SAN MARCOS
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

Download

Para completar este paquete necesita usar: Adobe Acrobat Reader

Matriculación para el Año Escolar
2020 – 2021

ESTE PAQUETE DE MATRICULACION ES PARA ESTUDIANTES QUE SE ESTAN MATRICULANDO POR PRIMERA VEZ EN EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS.

POR FAVOR REGRESE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DE DONDE RECIBIO ESTE PAQUETE:

___ **ESTE PAQUETE PDF COMPLETADO**

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

___ Transcripciones
___ La última boleta de calificaciónes o grados académicos de la última escuela que asistió
___ Acta de Nacimiento
___ Registros de Vacunas
___ IEP, 504 & Reporte de Psicología de Educación Especial (si es aplicable)

___ **CATEGORÍA UNO:**

- ☐ **RECIBO DE PAGO DE LA HIPOTECA O RECIBO DE PAGO** (con la dirección de la residencia)
- ☐ **CONTRATO DE ARRIENDAMIENTO O RECIBO DE PAGO** (con la dirección de la residencia)
- ☐ **DOCUMENTO DE IMPUESTOS DE LA PROPIEDAD O RECIBO** (con la dirección de la residencia)
- ☐ **ESCRITURA DE SUBVENCIÓN** (con la dirección de la residencia)
- ☐ **DOCUMENTOS DE PLICA** (con la dirección de la residencia)

Y

___ **CATEGORÍA DOS:**

- ☐ **RECIBO ACTUAL DE SERVICIOS PÚBLICOS** (SDG&E, AGUA, BASURA O CABLE)
- ☐ **CORRESPONDENCIA DE UNA AGENCIA GUBERNAMENTAL**
- ☐ **REGISTRO DE VOTANTES**
- ☐ **TALON ACTUAL DE PAGO CON LA DIRECCIÓN**
- ☐ **AFFIDÁVIT DE RESIDENCIA (se necesita si la residencia es compartida-Padre/Tutor no se encuentra en la lista de prueba de residencia)**
- ☐ **OTRO**

A LA PERSONA COMPLETANDO ESTE PAQUETE:

Al escribir su nombre en los campos de Firma, usted afirma ser la persona que firma y proporciona el consentimiento según lo especificado en los documentos que está firmando electrónicamente.

SAN MARCOS UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

2020-2021
FORMA DE MATRICULACION

For Office Use Only	
Birth Verif._____	ATTCAT _____
Res Verif. _____	TRACT _____

Fecha de inicio	Escuela	Grado	Número de Estudiante

Información del alumno

Apellido(s)- *Legal*	Primer Nombre- *Legal*	Segundo Nombre-*Legal*	Género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No-Binario
Ciudad de Nacimiento	Estado	País / Número de Teléfono Principal	Fecha de Naci. (mes/día/año) / /

Grupo étnico del alumno

Leyes federales y estatales requieren que se identifique correctamente la etnicidad de los estudiantes. Esta información se utilizará solamente para reportar el número total de estudiantes por grupo étnico, y no se hará pública de ninguna forma identificable sin su permiso.

¿Es el alumno Hispano o Latino? ☐ Sí ☐ No

Indique el/los grupo(s) étnico(s) con el cual se identifica el alumno:

- ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
- ☐ Asiático – Coreano
- ☐ Asiático – Laosiano
- ☐ Asiático – Otro
- ☐ Islas Pacificas
- ☐ Filipino
- ☐ Asiático – Chino
- ☐ Asiático – Vietnamés
- ☐ Asiático – Camboyano
- ☐ Islas Pacificas – Hawaiano
- ☐ Tahitiano
- ☐ Africano Americano
- ☐ Asiático –Japonés
- ☐ Asiático –Indio
- ☐ Asiático -Hmong
- ☐ Islas Pacificas – Guamenio
- ☐ Otro de las Islas Pacificas
- ☐ Blanco

Información de Residencia

1. Nombre completo del Padre/Tutor — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

Domicilio del Estudiante (Calle) (Ciudad) (Código Postal) — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor — Dirección de Correo Electrónico:

☐ Vive con ☐ Contacto Permitido ☐ Derecho Educativo ☐ Tiene Custodia ☐ Correo Permitido — ☐ Diploma de Posgrado ☐ Graduado de la Univ. ☐ Algo de Univ. ☐ Preparatoria ☐ No terminó la Preparatoria ☐ No desea decir

Servicio Militar ☐ Activo ☐ Empleado del Departamento de Defensa ☐ Reservista Guardia Nacional: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

2. Nombre completo del Padre/Tutor — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

Domicilio (Calle) (Ciudad) (Código Postal) — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor — Dirección de Correo Electrónico:

