
Mrs. Kathy Allavie, Member
Mr. Tom Hunt, Member

Riverside Unified School District

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT
5700 Arlington Avenue
Riverside, California 92504



(951) 352-1200
FAX: (951) 274-4202

PARENT NOTICE: NON-RELEASE OF DIRECTORY INFORMATION FOR COLLEGES/UNIVERSITIES, POTENTIAL EMPLOYERS AND MILITARY RECRUITERS

Colleges, universities, employers, and military recruiters may request school districts to release student contact information for 11th and 12th grade students. This information is known as “directory information” and it includes the student’s name, address, and telephone number. Federal law including the *No Child Left Behind Act* (NCLB) requires that school districts release this information upon request unless the parent has requested in writing that it not be released.

If you do not want the Riverside Unified School District to release directory information for your student, please fill out the form below and return it to your student’s school before November 18, 2022.



Date: _____ Name of School: _____

Student Name: _____ Student ID#: _____

I hereby request my student’s ***directory information***, including name, address, and telephone number, ***NOT*** be released to the following entities:

Check one or more below that apply:

Military (United States Army, Navy, Air Force, Marines) and military schools

Colleges, universities, and educational institutions

Potential employers

Print Name of Parent or Legal Guardian

Date

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Signature of Student

Date

BOARD OF EDUCATION
Mr. Brent Lee, President |
Dr. Angelo Farooq,
Vice President
Mr. Dale Kinnear, Clerk |
Mrs. Kathy Allavie, Member
Mr. Tom Hunt, Member |

Riverside Unified School District

Renee Hill
District Superintendent

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT
5700 Arlington Avenue
Riverside, California 92504



(951) 352-1200
FAX: (951) 274-4202

AVISO PARA LOS PADRES DE FAMILIA: NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO PARA LOS COLEGIOS/UNIVERSIDADES, EMPLEADORES POTENCIALES Y RECLUTADORES MILITARES

Las universidades, empleadores y oficiales de reclutamiento de los servicios militares pueden solicitar a los distritos escolares que proporcionen información para comunicarse con los alumnos del 11º y 12º grado. Esta información es conocida como «Información del Directorio» e incluye el nombre, domicilio y número de teléfono de los alumnos. Las leyes Federales incluyendo la *Ley de Ningún Niño Dejado Atrás* (NCLB) exigen que los distritos escolares proporcionen esta información cuando se la soliciten amenos que los padres hayan solicitado por escrito que no sea proporcionada.

Si usted no desea que el Distrito Escolar Unificado de Riverside proporcione esta información del directorio de su hijo/a, por favor complete el formulario de abajo y regrese a la escuela de su hijo/a antes del 18 de noviembre de 2022.

Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del alumno/a: _____ Núm. de matricula estudiantil: _____

Por medio de la presente solicito que la ***información del directorio*** de mi hijo/a, incluyendo nombre, domicilio y número de teléfono, ***NO*** se proporcione a las siguientes entidades:

Marque abajo las que apliquen

- Servicios militares (Armada, Naval, Fuerza Aérea, Infantes de Marina de los Estados Unidos) y escuelas militares
- Universidades e instituciones educativas
- Posibles empleadores

Nombre del padre/tutor en letra de molde

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del alumno

Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2022-2023
RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: <https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión

Sí, doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*Como indicado arriba*)

No, no doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*A menos que haya sido contactado para dar permiso especial*)

Política de uso aceptable

Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno

Sí, doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

No, no doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2022-2023, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de alumno _____ Fecha _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS and PARENTS HANDBOOK 2022-2023
MANDATORY PARENT NOTIFICATION RECEIPT
(A form must be on file at each school/for each student)

Dear Parent/Guardian:

Please read and discuss the *Riverside Unified School District SCHOOL INFORMATION FOR STUDENTS AND PARENTS HANDBOOK* on the RUSD website with your child, for clarification of rules before you and your child sign below to acknowledge your understanding and agreement to abide by RUSD rules and policies.

The handbook can be located at RUSD website:

<https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

School Attendance Information – Please read and review with your student the Attendance Information section of this handbook. It is important for parents and students to know and understand the legal requirements for students to attend school each day the schools are open and in session. This section also very clearly defines what constitutes an excused absence from school.

Discipline Information – Please review the Discipline section of this handbook with your student. Your signature below indicates you have reviewed the Discipline information and discussed school rules with your student.

