



Is your child potty trained?



Our preschool classrooms are not equipped for toilet training or changing diapers/pull ups. Children are expected to be fully potty trained before starting in the preschool classrooms.

A fully potty trained child is able to:

- Be able to TELL the adult they have to go potty BEFORE they have to go.
- Be able to pull down their underwear and pants and get them back up with minimal assistance.
- Be able to wipe themselves after using the toilet.
- Be able to wash and dry hands.
- Be able to postpone going if they must wait for someone who is in the bathroom.

For your information, please refer to the pamphlet attached. If you have any additional questions or concerns, please contact Clinton Corner at 714-663-6298.



¿Está su hijo/a entrenado a usar el baño?



Nuestros salones de clases preescolares no están equipados ni cuentan con el personal escolar necesario para entrenar a los niños para que usen el baño o cambiar cualquier tipo de pañales desechables. Se espera que los niños estén completamente entrenados antes de empezar clases en el programa preescolar.

Un niño completamente entrenado para ir al baño debe:

- Avisarle al adulto que tienen que ir al baño ANTES de que tengan que ir.
- Ser capaz de quitarse y ponérsela ropa con asistencia mínima.
- Ser capaz de limpiarse sin ayuda.
- Lavarse y secarse las manos.
- Ser capaz de posponer ir si deben esperar a alguien que está en el baño.

Para su información, consulte el folleto adjunto. Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con el personal de Clinton Corner al 714-663-6298.



CHILDREN'S
HOME
SOCIETY OF
CALIFORNIA
www.chs-ca.org

Para obtener material adicional del Programa de Educación para la Familia de CHS, llame al (714) 712-7888. Para obtener más información sobre los Programas de Educación y Aprendizaje Temprano de CHS llame al (888) CHS-4KIDS.

Los materiales y la redifusión multimedia del Programa de Educación para la Familia y la información sobre los programas de CHS también se pueden encontrar en nuestra página web www.chs-ca.org.



Corporate Headquarters

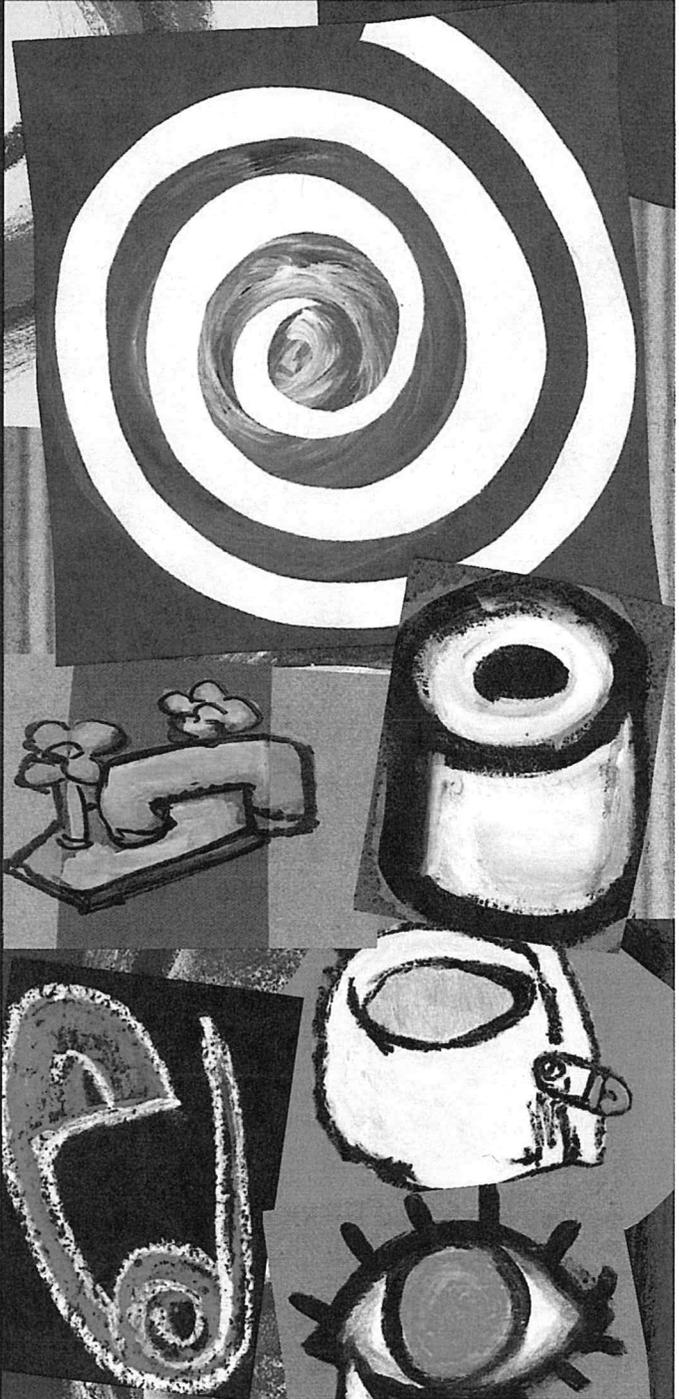
1300 West Fourth Street
Los Angeles, CA 90017
(213) 240-5900
(213) 240-5945 Fax

©2017 Children's Home Society of California

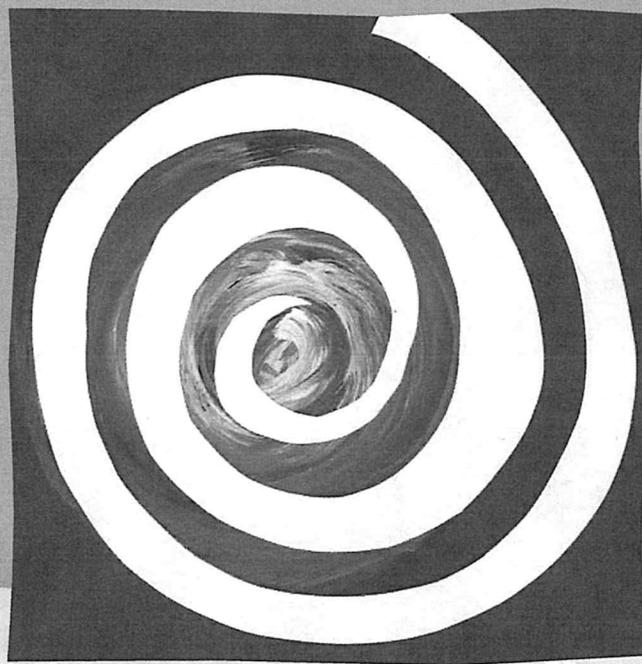
CÓMO ENSEÑARLE A SU HIJO A USAR EL BAÑO SIN LÁGRIMAS

