**PROOF OF RESIDENCY MUST BE PROVIDED TO RE-ENROLL FOR THE 2015-2016 SCHOOL YEAR**

# Perris High School

# *Panther Pride*

## PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

# 2015-2016

# RETURNING STUDENT REGISTRATION PACKET

*FOLLETO DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGRESO DE LOS ESTUDIANTES*

# PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

District Administrative Offices: 155 East Fourth Street, Perris 92570
Student Services Center: 1151 North A Street, Perris 92570

**www.puhsd.org**

## DIRECTORY
*LISTA DE LAS ESCUELAS*

### Middle School: Grades (Grados) 7-8 (Secundaria)

| SCHOOL NAME (NOMBRE DE LA ESCUELA) | ADDRESS (DOMICILIO) | PHONE # (TEL.) | FAX # | PRINCIPAL (DIRECTOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| Pinacate Middle School | 1990 South "A" Street Perris, CA 92570 | 951-943-6441 | 951-943-2766 | Dru Morgan |

### High Schools (Preparatorias)

| SCHOOL NAME (NOMBRE DE LA ESCUELA) | ADDRESS (DOMICILIO) | PHONE # (TEL.) | FAX # | PRINCIPAL (DIRECTOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| The Academy | 515 East 7th Street Perris, CA 92570 | 951-657-2174 | 951-657-8102 | Pauline Garcia |
| Heritage High | 26001 Briggs Road Menifee, CA 92585 | 951-940-5447 | 951-325-5448 | Julie Zierold |
| Paloma Valley High | 31375 Bradley Road Menifee, CA 92584 | 951-672-6030 | 951-672-6037 | Don Williamson |
| Perris High | 175 East Nuevo Road Perris, CA 92571 | 951-657-2171 | 951-940-5367 | Nicholas Hilton |
| Perris Lake High | 418 West Ellis Avenue Perris, CA 92570 | 951-657-7357 | 951-940-5305 | Dean Hauser |

### Charter School (Escuela Charter)

| SCHOOL NAME (NOMBRE DE LA ESCUELA) | ADDRESS (DOMICILIO) | PHONE # (TEL.) | FAX # | PRINCIPAL (DIRECTOR) |
|---|---|---|---|---|
| California Military Institute – Charter School | 755 North "A" Street Perris, CA 92570 | 951-443-2731 | 951-943-0473 | Michael Rhodes |

### Adult Ed/Independent Study (Educación para adultos/Estudios independientes)

| SCHOOL NAME (NOMBRE DE LA ESCUELA) | ADDRESS (DOMICILIO) | PHONE # (TEL.) | FAX # | CONTACT (CONTACTO) |
|---|---|---|---|---|
| Adult Education Center | 418 West Ellis Avenue Perris, CA 92570 | 951-943-6194 | 951-672-2284 | Dean Hauser |
| Independent Study | 1151 North "A" Street Perris, CA 92570 | 951-943-6369 | 951-953-6419 | Sonia Rezkalah |

| DISTRICT ADMINISTRATION (ADMINISTRACIÓN DEL DISTRITO) | ADDRESS (DOMICILIO) | PHONE # (TEL.) | FAX # | ADMINISTRATOR (ADMINISTRADOR) |
|---|---|---|---|---|
| District Administration Center (Centro de Administración del Distrito) | 155 East 4th Street Perris, CA 92570 | 951-943-6369 | 951-940-5378 | Dr. Jonathan Greenberg |
| Transportation (Transporte) | 155 East 4th Street Perris, CA 92570 | 951-943-6640 | 951-765-2585 | Hemet Transportation |
| Maintenance and Operations (Mantenimiento y Operaciones) | 155 East 4th Street Perris, CA 92570 | 951-943-6369 | 951-940-5301 | Art Fritz |
| Pupil Services (Servicios estudiantiles) | 1151 North "A" Street Perris, CA 92570 | 951-943-6369 Ext. 81200 | 951-943-6419 | Charles Newman |
| Special Education (Educación especial) | 1151 North "A" Street Perris, CA 92570 | 951-943-6369 Ext. 81300 | 951-943-6501 | Brian Morris |

**PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**
**155 E. 4th Street, Perris, CA 92570**
**(951) 943-6369**

## RETURNING STUDENT ENROLLMENT PROCEDURES 2015-2016
## PUHSD Home Page at www.puhsd.org

Welcome back to the Perris Union High School District. In order to continue to provide a high level of customer service to our parents, we have made the registration forms available online at the Perris Union High School District website, www.puhsd.org. The checklist below will assist you with the required paperwork.