Media Release - The district occasionally receives requests from the news media and other agencies to photograph or videotape/record students. These requests are often received on a spur-of-the-moment basis, which makes it difficult to obtain immediate parental consent. Parental consent is requested for your student to be photographed/videotaped/recorded during the school year. This may include District promotional news clips for social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs etc.).

Acceptable Use Agreement - Rules and Regulations #6163.4(g) (Ref. Policy #6163.4)

As the parent or guardian, I hereby consent to my student's use of the Internet at school. I also agree not to hold the district responsible for materials acquired by the student on the system, for violations of copyright restrictions, users' mistakes, negligence, or any costs incurred by users.

Publishing Student Work/Photo/Name – Student work and photos may be published on the Internet for a world-wide audience via www.riversideunified.org or other District affiliated social media websites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc) with the consent of the student and (if the student under 18) parent/guardian.

CUT ALONG DOTTED LINE, SIGN IMMEDIATELY AND RETURN TO SCHOOL OFFICE

Student's Name _____ DOB _____

School _____ Grade _____

Please respond by checking the appropriate box:

Media Release

- Yes, I give** permission for my student to be photographed or videotaped. *(as outlined above)*
 No, I do not give permission for my student to be photographed or videotaped. *(unless I have been reached to give special permission)*

Acceptable Use Agreement

- Yes, I/We hereby agree** to comply with the Acceptable Use Policy.
 No, I do not agree to comply with the Acceptable Use Policy.

Publishing Student Work/Photo/Name

- Yes, I give** permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify any background photos).
 No, I do not give permission for the publication of my student's work, photo and name on the RUSD web site and other District affiliated social media sites (including but not limited to Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc). (Note: Names of students shall not be used to identify photos).

By signing I acknowledge that I have read, discussed and understand the *School Information for Students and Parents Handbook 2022-2023*, and I have reviewed the school discipline information in this booklet.

Parent/Guardian Signature

Student Signature

Date

School Funding Form- Riverside Unified School District (School Year 2022-2023)

PART I: Fill in the following information for a student living in your household

LAST NAME

FIRST NAME

BIRTHDATE (MM / DD / YY)

SCHOOL (Write "NONE" if not in school)

GRADE

CLASSROOM

SCHOOL CODE

PART II: Fill in the following information for Household size and Household Income

See additional information on the back of this form for assistance in determining your household size and annual household income.

1. Circle the total number of adults and children living in your household:

Circle one: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Other _____

2. Total Annual Household Income: \$

PART III: Parent or Guardian Information and Signature

I certify (promise) that the information provided on this form is true and that I included all income. I understand that the school may receive state and federal funds based on the information I provide and that the information could be subject to review.

Signature of adult household member
completing this form

Printed name of adult household member
completing this form

Date

HOME PHONE NUMBER

CELL PHONE NUMBER

E-MAIL ADDRESS

The information submitted on this form is a confidential educational record and is therefore protected by all relevant federal and state privacy laws that pertain to educational records including, without limitation, the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA), as amended (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Part 99); Title 2, Division 4, Part 27, Chapter 6.5 of the California Education Code, beginning at Section 49060 et seq.; the California Information Practices Act (California Civil Code Section 1798 et seq.) and Article 1, Section 1 of the California Constitution.

Who should I include in “Household Size”?

You must include yourself and all people living in your household, related or not (for example, children, grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. If you live with other people who are economically independent (for example, who do not share income with your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do *not* include them.

What is included in “Total Household Income”? Total Household Income includes all of the following:

- **Gross earnings from work:** Use your gross income, not your take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. This information can be found on your pay stub or if you are unsure, your supervisor can provide this information. Net income should only be reported for self-owned business, farm, or rental income.
- **Welfare, Child Support, Alimony:** Include the amount each person living in your household receives from these sources, including any amount received from CalWORKs.
- **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran’s benefits (VA benefits), and disability benefits:** Include the amount each person living in your household receives from these sources.
- **All Other Income:** Include worker’s compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received. Do not include income from CalFresh, WIC, federal education benefits and foster payments received by your household.
- **Military Housing Allowances and Combat Pay:** Include off-base housing allowances. Do not include Military Privatized Housing Initiative or combat pay.
- **Overtime Pay:** Include overtime pay ONLY if you receive it on a regular basis.

How do I report household income for pay received on a monthly, twice per month, bi-weekly, and weekly basis?