☐ Vive con ☐ Contacto Permitido ☐ Derecho Educativo ☐ Tiene Custodia ☐ Correo Permitido — ☐ Diploma de Posgrado ☐ Graduado de la Univ. ☐ Algo de Univ. ☐ Preparatoria ☐ No terminó la Preparatoria ☐ No desea decir

Servicio Militar ☐ Activo ☐ Empleado del Departamento de Defensa ☐ Reservista Guardia Nacional: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

3. Nombre completo del Padre/Tutor — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

Domicilio (Calle) (Ciudad) (Código Postal) — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor — Dirección de Correo Electrónico:

☐ Vive con ☐ Contacto Permitido ☐ Derecho Educativo ☐ Tiene Custodia ☐ Correo Permitido — ☐ Diploma de Posgrado ☐ Graduado de la Univ. ☐ Algo de Univ. ☐ Preparatoria ☐ No terminó la Preparatoria ☐ No desea decir

Servicio Militar ☐ Activo ☐ Empleado del Departamento de Defensa ☐ Reservista Guardia Nacional: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

4. Nombre completo del Padre/Tutor — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

Domicilio (Calle) (Ciudad) (Código Postal) — ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa

☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor — Dirección de Correo Electrónico:

☐ Vive con ☐ Contacto Permitido ☐ Derecho Educativo ☐ Tiene Custodia ☐ Correo Permitido — ☐ Diploma de Posgrado ☐ Graduado de la Univ. ☐ Algo de Univ. ☐ Preparatoria ☐ No terminó la Preparatoria ☐ No desea decir

Servicio Militar ☐ Activo ☐ Empleado del Departamento de Defensa ☐ Reservista Guardia Nacional: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

2020-2021
FORMA DE MATRICULACION

Encuesta del idioma hablado en el hogar

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el/los lenguaje(s) hablado(s) en casa por cada estudiante. Esta información es esencial para proveer la instrucción adecuada para todos los estudiantes.

1. ¿Que idioma aprendió su hijo(a) cuando el o ella empezó a hablar? _____
2. ¿Que idioma utiliza su hijo(a) con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Que idioma utiliza usted con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. Indique el idioma que se habla con más frecuencia por los adultos en casa. _____

Información de residencia

Por favor seleccione la opción que mejor describe su residencia principal:

☐ Casa de una sola familia ☐ Auto/Casa rodante ☐ Hotel/Motel ☐ Casa de amparo ☐ Campamento ☐ Casa de crianza ☐ Otra_____

¿Esta temporalmente compartiendo residencia con otra familia? ☐ Sí ☐ No
¿Es debido a una perdida de vivienda, apuros económicos o una razón similar? ☐ Sí ☐ No

Cuestionario

- ¿Hay algún miembro de su familia que actualmente esté trabajando o haya trabajado en el campo, proceso de alimentos (como fábricas de enlatado o empacadoras), de verduras y frutas, industria pesquera, rancho maderero, o establos en los últimos tres años? . . . . . ☐ No ☐ Sí (Llene la tarjeta de Educación Migrante)
- ¿Ha recibido el alumno Servicios de Educación Especial?. . . . . ☐ No ☐ Sí
- ¿Ha recibido el alumno Servicios 504 ? . . . . . ☐ No ☐ Sí
- ¿Ha recibido el alumno servicios de aprendices de Inglés? . . . . . ☐ No ☐ Sí
- ¿Ha sido reprobado o avanzado el alumno de algún grado? . . . . . ☐ No ☐ Sí Cual Grado: _____
- ¿Ha asistido el alumno a una escuela en San Marcos anteriormente? ☐ No ☐ Sí En cual escuela: _____
- ¿Ha sido el estudiante suspendido o expulsado o esta en proceso de expulsión? . . . . . ☐ No ☐ Sí En cual escuela: _____

Ultima escuela asistida

Nombre de la última escuela asistida

Dirección de la última escuela asistida (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Número de teléfono) (Número de fax)

Favor de completar la siguiente sección si está matriculando a un estudiante en Kínder

Seleccione el programa que el estudiante estaba participando antes del Kínder.
(seleccione uno)

☐ Programa Pre-Escolar Educational Enrichment Systems (EES) en el Distrito de San Marcos en la escuela:_____
☐ Programa Head Start u otro programa Estatal/Federal.
☐ Programa Privado o en Centro Religioso (Por ejemplo, KinderCare o cuidado en una Iglesia)
☐ Otro: _____
☐ No Pre-Escolar

- ¿Cuantos meses asistió el estudiante en el programa seleccionado? _____meses
- ¿Cuanto tiempo asistía el estudiante al programa educativo seleccionado? ☐ Medio-Día ☐ Todo el Día
- ¿Que tan seguido asistía el estudiante al programa educativo seleccionado?
  ☐ 1-Día por semana ☐ 2-Días por semana ☐ 3-Días por semana ☐ 4-Días por semana ☐ 5-Días por semana

Certificación

Garantizo que toda la información en esta forma es verídica y correcta. Falsificación de cualquier información o documento requerido para la matriculación de mi estudiante en el Distrito Escolar Unificado de San Marcos puede resultar en la negación de esta aplicación.