***To access forms via the PUHSD website, follow the instructions below:***

1. Visit the PUHSD Home page at www.puhsd.org.
2. Under the **Parents & Students** heading, click on **Find Your School**. Enter your house number and street name.
3. Go back to the PUHSD website. Under the **Parents & Students** heading, click on **Registration**.
4. Click on **Returning Student Registration**.
5. Choose the school of enrollment.
6. Please read the required documents.
7. Print and complete all required forms.

# RETURNING STUDENT REGISTRATION CHECKLIST

*Please check that you have signed the following forms found in this packet. Forms **MUST BE SIGNED WHERE INDICATED (✖-parent/guardian /★-student)AND RETURNED** in order for student to be fully registered for the school year.*

❑ Emergency Card: PLEASE REVIEW PREPRINTED EMERGENCY CARD, noting any changes that need to be made. (Pages 1-2)

❑ Signature Form (Page 3)

❑ Release of Information *(FOR HIGH SCHOOLS ONLY) (Page 4)*

❑ Media Release Authorization (Page 5)

❑ Family Compact *(Page 6) (Title I Schools only-Pinacate, Perris, Heritage, Perris Lake, and The Academy)*

❑ Proof of Residency (Page 7)

❑ Medical History (Page 8)

***You must also bring the following documents with you for returning student registration:***

- Proof of Residency- eg. *gas bill,water bill or electric bill, rental agreement with proof of payment or recent final escrow papers* ***(cable and cell phone bills are not accepted)***
- Caregiver / Guardianship Authorization *(if applicable please contact Pupil Services @ 951-943-6369, ext.81200)*
- Foster Agreement *(if applicable)*
- Inter/Intra District Transfer *(prior approval from Pupil Services required for registration)*

**PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**
**155 E. 4th Street, Perris, CA 92570**
**(951) 943-6369**

# PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGRESO DE LOS ESTUDIANTES 2015-2016

**La página principal de Perris Union High School District del sitio web es www.puhsd.org**

Bienvenidos a Perris Union High School District. Con el propósito de continuar proporcionando un alto nivel de servicio de atención a nuestros padres, tenemos las formas de inscripción disponibles online (en línea) en el sitio web de Perris Union High School District, www.puhsd.org. La lista a continuación les asistirá con la documentación necesaria.

***Para tener acceso a las formas por medio del sitio web de Perris Union High School District (PUHSD), favor de seguir las instrucciones a continuación:***

1. Visiten la página principal de PUHSD en el sitio web www.puhsd.org.
2. Bajo el encabezado de "**Parents & Students" (Padres y alumnos),** hagan clic en "**Find Your School**" (Encuentren su escuela). Pongan el número de su casa y el nombre de la calle.
3. Regresen al sitio web de Perris Union High School District. Bajo el encabezado "**Parents & Students" (Padres y alumnos)**, hagan clic en donde dice "**Registration" (Inscripción).**
4. Hagan clic en **"Returning Student Registration" (Inscripción de alumnos que regresan).**
5. Seleccione la escuela de inscripción.
6. Favor de leer los documentos necesarios.
7. Favor de imprimir y llenar los formularios necesarios.

## LISTA DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGRESO DE LOS ESTUDIANTES

*Favor marquen que imprimieron y firmaron las siguientes formas que se encuentran en este paquete. Las Formas* ***DEBERÁN DE FIRMARSE EN DONDE SE INDICA (✖ –padres/tutores/★- estudiante) Y DEVOLVERLO*** *para que el estudiante esté completamento matriculado(a) durante el año escolar.*

❑ Tarjeta de emergencia. FAVOR DE REVISAR LA TARJETA DE EMERGENCIA IMPRENTA, notando cualquier cambio que se necesita hacer. (Páginas 1-2)

❑ Formulario de firma (Página 3)

❑ Publicación de la información (PARA LAS PREPARATORIAS SOLAMENTE) (Página 4)

