



Oasis Charter Public School Forma Para Re-Inscribirse 2024-2025

INFORMACIÓN DEL NIÑO/NIÑA:

Nombre Completo _____
Apellido Nombre

Apodo/sobrenombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M/F Grado _____

Distrito de Residencia _____ Última Escuela Atendida _____

Lenguaje de correspondencia: Inglés/ Español/ Otro Idioma _____

El Niño/a Vive Con: _____ Ambos Padres _____ Padre _____ Madre _____ Guardián _____ Custodia Compartida _____ Foster (de Crianza)

INFORMACIÓN FAMILIAR:

| | Madre/Guardián | Padre/Guardián |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Nombre Completo | _____ | _____ |
| Domicilio | _____ | _____ |
| Domicilio para las Correspondencias | _____ | _____ |
| Ciudad | _____ | _____ |
| Estado y Código Postal | _____ | _____ |
| No. Telefónico | _____ Casa _____ Trabajo _____ | _____ Casa _____ Trabajo _____ |

Etnicidad ¿Es este estudiante/personal Hispano o Latino? (Seleccione solamente uno)
 No, Hispano o Latino
 Sí, Hispano o Latino

La primera parte es sobre etnicidad no de su raza. No importa qué seleccionó arriba, continúe por favor contestando al siguiente marcando una o más cajas para indicar lo que usted considera su raza. **Por favor de contestar las dos partes.**

Raza ¿Cuál es la raza de este estudiante? (Seleccione uno o más)
 Indio o natural americano de Alaska
Asiático:
 De China Japonés _Coreano _Vietnamés _Asiático Indio _Cambodian _Filipino _Hmong _Otro Asiatico
Ileño hawaiano o otra Islas Pacíficas:
 Hawaiano/a Guamanian _ Tahitiana _ Samoana __ otra Isla
 Black o Afro Americano
 Blanco No-Hispano
 Blanco

Nivel de educación completado de los padres:

Padre/Guardián 1: _____ (Nombre)
 No se graduó de la secundaria Algo del colegio(incluyendo AA degree)
 Se Graduó de la secundaria Se Graduó del colegio

Padre/Guardián 2: _____ (Nombre)
 No se graduó de la secundaria Algo del colegio(incluyendo AA degree)
 Se Graduó de la secundaria Se Graduó del colegio

Su hijo/a ha sido evaluado/a para servicios de educación especial o recibió servicios de educación especial? Si No

Si su respuesta es Sí, por favor escoja al que le aplique a Usted:

1. ¿Servicio recibido? SPEECH, LH/SDC, ED/SDC, CH/SDC, ADAPTIVE P.E., OTRO. (Circule todos los que apliquen)
2. ¿Ha asistido a clases de educación especial? Sí _____ No _____. ¿Cuándo? Mes _____ Año _____.
3. Era escuela pública o privada (Circule una)? Nombre de la escuela _____

OCPS no discriminará en el bases de raza, color, sexo, origen nacional y étnica, edad, religión, o una incapacidad en el administración de sus policías educacionales, admisiones y atléticas y otros programas bajo la administración escolar.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

| Office Use ONLY: | Proof of Birth Type: _____ Verified by: _____ | Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____ | Assigned Grade: | Enroll Date: | Notes: |
|------------------|---|---|-----------------|--------------|--------|
| | | | | | |



Oasis Charter Public School
FORMULARIO DE EMERGENCIA SY 2024-25

Maestro _____ Grado _____

Nombre _____ M ___ F ___
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Dirección _____ Apt. No. _____ Ciudad/Estado _____ Zona Postal _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento _____ Ciudad/Estado _____
 Idioma del hogar _____

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Nombre de la madre/tutor/cuidador: | | Nombre del padre/tutor/cuidador: | |
| Empleador: | | Empleador: | |
| Teléfono de casa: | Teléfono del trabajo: | Teléfono de casa: | Teléfono del trabajo: |
| Teléfono celular: | | Teléfono celular: | |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: | |

Viviendo con _____ Relación _____

Contactos de emergencia Si su hijo se enferma o se lesiona en la escuela y no se puede contactar a los padres, comuníquese con nosotros después de la escuela.

| | Nombre | Relación | Teléfono de casa | Teléfono celular |
|----|--------|----------|------------------|------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