DE HÚMEDO A SECO

C
H
I
L
D
R
E
N
'
S
H
O
M
E
S
O
C
I
E
T
Y
O
F
C
A
L
I
F
O
R
N
I
A



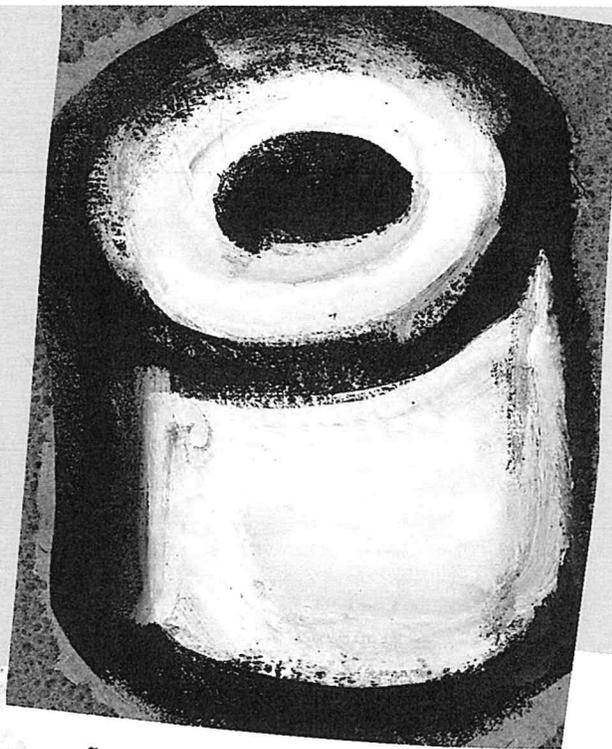
Aprender a usar el baño lleva un trabajo en equipo entre los padres, el niño y el proveedor de cuidado infantil. El éxito depende de adultos con paciencia y comprensivos y de un niño que está física, intelectual y emocionalmente listo. Entre los 18 y los 30 meses, el niño comienza a mostrar signos de estar listo.



★ SIGNOS DE QUE EL NIÑO ESTÁ LISTO PARA APRENDER A IR AL BAÑO:

Su hijo puede estar listo para comenzar a aprender a usar el baño cuando muestre los siguientes signos. Su hijo:

- Puede entender y seguir instrucciones simples
- Puede vestirse y desvestirse
- Puede correr y treparse con facilidad
- Tiene el pañal seco durante, por lo menos, 2 horas durante el día
- Tiene el pañal seco después de las siestas
- Expresa interés en usar el baño
- Expresa interés en su movimiento intestinal
- Puede comenzar el comportamiento para usar el baño
- No le gusta tener puesto un pañal húmedo o sucio
- Le dice que se está orinando o que está moviendo el intestino



Cuando estos signos estén presentes, comience a hablar con su hijo sobre aprender a usar el baño:

- Enseñe a su hijo las palabras que quiere que utilice con respecto a ir al baño.
- Hable con su hijo sobre las sensaciones de eliminación.
- Es posible que desee leerle a su hijo uno o más libros infantiles sobre ir al baño y sobre eliminación.
- Es posible que desee comprar una silla retrete. A pesar de que esto no es necesario, algunos niños se sienten más cómodos con sus pies sobre el piso y pueden asustarse por el agua y la acción de jalar la cadena del baño.
- Permita que su hijo se sienta en el baño o en la silla retrete con los pañales puestos para que se acostumbre a la idea de ir a la silla retrete y al propósito del baño.

★ ENSEÑANZA FORMAL

La enseñanza formal para usar el baño puede comenzar una vez que su hijo ha mostrado los signos de estar listo y puede decirle que ha ensuciado su pañal. El niño está reconociendo que su cuerpo ha hecho algo distinto. Ayude a su hijo a entender el propósito real del baño o de la silla retrete.

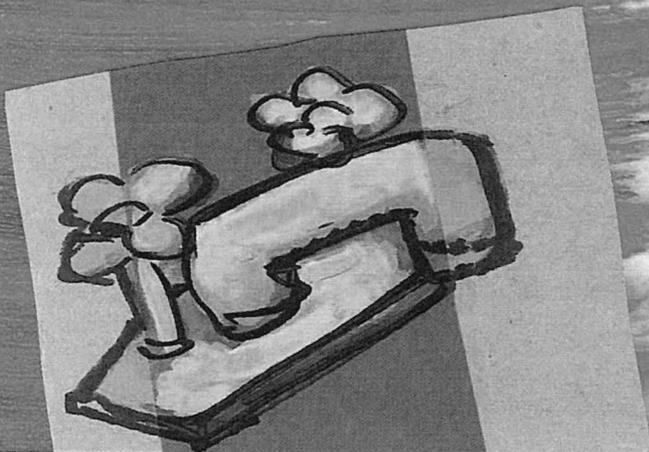
Siente al niño en el baño después de que ha defecado en el pañal. Desajuste el pañal y deje caer el contenido en el baño.

Cuando el niño le diga que está mojado o que ha defecado, reconozca el acto diciendo: "Estoy contenta que me cuentes. La próxima vez tratemos de ponerlo en el baño."

Recuérdale rutinariamente sobre el propósito del baño o de la silla retrete.

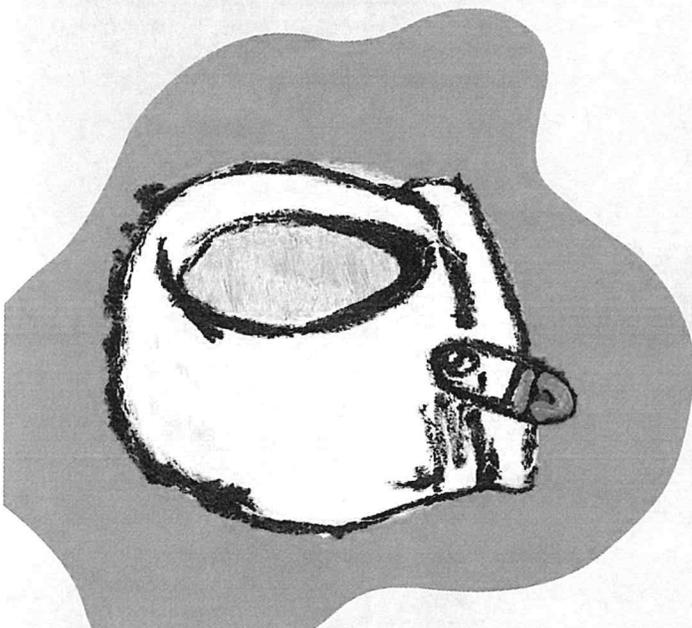
Enseñe a su hijo los buenos hábitos del baño desde el comienzo. Muéstrole como limpiarse correctamente, cómo tirar el papel higiénico y cómo lavarse bien las manos después de usar el baño.