❑ Consentimiento para Comunicado de Prensa (PARA LA ESCUELA PINACATE SOLAMENTE) (Página 5)

❑ Pacto familiar (Página 6) (*Escuelas Título I, solamente – Pinacate, Perris, Heritage, Perris Lake y The Academy)*

❑ Comprobante de la residencia (Página 7)

❑ Historial médico (Página 8)

***Ustedes deberán también de traer los siguientes documentos a la hora de inscripción para el regreso del estudiante:***

- Comprobante de residencia: *Factura del gas,de agua o de la luz, contrato de arrendamiento con comprobante del pago, o los últimos documentos finales del "escrow" (Depósito en fideicomiso)* ***(No se aceptan las facturas del cable, o del teléfono celular).***

- Proveedor de cudiado/Autorización de la tutela (*Favor de ponerse en contacto con Servicios Estudiantiles al 951-943-6369, ext. 81200).*

- Convenio de adopción

- Transferencia dentro/fuera del distrito (*Se necesita una aprobación anterior de Servicios Estudiantiles)para la inscripción*

**PLEASE RETURN THIS ANNUAL NOTIFICATION / SIGNATURE FORM TO SCHOOL AT REGISTRATION SCHOOL YEAR 2015-2016**

Please review the "Read Only" and " Annual Notification" registration forms located at www.puhsd.org website under Parent & Students Tab .

| Student Name | Grade | Student ID Number |
|---|---|---|
| | | |

**Attendance Policy:** I have been informed of and understand the PUHSD Attendance Policy.

**Network Resources Acceptable Use Policy - Student User Contract:** I understand and will abide by the provisions and conditions set forth in the Perris Union High School District's Acceptable Use Policy. I understand that any violations of the Acceptable Use Policy or related District policies may result in disciplinary action, account revocation, and possible legal action and/or prosecution. I also agree to report any misuse of District technology immediately. I understand that all rules of conduct described in District and school site policies, procedures, and handbooks apply while I am using District technology resources.

**Use of Library/Textbook Facilities:** I have read and understand the rules governing library use. I accept financial responsibility for charges incurred by my child for unreturned, damaged or lost library/textbook materials. I further acknowledge that library checkout and textbook issuance privileges will not be extended to my child until this is signed and returned to the school of attendance.

**Annual Notification:** I have been informed of my rights as a parent or guardian of a public school student. This does not give consent for my child or ward to participate in any school activity or program, nor does this deny me the right to refuse to give consent at any later time.

**Authorization For Release of Student Information & Other Health Coverage Inquiries:** *I, the undersigned, do hereby authorize PUHSD to provide health services information from the above named child's education/medical record in order to participate in the LEA Medi-Cal Billing Option Program. Requested information shall be limited to health services documentation. Further, I authorize the release of any health services information provided by the school district to the billing agent and to Medi-Cal if applicable to process the claim.*

☐**Yes** ☐**No**

I, the undersigned, consent to submission of claims to my insurance carrier for payment of fees for services provided to my child. I authorize my insurance carrier to communicate directly with, and make payments to, my school district.

☐**Yes** ☐**No**

**Student Data:** 1) I have read and completed the Student Emergency Card 2) I understand that it is my responsibility to notify the school immediately upon any change to the information that I provided on the Student Emergency Card.

**Notice of Consequences:** 1) I have read and understand the information provided in the Notice of Consequences regarding actions/behavior that could lead to suspension or expulsion from a PUHSD school.

**Medical Transport:** 1) I authorize paramedics and emergency personnel to transfer and treat said minor in the event that a parent/guardian cannot be reached. 2) I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, x-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be borne by the parent/guardian.

**School Accountability Report Card (SARC):** A SARC provides information about a school such as demographics, school safety & climate, academic data, class sizes, and teacher/staff information. SARC's are listed on the district/school web site, and are available upon request.