X _____ _____
Firma del Padre/Tutor *Fecha*

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Year :_____ **Grade:**_____
Teacher :_____ **ID #:**_____

X _____ _____ _____/_____/_____
Apellido **Nombre** **Fecha de Nacimiento**

X _____ _____ _____
Domicilio **Teléfono de casa** **Dirección de Correo Electrónico**

EN CASO DE EMERGENCIA, ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO QUE TENGAMOS LA INFORMACÍON SOLICITADA EN ESTA TARJETA.

1._____ _____ _____ _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

2._____ _____ _____ _____
Nombre (Padres) Empleador Teléfono Celular Teléfono del Trabajo

ES MUY IMPORTANTE, EN CASO QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER CONTACTADOS, QUE (2) DOS NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO ADICIONALES SE PROPORCIONEN. POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION:

3._____ _____ _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relacíon Teléfono

4._____ _____ _____
Nombre del contacto alternativo (local) Relacíon Teléfono

SI NINGUNA DE LAS PERSONAS EN LA LISTA ESTÁ DISPONIBLE, SU NIÑO/A SERÁ TRANSPORTADO POR AMBULANCIA AL HOSPITAL.
Hermanos en la escuela:

_____ _____ _____ _____ _____ _____
Nombre Escuela Grado Nombre Escuela Grado

_____ _____ _____ _____ _____ _____
Nombre Escuela Grado Nombre Escuela Grado

CONDICIONES MÉDICA(S)- Marque todo que aplica
SI NADA APLICA marque aquí ☐
☐ ADHD
☐ Asma, necesita inhalador en la escuela: ☐sí ☐no
☐ Diabetes, necesita insulina en la escuela: ☐sí ☐no
☐ Enfermedades cardiacas:_____
☐ Historia de ataques epilépticos:_____
☐ Pérdida de la audición, usa audífono(s): ☐R ☐L
☐ Problemas de la vista ☐usa lentes ☐usa lentes de contacto
☐ Otro problema de salud:_____
_____
☐Historia de traumatismo craneoencefálico fechas: _____
_____

ALERGIAS- Marque todo que aplica
Si no hay alergias conocidas marque aquí ☐
☐Reacción a picaduras de abeja
☐Alergia de comida o otra alergia (por favor lista):
_____
☐Alergia de medicina, explique:_____
☐Otra alergia explique:_____
☐**Marque aquí si su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica**
Requiere su hijo/a medicamentos para tratar las alergias:
☐sí ☐no
SI SE REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA REACCION ALERGICA, POR FAVOR COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA O VISITE EL SITIO WEB DE LA ESCUELA PARA OBTENER LAS FORMULARIOS NECESARIOS.

MEDICAMENTOS- Lista de medicamentos. Si no toma ninguno marque aquí:☐
Nombre de medicamento/dosis/tiempo de uso:_____
Es alguno de las medicamentos indicados usado en la escuela? ☐sí ☐no
SI LOS MEDICAMENTOS SON NECESARIOS EN LA ESCUELA UNA FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES FIRMADO Y PARA LOS MÉDICOS ES NECESARIO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR PARA OBTENER LAS FORMAS NECESARIAS.

N**úmeros telefónicos de proveedores médicos:**

Nombre del medico/teléfono:_____Nombre de dentista/teléfono:_____

Tiene su hijo/hija seguro medico? ☐sí ☐no Nombre del proveedor de seguro:_____

LA INFORMACION DE SALUD PROPOCIONADA EN ESTE FORMULARIO PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL EXCOLAR APROPIADO CUANDO SEA REQUERIDA CON EL FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A.
POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA AL RESPECTO.

Firma de los padres o tutores:_____Fecha:_____
Yo certifico, bajo mi conocimiento, que la información mencionada arriba es correcta y verdadera.