Cuando su hijo pueda decirle antes de ir, vístalo con calzoncillos / braguitas de entrenamiento y sugiérole que utilice el baño o la silla retrete. Verá que usted tiene confianza en su capacidad para asumir el control de sus tareas y lo hará sin su ayuda.



★ DIFICULTADES COMUNES

- No lo presione demasiado para que aprenda a usar el baño. Su hijo puede resistirse conteniendo sus movimientos intestinales. Aprender a usar el baño es un desarrollo natural y no puede apresurarse.
- Trate los "accidentes" de manera natural y con tranquilidad. "Oh, veo que tus pantalones están mojados. Vamós a buscar unos secos." Podría agregar: "Algunas veces es difícil de acordarse cuando estás jugando tanto. ¿Te gustaría que te lo recordara?" Para muchos niños, el control de la vejiga durante el día y durante la noche no puede lograrse hasta los 5 años de edad.
- Las regresiones, tales como imitar el lenguaje y las acciones de un bebé, son normales.
- Los factores que pueden interrumpir el proceso de aprendizaje y hacer que el niño olvide lo que ha aprendido pueden incluir:
 - El nacimiento de un nuevo bebé
 - Ingresar a un entorno de cuidado infantil
 - Mudarse
 - Un adulto que se va de la casa
 - Enfermedades
 - La muerte de un ser querido, incluyendo una mascota
- El niño necesita paciencia adicional y recordatorios positivos durante estos momentos más difíciles. Recuerde que aprender a usar el baño no es una carrera ni un concurso. En una habitación llena de adultos, nadie sabrá ni le importará quién aprendió a usar el baño primero.
- Aprender a usar el baño no es sino un paso que el niño da hacia la adquisición de habilidades importantes en la vida. Su logro le dará confianza en que puede alcanzar el éxito en otros aspectos de su desarrollo.



★ CONSEJOS PARA EL ÉXITO

- Reconozca todos los progresos con un abrazo, un beso y algunas palabras de elogio, ¡pero no exagere!
- Nunca critique o castigue al niño cuando no tenga éxito.
- Mantenga una actitud natural de buen humor.
- Recuerde que es la tarea que el niño tiene que lograr; no se involucre en una lucha de poderes.
- Es posible que algunos niños deseen que uno de los padres o el cuidador les hagan compañía mientras usan el baño.
- Los niños también pueden disfrutar de la lectura de libros mientras están en el baño.



Comience el aprendizaje del uso del baño basándose en lo que su hijo puede hacer, no en la edad de su hijo.



PARA APRENDER MÁS

LIBROS PARA NIÑOS

EVERYONE POOPS

Taro Gomi

MI BACINICA Y YO

Alona Frankel

A POTTY FOR ME!

Karen Katz

LIBROS PARA ADULTOS

BECOMING THE PARENT YOU WANT TO BE

Laura Davis & Janis Keyser

TOILET LEARNING

Alison Mack

ORGANIZACIONES

THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

(847) 434-4000 o www.aap.org



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Documentos Requeridos para la Registración del Pre-Escolar

Lista para Padres

Padres DEBEN traer los siguientes documentos con ellos cuando entreguen el paquete de Registración

Identificación con fotografía

Identificación de California, Licencia de conducir de California, Identificación proveída por el Gobierno, identificación Militar, Pasaporte o Matricula Consular.

Comprobante Original de Nacimiento para Todos los Niños menores

(certificado de nacimiento, orden de custodia de menores, registros de escuela o médicos, carta de nacimiento del hospital, expedientes de adopción, registros de colocación de cuidado de crianza, registros de bienestar del condado, otra documentación confiable indicando relación)

Registro de Vacunas solamente de el niño/a que ingresa a la pre-escuela

(targeta amarilla o copia del doctor/ clínica. Asegurece que tenga todas la vacunas necesarias de acuerdo a la edad de su hijo/a)

*Formas 1-9 tienen que ser sometidas para que usted pueda obtener una cita de registración. también, tendrá que proveer sus *comprovantes de Ingresos* y de *Domicilio* a la oficina del Programa Prescolar Estatal a la hora de su cita de Registración.

1.	Reporte del Médico <i>(DEBE ser completada por el Doctor de el estudiante)</i>
2.	Ubicaciones preescolares y preferencias
3.	Lenguaje e Información Étnica
4.	Estado de Empleo Autorización de Empleo <i>(para los padres que trabajan)</i> /Declaración de No Ingresos <i>(si el padre no recibe ingresos)</i>
5.	Verificación de Residencia
6.	Permiso Para Usar Fotos en La Red o Medios de Información
7.	Concentimiento para los Exámenes Preventivos de Salud
8.	Historial de la Salud del Estudiante - Reporte del los Padres <i>(Completado por los padres o tutor)</i>
9.	Participación de los Padres <i>(todas las familias deben llenar esta forma aun si usted no planea ser voluntario)</i>
10.	Formulario de Información de Voluntario
11.	Requerimientos y Guía para Voluntarios <i>(TB, MMR, y TDAP son requeridas para ser voluntarios)</i>

El Distrito Unificado de Garden Grove reserva el derecho de pedir información adicional con el fin de verificar elegibilidad.

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS

(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

Garden Grove Unified School District . This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)
a.m./p.m. to 3 HR a.m./p.m. , 5 _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY (HAEMOPHILUS B))	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- ___ Communicable TB disease not present.