- Determine each source of household income based on above definitions. Households that receive income at different time intervals must annualize their income as follows:
 - If paid monthly, multiply total pay by 12
 - If paid twice per month, multiply total pay by 24
 - If paid bi-weekly (every two weeks), multiply total pay by 26
 - If paid weekly, multiply total pay by 52
- Add all annualized pay together to determine the total annual household income entered in Part II, 2.

If your income changes, include the wages/salary that you regularly receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made \$900, put down that you made \$1,000 per month. Only include overtime pay if you receive it on a regular basis. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, enter zero or your current reduced income.

For additional information on Household Size and Gross Household Income, please see the Eligibility Manual for School Meals on the U.S. Department of Agriculture Guidance and Resource Web page at <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

Formulario de financiación escolar- El Distrito Escolar Unificado de Riverside (Año escolar 2022-2023)

SECCIÓN I: Proporcione la siguiente información acerca del estudiante que vive en su hogar

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO
(MM / DD / AA)

 /

ESCUELA (Escriba "Ninguna" si no asiste a la escuela)

GRADO

AULA

CÓDIGO DE ESCUELA

SECCIÓN II: Proporcione la siguiente información acerca de la cantidad de integrantes y los ingresos del hogar

Vea la información adicional en el reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar la cantidad de integrantes y los ingresos anuales de su hogar.

1. Encierre en un círculo la cantidad total de adultos y niños que viven en su hogar:

Elija uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otra _____

2. Total de ingresos anuales del hogar: \$

SECCIÓN III: Información y firma del padre o tutor

Certifico (prometo) que la información que proporciono en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro de la familia adulto
que llenó este formulario

NÚMERO DE TELÉFONO DE
CASA

Nombre en letra de molde del miembro de la
familia adulto que llenó este formulario

NÚMERO DE TELÉFONO
CELULAR

Fecha

DIRECCIÓN DE CORREO
ELECTRÓNICO

La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.

¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), *no* las incluya.

¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”? El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. *No* incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas y semanalmente?

- Determine cada fuente de ingresos del hogar en base a las definiciones anteriores: Los hogares que reciben ingresos en diferentes intervalos deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
 - Si le pagan mensualmente, multiplique la paga total por 12
 - Si le pagan dos veces al mes, multiplique la paga total por 24
 - Si le pagan bisemanalmente (cada dos semanas), multiplique la paga total por 26
 - Si le pagan semanalmente, multiplique la paga total por 52
- Sume toda la paga anualizada para determinar el total de ingresos anuales del hogar que anotó en el número 2 de la sección II.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que recibió \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

All students will have 7 classes to include:

Math, Language Arts, Science, Social Studies, PE, Home Room and one elective class.

You will need to choose your top three elective choices. Please rank them 1, 2, 3 and 4 in the order of preference.

7th Grade Elective Classes	
Rank 1, 2, 3, 4	
	Art
	ASB – Application Required
	AVID 7 – Application Required
	Beginning Band
	Intermediate Band
	Music Appreciation/Digital Art
	Bio Medical Science/Animal Science
	Yearbook – Application Required

8th Grade Elective Classes	
Rank 1, 2, 3, 4	
	Art
	ASB – Application Required
	AVID 8 – Application Required
	Beginning Band
	Intermediate Band
	Advanced Band
	Music Appreciation/Digital Art
	Bio Medical Science/Animal Science
	Office/Library Aide
	Spanish 1
	Spanish Native 1
	Yearbook – Application Required

Nombre Del Estudiante: _____ DOB: _____ Grado: _____

Todos los estudiantes tendrán 7 clases para incluir:

Matemáticas, artes del lenguaje, ciencias, estudios sociales, educación física, salón en casa y una clase optativa.

Deberá elegir sus tres opciones electivas principales. Clasifíquelos 1, 2, 3 y 4 en el orden de preferencia.

Clases electivas de séptimo grado	
marca 1, 2, 3, 4	
	Arte
	ASB – Solicitud requerida
	AVID 7 – Solicitud requerida
	Banda inicial
	Banda intermedia
	Ciencias de la Computación
	Explorar 7
	Media Arts/Bio Med
	Anuario – Solicitud requerida

Clases electivas de octavo grado	
marca 1, 2, 3, 4	
	Art
	ASB – Solicitud requerida
	AVID 8 – Solicitud requerida
	Banda inicial
	Banda intermedia
	Advanced Band
	Ciencias de la Computación
	Explorar 8
	Media Arts/Bio Med
	Auxiliar de oficina / biblioteca
	Español 1
	Nativo Español 1
	Anuario – Solicitud requerida