Fontana Unified School District / Distrito Unificado de Fontana
Early Education / Primera Enseñanza

2024-2025

Preschool Enrollment Packet

Paquete de Inscripcion de Preescolar

Age Eligibility

Elegibilidad de Edad

Enrollment Process

Step 1. Pre-Enroll

Mandatory Documents Needed for Enrollment

mandatory

Family Income must be dated for the 60 days prior to the date of enrollment

Family Address must be dated for the 60 days prior to the date of enrollment

Family Size

Parent/Guardian Picture ID

Student Proof of Age must

Student Immunization Record
must

2024-25 School Sites* / 2024-25 Sitios* Escolares

School / Escuela	Phone / Telefono	Address / Dirección	Cross Streets / calles que cruzan

Preschool Student Transfer Policy

Política de transferencia de Estudiantes de preescolar

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT / DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Early Education / Departmento de primera enseñanza

Emergency Card / Tarjeta de Emergencia

EARLY EDUCATION SUPPLEMENTAL INFORMATION

Fontana Unified School District

Student Name: **DOB:**_____

(C

❑

❑
❑
❑
❑
❑
❑
❑

❑
❑
❑
❑
❑
❑
❑

_____ _____

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education

HEALTH POLICY*

Child's Name:_____ School:_____

Parent's Signature:_____ Date: _____

COMMUNICABLE DISEASE

1. **Head Lice:** Upon examination, if child is found to have head lice or nits, child will be excluded from school until proper treatment has been completed and **all** nits are removed. The child will need to be cleared by the site health office staff **before** returning to school.
2. **Impetigo and Ringworm:** Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school. The area is to be covered while in school.
3. **Pink Eye, Conjunctivitis:** Itching, redness, and thick yellow discharge from one or both eyes. Child will be excluded for medical evaluation. The doctor may prescribe antibiotic drops or ointment. Child may return to school when treatment has begun, and a doctor's clearance releases the child to return to school.
4. **Other Communicable Disease:** i.e. rashes, blisters, sores, etc. Child will be excluded for medical evaluation. The child may return to school when a doctor's clearance releases child to return to school.

RESPIRATORY PROBLEMS

1. **Green Pus like Nasal Discharge:** Child will be excluded from school and will be asked to remain at home until discharge has cleared up.
2. **Coughing:**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Primera Enseñanza

POLÍTICA DE SALUD*

Nombre del Niño/a_____ Escuela_____

Firma del padre: _____ Fecha_____

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

1. **Piojos:** Al punto de examinación, si se encuentra que su hijo/a tiene piojos o liendres, el/ella será excluído de la escuela hasta que un tratamiento apropiado haya sido completado y todas las liendres se hayan removido. El niño/a tendrá que ser revisado por el personal escolar de la oficina de salud y autorizar su regreso a la escuela.
2. **Impétigo y Tiña:** El niño/a será excluído/a para evaluación médica. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el tratamiento haya comenzado y el doctor le haya dado permiso de regresar a a la escuela. El área debe estar cubierta mientras está en la escuela.
3. **Inflamación ocular ó pink eye, Conjuntivitis**: Comezón, enrojecimiento y flujo grueso amarillo de uno ó ambos ojos. El niño/a será excluído para una evaluación médica. El doctor puede prescribir gotas antibióticas o una pomada. El niño/a podrá regresar a la escuela cuando el doctor le haya dado una nota permitiendo que pueda regresar a la escuela.
4. **Otras enfermedades transmisibles**: es decir, erupciones, ampollas, llagas, etc. El niño será excluido para evaluación

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

Employer Authorization for Release of Information

To be completed and signed by working parent/guardian(s) before time of enrollment.

PARENT A

I _____, hereby authorize Fontana Unified School District to contact the Employer(s) to the extent known, to verify employment information provided.

Employer Contact Information

Employer Name: _____

Employer Address: _____

Employer Phone Number: _____

Usual Business Hours: _____

_____ _____

PARENT A Signature Date

PARENT B

I _____, hereby authorize Fontana Unified School District to

_____ _____

_____

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

Autorización para Obtener Información de Empleador

Debe ser completado y firmado por los padres/tutores legales antes del momento de la inscripción.