**Parent/Guardian Signature** **Date**

**Student's Signature** **Date**

**FAVOR DE DEVOLVER ESTA NOTIFICACIÓN ANUAL / FORMULARIO DE FIRMAS A LA ESCUELA A LA HORA DE MATRICULACION PARA EL AÑO ESCOLAR 2015-2016**

Favor de revisar los formularios de registración de "Read Only" (leer solamente) y "Annual Notification" (notificación anual) localizados en el sitio web www.puhsd.org bajo la pestaña de "Parents & Students" (Padres y estudiantes).

| Nombre del Alumno(a) | Grado | # de ID del estudiante |
|---|---|---|
| | | |

**Política sobre la asistencia:** He sido informado(a) de y entiendo la política sobre la asistencia de PUHSD.

**Política sobre el Uso Aceptable de los Recursos de la Red de Comunicaciones-Contrato de Usuario del Alumno(a):**

Yo entiendo y cumpliré con las provisiones y condiciones establecidas en la Política sobre el Uso Aceptable de Perris Union High School District. Yo entiendo que cualquier violación de la Política de Uso Aceptable o las políticas del Distrito relacionadas puede resultar en acción disciplinaria, revocación de la cuenta y posible acción legal y/o el procesamiento. También estoy de acuerdo en informar cualquier uso indebido de la tecnología del Distrito inmediatamente. Yo entiendo que todas las reglas de conducta descritas en las políticas de los sitios escolares y del Distrito, los procedimientos y los manuales aplican mientras estoy usando los recursos de tecnología del Distrito.

**Uso de la Biblioteca/Servicios de Libros de Texto**: He leído y entiendo las reglas que gobiernan el uso de la biblioteca. Yo acepto la responsabilidad financiera por los cargos que mi hijo(a) contrajo por materiales/libros de texto que no se devolvieron, que se dañaron, o se perdieron. Además, reconozco que los privilegios para sacar los libros de la biblioteca no se le extenderán a mi hijo(a) hasta que este formulario se firme y se devuelva a la escuela de asistencia.

**Notificación Anual:** Yo he sido informado(a) de mis derechos como padre de familia o tutor de un estudiante de la escuela pública. Esto no da consentimiento para que mi hijo(a) o pupilo participe en cualquier actividad o programa escolar, ni me niega el derecho de negar a dar mi consentimiento en cualquier momento después.

**Autorización para proporcionar información sobre el alumno y otras preguntas relacionadas con la protección médica:** Yo, el suscrito(a) por la presente autorizo a Perris Union High School District para que proporcione información sobre los servicios de la salud del expediente educativo/médico del niño(a) anteriormente mencionado con el propósito de participar en el Programa LEA de Opción para Cobrar de Medi-Cal. La información que se solicite se limitará a la documentación de los servicios de la salud. Además, yo autorizo que se proporcione cualquier información de la salud que el distrito escolar le proporcione al agente de cobros y a Medi-Cal, si se aplica al proceso del reclamo.

☐ **Sí** ☐ **No**

Yo, el suscrito(a) doy mi consentimiento para someter los reclamos a mi compañía de seguros para el pago de honorarios por los servicios que le proporcionan a mi hijo(a). Yo autorizo a mi compañía de seguros para que se comuniquen directamente con, y que hagan pagos a, mi distrito escolar.

☐ **Sí** ☐ **No**

**Información sobre el estudiante:** He leído y llenado la tarjeta de emergencia del estudiante y 2) entiendo que es mi responsabilidad darle aviso a la escuela inmediatamente de cualquier cambio de información que he proporcionado en la tarjeta de emergencia del estudiante.

**Aviso de consecuencias:** 1) He leído y entiendo la información proporcionada en el Aviso de Consecuencias con respecto a las acciones/comportamientos que podrían resultar en la suspensión o expulsión de una escuela de PUHSD.

**Transporte médico:** Yo autorizo a los paramédicos y al personal de emergencia transferir y darle tratamiento al menor en el evento en que no puedan ponerse en contacto con los padres/tutores. 2) Además yo entiendo que todos los costos del transporte de los paramédicos, la hospitalización, y cualquier examen, rayos x, o tratamiento proporcionado en relación a esta autorización será la responsabilidad de los padres/tutores.

**Calificación de la Responsabilidad Escolar (SARC):** La calificación escolar proporciona información sobre una escuela, tal como la demografía, la seguridad y el ambiente escolar, el tamaño de las clases, y la información de los maestros/personal. Las calificaciones se encuentran en el sitio web del distrito/escuela, y están disponibles cuando lo soliciten.