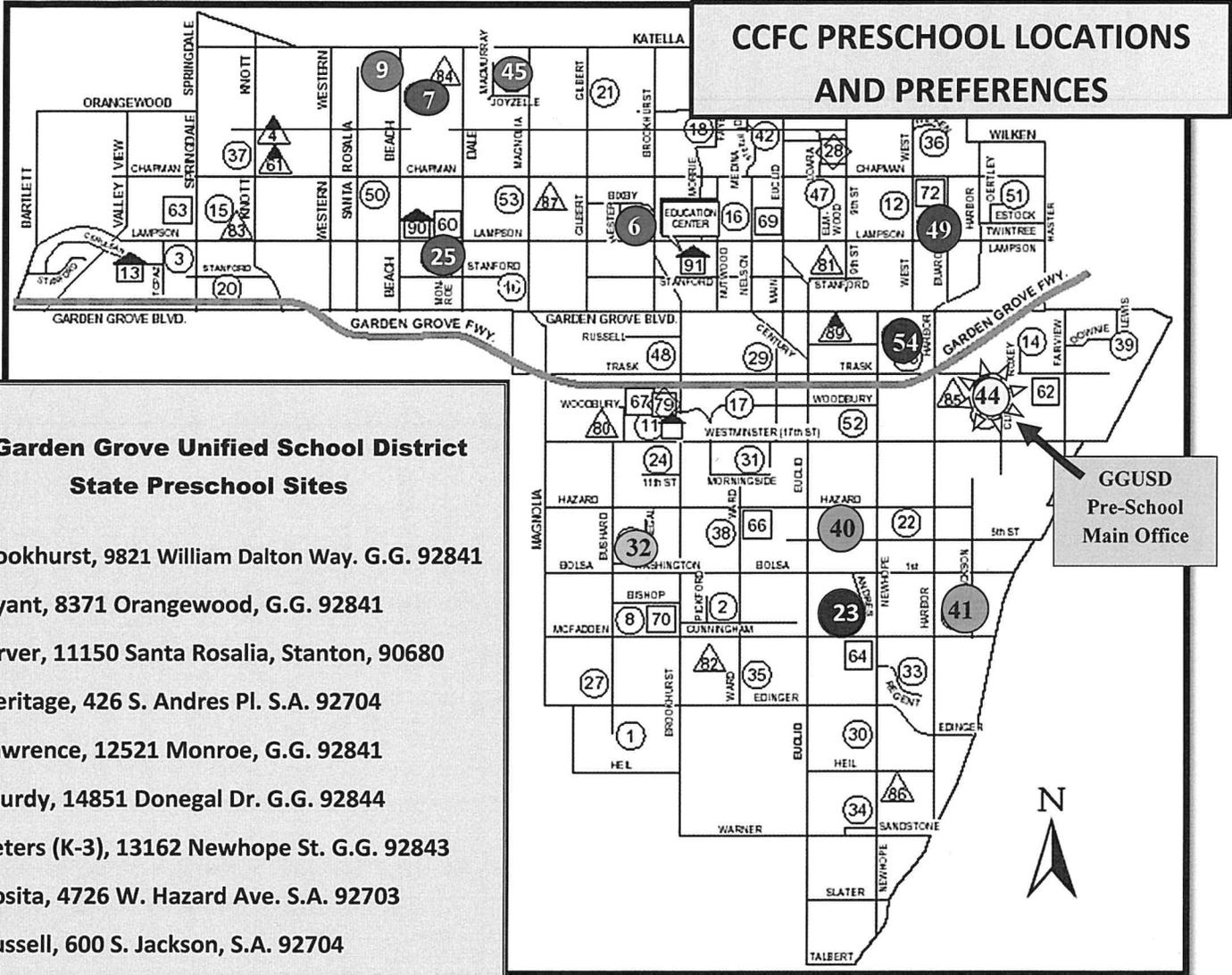
I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

CCFC PRESCHOOL LOCATIONS AND PREFERENCES



Garden Grove Unified School District State Preschool Sites

- #6 Brookhurst, 9821 William Dalton Way. G.G. 92841
- #7 Bryant, 8371 Orangewood, G.G. 92841
- #9 Carver, 11150 Santa Rosalia, Stanton, 90680
- #23 Heritage, 426 S. Andres Pl. S.A. 92704
- #25 Lawrence, 12521 Monroe, G.G. 92841
- #32 Murdy, 14851 Donegal Dr. G.G. 92844
- #54 Peters (K-3), 13162 Newhope St. G.G. 92843
- #40 Rosita, 4726 W. Hazard Ave. S.A. 92703
- #41 Russell, 600 S. Jackson, S.A. 92704
- #45 Skylark 11250 Mac Murray. G.G. 92841
- #49 Violette, 12091 Lampson Ave. G.G. 92840
- #44 Clinton Corner Family Campus (CCFC)
13581 Clinton St., G.G. 92843

Please indicate below the Preschool sites for which you are interested, in order of preference:
 Por favor indiquen los sitios preescolares que están dispuestos aceptar en la Orden de su preferencia:
 Vui lòng cho biết 3 trường theo thứ tự ưu tiên mà quý vị muốn chọn:

1st _____ 2nd _____ 3rd _____

4 yr. old program (12/3/15 – 12/2/16) is tentatively available at:

Brookhurst, Clinton Corner, Carver, Murdy & Skylark from 8:00-11:00 am **OR** 11:45 am-2:45 pm
 Bryant, Heritage, Lawrence, Peters, Rosita, Russell, Violette from 8:15-11:15 am **OR** 12:00 pm-3:00 pm

3 yr. old program (12/3/16 - 12/1/17) is tentatively available at:

Brookhurst, Carver, Clinton Corner & Skylark from 11:45 am - 2:45 pm
 Peters, Heritage, Rosita, Russell & Violette from 12:00 pm - 3:00 pm



**GARDEN GROVE UNIFIED
SCHOOL DISTRICT**

Visit our Web site at: www.ggusd.us

School district telephone numbers begin with (714) 663-. The last four digits for schools/district facilities are in parenthesis receding each site below.

● **PreK-6**

- 663-6228 1-Allen
- 663-6104 2-Anthony
- 6164 3-Barker
- 6556 6-Brookhurst
- 6451 7-Bryant
- 6230 8-Carrillo
- 6437 9-Carver (ECCO)*
- 6146 10-Clinton
- 6251 11-Cook
- 6346 12-Crosby
- 6401 14-Eisenhower
- 6205 15-Enders
- 6558 16-Evans
- 6106 17-Excelsior
- 6253 18-Faylane
- 6074 20-Garden Park
- 6318 21-Gilbert
- 6403 22-Hazard
- 6108 23-Heritage
- 6561 24-Hill
- 6255 25-Lawrence
- 6528 27-Marshall
- 6131 29-Mitchell
- 6264 30-Monroe
- 6328 31-Morningside
- 6405 32-Murdy
- 6581 33-Newhope
- 6537 34-Northcott
- 6118 35-Paine
- 6266 36-Parkview
- 6584 37-Pattison
- 6085 54-Peters (K-3)
- 6070 55-Peters (4-6)
- 6354 38-Post
- 6563 39-Riverdale
- 6418 40-Rosita
- 6151 41-Russell
- 6096 42-Simmons
- 6336 45-Sklarck
- 6458 46-Stanford
- 6484 47-Stanley
- 6158 48-Sunnyside
- 6203 49-Violette
- 6407 50-Wakeham
- 6331 51-Warren
- 6461 52-Woodbury
- 6535 53-Zeyen

