

Home of the Panthers

# ANDERSON VALLEY JR/SR HIGH SCHOOL

Post Office Box 130  
Boonville, California 95415  
[707] 895-3496 - 895-3497  
Rancheria High - 895-3151

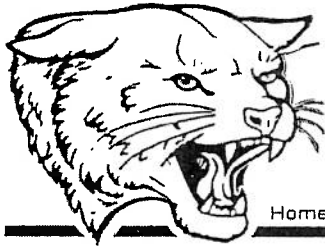
## Anderson Valley Jr/Sr High School Forma de inscripción

1. Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_
2. Grado \_\_\_\_\_
3. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
5. Idioma en casa \_\_\_\_\_
6. Código Ético \_\_\_\_\_
7. Nombre de médico \_\_\_\_\_
8. Teléfono de médico \_\_\_\_\_
9. Domicilio de correspondencia \_\_\_\_\_
10. Domicilio de residencia \_\_\_\_\_
11. Nivel de educación de padres \_\_\_\_\_
12. Nombre completo de madre \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono de casa \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_
  - c. Teléfono celular \_\_\_\_\_
13. Nombre completo de padre \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono de casa \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_
  - c. Teléfono celular \_\_\_\_\_
14. Contacto de emergencia #1- Nombre completo \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono \_\_\_\_\_
15. Contacto de emergencia #2- Nombre completo \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono \_\_\_\_\_
16. \*Numero de telefono y preferencia de Parent Link \_\_\_\_\_

\* Parent Link es un sistema que nuestro Distrito Escolar usa para avisar a los padres de ausencias de su estudiante y para enviar notificaciones. Los mensajes están disponibles en texto o voz, favor de indicar su preferencia.

En caso de emergencia médica, favor de llamarme. Si no pueden encontrarme doy autorización a la escuela de llamar al médico indicado y seguir sus instrucciones. Si no es posible contactar el médico la escuela tiene permiso de tomar la decisiones necesarias.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Home of the Panthers

# ANDERSON VALLEY JR/SR HIGH SCHOOL

Post Office Box 130  
Boonville, California 95415  
(707) 895-3496 - 895-3497  
Rancheria High - 895-3151

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Favor de marcar si su hijo/a padece cualquiera de las siguientes condiciones:

Asma \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Alergico/a \_\_\_\_\_ Ataques \_\_\_ Usa lentes \_\_\_

Pérdida de oído \_\_\_ Toma medicamentos \_\_\_ (que) \_\_\_\_\_ (cuando) \_\_\_\_\_ (para) \_\_\_\_\_

Otra informacion de salud \_\_\_\_\_

en caso de un accidente o seria enfermedad, doy permiso que la escuela localice a el doctor, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, y siga su instrucción. Si es imposible localizar al doctor, la escuela puede hacer lo que piensen necesario.

### **Favor de leer y escribir sus iniciales al lado de cada cosa con que está de acuerdo y firme abajo**

\_\_\_ **Examen de salud** - Doy mi permiso para que mi hijo/a le hagan examen para:  
escaliosis \_\_\_ Oído \_\_\_ Dental \_\_\_ Vision \_\_\_

\_\_\_ **Uso de Tecnología del Alumno** - Yo, el abajo firmante, padre/tutor, he recibido y firmado el acuerdo del Uso aceptable.

\_\_\_ **Transportación a las Actividades Escolares** - Mi hijo/a puede ser transportado/a la escuela y a las actividades patrocinadas por la escuela, y excursiones locales.

\_\_\_ **Notificación de Certificación** - He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades pertinentes a la clave Educacional 48980. firma esa certificación no indica que se ha dado o reservado el consentimiento para cualquier programa en particular.

\_\_\_ **Notificación de Pesticidas/Acto de Salud Escolar** - Yo entiendo que, por medio de una petición por escrito, el distrito escolar tiene que ofrecer información sobre la aplicación de pesticidas por lo menos 72 horas antes de aplicarlo.

\_\_\_ **Serias Lastimaduras de los Alumnos** - yo entiendo que la escuela de mi hijo/a no proporciona seguro médico para actividades escolares. Los padres son los responsables de pagar las cuentas médicas si su hijo/a se lastima durante las actividades escolares. Se ha proveído información acerca de la cobertura de salud para las familias que califiquen.