**Firma del Padre/Tutor** _____ **Fecha** _____

**Firma del Estudiante** _____ **Fecha** _____

# PARENT CONSENT FORM
# for RELEASE OF INFORMATION

## STUDENT NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, and SOCIAL SECURITY NUMBER

Our school may be requested to provide the names, addresses telephone numbers and social security numbers of high school students to military recruiters, colleges and other groups. **You do not have to participate in this program.**

Additionally, your student's Social Security number is requested and provided to the California Student Aide Commission for FAFSA (Free Application for Federal Student Aid). This allows your student to apply for student loans for college in their senior year of high school. **The Social Security number must be on file in order to apply for any student aid.**

➢ The school has permission to disclose my child's social security number to the California Student Aid Commission for verification of students GPA for Cal Grant awards.

☐ Yes ☐ No

Student's Social Security Number _____

Student's Signature _____ Student Name _____

Student ID Number _____

➢ The school has permission to disclose child's name, address, and telephone number to groups requesting information. ☐ Yes ☐ No

If you do not return this form or answer the above questions, the school will assume that you authorize us to release the requested information.

Parent's Signature _____

Parent Name _____ Date _____

# FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PROPORCIONAR INFORMACION

## SOBRE EL NOMBRE DEL ALUMNO(A), SU DIRECCION, SU NUMERO DEL TELEFONO, Y SU NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

Nuestra escuela podrá recibir solicitudes por parte del reclutamiento militar, de colegios y otros grupos para proporcionar los nombres, los números de teléfono y números del seguro social de los alumnos de la secundaria. **Usted no tiene que participar en este programa.**

Además, el número del Seguro Social de su alumno(a) lo solicita y se le proporciona a la Comisión de la Asistencia Estudiantil de California para FAFSA (Solicitud Gratis para la Asistencia Estudiantil Federal). Esto le permite al alumno(a) a que solicite préstamos estudiantiles en el doceavo grado de la secundaria o del colegio. **El número del Seguro Social deberá de estar en el expediente con el propósito de aplicar para cualquier asistencia estudiantil.**

➢ La escuela tiene permiso para revelar el número del seguro social de mi hijo(a) a la Comisión de la Asistencia Estudiantil de California para verificar el Grado Punto Promedio para otorgar las Becas de California.

☐ Sí ☐ No

Número del Seguro Social del Alumno(a)_____

Firma del Alumno(a) _____ Nombre del Alumno(a) _____

# de ID del esudiante _____

➢ La escuela tiene permiso para revelar la dirección de mi hijo(a), su dirección y número de teléfono a los grupos que solicitan la información. ☐ Sí ☐ No

Si no devuelve este formulario, la escuela va a suponer que usted nos autoriza a proporcionar la información que se solicita.

Firma del Padre_____

Nombre del Padre _____ Fecha _____

"Growing Together Through Education"

**2010-2011**
**Advanced Placement**
**Achievement District**

**Board of Trustees**
Edward Agundez
Jose L. Araux, Ed.D.
Joan D. Cooley
David G. Nelissen
Carolyn A. Twyman

**Jonathan L. Greenberg, Ed.D.**
Superintendent

**Candace Reines**
Assistant Superintendent
Business Services

**Marcy Savage**
Assistant Superintendent
Educational Services

**Steve Swartz**
Assistant Superintendent
Human Resources

**District Administration Center**
155 E. Fourth Street
Perris, CA 92570
951-943-6369

**Fax Numbers:**
Superintendent's Office
951-940-5378
Business Services
951-940-5301
Human Resources
951-943-9852

**Student Services Center**
1151 N. A Street
Perris, CA 92570
951-943-6369
Fax: 951-943-6799

**District Website:**
www.puhsd.org

# Student Media Release Authorization

Student Name _____ Birth Date _____ Grade _____

Signature by the parent/legal guardian indicates full consent and authorization to release any of the information listed below in regard to the aforementioned student unless checked below. This information may be released via web site, student newspaper, publications, team rosters, ALL school related functions, such as but not limited to AVID, GATE, School Clubs, Friday Night Live and any Conferences.