PADRE A

Yo_____, por la presente autorizo al Distrito Escolar de Fontana a ponerse en contacto con mi Empleador(es) hasta el punto conocido, para verificar la información de empleo proporcionada.

Información de Empleador

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Horario del Negocio: _____

_____ _____

FIRMA DEL PADRE A FECHA

PADRE B

Yo_____, por la presente autorizo al Distrito Escolar de Fontana a ponerse en contacto con mi Empleador(es) hasta el punto conocido, para verificar la información de empleo proporcionada.

Información de Empleador

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Horario del Negocio: _____

_____ _____

FIRMA DEL PADRE B FECHA

Student Name: _____

School Site: _____

The Early Education Department provides guidance and support through collaboration with families to promote student achievement.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

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)

_____ . This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____ a.m./p.m.
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

to _____ a.m./p.m., _____ 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:

0 Vision: 0 . Insect 1

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.

Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).

Live in out-of-home placements.

Have, or are suspected to have, HIV infection.

Live with an adult with HIV seropositivity.

Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.

Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or

Residents in nursing homes.

Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.

Have clinical evidencdHng homes.-

Fontana Unified School District

Early Education

Distrito Escolar Unificado de Fontana

Primera Enseñanza

Instrumento de lenguaje familiar

El propósito de este instrumento es para identificar y comprender los antecedentes lingüísticos de cada niño para apoyar y fortalecer su desarrollo del lenguaje. Esta información se utilizará para informar y planificar el currículo del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el ambiente de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las colaboraciones con las familias para mejorar el apoyo a los niños que estudian aprendiz de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés).

1) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?
Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida, cuidadores, personas que llegan a la casa o personas que visitan.

_____

2) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario o comunidad?
Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

_____

3) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?

_____

4) ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?

_____

5) A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y son capaces de aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo/a en casa?

_____

6) ¿Qué idioma habla más su hijo/a en general? Esto sería dentro y fuera de la casa, combinados.

_____

7) ¿En qué idioma preferiría recibir comunicación escrita de nuestra parte? (Aunque nos gustaría adaptar a las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que nues los materiales de comunicación escrita a ese idioma).

_____

8) ¿En qué idioma preferiría que nos comuniquemos verbalmente con usted? (Aunque nos gustaría adaptar a las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que no tengamos los materiales de comunicación escrita a ese idioma).

_____

HEALTH HISTORY *HISTORIA DE SALUD*

In a car, trailer park, or campsite

In a shelter or transition housing program

In a group home placement

Other _____

Si tiene alguna preocupación acerca de su hijo sobre cualquiera de las siguientes áreas marque "sí o no":

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Compresión auditiva			Desarrollo de aprendizaje/cognitivo
		Visión			Desarrollo social
		Habla			Desarrollo físico
		Desarrollo de comportamiento/emocional			Crianza de los hijos/información educativa

¿Su hijo está recibiendo servicios en este momento de algunas de las áreas que marcó "sí"? Por favor explique.

_____

_____

Si le gustaría obtener información sobre alguna de las siguientes áreas marque sí o no.

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Asistencia financiera			Asistencia legal
		Ropa, comida y vivienda			Terapia familiar
		Inmunizaciones para la salud			Cuidado de niños/después de la escuela

He recibido la guía de recursos para familias: _____ (Iniciales del nombre del padre)

¿Dónde vive su hijo/familia actualmente? (Marque sólo una casilla.)

Con más de una familia en una casa o apartamento por dificultades económicas

Con amigos o familia de manera temporal

Casa permanente o apartamento

En un motel u hotel

En un carro, vecindario de casas rodantes o campamento

En un albergue o vivienda de transición

Colocación en una casa hogar

Colocación bajo cuidado de crianza

Otro _____

FOR COUNSELOR USE ONLY

Actual Start Date

CHILD CARE CENTER
NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

PERSONAL RIGHTS

Child Care Centers

Derechos Personales

Guarderías infantiles

Preschool Student Transfer Policy

Fontana Unified School District

QUESTIONNAIRE FOR FAMILIES

Child's

CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA

Nombre de Estudiante:_____ Fecha: _____

1. Nombre preferido del niño/a _____
2. Mi hijo/a habla principalmente en _____

_____

_____

_____

_____

CHILD PICK-UP AUTHORIZATION

This form must be updated as change occurs, this is mandated.

