

CORAL MOUNTAIN ACADEMY

51-375 Van Buren Street • Coachella, CA 92236

Voice (760) 398-3525 Fax (760) 393-0591



Cougar Pride!

Mrs. Julisa Hernandez – Principal
Ms. Rosa Figueroa – Assistant Administrator



April 16, 2021

Dear Parents,

In order to help us plan for the correct number of kindergarten classes for next year, we are asking that you pre-register your child for kindergarten starting April 26, 2021 online at www.cvusd.us (Parent/Academic Resources-Registration.) The following items are needed for registration.

1. Birth certificate – **Must be 5 years by 9/01/21**
2. Immunization Book (All immunizations must be up to date)
3. Physical Examination (CHDP-Please pick up form at office)
4. Verification of address – (**Receipt of a utility bill MUST be under either or both parents' names.**)
5. If you are living with a parent or a friend, we require an Affidavit of Residency (Please pick up form at school office) along with a utility bill and ID of that person as your proof of address.
6. Dental Screening (Please pick up form at school office)
7. Valid Parent Photo ID is required.
8. Print online registration and bring with you.

Please call the school office if you need further information. (760) 398-3525 ext. 0

Thank you.

Estimados Padres,

Para planear el número correcto de las clases de kinder para el próximo año escolar, ocupamos que pre-inscriba a su niño/a para kinder empezando el 26 de abril, 2021 por internet en www.cvusd.us (Los Padres/Recursos académicos-Registro en Línea.) Necesitaran traer los siguientes documentos.

1. Acta de nacimiento – El niño/a **debe tener 5 años cumplido para 09/01/21.**
2. Tarjeta de vacunas (Todas las vacunas deben estar al corriente)
3. Examen físico (Forma disponible en la oficina de la escuela)
4. Comprobante de su domicilio – (**Un recibo de una utilidad debe estar a nombre de uno o ambos padres.**)
5. Si están viviendo con sus padres o con un amigo, se necesita una Verificación de Residencia (Por favor recoja la forma en la oficina de la escuela) junto con un cobro de utilidad e identificación de tal persona, como su comprobante de domicilio.
6. Evaluación Dental (Por favor recoja la forma en la oficina de la escuela)
7. Se requiere una identificación con foto. (Del Padre/Madre)
8. Imprimir y traer con usted la registración.

Para obtener más información llame a la oficina al (760) 398-3525 ext. 0

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last _____ First _____ Middle _____ BIRTH DATE—Month/Day/Year _____

ADDRESS—Number, Street _____ City _____ SCHOOL _____ ZIP code _____

CORAL MOUNTAIN ACADEMY

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTaP/DT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you do not want the health examiner to fill out Part III.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

Signature of parent or guardian _____

Date _____

Name, address, and telephone number of health examiner _____

Signature of health examiner _____

Date _____

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle		Ciudad	Zona Postal
			Escuela JOBAL MOUNTAIN ACADEMY

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(m/mi/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo Y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acellular] pertusis [los ternal]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que compare con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Oral Health Assessment Request Form

California law (*Education Code Section 49452.8*) states your child must have a dental check-up by his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2.

Section 1: Child's Information Filled out by Parent or Guardian

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
Teacher:	School: CORAL MOUNTAIN ACADEMY	Grade: Kinder	Child's Sex:
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input checked="" type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection Filled out by a California Licensed Dental Professional

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	<u>Caries Experience</u> (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible Decay Present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
------------------	---	---	---

Licensed Dental Professional Signature

CA License Number

Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Original to be retained in child's school records.

COACHELLA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Student Services Division
87225 CHURCH STREET, PO BOX 847 THERMAL CA 92274-0847
Telephone: 760-399-5137, Ext. 227 @ FAX: 760-399-1310
Laura Fisher, Executive Director
Tamara Perry, Coordinator
Mikomi Salgam, Coordinator

Tara Alford, Coordinator

KINDER ORAL ASSESSMENT

Dear Parent or Guardian:
To make sure your child is ready for school, California law, Education Code Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) in kindergarten. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Please take the attached Oral Health Assessment Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. Return this form to school as soon as possible. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Many things influence a child's progress and success in school, including dental health. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact your child's school, 760-775-6888

Sincerely, Laura Fisher, Executive Director

KINDER ORAL DE EVALUACIÓN

Estimado Padre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo/a esté listo para la escuela, la ley de California, Código de Educación Sección 49452.8, ahora requiere que su hijo/a tenga una evaluación de salud oral (chequeo dental) en el Kinder. Las evaluaciones que se hayan realizado dentro de los 12 meses antes de que su hijo entre a la escuela también cumplen con este requisito. La ley específica que la evaluación debe ser hecha por un dentista con licencia u otro profesional dental con licencia o registrado a

Por favor llave la Evaluación de Salud Oral / Renuncia formulario de Solicitud adjunto a la oficina dental, ya que se necesitará para el chequeo de su hijo/a. Devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a tan pronto como sea posible. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo/a no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Recuerda que su hijo/a no está saludable y listo para la escuela si él o ella tiene una mala salud dental. Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo/a se mantenga saludable:

- Lleve a su hijo/a al dentista dos veces al año
- Escoga alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son generalmente los alimentos más saludables.
- Cepille los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta dental que contenga fluoruro
- Limite los dulces y las bebidas dulces, como el ponche o soda. Sodas y los dulces contienen mucha azúcar que causa las bebidas azucaradas y dulces también contribuyen a los problemas de peso lo que puede conducir a otras enfermedades, como la diabetes. Entre menos dulces y bebidas dulces, mejor!

Muchas cosas influyen en el progreso del niño y el éxito en la escuela, incluida la salud dental. Las caries se pueden prevenir pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica. Si usted tiene preguntas sobre el nuevo requisito del chequeo dental de salud por favor comuníquese con la escuela de su hijo/a 760-775-6888

Atentamente Laura Fisher, Directora Escolar