School Site Only-*Place Label here*
Grade _____
D.O.B. _____
Stu #_____
New Student _____

SAN MARCOS
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

Por favor marque aquí sí:
☐ **Nueva dirección**
☐ **Nuevo teléfono(s)**

2020-21 VERIFICACIÓN ANUAL DE RESIDENCIA Y LISTA DE REQUISITOS

De acuerdo con las reglas del Distrito, todos los estudiantes en el Distrito Escolar Unificado de San Marcos deben proporcionar DOS comprobantes de residencia (prueba de donde viven) cada año para poder inscribirse. Si no entrega la prueba de residencia al momento de la inscripción, su hijo/a no podrá inscribirse (uno de cada categoría- ver a en la parte de abajo). La prueba debe mostrar el nombre y dirección del Padre/Guardián/Cuidador. Si desea conservar su documento(s) original(es), debe proporcionarnos copias. Padre/Tutor tiene que mostrar identificación con foto (licencia para manejar/pasaporte/credencial con fotografía) para completar la registración.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ **ID#**:_____
APELLIDO, NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

El estudiante vive con **(marque uno):** ☐ PADRE(S) ☐ TUTOR LEGAL/PADRE ADOPTIVO TEMPORAL (proporcionar documentos legales)
☐ CUIDADOR (necesita un Affidávit de SMUSD) ☐ OTRO_____
☐ RESIDENCIA COMPARTIDA (el dueño debe completar el formulario Affidávit de Residencia)

Información de residencia - Por favor seleccione la opción que mejor describe su residencia principal:
☐ Casa de una sola familia ☐ Casa Móvil ☐ Dúplex ☐ Apartamento/Condominio ☐ Auto/Casa Rodante ☐ Hotel/Motel
☐ Casa de amparo ☐ Campamento ☐ Casa de crianza ☐ Otra: _____

¿Esta temporalmente compartiendo residencia con otra familia? ☐ Sí ☐ No

¿Es debido a una pérdida de vivienda, apuros económicos o una razón similar? ☐ Sí ☐ No

NOMBRE(S) DE PADRE/TUTOR (letras de imprenta): 1._____ **2.**_____

Nombres de los estudiantes que viven en casa: _____ _____ _____

YO CERTIFICO QUE EL ESTUDIANTE VIVE EN LA SIGUIENTE DIRECCION:
_____ **(teléfono)**_____

_____ _____
Firma de la persona que establece residencia **Fecha**

ADVERTENCIA*: SU ESTUDIANTE SERÁ DESAPUNTADO INMEDIATAMENTE SI PROPORCIONA INFORMACIÓN INCORRECTA INFORMACIÓNINCORRECTINCORRECTA**

Marque a continuación una prueba de residencia de cada categoría. El documento debe estar al corriente (de no más de 30 días de antigüedad). Cada documento debe mostrar el nombre del padre/Tutor y la dirección a no ser que la residencia sea compartida (llene el formulario Affidávit de Residencia).

****SI SE ENCUENTRA EN CIRCUNSTANCIAS DE VIVIENDA TRANSITORIA, POR FAVOR PIDA ASISTENCIA EN LA ESCUELA.**

CATEGORÍA UNO:
☐ **RECIBO DE PAGO DE LA HIPOTECA O RECIBO DE PAGO** (con la dirección de la residencia)
☐ **CONTRATO DE ARRIENDAMIENTO O RECIBO DE PAGO** (con la dirección de la residencia)
☐ **DOCUMENTO DE IMPUESTOS DE LA PROPIEDAD O RECIBO** (con la dirección de la residencia)
☐ **ESCRITURA DE SUBVENCIÓN** (con la dirección de la residencia)
☐ **DOCUMENTOS DE PLICA** (con la dirección de la residencia)

Y

CATEGORÍA DOS:
☐ **RECIBO ACTUAL DE SERVICIOS PÚBLICOS** (SDG&E, AGUA, BASURA O CABLE)
☐ **CORRESPONDENCIA DE UNA AGENCIA GUBERNAMENTAL**
☐ **REGISTRO DE VOTANTES**
☐ **TALON ACTUAL DE PAGO CON LA DIRECCIÓN**
☐ **AFFIDÁVIT DE RESIDENCIA (se necesita si la residencia es compartida-Padre/ Tutor no se encuentra en la lista de prueba de residencia)**
☐ **OTRO**

_____ _____
Verificación de un oficial de la escuela **Fecha**

rev 1/2020

2020-2021
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
AFFIDÁVIT DE RESIDENCIA

SE DEBE COMPLETAR SI EL PADRE(S)/CUIDADOR Y EL ESTUDIANTE VIVEN CON OTRA FAMILIA IMPRIMA ESTA PAGINA Y REGRESE

PRUEBA ACTUAL DE DONDE USTED VIVE
(Debe ser completada **con** el formulario de verificación de residencia)

Yo, _____, certifico que _____ y su hijo/hijos:
Nombre del dueño de casa/Arrendatario (Nombre de la persona que aparece en los recibos de utilidades)
Nombre del padre(s) tutor(es) cuidador (es)

_____
Nombre del estudiante - ID #/Escuela

_____
Nombre del estudiante – ID #/ Escuela

_____
Nombre del estudiante – ID #/Escuela

_____
Nombre del estudiante – ID #/ Escuela

viven en este domicilio_____según indicado en los recibos

de servicios públicos que están en mi nombre.