Health Care Provider _____ Phone _____
 Name of Medical Insurance _____ Policy _____
 Number _____
 ___ No Medical Condition Or
 ___ My child receives regular care for the following medical condition(s):
 Allergies/Allergic to: _____ Date of last reaction: _____
 Requires Epinephrine (circle one): Yes No
 ___ Asthma ___ Diabetes *is insulin required? (Circle one): Yes No ___ Seizures
 Does your child have any other major health issue (s) Please list: _____
 Is your child taking medication (s)? Please list medication (s) and times taken: _____

Otros niños en la familia:

| Nombre | Relación | Grado | Año de nacimiento |
|--------|----------|-------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

En una emergencia, cuando no podamos ser contactados, las autoridades escolares o los padres voluntarios tienen nuestro permiso para usar su mejor juicio en el interés de la salud y el bienestar de nuestro hijo. La escuela no asume ninguna responsabilidad financiera o legal. Si se requiere un servicio de emergencia que involucre acción o tratamiento médico y no se puede contactar al padre ni al médico de familia para obtener su consentimiento, el padre por la presente da su consentimiento para que se brinde dicho servicio médico de emergencia para los estudiantes mencionados anteriormente, según sea necesario en la opinión del adulto realizando supervisión.
 Certifico que mi hijo es residente de California. Sí ___ No ___

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____



Income Survey

Encuesta de Ingresos

We need the following information in order to qualify for certain funds through the California Department of Education. We appreciate you taking the time to complete this form.

Name of Oasis Student:

How many adults are there in the household? _____

How many children are there in the household? _____

For School use only, **total monthly income:** _____

Please circle all services that you are receiving: CalFRESH CalWORKS Kin-GAP FDPIR

This information is confidential and will only be used to determine eligibility for state funds through the California Department of Education for the school year 24-25. This information will not be divulged for any other reason.

Necesitamos la siguiente información para solicitar fondos del Departamento de Educación del Estado de California. Les agradecemos mucho su tiempo en completar esta forma.

Nombre del estudiante:

¿Cuántos adultos hay en la casa? _____

¿Cuántos niños hay en la casa? _____

Para uso de la escuela, **todo el ingreso del hogar:** _____

Por favor de marcar todos los programas que recibe: CalFRESH CalWORKS Kin-GAP FDPIR

Esta información en esta forma es confidencial y solo será usada para determinar la elegibilidad para fondos del estado por el Departamento de Educación del Estado de California, Esta información no será divulgada por ningún otro motivo.

 X _____

Signature of parent/guardian filling out

Firma de adulto/miembro del hogar quien llena esta forma

_____ Date/Fecha

For OFFICE Use Only:
Teacher: _____

Free: ____ Reduced: ____ N/A: ____

Grade: _____

Free with FS/CALworks/Kin-Gap/FDPIR: _____



Permisos Para Los Paseos

Año Escolar 2024-2025

Mi hijo(a) _____ tiene mi permiso a participar en todo los paseos de la escuela Oasis.

Actividades de la hora de lonche y el club de enriquecimiento.

Si _____ No _____

Excursiones a pie en el vecindario o cerca de la escuela.

Si _____ No _____

Excursiones que necesitan voluntarios para llevar a los niños en su auto.

Si _____ No _____

Librero a Monterey County Office of Education, UCEN Board of Directors, y Oasis Charter Public School sus empleados, de cualquier daño que puede pasar en resultado de un paseo de la escuela.

En caso de una emergencia, si no podemos ser contactados, las autoridades escolares tienen nuestro permiso de ejercer su mejor criterio en el interés pro la salud y bienestar de nuestro niño/a. La escuela no asume la responsabilidad financiera. Si servicio de emergencia que involucra acción médica o tratamiento es requerido y ni los padres o médico familiar son encontrados para que den consentimiento, el padre por este medio acceda a la prestación de dicho servicio médico de emergencia para los estudiantes arriba mencionados como sea necesario de acuerdo a la opinión del personal médico quien está suministrando el servicio.



Oasis Charter Public School

PERMISO DE USO DE FOTOGRAFÍAS

SY 2024-2025

De vez en cuando tomamos fotografías durante las actividades. Nos gustaría su permiso de usar estas fotos en nuestra página de internet, anuncios, o en nuestro panfleto de información. Nunca nos referimos a su niño/a por nombre ni damos información sobre su niño/a. Nunca se venderán las fotos solamente utilizaremos exclusivamente para los propósitos de Oasis.

Por Favor háganos saber su preferencia, sobre usar fotos de su hija/o.