□ **Intermediate Schools**

- 663-6101 60-Alamitos
- 6466 63-Bell
- 6241 62-Daig
- 6351 64-Fitz
- 6551 66-Irvine
- 6124 67-Jordan
- 6506 68-Lake
- 6218 70-McGarvin
- 6366 69-Ralston
- 6040 72-Walton
- 12381 Dale, G.G. 92841
- 12345 Springdale, G.G. 92845
- 12752 Trask Ave., G.G. 92843
- 4600 McFadden, S.A. 92704
- 10552 Hazard Ave., G.G. 92843
- 9821 Woodbury Rd., G.G. 92844
- 10801 Orangewood Ave., G.G. 92840
- 9802 Bishop Pl., Westm. 92683
- 10851 Lampson Ave., G.G. 92840
- 12181 Buaro St., G.G. 92840

▲ **High Schools**

- 6424 80-Bolsa Grande
- 6115 81-Stanford Ave., G.G. 92844
- 6508 87-Hare
- 6315 82-La Quinta
- 6288 86-Los Amigos
- 6515 83-Pacifica
- 6415 84-Rancho Alamitos
- 6215 85-Santiago
- 9401 Westminster Ave., G.G. 92844
- 11271 Stanford Ave., G.G. 92840
- 12012 S. Magnolia, G.G. 92841
- 10372 McFadden Ave., Westm. 92683
- 16566 Newhope St., F.V. 92708
- 6851 Lampson Ave., G.G. 92845
- 11351 Dale St., G.G. 92841
- 12342 Trask Ave., G.G. 92843

★ **Special Education**

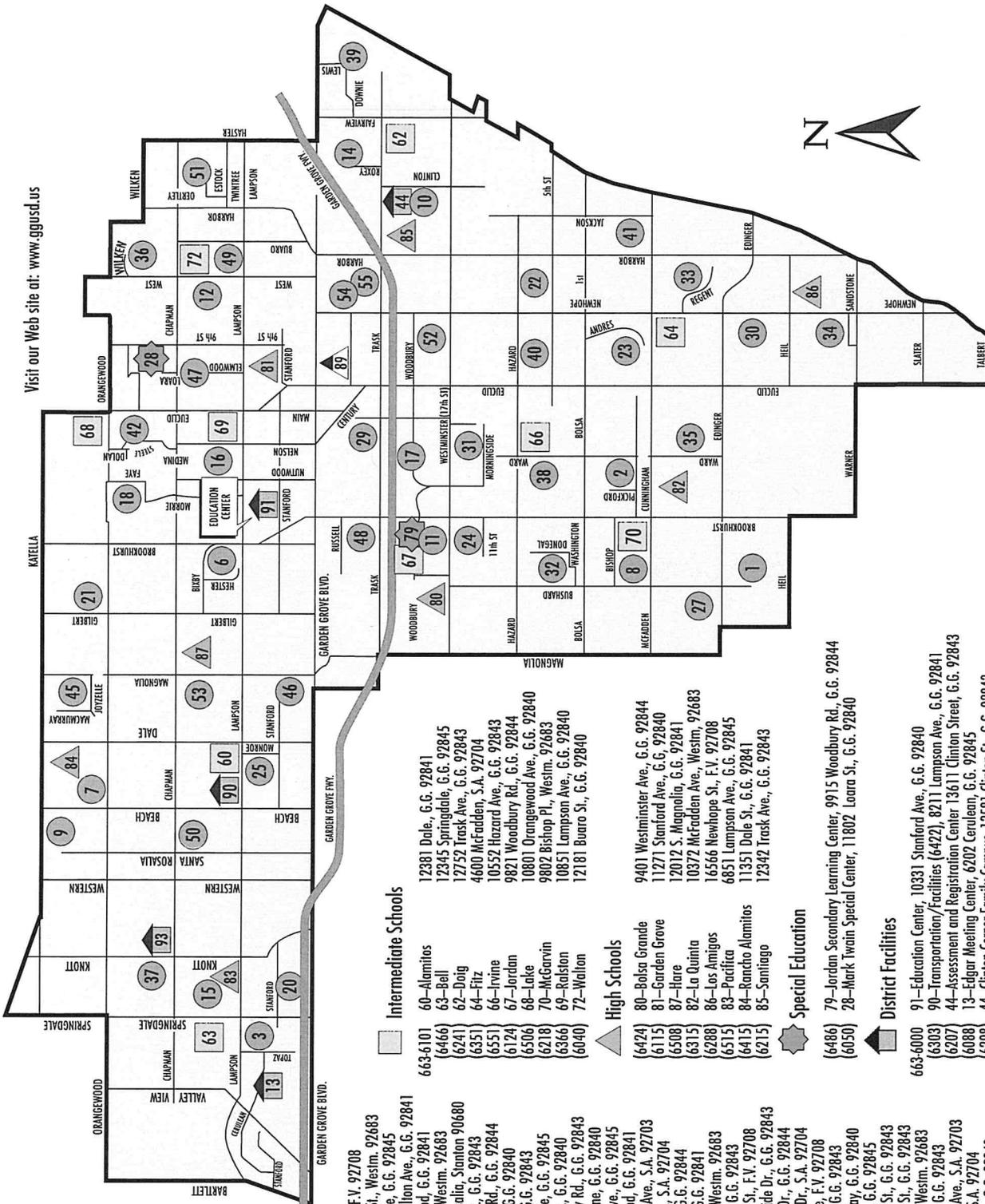
- 6486 79-Jordan Secondary Learning Center, 9915 Woodbury Rd., G.G. 92844
- 6050 28-Mark Twin Special Center, 11802 Loara St., G.G. 92840

◀ **District Facilities**

- 663-6000 91-Education Center, 10331 Stanford Ave., G.G. 92840
- 6303 90-Transportation/Facilities (6422), 8211 Lampson Ave., G.G. 92841
- 6207 44-Assessment and Registration Center 13611 Clinton Street, G.G. 92843
- 6088 13-Edgar Meeting Center, 6202 Cerulean, G.G. 92845
- 6298 44-Clinton Corner Family Campus, 13581 Clinton St., G.G. 92843
- 6185 93-Chapman Healing Center, 11852 Knott St., G.G. 92841
- 6411 44-Family Resource Center, 13611 Clinton Street, G.G. 92843