School Site:_____ Child's Name: _____

Father's Name:_____ Mother's Name: _____

_____ _____

Father's Phone (Home/Work/Cell) Mother's Phone T d

PERMISO PARA RECOGER A UN NIÑO/A

Es obligatorio que actualice este formulario cada vez que ocurra un cambio.

Escuela:_____ Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre:_____ Nombre de la Mamá: _____

_____ _____

Padre (teléfono de casa/trabajo/celular) Madre (teléfono de casa/trabajo/celular)

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a:
Las personas autorizadas en esta lista deben tener por los menos 18 años de edad y disponible en 30 minutos.

1. Nombre:_____
Primer Nombre Apellido

Teléfono:_____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo:_____ Ojos:_____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización:_____ (de la persona mencionada arriba)

2. Nombre:_____
Primer Nombre Apellido

Teléfono:_____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo:_____ Ojos:_____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización:_____ (de la persona mencionada arriba)

3. Nombre:_____
Primer Nombre Apellido

Teléfono:_____ Relación con el niño/a: _____

Descripción Física: Pelo:_____ Ojos:_____ Estatura: _____

Otro: _____

Firma de autorización:_____ (de la persona mencionada arriba)

Firma del Padre:_____ **Fecha:** _____

Fontana Unified School District
Early Education
STATE PRESCHOOL

Distrito Escolar Unificado de Fontana
Primera Enseñanza
PREESCOLAR ESTATAL

Política de Participación de los Padres en el Salón

Nombre del estudiante:_____ Clase: _____

A medida que su hijo/a comienza el ambiente estimulante y enriquecedor del preescolar, la participación de los padres juega un papel importante.

Para poder proveer las mejores experiencias posibles a los niños de nuestro programa, se requiere que usted ayude a la maestra/o 6 horas durante cada mes que su niño/a asista a clases.

Nuestro programa busca la participación de los padres en el salón. La maestra/o tendrá una lista para que usted anote las horas que podrá ayudar en el salón. Por favor asegúrese de firmar al principio de cada mes.

Si por alguna razón usted no puede asistir, necesita hacer los arreglos necesarios para que otro

_____ _____

Fontana Unified School District
Early Education
STATE PRESCHOOL

Late Arrival/Pick -Up Policy

Student's Name:_____ Session: _____

Our policy regarding the late pick-up of a student in the Fontana Unified School District State Preschool Program is as follows:

Parents are to arrive on time when class starts to drop off children.

Parents who are late dropping off their children when class starts may be scheduled for an attendance review meeting to discuss late arrivals.

Parents are to arrive on time to pick up children. All parents must have a back-up person in case of emergency. This person must be 18 years old and listed on the Child Pick-Up Authorization Form.

Prompt arrival and pick up of your child serves the best interest of the child and is appreciated.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian/Legal Guardian Date

Distrito Escolar Unificado de Fontana
Primera Enseñanza
PREESCOLAR ESTATAL

Política de llegada/Recogida tardía

Nombre del estudiante:_____ Clase: _____

Nuestra política con respecto a la llegada/recogida tardía de un estudiante en el Distrito Escolar Unificado de Fontana en el Programa Pre-Escolar Estatal es la siguiente:

Los padres deben dejar a tiempo a los niños cuando inicie la clase.

Los padres que llegen tarde a dejar su hijo/a cuando la clases yahaya comenzado, podrían tener una junta de revisión de asistencia para discutir las llegadas tarde.

Los padres deben de llegar a tiempo para recoger a su hijo/a. Todos los padres deben tener una persona de reserva en caso de una emergencia. Esta persona debe de tener 18 años y ser puesta en la forma dePermiso Para Recoger a un niño/a

Su pronta llegada y para recoger a su hijo/a es el mejor interés desu hijo/a y será apreciado.

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

Fontana Unified School District
Early Education
State Preschool Program

“GOOD HEALTH STATEMENT”

I,_____date of birth _____

PARENT AGREEMENT

CLASSROOM PARTICIPATION

Parent or family member 18 years or older are highly encouraged to assist in the classroom 6 hours a month.
Children not enrolled in the State Preschool Program are not permitted to remain in the classroom during class time per Community Care Licensing.
Parents must have a current negative TB clearance or normal chest x-ray result within the last 60

CONVENIO DE LOS PADRES

PARTICIPACIÓN EN EL AULA *Según las pautas de seguridad de COVID-19)*

Se anima a los padres o miembros de la familia mayores de 18 años a que ayuden en el aula 6 horas al mes.