**Parents, please indicate if you would like the following items released:**

❒YES ❒NO **Height, Weight and Grade Classification**

❒YES ❒NO **Athletic Statistics (Sports specific)**

❒YES ❒NO **Name and/or Picture(s) on the school web page(s)**

❒YES ❒NO **Name and/or Picture(s) on the school newspaper(s)**

I have carefully read the above statement and have indicated my understanding by signing below. I hereby authorize **Perris High School** (if checked "YES" above) to record and use my child's image without compensation for information that is related to school activities. You may use and reuse forever, license others to use my child's name, voice, pictures and/or statements made by him/her for school related activities. You may edit his/her appearance as you see fit, and I understand you have no obligation to use his/her appearance. You agree not to use my child's name or picture so as to amount to a direct endorsement by him/her of any product or service.

This release is in accordance with the provisions of the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

"Growing Together Through Education"

**2010-2011**
**Advanced Placement**
**Achievement District**

**Board of Trustees**
Edward Agundez
Jose L. Araux, Ed.D.
Joan D. Cooley
David G. Nelissen
Carolyn A. Twyman

**Jonathan L. Greenberg, Ed.D.**
Superintendent

**Candace Reines**
Assistant Superintendent
Business Services

**Marcy Savage**
Assistant Superintendent
Educational Services

**Steve Swartz**
Assistant Superintendent
Human Resources

**District Administration Center**
155 E. Fourth Street
Perris, CA 92570
951-943-6369

**Fax Numbers:**
Superintendent's Office
951-940-5378
Business Services
951-940-5301
Human Resources
951-943-9852

**Student Services Center**
1151 N. A Street
Perris, CA 92570
951-943-6369
Fax: 951-943-6799

**District Website:**
www.puhsd.org



# Consentimiento para Comunicado de Prensa del estudiante

Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Grado

Firma del padre/guardián indica pleno consentimiento y autorización para divulgar cualquier información que se enumeran a continuación en relación con el estudiante antes mencionado, a menos indican a continuación. Esta información se dará a conocer a través del sitio web, periódico estudiantil, publicaciones, listas de equipos, TODAS las funciones relacionadas con la escuela, tales como pero no limitado a AVID, GATE, clubes escolares, Friday Night Live y cualquier conferencia.

**Padres, por favor indique los artículos que usted quiere que se den a conocer:**

| | | |
|---|---|---|
| ❒SÍ | ❒NO | **Altura, peso y grado de clasificación** |
| ❒SÍ | ❒NO | **Estadísticas deportivas (deportes específicos)** |
| ❒SÍ | ❒NO | **Nombre y/o en imagen en la pagina web de la escuela** |
| ❒SÍ | ❒NO | **Nombre y/o en imagen en el periódico de la escuela** |

He leído con atención la declaración anterior y indico mi entendimiento al firmar a continuación. Por la presente autorizo a la escuela **Perris High School** (si indicado "SÍ" anteriormente) grabar y utilizar la imagen de mi hijo sin una compensación por la información que esta relacionada con las actividades escolares. Usted puede utilizar y reutilizar para siempre, y dar licencia a otros para usar el nombre, la voz, imágenes y/o declaraciones hechas por mi hijo(a) para las actividades relacionadas con la escuela. Usted puede editar la apariencia de el/ella como mejor le parezca, y entiendo que usted no tiene ninguna obligación de utilizar el aspecto de el/ella. Usted se compromete a no usar el el nombre o imagen, de mi hijo(a) de forma que equivale a una aprobación directa por el/ella de cualquier producto o servicio.

Esta versión esta en conformidad con las disposiciones de los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad de 1974.

Firma de Padre/Guardián Fecha

# Title I Parent Compact
# "Three-Way" Pledge
# 2015-2016 School Year

*Please Print*: Student's First Name Student's Last Name

## *THE STUDENT PLEDGE*:

I realize that my education is important to me. It helps me develop tools I need to become a happy and productive person. I also understand my parents want to help me do my very best in school. I know I am the one responsible for my own success, and that I must work hard to achieve it. Therefore, I agree to carry out the following responsibilities to the best of my ability:

- I will return completed homework on time.
- I will arrive at school on time everyday unless I am ill, and be prepared to work.
- I will be responsible for my own behavior.
- I will be a cooperative learner.
- I will ask for help when needed.
- I will show respect for the rights of others to learn without distraction and disruption.