▲ **Adult Education**

- 6291 89-Lincoln Education Center, 11262 Garden Grove Blvd., G.G. 92843





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Lenguaje é Información Étnica

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Qué idioma usa su hijo/a en casa con mayor frecuencia? _____

¿Qué idioma usa usted con mayor frecuencia cuando le habla a su hijo/a? _____

Marque con una X el mejor descriptor(es) que usted considere apropiado para el origen étnico de su hijo/a:

	Indio Americano, nativo de Alaska, e Indio Norteamericano, Centroamericano o Sudamericano		
Chino		Camboyano	Tahitiano
Japonés		Hmong	Otras islas del Pacífico
Coreano		Asiático de otros países	Filipino
Vietnamés		Hawaiano	Hispano/Latino
Indio Asiático		Nativo de Guam	Negro o Afroamericano
Laosiano		Samoano	Blanco

PREFERENCIA DEL LENGUAJE PARA EL PADRE

El método de comunicación entre la administración, los maestros y padres puede incluir llamadas telefónicas, mensajes automatizados, volantes informativos, encuestas, cuestionarios, etc.

¿Quién debe recibir esta información? Nombre: _____

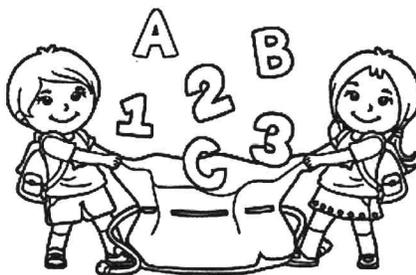
Nombre completo del contacto primario: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Idioma de preferencia: (circule uno) Inglés Español Vietnamita

Otro: _____

Le gustaría ser incluido a nuestro sistema de mensajes por texto? (circule uno) SI NO





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Estado De Empleo

Padre/Tutor: _____ Número Telefonico: (____) _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón: _____ AM / PM

Si el padre está *actualmente empleado*, complete la siguiente sección:

Nombre del Empleado:	Teléfono del Empleado:
Dirrección del Empleado/Compañía:	Ciudad: Código Postal:
Yo, _____, doy mi consentimiento al personal preescolar del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove de ponerse en contacto con mi empleador para documentar mis ingresos. Además, doy mi consentimiento a mi empleador de divulgar información de ingresos/empleo al personal preescolar del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove incluyendo, pero no exclusivamente, fecha de contratación, días y horas de empleo y sueldo básico.	
Yo, _____, <u>o</u> no doy mi consentimiento de ponerse en contacto con mi empleador porque _____	
_____	_____
Firma del Padre/Tutor	Fecha (mes/día/año)

Si el padre *NO recibe ingresos de ninguna fuente*, complete la siguiente sección

Declaración De Desempleo Y No Ingresos

I, _____
Nombre Completo del Padre/Tutor

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTOY DESEMPLEADO Y NO RECIBO NINGÚN INGRESOS DE NINGÚNA FUENTE. Declaro que la información de ingresos que he presentado es acertada. Entiendo que cualquier información fraudulenta, incompleta, falsa o engañosa provista al Distrito Escolar Unificado de Garden Grove sobre el estado de ingresos, tamaño de familia, empleo, la búsqueda de empleo durante la certificación de elegibilidad inicial o en curso para la inscripción preescolar puede ser motivo de que mi hijo sea removido del programa preescolar de GGUSD.

Firma del Padre/Tutor **Fecha** (mes/día/año)



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149

<input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Approved Admin: _____

Verificación de Residencia

Dueño de Casa
 Renta
 Co-Renta
 Other: _____

Padre(s)/Tutor: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Numero de Casa: (_____) _____ Numero de Celular: (_____) _____

Domicilio: _____
Número Calle Apt. Ciudad Código Postal

Por Favor Proporcione los siguientes documentos a su nombre para establecer su residencia
 Uno (1) de los siguientes o Dos (2) de los siguientes

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Correspondencis de una agencia gubernamental. (E.g. Seguro Social, DMV, Carta del programa Cal Works, Carta del programa Cal Fresh, Carta del programa Medical, EDD, Carta del programa WIC, etc.) <input type="checkbox"/> Escrituras de casa propia <input type="checkbox"/> Declaracion de hipotecaria <input type="checkbox"/> Dactura de impuestos de bienes raices <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento <input type="checkbox"/> Devolución de impuestos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir/ Identificacion del estado de California <input type="checkbox"/> Poliza de Aseguranza de Automovil <input type="checkbox"/> Último Talon de Cheque que tenga nombre y dirección <input type="checkbox"/> Factura reciente de Luz <input type="checkbox"/> Factura reciente de Gas <input type="checkbox"/> Factura reciente de agua <input type="checkbox"/> Factura reciente de servicios de basura <input type="checkbox"/> Factura reciente de cable
--	---

Si usted no puede proveer prueba de residencia bajo su nombre, por favor pida que el residente principal / dueño de la casa compartida provee los documentos indicados arriba además de completar la sección de abajo.

Co-Residente

Yo, _____ declaro que soy el residente / dueño principal
Nombre Completo del residente principal/ Dueño de la vivienda
 de la dirección mencionada arriba y que la persona(s) que reclaman la dirección residen conmigo por lo menos cinco (5) días por semana. Declaro además que toda la información proporcionada en esta Declaración Jurada de Verificación de Residencia, incluyendo la información proporcionada por los padres/guardianes, es verdadera y correcta. Enviaré los documentos requeridos para verificar mi residencia. Acepto notificar a Clinton Corner Family Campus si hay algún cambio en el estado de la residencia de la(s) persona(s) reclamando la dirección o yo mismo.

Juro (o certifico) bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del residente principal/ Dueño de la vivienda **Fecha** (mes/dia/año)



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Permiso para Usar Fotos en la Red o Medios de Información

El Distrito escolar Unificado de Garden Grove es conocido por sus estudiantes destacados y talentosos y, de vez en cuando el distrito recibe pedidos de los medios noticiosos de tomar fotografías de los estudiantes para presentar relaciones públicas positivas. Debido a que tales pedidos de fotografías a menudo requieren una respuesta inmediata, les pedimos permiso para todo el año escolar en lugar de hacerlo en base individual.

