



## 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: \_\_\_\_\_

<b>Office use ONLY:</b>
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<br><input type="checkbox"/> Comparten vivienda con otro (s) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de alojamiento adecuado<br><input type="checkbox"/> Está en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica , refugio para jóvenes) o vivienda transitoria<br><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<br><input type="checkbox"/> Vivir en una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, sin calefacción o sin electricidad), cobertizo o garaje<br><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 \_\_\_\_\_