Los niños que no están inscritos en el Programa Preescolar del Estado no pueden permanecer en el salón de clases durante el horario de clases según la Licencia de Cuidado Comunitario.

Los padres deben tener una prueba de tuberculosis negativa actual o un resultado normal de radiografía de tórax dentro de los últimos 60 días de la presentación, prueba de la vacuna contra el saramp96 75.96 628.32 Tm6 nc(m)884tEaatosa p(i)5.16 l 6.05.16o6as

FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

Toilet Learning Questionnaire

Directions: As of today, please indicate by checking one box next to the highest toilet learning stage that your child consistently displays.

Stage One: Toilet Interest

- x Pretends to toilet, usually with clothes on
- x Observes others going to the bathroom
- x Shows an interest in the toilet

Stage Two: Toilet Practice

- x Practices flushing
- x Practices pulling pants up and down
- x Practices getting on and off the toilet
- x Practices squatting and standing
- x Ask if diaper/Pull-Up is wet or dry, clean or dirty

Stage Three: Toilet Learning

- x Shows interest in wearing "real" underwear
- x Feels the need to urinate by showing gestures, is verbal or uses facial expressions
- x Holds urine for longer periods of time
- x Acquires the desire to be clean
- x Has words for using the toilet and tells you when they have to go
- x Can pull pants up and down for themselves
- x Stands and sits well on their own
- x Shows signs of pushing and concentration when they are ready for a bowel movement
- x Tells you they are soiled or wet and needs to be changed

Stage Four: Independent Toileting

- x Wears "real" underwear during daytime (no Pull-Ups)
- x Manage their toileting needs with minimal adult assistance

-Children that are in Toilet Learning Stage 1, 2 or 3 will be offered placement in a classroom with an attached restroom to meet toileting needs. -Children that are in Toilet Learning Stage 4 will be offered placement in a classroom with or without an attached restroom.

Adapted from The Four Stages of Toilet Learning by Kristi Hayward (CDFC Teacher)

Instrucciones: Apartir de hoy, indíque marcando la casilla junto a la etapa más alta de aprendizaje del uso del baño que su hijo/a muestra constantemente

Fontana Unified School District
Early Education Programs
Annual Notification for Parents

1. Online Learning Programs for Early Education Students

Fontana Unified School District uses respected online educational software programs that help students achieve. More specifically, the programs provide students with differentiated support in the classroom to help them learn specific skills. Teachers guide and support student use of the online programs. Examples of online learning programs used by the district are Seesaw, Footsteps2Brilliance, Microsoft TEAMS, Read 180, Lexia, and Accelerated Reader.

The Fontana Unified School District plans to share the following information about your child with online programs that generate learning opportunities tailored to your child's academic goals:

School Name
Name (First and Last)
FUSD Student ID number
Date of Birth
Grade Level
Gender

If you do not give consent, then check the following box:

I do NOT wish to release the information listed above to online educational programs used by FUSD.

2. Photos/Videos

The Fontana Unified School District may photograph or video-record your child for district-related educational purposes. For example, photographs may be needed for student identification badges, school yearbooks, and/or district brochures. As another example, video-

☐

_____

Fontana Unified School District
Student Acceptable Use Agreement
Early Education Programs

Signature Form

LARK

Legal, Appropriate, Responsible, Kind

Each student who is authorized to use District Information Systems and his/her parent/guardian shall read this Acceptable Use Agreement on a yearly basis and his/her parent/guardian shall sign as an indication that they have read and understand the agreement.

Student Information
Student Full Name (Printed) _____

Teacher's Name_____School:_____Session: _____

Parental Agreement

As a parent or guardian of the above-named student, I have read, understand, and agree that my student shall comply with the terms outlined by LARKin the above Acceptable Use Agreement. By signing this Agreement, I give permission for my student to use District Information Systems and/or to access the school's computer network and the Internet. I agree to release from liability, indemnify, and hold harmless the school, district, and district personnel against all claims, damages, and costs that may result from my student's use of District Information Systems, or the failure of any technology protection measures used by the District.