Yo certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. La falsificación de cualquier información o documento necesario para la inscripción en el Distrito Escolar Unificado de San Marcos puede resultar en la denegación de admisión. También entiendo que la visita al domicilio es parte de un proceso periódico cuando se ha establecido residencia por medio de un affidávit.

_____
Firma del padre o tutor

_____
Firma del dueño de casa/Arrendatario

La residencia del estudiante debe ser verificada por **uno de los siguientes documentos actuales (de no más de 30 días de antigüedad) de cada categoría**

----------ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA ESCUELA/REPRESENTANTE DEL DISTRITO----------
(Se debe tener el nombre y domicilio del dueño/arrendatario, la información debe estar al corriente)

Categoría Uno:
☐ Recibo de pago del impuesto de la propiedad/declaración de la hipoteca/recibo de pago
☐ Contrato de alquiler, contrato de arrendamiento, o recibos de pago

Y

Categoría Dos:
☐ Contrato de servicios publicos (SDG&E), declaración de pagos o recibo (agua, electricidad, basura o cable)
☐ Comprobantes de pago (con la dirección)
☐ Registro de votantes
☐ Correspondencia de una agencia gubernamental
☐ Otro

_____ _____

NOTA: SI EL PROPIETARIO/INQUILINO NO FIRMA EN PERSONA, EL DOCUMENTO DEBE SER NOTARIZADO Y ADJUNTO A LA HOJA.

rev. 1/20

SAN MARCOS
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

Instructional Services
255 Pico Avenue, Suite 250
San Marcos, CA 92069

T 760.752.1299
F 760.752-1215
www.smusd.org

Acuse de recibo de los documentos/autorización de divulgación de información (2020-2021)

Nombre del estudiante (en letra de molde):	Escuela:	Grado:
Nombre del padre/madre (en letra de molde):	Fecha:	

El Código de Educación 48980 (a) establece que el Distrito Escolar Unificado de San Marcos está obligado por ley a notificar a los padres de su derecho a los servicios y programas ofrecidos por las escuelas del distrito escolar. Los padres deben firmar este formulario de notificación y devolverlo a la escuela de su hijo reconociendo que han sido informados de sus derechos.