Los estudiantes que han logrado éxito en la escuela deben ser reconocidos y el reportaje en las noticias es un medio disponible para ese propósito. El distrito también quiere usar las fotografías de los estudiantes, identificados por su nombre y el nombre y el nombre de su escuela para publicaciones - incluyendo iniciar informes de prensa, boletines escolares y del distrito y la red de comunicación escolar.

Por favor complete y firme en la sección a continuación y regrese a la maestra de su niño/a.

- Doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove y la escuela tomen fotografías de mi hijo/a para usar en los medios de comunicación, en publicaciones (incluyendo el anuario) de la escuela y el distrito y en la red de comunicación de la escuela y el distrito.
- No doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove y la escuela obtengan fotografías de mi hijo/a para usar en los medios de comunicación en publicaciones (excluyendo el anuario) de la escuela y del distrito y en la red de comunicación de la escuela y del distrito.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón #: _____ AM/ PM

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Consentimiento de Padres para los Exámenes de Detección para la Salud

Estimados Padres de Preescolares:

El Distrito Unificado de Garden Grove está proporcionando servicios gratis a través del programa de preparación escolar. Los exámenes de detección permiten a la enfermera del programa identificar a los niños que necesitan intervención médica especial. Su consentimiento por escrito es requerido para todos estos exámenes de detección.

Los siguientes exámenes de detección y servicios serán provistos durante el año escolar.

- Audición
- Vista
- Dental
- Salud y Nutrición
- Desarrollo
- Altura/Peso y la
- Relación entre Peso y Altura

Con mi firma abajo, doy mi consentimiento para que se hagan los exámenes de detección supra citadas. Yo entiendo que me darán los resultados de los exámenes por escrito. Además doy mi permiso a la enfermera de compartir con la maestra cualquiera de los resultados de detección que pueda tener un impacto en la seguridad y/o aprendizaje de mi hijo.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ **Salón #:** _____ **AM / PM**

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)

La enfermera del programa de preparación escolar está disponible para asistir en obtener seguro médico y servicios de la comunidad. Para más información, por favor llame a:

Clinton Corner Family Campus
School Readiness Nurses
Tel: (714) 663-6298





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Historial de Salud del Estudiante

Para ayudar al personal escolar a satisfacer mejor las necesidades de salud de su niño, por favor complete la siguiente forma. El medicamento en la escuela, ya sea recetado o no, requiere las ordenes de un medico, la firma de un padre, y debe permanecer en la oficina a menos que el medico indique otras instrucciones. Por favor pídale las formas requeridas al personal escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Ciudad de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Pediatra/ Doctor de Familia: _____ No.Tel del Doctor: _____ Fecha del último fisico: _____

El estudiante recibe servicios fuera del distrito escolar? Si No El estudiante tiene un IEP? Si No

Si marco "Si", marque la caja apropiada: Habla Educación Especial Otro: _____

Hay condiciones de salud presentes? Si No Si marco "Si", marque cualquier condición de salud descritas a continuación la cual su niño ha sufrido durante el año pasado. Si necesita espacio adicional, por favor use el espacio en la parte inferior de esta página.

1. Impedimentos de vision: Lentes o Lentes de contacto Otro _____
2. Alergias: ¿A que Comida? _____ ¿A que Medicamentos? _____
 Cúales son los symptoms que se presentan? _____
 ¿Necesita medicamentos en la escuela? Si No ¿Necesita la inyección de emergencia "EPI Pen"? Si No
3. Deficiencia de Atención: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
4. Asma: medicamento? _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
5. Diabetes: ¿Es necesario tomar medicamento o tomar pruebas de sangre en la escuela? Si No
6. Epilepsia/convulsiones: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
7. Pérdida de audición: Oído Derecho Oído Izquierdo ¿Aparato auditivo? Oído Derecho Oído Izquierdo
8. Problemas con el corazón: ¿ Qué tipo? _____ ¿Restricción de actividades? Si No
9. Artritis, enfermedad "Osgood Schlatter" u otro problema con las coyunturas de huesos? ¿Afecta las actividades de educación física? Si No Explique: _____
10. Migrañas: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
11. Otras condiciones de salud/medicamentos _____

Las condiciones de salud anotadas a continuación podrían requerir mas información y/o que sean discutidas con la enfermera de la escuela.

- Problemas de riñones or vejiga: Explique _____
- Problemas de Sangre: ¿Qué tipo? _____
- Cáncer: ¿Qué tipo? _____
- Parálisis Cerebral: ¿Tiene limitaciones? _____
- Fibrosis Quística: Medicamentos _____ ¿Requeridos en la escuela? Si No
- Trastorno Alimenticio. ¿Qué tipo? _____
- Trstorno Endócrino. ¿Qué tipo? _____
- Problemas Neurológicos. ¿Qué tipo? _____
- Trastorno emocionales/psiquiátricos: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
- ¿Hospitalizaciones o cirugias? ¿Razón?: _____ Date _____
- Otros _____

Comentarios o explicaciones adicionales sobre cualquier condición o si marcó "Si" arriba. _____

*** Yo requiero y autorizo a _____ que comparta la información médica del estudiante nombrado anteriormente al Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove

Nombre del Padre/Guardian _____

Firma del Padre/Guardian _____

Fecha _____



Garden Grove Unified School District
Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
State Preschool Program
13581 Clinton Street • Garden Grove, CA 92843
Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149

Participación de los Padres

***TODAS LAS FAMILIAS DEBEN LLENAR ESTE FORMULARIO, AUN SI NO HAY UN VOLUNTARIO DISPONIBLE ***

Se exige que el programa preescolar en el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove mantenga una proporción de un adulto por cada ocho niños. Cada salón está dotado con una maestra y un asistente de instrucción. Los padres y/o voluntarios, tal como se permite por las regulaciones estatales y de licenciatura, son necesarios para reunir el requisito de la proporción entre adultos y niños.

Son muchos los resultados positivos de servir como voluntario en el salón preescolar. Padres pueden practicar y extender actividades de alfabetismo en la casa por medio de participar en el programa de instrucción. Los padres aprenden estrategias sobre el manejo de comportamiento, y pueden ver a sus hijos obrar recíprocamente con otros niños y adultos. Los padres pueden conectar con otros padres y formar relaciones que son sustentadoras.

Los abuelos, tías, tíos, u otros parientes o amigos también pueden ser incluidos como voluntarios. Un voluntario debe tener por lo menos 18 años, debe llenar por completo un *formulario de voluntario* del distrito, y tener en constancia pruebas actuales de *tuberculosis, Tos Ferina, Sarampión é Influenza* con la oficina preescolar.