\_\_\_ **Permiso para fotos, Video/Audio/Grabaciones digitales de los alumnos Matriculados en las Clases de las secundaria y Preparatoria Anderson Valley** - Yo entiendo que estas grabaciones se están produciendo para propósitos educacionales y pueden usarse para lo siguiente, exhibición en página de internet educacional: uso del salón de clases; anuario, panfletos escolares y comunitarios; periódicos, presentaciones individuales y agencias que tienen influencia sobre las escuelas

\_\_\_ **Asesoramiento** - doy mi permiso para que mi hijo/a reciba asesoramiento personal por medio del distrito Escolar Anderson Valley.

\_\_\_ **Vida Familiar y Educación de las Drogas** - Mi hijo/a puede participar en la Educación de la Vida Familiar y en la información sobre el alcohol, tabaco, y otras drogas. Yo entiendo que puedo repasar todo el material educacional antes de que sea presentado.

\_\_\_ **Encuesta de los Niños Saludables de California** - Mi hijo/a puede participar en esta encuesta y entiendo que la encuesta confidencial y será calificada y evaluada por West Ed.

Yo certifico que he leído, entendido, y he indicado mis preferencias en todos los asuntos de arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Authorization for Administering Medication

*The California Education Code allows pupils to take physician-prescribed medication during the regular school day, provided the school district has received:*

1. *A written statement from the physician that identifies the medication, the dosage, the administration method and the schedule.*
2. *A written statement from the pupil's parent or guardian asking the school district to assist the pupil in the manner set forth in the physician's statement.*
3. *Medication in an appropriately labeled prescription container.*

Child's name \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Physician's Statement

I have prescribed the following medication for the above-named child:

Medication \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_

Administration method \_\_\_\_\_

Schedule \_\_\_\_\_

The school should be aware of the following possible side effects:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Physician*

\_\_\_\_\_  
*Date*

### Parent or Guardian's Statement

I hereby give permission for the designated school personnel to administer the above medication to my child.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Date/Fecha \_\_\_\_\_

HOME LANGUAGE SURVEY  
English

School/Escuela \_\_\_\_\_

USO DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Español

Teacher/Maestro (s) \_\_\_\_\_

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student, this information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro. Gracias por su ayuda.

Name of student:

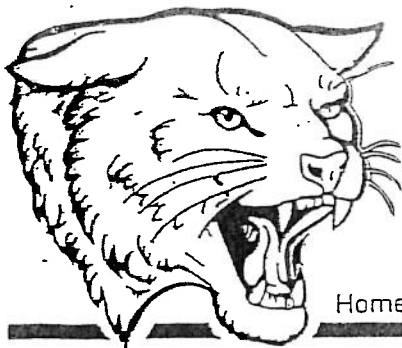
Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Last/Apellido \_\_\_\_\_ First/Primero \_\_\_\_\_ Middle/Segundo \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk?  
Cuando su hijo(a) empezóa hablar ¿Cual idioma aprendio primero? \_\_\_\_\_
2. What language does your son or daughter most frequently use at home?  
¿Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? \_\_\_\_\_
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter?  
¿Cual idioma usa usted con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? \_\_\_\_\_
4. Name the language most often spoken by the adults at home:  
¿Cual idioma hablan los adultos con mas frecuencia en la casa? \_\_\_\_\_

State of California  
Department of Education

ph

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or guardian  
Firma del padre o tutor



Home of the Panthers

# ANDERSON VALLEY JR/SR HIGH SCHOOL

Post Office Box 130  
Boonville, California 95415  
(707) 895-3496 - 895-3497  
Fax (707) 895-3153

## Request for Release of School Records

To: Registrar/Records

School of Last Attendance \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

School Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

The following student is enrolling:

Student Name \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_ Enrolling Grade \_\_\_\_\_

To facilitate enrollment, please fax at your earliest convenience:

- Immunizations
- Transcripts
- This cover sheet – with bottom questions completed

As soon as possible, please send all records including:

- CUM folder
- Health Information
- Psychological testing
- Special Ed files

Please answer the following questions about this student:

Has the student ever been expelled?	_____ Yes	_____ No
Has the student ever been suspended?	_____ Yes	_____ No
Does the student receive Special ED services?	_____ Yes	_____ No

Requesting Person \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_