	POR FAVOR, REVISE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA A LADO DE CADA SECCIÓN SEGÚN SE INDICA ● FIRME LA SECCIÓN AL PIE DEL FORMULARIO ● DEVUELA EL FORMULARIO A LA OFICINA ESCOLAR	Iniciales del padre/madre
1.	**LAS EXPECTAVIVAS DE COMPORTAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES**: He repasado y hablado con el alumno antes identificado sobre la Norma de Disciplina, BP 5144, de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de San Marcos. Mi hijo y yo comprendemos las consecuencias de quebrantar esta norma.	
2.	**NOTIFICACIÓN ANUAL DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES/ESTUDIANTES Y EL PROCEDIMIENTO UNIFORME DE QUEJAS** Por la presente, acuso recibo de la Notificación Anual de los Derechos de los Padres/Estudiantes y el Procedimiento Uniforme de Quejas que contiene información sobre los derechos, responsabilidades y protecciones con respecto al alumno antes señalado.	
3.	**PROCEDIMIENTO FRENTE AL ACOSO** He repasado y hablado con el alumno antes identificado sobre las Normas de la Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de San Marcos relacionadas con el Acoso Sexual (BP 5145.7), Contra la Discriminación y Acoso (BP 5145.3 y 5131.2) y Acoso Escolar (*Bullying*) BP 5131.2.	
4.	**RECURSOS TECNOLÓGICOS Y DE TELECOMUNICACIONES:** He leído y hablado con mi hijo sobre la Norma de Uso Responsable de Tecnología del Distrito Escolar Unificado de San Marcos incluida en la Notificación Anual a los Padres.	
5	**LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS DE LA FAMILIA Y DE PRIVACIDAD (FERPA, por sus siglas en inglés) y la AUTORIZACION DE LA DIVULGACION DE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL DIRECTORIO DE SMUSD:** Autorizo la divulgación de la información de mi hijo contenida en el directorio del Distrito Escolar Unificado de Información. La información del directorio del Distrito Escolar Unificado de San Marcos puede incluir el nombre de mi hijo, el nombre de los padres, dirección, correo electrónico, número de teléfono, el curso de estudio principal, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, premios y sobre la última escuela que asistió mi hijo. Esta información puede ser divulgada a las entidades solicitantes con un interés educativo legítimo, universidades, otros distritos escolares y el PTA y Fundación de la escuela de mi hijo.	
6.	**SERVICIO MILITAR:** Autorizo la divulgación de la información contenida en el directorio del Distrito Escolar Unificado de mi hijo que cursa el **11˚** o **12˚** grado a los reclutadores militares. (AVISO: Únicamente se aplica a los estudiantes que ingresan al el 11.º o 12.º grado)	
7.	**SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE:** Como padre/madre/tutor del estudiante antes indicado, entiendo que el Distrito Escolar Unificado de San Marcos no tiene seguro médico o dental que cubre las lesiones sufridas en el plantel escolar, bajo la jurisdicción de la escuela, o mientras participaban en actividades del distrito escolar. El distrito escolar tiene un programa de seguro contra accidentes voluntario para estudiantes disponible a las familias de estudiantes que desean participar. Este programa de seguro es opcional y cumple con el Código de Educación de California. Para preguntas o información adicional, póngase en contacto con el Seguro Estudiantil al: Teléfono: (310) 826-5688; email: Sirep@studentinsuranceusa.com; Dirección: 10801 National Boulevard, Suite 603, Los Angeles, CA 90064	
8.	He leído y tomado en consideración el Formulario de exclusión voluntaria de los medios de comunicación del Distrito Escolar Unificado de San Marcos (encontrado en los formularios opcionales o en la oficina escolar).	
9.	He leído el aviso de la Ley de Salud y tomado en consideración el Aviso de la Notificación de la Aplicación de Pesticidas/Herbicidas dentro de 72 horas del Distrito Escolar de Unificado de San Marcos (encontrado en los formularios opcionales o en la oficina escolar).	
10.	Únicamente para las preparatorias - He leído y tomado en consideración el Formulario del derecho de exclusión voluntaria de abstenerse del uso nocivo o destructivo de los animales del Distrito Escolar Unificado de San Marcos (encontrado en formularios opcionales o en la oficina escolar).	

Al suscribir, yo, el padre/madre/tutor, y el estudiante, acusamos recibo de la información sobre las normas y los derechos descritos anteriormente y en el Paquete de Notificación Anual (2020 a 2021) del Distrito Escolar Unificado de San Marcos. Yo, también afirmo, bajo pena de perjurio, que soy un residente del distrito, como lo verifiqué previamente, o que mi hijo asiste en virtud de un acuerdo interdistrital autorizado.

Firma del padre/madre o tutor legal:	Firma del estudiante (si cursa el 3.er a 12.º grado)

SAN MARCOS
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

Instructional Services
255 Pico Avenue, Suite 250
San Marcos, CA 92069

T 760.752.1299
F 760.752-1215
www.smusd.org

Estimados padres de familia:

Todos debemos de cooperar para mantener nuestras escuelas seguras y libre de armas. Por lo tanto, solicitamos su cooperación para observar nuestra estricta norma contra armas.

Bajo ninguna circunstancia debería un estudiante traer a la escuela un cuchillo, navaja, arma, pistola o una imitación de arma de fuego, explosivos o petardos, u otro instrumento peligroso, tal como *mace* o rociador de pimienta. Otros artículos que no se deben traer a la escuela, porque podrían causar una lesión incluyen, pero sin limitarse a: punteros láser, *poppers*, abrebotellas o abrelatas, pistolas de juguete, tijeras o cualquier objeto afilado. En el pasado, los padres les dan a sus hijos cuchillos para llevar a la escuela para pelar o cortar fruta. Por favor, corten o pelen la fruta en la casa. De acuerdo con la Sección 48915 del Código de Educación de California y la Norma de la Mesa Directiva, si su hijo trae un cuchillo o cualquier arma a la escuela, su hijo será inmediatamente suspendido y podría ser necesario asistir a una audiencia de expulsión ante el Panel de Audiencia Administrativas del distrito escolar.

Es importante que sepan y entienda que esta norma y sus sanciones se aplican a los niños de todos los grados, desde el kínder hasta el duodécimo grado. Agradeceríamos que los padres nos ayuden a mantener a todos los niños seguros, por medio de no permitir que sus hijos traigan algo inapropiado o peligroso a la escuela.

Por favor, hablen con su hijo(a) sobre este tema. Si tienen alguna pregunta, por favor llamen al director o al subdirector.

Atentamente,

Director

Declaro que he leído y entiendo la Norma contra Armas y Objetos Peligrosos de la escuela y que la hemos discutido con mi hijo(a).