_____ SI, doy permiso para utilizar fotos de mi hijo/a.

-O-

_____ NO, doy mi permiso para utilizar fotos de mi hijo/a.

Nombre del Padre/Guardianes (por favor de imprimir): _____

Firma del Padre/Guardianes: _____

Fecha: _____

| |
|-------------------------|
| Office use ONLY: |
| Teacher: _____ |
| Grade: _____ |



ACUERDO de Participación Familiar para 2024-2025

Al inscribir a mi hijo en Oasis Charter Public School, de acuerdo con los estatutos de la escuela, me comprometo a apoyar la escuela y la educación de mi hijo al:

- Asistir a TODAS las Reuniones de Familia. _____
Iniciales
- Asistir a las reuniones familiares de nivel de grado. _____
Iniciales
- Participar en eventos de la escuela. _____
Iniciales
- Llevar a mi hijo a la escuela a tiempo y hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo asista a la escuela todos los días. _____
Iniciales
- Apoyar a la Escuela Pública Autónoma Oasis modelando el comportamiento apropiado en la escuela. _____
Iniciales

(Página de la firma al dorso)



Opciones de Participación Familiar

Puesto de apoyo en el aula

- Coordine con el maestro de su hijo para ayudar con las necesidades en el salón de clases.

Puesto de apoyo individual (¿Tiene algún talento/habilidad que le gustaría compartir con Oasis?)

Posición de liderazgo en toda la escuela

- Posición de liderazgo en el OCC, ser un Coordinador de Programa.

Puesto de apoyo en toda la escuela

- Participar en un comité de toda la escuela, ayudar con el deber de recreo o las necesidades de mantenimiento.
- Los eventos de toda la escuela para participar en el año escolar 2024-2025 incluyen:
Escuela Camping Carnaval (septiembre)

Barbacoas (otoño o primavera)
Ferias del libro (octubre y febrero)
Gala (marzo)
Promoción de 6to grado (junio)

Fiesta de la cosecha (noviembre)
Bailes escolares
Boxland (mayo)
Picnic de fin de año (junio)

He leído y comprendo el contrato de participación familiar.

Nombre del niño: _____ Maestro: _____

Nombre del niño: _____ Maestro: _____

Nombre del niño: _____ Maestro: _____

Firma del tutor: _____

Fecha: _____



Oasis Charter Public School
 1135 Westridge Parkway Salinas CA 93907
 T: 831 424 9003 F: 831 424 9005

A project Under Construction
 Educational Network, Inc.

Reconocimiento y Acuerdo de Kindergarten

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Yo (nosotros) reconozco y acepto el programa de Kindergarten que Oasis ofrecerá a mi hijo para el 2024-2025 año escolar. El programa se basa en lo siguiente:

- ❖ Un enfoque basado en el juego apropiado y bien diseñado que ayuda a los niños a desarrollar las siguientes habilidades:
 - sociales, emocionales, cognitivas y académicas.

Iniciales _____

- ❖ Actividades apropiadas para el desarrollo
 - Juegos organizados y centros académicos/de aprendizaje planificados

Iniciales _____

- ❖ Evaluaciones y evaluaciones
 - Observaciones, trabajo del estudiante, narraciones y rúbricas

Evaluación de desarrollo de lectura (DRA) y EasyCCM

Iniciales _____

****Horario escolar si su hijo NO está listo para un día completo de clases:**
 8:30am- 12:30 pm lunes a viernes **Esta determinación la harán los maestros y administradores con la colaboración de los padres. Se llevará a cabo una reunión antes de tomar una decisión.**

Iniciales _____

Firma de los padres _____

Fecha _____



Monterey County Office of Education Homeless Children and Youth Services Program Cuestionario de Vivienda para Estudiantes

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que su estudiante puede recibir según la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento brinda servicios y apoyos para niños y jóvenes sin hogar. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el personal del distrito escolar y del sitio correspondiente.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre del padre(s)/tutor(es): _____ Número de contacto: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código Postal _____

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU ACTUAL ARREGLO DE VIVIENDA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alquila o es propietario de una casa, casa móvil, apartamento o condominio <input type="checkbox"/> Comparten vivienda con otro (s) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de alojamiento adecuado <input type="checkbox"/> Está en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica , refugio para jóvenes) o vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Moviéndose de lugar en lugar cada noche | <input type="checkbox"/> Vive en un automóvil, una casa rodante, un parque, un campamento, o en la calle <input type="checkbox"/> Vivir en una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, sin calefacción o sin electricidad), cobertizo o garaje <input type="checkbox"/> Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares |
|--|--|

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER NINO ADICIONAL QUE VIVA CON USTED

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

SU HIJO O NINOS PUEDEN TENER DERECHO A:

Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos necesarios para inscribirse. * Continuar asistiendo a su escuela de origen. * Recibir transporte de y a su escuela de origen. * Recibir programas y servicios especiales. * Comidas escolares gratuitas. * Recibe las protecciones completas y servicios provistos bajo todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños y jóvenes sin hogar.