Favor de indicar abajo quien puede ser voluntario en el salón preescolar de su hijo.

- Sí, estoy interesado y dispuesto de servir como voluntario en el salón preescolar de mi hijo.
- Yo no puedo servir como voluntario, pero el siguiente pariente o amigo servirá como voluntario.

Nombre del Voluntario: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón #: _____ AM / PM

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)

The Value of Being a Volunteer in the Classroom

El Valor de Ser un Voluntario en el Salón

Giá trị của việc làm tình nguyện trong lớp học



Children are proud to have their parent in the classroom
Los niños están orgullosos de tener a sus padres en el salón
Em nhỏ sẽ rất hạnh diện khi có Cha Mẹ trong lớp của mình



Parents learn new ways to teach and manage behavior
Los padres aprenden nuevas formas de enseñar y manejar el comportamiento
Phụ huynh sẽ học hỏi được những phương cách mới trong việc dạy dỗ và chăm sóc em nhỏ



Parent volunteers mean so much to teachers
Los padres voluntarios significan tanto a las maestras
Cô giáo rất cần phụ huynh đến lớp giúp



Parents can connect with other parents
Los padres pueden conectarse con otros padres
Phụ huynh có dịp giao tiếp với những phụ huynh khác



Parents help children learn
Los padres ayudan a los niños aprender
Phụ huynh giúp con em mình học tập tốt hơn



Parents help monitor children
Los padres ayudan a vigilar a los niños
Phụ huynh giúp trông chừng các học sinh trong lớp



Parents help their children at home with what they learn at school
Padres ayudan a sus hijos en casa con lo que han aprendido en la escuela
Tại nhà, phụ huynh giúp con em ôn tập những gì chúng đã học ở trường



It's Fun!
¡Es divertido!
Rất vui!



Parent shows child that school is important
Los padres muestran a los niños que la escuela es importante
Phụ huynh chứng tỏ cho con em thấy rằng việc học rất quan trọng

GARDEN GROVE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Oficina de Servicios del Personal
Formulario de Información para Voluntarios

<input type="checkbox"/> ML	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> TDAP	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> FLU
Admin: _____				

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Salón #: _____ AM / PM
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Voluntario: _____ Fecha de Nacimiento del Voluntario: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Apt/ Spc: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
DL/ ID #: _____

Teléfono () _____ () _____ () _____
Casa Cellular Trabajo Ext.

Ejemplos de los deberes del voluntario: Relacionarse con los estudiantes durante la hora de comida y en los grupos pequeños, ayudar a la maestra con una variedad de actividades, y supervisar a los niños durante el día.

¿Ha sido Ud. condenado por: Un delito? Sí _____ No _____
 Algún crimen sexual o de drogas? Sí _____ No _____

Si respondió sí, describa brevemente incluyendo fecha(s): _____

En caso de emergencia, ¿sufre Ud. De algún problema de salud que debiéramos conocer? _____

Por favor apunte el nombre y número de teléfono de una persona de contacto en caso de emergencia mientras Ud. está sirviendo como voluntario.

Nombre	Relación	Teléfono
Doctor	Teléfono	

Por favor apunte los nombres y números de teléfono de su actual y previo empleador.

Nombre	Teléfono	Fechas de Empleo
Nombre	Teléfono	Fechas de Empleo

Por favor apunte el nombre de dos personas que puedan servir como referencia.

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

Yo entiendo que los voluntarios no son compensados y que mis servicios como voluntario están a la discreción de la Dirección de Educación a través de sus designados, el local principal y que mis servicios pueden ser cancelados en cualquier momento.

Yo entiendo que el distrito reserva el derecho de revisar mis antecedentes con el Departamento de Justicia Criminal, de acuerdo con el Código Penal, Sección 290.

Por favor excútese de presentarse como voluntario si padece de algún mal contagioso el cual podría ser transmitido en un ambiente escolar, tal como, pero no limitado a: tuberculosis, hepatitis, etc.
 Por el presente certifico que todas las declaraciones e información provistas son verdaderas y completas hasta lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma _____ Fecha _____



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Requerimientos y Guías para Voluntarios

1. Examen en la piel de Tuberculosis (TB) Traer uno de los siguientes

- Documentación de una prueba de tuberculosis negativa (Sirve por 2 años) o un prueba de rayos x (Sirve por 4 años).
- Una declaración del doctor del voluntario si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado

2. Vacuna contra el Sarampión (MMR) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna para el Sarampión (Sirve de por vida)
- Una declaración del doctor del voluntario, si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado
- Una declaración del doctor del voluntario, si este ya es inmune a el Sarampión

3. Vacuna contra la Tos Ferina (TDAP) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna contra la Tos Ferina (Sirve por cada 10 años)
- Una declaración del doctor del voluntario si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado

4. Vacuna contra la Gripe (FLU) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna para la influenza con fecha entre 1 de Agosto y 1 de Diciembre de cada año o
- Una declaración firmada del voluntario donde niega ser vacunada en contra la gripe (Localizado abajo)

*Clínicas de Sugerecía *

Para Examen de Tuberculosis



MemorialCare Medical Group

15464 Goldenwest St.
 Westminster, CA 92683
 (714) 891-9008

- Esta clínica está abierta los 7 días de la semana y la prueba de piel de Mantoux (TB) se puede administrar durante ese tiempo.
- El horario de oficina es de 8:00 am a 8:00 p.m.
- **Debe** regresar a la clínica **48 horas** después para los resultados de su prueba.

Costo:

TB..... approx. \$20.00 o mas
 Rayos X..... approx. \$51.00

Para Otras Vacunas

Santa Ana Clinic

1725 W 17th St.
 Santa Ana, Ca 90621
 1(800) 914-4887 or 1(800) 564-8448



- Horas de Immunizacion :
 Lunes a Viernes 7:30 -10:00am & 12:45 – 3:00pm
 No cita necesaria:

Si usted no tiene aseguransa medica el costo es:

MMR..... approx. \$18.50

TDAP..... approx. \$18.50

Vacuna para la Gripe es Gratis ... anualmente disponible de
 Nov. – Mar.

Documentación de Vacunación de Voluntario

A quien corresponda:

Estoy negando ser vacunada/o contra la gripe en este momento.

Nombre de Voluntario _____ Nombre de Estudiante _____
Apellido, Primer y Segundo Nombre Apellido, Primer y Segundo Nombre

Firma de Voluntario _____ Fecha _____

Escuela _____ Salón _____ a.m. / p.m.