Nombre del padre/madre (favor de usar letra de molde):_____

Firma del padre/madre:_____Fecha:_____

Nombre del padre/madre (favor de usar letra de molde):_____

Firma del estudiante: _____

Mesa Directiva: Stacy Carlson Victor Graham Sydney Kerr Pam Lindamood Janet McClean
Carmen García, superintendente

¡AVISO!

Solo para estudiantes de grados Kinder ó Primero

SAN MARCOS
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
students...inspiring futures

255 Pico Avenue, Suite 250
San Marcos, CA 92069

T 760.752.1299
F 760.471.4928
www.smusd.org

CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SALUD BUCAL DE 2020 a 2021

(Para adjuntar a la evaluación de salud oral/Formulario de solicitud de exención)

Estimados padres de familia o tutores legales:

Para asegurarse de que su hijo(a) esté listo para asistir a clases, la ley de California, *Código de Educación* Sección 49452.8, ahora exige que su hijo(a) se haga una evaluación de la salud bucal (chequeo dental) a más tardar el 31 de mayo en kínder o primer grado, cualquiera que sea su primer año en la escuela pública. También cumplen con este requisito las evaluaciones realizadas dentro de los 12 meses anteriores a que su hijo(a) comience las clases. La ley señala que la evaluación debe ser realizada por un dentista con licencia profesional de California o que tenga otra autorización como profesional dental.

Lleven el formulario de Evaluación de la Salud Bucal/Solicitud de Exención adjunto a la clínica dental, ya que será necesario para realizar el chequeo dental de su hijo(a). Si no pueden llevar a su hijo(a) a que se haga el chequeo obligatorio, por favor, indiquen la razón en la sección 3 del formulario. Puede obtener copias adicionales del formulario en la escuela de su hijo(a) o en línea en el sitio web del Departamento de Educación, Http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información clínica de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se incluirá en ningún informe elaborado como resultado de este requisito.

Los siguientes recursos le ayudarán a encontrar un dentista y cumplir con este requisito para su hijo(a):

1. El número de contacto gratuito o el sitio Web de Medi-Cal/Denti-Cal puede ayudarles encontrar un dentista que acepta el seguro Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. Para recibir ayuda con inscribir a su hijo(a) en el seguro Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con su agencia de servicios sociales local al: 1-866-262-9881.
2. El número de contacto gratuito o el sitio web de Healthy Families los puede ayudar encontrar un dentista que acepta el seguro de Healthy Families o para averiguar cómo inscribir al programa a su hijo(a): 1-800-880-5305 or http://www.benefitscal.com/.
3. Para obtener recursos adicionales que pueden ser útiles, pónganse en contacto con el departamento de salud pública local o Iniciativa de Salud Dental - San Diego al 619-692-8858.

Recuerden, su hijo(a) no está sano y listo para la escuela si tiene mala salud dental. Los siguientes consejos los ayudarán a mantener sano a su hijo(a):

- Lleven a su hijo(a) al dentista dos veces al año.
- Escojan alimentos saludables para toda la familia. Por lo general, los alimentos frescos son los más saludables.
- Cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día con pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limitar los dulces y las bebidas azucaradas, como jugo de frutas o soda. Las bebidas azucaradas y dulces contienen mucha azúcar, lo cual causa caries y reemplaza los nutrientes importantes en la dieta de su hijo. Las bebidas azucaradas y dulces también contribuyen a los problemas de peso, lo cual puede resultar en otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y bebidas azucaradas, mejor!

Los dientes de un bebé son muy importantes. No solo son dientes que se caerán. Los niños necesitan sus dientes para comer correctamente, hablar, sonreír y sentirse bien acerca de sí mismos. Los niños con caries pueden tener dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela. Las caries dentarias es una infección que no se cura y puede ser doloroso si no se trata. Si las caries no son tratadas, los niños se pueden enfermar lo suficiente como para requerir tratamiento de emergencia y su dentadura de adulto podría dañarse permanentemente.

Muchas cosas impactan el progreso y el éxito del niño en la escuela, incluyendo la salud. Los niños deben estar sanos para aprender, y los niños con caries no están sanos. Las caries son prevenibles, pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tienen preguntas acerca del nuevo requisito de evaluar la salud bucal, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Estudiantiles al 760.752.1289.

Atentamente,

Superintendente
San Marcos Unified School District

Adjunto

Mesa Directiva: Stacy Carlson Victor Graham Sydney Kerr Pam Lindamood Janet McClean
Carmen García, superintendenta

¡AVISO!