Como padre / tutor del niño mencionado anteriormente, declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA PERSONAL

For data collection purposes and student information system coding.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Student not covered by McKinney-Vento | <input type="checkbox"/> Student covered by McKinney-Vento |
|--|--|



Oasis Charter Public School

A small school for kids with BIG ideas.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Formulario de permiso de mediación escolar (CEC 49423) Este formulario debe completarse en su totalidad para que las escuelas administren el medicamento requerido. Se debe completar un nuevo formulario de Permiso de Medicamento cada año escolar para cada medicamento, y cada vez que haya un cambio en el proveedor de atención médica autorizado del alumno, o un cambio en la dosis del medicamento, el método por el cual se requiere tomar el medicamento o la fecha. (s) o hora (s) en que se requiere tomar el medicamento.

Autorización del proveedor de atención médica (HCP):

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Nombre del medicamento: _____ Fuerza: _____

Tableta/Cápsula Líquido Inyección Tópico

Dosis requerida: _____ Hora(s) que se administra en la escuela: _____ AM PM

Si PRN, frecuencia: _____ Si PRN, para qué síntomas: _____

Motivo por tomar el medicamento: _____

Efectos secundarios relevantes: _____

¿Qué tan pronto se puede repetir la dosis? _____

El medicamento se administrará de: _____ a _____ Resto del año escolar

Instrucciones adicionales: _____

Nombre/Título del prescriptor: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

DIRECCIÓN: _____

Firma del médico/prescriptor: _____ Fecha: _____

Consentimiento del padre/tutor: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela administre el medicamento anterior a mi hijo según las instrucciones del proveedor de atención médica (HCP) anterior. Doy mi consentimiento para el intercambio de información y comunicación directamente entre el HCP mencionado anteriormente o el farmacéutico dispensador y una Asistente Administrativa, con respecto a la declaración escrita del HCP o cualquier otra pregunta sobre el medicamento o la administración del medicamento. Entiendo que puedo rechazar el consentimiento para este permiso en cualquier momento notificando al director de la escuela por escrito. Entiendo y acepto las siguientes responsabilidades con respecto a la administración de medicamentos: ● Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por el farmacéutico o proveedor de atención médica. ● Los medicamentos sin receta deben estar en el envase original con la etiqueta intacta. ● Un adulto debe traer el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento vencido o sin usar. ● El padre/tutor debe dividir las pastillas antes de proporcionar el medicamento a los funcionarios escolares. ● Los padres/tutores proporcionan todos los materiales o el equipo necesario (p. ej., cuchara medidora, triturador de pastillas) para la administración de medicamentos. ● Los padres notificarán a la enfermera o administrador de la escuela y darán un nuevo consentimiento a cualquier cambio a la autorización anterior. ● Cualquier modificación o cambio a las autorizaciones anteriores solo se puede realizar después de recibir una notificación por escrito de él HCP.

Contacto de emergencia. (Nombre/Teléfono #): _____

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

FECHA: _____ **ESCUELA:** Oasis Charter Public

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen los idiomas que habla cada estudiante en el hogar y las fechas en que se inscribieron por primera vez en las escuelas de los Estados Unidos. Esta información es esencial para que las escuelas brinden instrucción significativa a todos los estudiantes.

Se solicita su cooperación para ayudarnos a cumplir con este importante requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la oficina. Gracias por tu ayuda.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellido

Apellido _____ Segundo Nombre _____ Nombre _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:

Edad: _____ **Grado:** _____
MES: _____ DÍA: _____ AÑO: _____

PRIMERA INSCRIPCIÓN EN UNA ESCUELA PÚBLICA DE CALIFORNIA:

MES: _____ DÍA: _____ AÑO: _____

FECHA DE PRIMERA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIER ESCUELA EN LOS ESTADOS UNIDOS:

MES: _____ DÍA: _____ AÑO: _____

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo o hija cuando empezó a hablar? _____

2. ¿Qué idioma habla su hijo o hija con más frecuencia en casa? _____

3. ¿En qué idioma habla con mayor frecuencia con su hijo o hija? _____

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

Firma del padre o tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Designación de dominio del idioma:

Sólo inglés _____ FEP _____ ELL _____