



Oasis Charter Public School Forma Para Re-Inscribirse 2023-2024

INFORMACIÓN DEL NIÑO/NIÑA:

Nombre Completo _____
Apellido Paterno Nombre

Apodo/sobrenombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F

Año Escolar que le corresponde en el año escolar 23-24 _____ Distrito de Residencia _____ Última Escuela Atendida _____

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
	_____	_____	_____

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

Islaño 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:
 No se graduó de la secundaria Algo del colegio (incluyendo AA degree) Graduate school/postgraduate training
 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? Si No . ¿Cuándo? Mes _____ Año _____.
 3. Era escuela pública o privada (Circule una)? Nombre de la escuela _____

***Residencia – Donde vive su niño/a o Familia?** (Federally mandated by NCLB: Please Check appropriate box)

<input type="checkbox"/> En un casa/ residencial familiar (casa, apartamento, condo, casa móvil)	<input type="checkbox"/> en un motel/hotel
<input type="checkbox"/> Doble familia (compartiendo una casa con otra familia /o otros individuales por dificultades o otras razones)	<input type="checkbox"/> sin casa (caro/campito)
<input type="checkbox"/> en un refugio publico o programa de hogar	<input type="checkbox"/> otro _____

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

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 2023-24

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 _____

la madre/tutor/ cuidador:	del padre/tutor/ Nombre
dor:	dor:
o de casa: Teléfono del trabajo:	o de casa: Teléfono del trabajo: Teléfono
	o celular :
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	Tro/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 o 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 23-24. 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 2023-2024

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 2023-2024

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 2023-2024

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 2022-2023 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. Acepto cumplir mis 45 horas de voluntariado.

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 2023-2024 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

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

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 _____