Solo para estudiantes de grados Kinder ó Primero

AN MARCOS
NIFIED SCHOOL DISTRICT
udents...inspiring futures

255 Pico Avenue, Suite 250
San Marcos, CA 92069

T 760.752.1299
F 760.471.4928
www.smusd.org

FORMULARIO DE SALUD BUCAL DE 2020 a 2021

La ley de California (Sección 49452.8) estipula que su hijo(a) se haga una chequeo dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental colegiado de California que operan dentro de su ámbito de práctica, debe realizar el chequeo dental y llenar la sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anterior de que comenzó la escuela, pídale a su dentista que llene la sección 2. Si no puede un chequeo dental para su niño, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del niño (por el padre, madre o tutor legal)

Nombre del niño:	Apellido:	segundo nombre	Fecha de nacimiento: / /
Domicilio:			
Ciudad:			Código postal
Nombre de la escuela:		Grado:	Sexo del niño: ☐ femenino ☐ Masculino ☐ No Binario
Firma del padre/madre o tutor legal:			

Sección 2: La recopilación de datos de salud bucal (llenado por un profesional dental colegiado de California)
AVISO IMPORTANT: Considere cada cuadro por separado. Marque cada casilla.

Fecha de evaluación:	Estado de las caries (Deterioro o empastes visibles) ☐ Sí ☐ No	Degeneración dental visible Personas en asistencia: ☐ Sí ☐ No	Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontró ningún problema obvio ☐ Se recomienda tratamiento dental temprano (caries sin dolor o infección; o el niño podría beneficiarse de selladores o una evaluación adicional) ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infecciónion, inflamación o suave o lesión al tejido suave)
Firma del profesional dental colegiado		***Número de licencia de CA***	***Fecha***

Sección 3: Exención del requisito de la Evaluación de Salud Bucal
Debe ser llenado por el padre, madre o tutor solicitando ser eximido de este requisito

Dispenses a mi hijo del requisito de hacerse un chequeo dental porque: (Marque la casilla que mejor describe la razón).

☐ No puedo encontrar una clínica dental que acepta el seguro dental de mi hijo(a).

El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:

☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

☐ No puedo pagar un chequeo dental para mi hijo(a).

☐ No quiero que se le haga un chequeo dental a mi hijo(a).

Opcional: Otros motivos porque mi hijo(a) no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si solicita ser eximido de este requisito.

▶ _____ _____
Firma del padre / madre/ tutor legal ***Fecha***

La ley establece que las escuelas deben mantener confidencial la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se incluirá en ningún informe elaborado como resultado de este requisito. Esta información solo podrá ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo(a). Si usted tiene preguntas, por favor llame a su escuela.

Devuelvan este formulario a la escuela a *más tardar el* 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
El formulario original que se mantiene en el expediente escolar del niño(a).

Mesa Directiva: Stacy Carlson Victor Graham Sydney Kerr Pam Lindamood Janet McClean
Carmen García, superintendenta

San Marcos Unified School District
Student/Teacher Calendar
2020-2021

JULY / JULIO						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	H	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

AUGUST / AGOSTO						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	P	P	15
16	P	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTEMBER / SEPTIEMBRE						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	H	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

OCTOBER / OCTUBRE						
S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBER / NOVIEMBRE						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	H	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	H	H	28
29	30					

DECEMBER / DICIEMBRE						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	H	H	26
27	28	29	30	31		

JANUARY / ENERO						
S	M	T	W	T	F	S
					H	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	H	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

FEBRUARY / FEBRERO						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	H	13
14	H	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

MARCH / MARZO						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

APRIL / ABRIL						
S	M	T	W	T	F	S
				1	H	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAY / MAYO						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	H					

JUNE / JUNIO						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

H - Holidays

P-Teacher Prep Days--Non Student Days

Aug. 18 - 1st Day of School

Oct 12 - No School TK-5/DPS/LMA - Parent-Teacher Conferences

Oct 13-16 - Minimum Day TK-5/DPS/LMA - Parent-Teacher Conferences

Dec 18 - Minimum Day TK-5/DPS/LMA

Dec 18 - Non-Student Day Gr. 6-12

June 9 - Minimum Day TK-12/Last Day of School

Holidays and Breaks:

Independence Day (Observed)	July 3, 2020
Labor Day	September 7, 2020
Veteran's Day	November 11, 2020
Thanksgiving Recess	November 23-27, 2020
Winter Recess	Dec. 21, 2020 - Jan 8, 2021
Martin Luther King, Jr Day	January 18, 2021
Washington's Birthday	February 12, 2021
President's Day	February 15, 2021
Spring Recess	March 29- April 2, 2021
Memorial Day	May 31, 2021
Last Day of School	June 9, 2021

K-8 Early Release every Wednesday

9-12 Late Start on most Tuesdays

01/15/2019