



Oasis Charter Public School Forma Para Re/Inscribirse 2025-2026

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 Asiático

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? Sí 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 2025-26**

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 2025-26

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 25-26. 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: _____



Oasis Charter Public School
PERMISO DE USO DE FOTOGRAFÍAS
SY 2025-2026

Durante el presente curso escolar, la imagen/fotografía o el trabajo de su hijo podrá incluirse en un proyecto de la clase o de la escuela que pueda utilizarse de alguna de las siguientes maneras:

- Utilizada como proyecto/actividad de demostración en talleres/clases/conferencias de educación
- Utilizada como proyecto/actividad de muestra para su uso en talleres de educación y clases de alumnos
- Publicada en las páginas web del distrito, de la escuela o de los profesores en Internet
- Aparecer en medios realizados durante una presentación de alumnos, en emisiones de vídeo o en un proyecto de demostración de multimedia informático en general

Aunque el nombre de su hijo puede acompañar a la fotografía, vídeo o trabajo, no se incluirá ningún apellido ni dirección con la fotografía/vídeo de su hijo cuando se publique en la Web. No hay compensación monetaria por el uso del trabajo, pero ayudará a muchos profesores a sacar más provecho de sus dispositivos, mostrar a otros estudiantes un buen ejemplo de lo que puede ser, y preparar a los estudiantes para la preparación profesional y universitaria. Su permiso nos autoriza a publicarlo sin notificación previa y permanecerá en efecto a menos que usted lo revoque por escrito.

Por favor, tómese un momento para hacernos saber sus preferencias con respecto al uso que hacemos de las fotos de sus hijos:

Sí, autorizo el uso de fotos de mi hijo.

-O-

NO, Por favor, no utilicen ninguna foto de mi hijo.

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

Firma del Padre/Guardianes: _____

Fecha: _____

Office use ONLY:
Teacher: _____
Grade: _____



ACUERDO de Participación Familiar para 2025-2026

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

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 2025-2026 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 _____

- ❖ Niños nacidos después del **1 de Septiembre de 2020**.

****Horario escolar si su hijo NO está listo para un día completo de clases:**

8:30 am- 1:30 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"/> Moviéndose de lugar en lugar cada noche |
| <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"/> Vive en un automóvil, una casa rodante, un parque, un campamento, o en la calle |
| <input type="checkbox"/> Está en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o vivienda transitoria | <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 NIÑO ADICIONAL QUE VIVA CON USTED

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

SU HIJO O NIÑOS 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.

- Student not covered by McKinney-Vento 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 _____