Student Signature Date

## *THE PARENT PLEDGE*:

I believe that parents and family are the child's first and most important teachers. I will encourage my child's learning and success in school, by doing the following:

- I will send my child to school on time everyday.
- I will make sure my child gets adequate sleep and has a healthy diet.
- I will provide a quiet place and time for my child to do homework.
- I will promptly respond to messages from child's school.
- I will attend Back to School Night, Parent Teacher Student Conferences, Open House and other school events.

Parent Signature Date

## *THE SCHOOL PLEDGE*:

We understand the importance of the school experience to every child and the role as a teacher and model. Therefore, we agree to carry out the following responsibilities to the best of our ability:

- Staff will provide for an atmosphere that fosters learning, provides opportunities for success and helps to develop responsible, caring independent students.
- Staff will teach all the necessary concepts to your child before regular homework is assigned.
- Staff will strive to address the individual needs of your child.
- Staff will provide high-quality curriculum and instruction in a supportive and effective learning environment that enables students to meet the state standards.
- Staff will maintain communication regarding your child's progress in class.
- Staff will treat all students with fairness and respect.

Staff Signatures:

Principal: *Nicholas Hilton* Date January 2015

Assistant Supt. *Marcy Savage* Date January 2015

# Pacto de los padres-Título 1
# Promesa de "tres propósitos"
# Año escolar 2015-2016

_____

*Letra de imprenta*: Nombre del estudiante Apellido del estudiante

## *PROMESA DEL ALUMNO(A):*

Yo comprendo que mi educación es muy importante. Me ayuda a desarrollar herramientas que necesito para convertirme en una persona alegre y productiva. También entiendo que mis padres desean ayudarme a desempeñarme lo mejor posible en la escuela. Yo sé que soy responsable de mi propio éxito, y que tengo que trabajar duro para lograrlo. Por lo tanto, estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes responsabilidades lo mejor posible:

- Voy a entregar las tareas completas y a tiempo.
- Voy a llegar a la escuela a tiempo todos los días, a menos de que me enferme, y estaré preparado(a) para trabajar.
- Voy a ser responsable de mi propia conducta.
- Voy a ser un estudiante cooperativo(a).
- Voy a solicitar ayuda cuando lo necesite.
- Voy a demostrar respeto para los derechos de los demás para aprender sin distracción e interrupción.

_____ _____

Firma del alumno(a) Fecha

## *LA PROMESA DE LOS PADRES:*

Yo creo que los padres y la familia son los primeros y más importantes maestros del niño(a). Yo voy a motivar el aprendizaje y el éxito de mi hijo(a) en la escuela haciendo lo siguiente:

- Yo voy a mandar a mi hijo(a) a la escuela a tiempo todos los días.
- Voy asegurar que mi hijo(a) duerma suficientemente y que tenga una dieta saludable.
- Voy a proporcionar un lugar callado y tiempo para que mi hijo(a) haga la tarea.
- Voy a contestar rápidamente los mensajes de la escuela de mi hijo(a)
- Voy asistir a la noche de regreso a la escuela, a las reuniones de los padres, maestros y estudiantes, a la noche de bienvenida, y a otros eventos escolares.

_____ _____

Firma del padre o tutor Fecha

## LA PROMESA DE LA ESCUELA:

Entendemos la importancia de la experiencia escolar de cada alumno(a) y el papel como un maestro y modelo. Sin embargo, estamos de acuerdo en llevar a cabo las siguientes responsabilidades en nuestra mejor capacidad:

- El personal va a proporcionar un ambiente que fomente el aprendizaje, que proporcione oportunidades para el éxito y que ayude a desarrollar alumnos responsables, que se interesen por los demás y que sean independientes.
- El personal va a enseñarles todos los conceptos necesarios a su hijo antes de que se le asigne tareas regulares.
- El personal va a esforzarse al dirigir las necesidades individuales de su hijo(a).
- El personal proporcionará un plan de estudios e instrucción de alta calidad en un ambiente de aprendizaje efectivo y de apoyo que les permita a los estudiantes reunir los estándares estatales.
- El personal va a mantener comunicación relacionada con el progreso de su hijo(a) en la clase.
- El personal va a tratar a los alumnos con justicia y respeto.

Firmas del personal:

Director: *Nicholas Hilton* Fecha enero 2015

Asistente superintendente: *Marcy Savage* Fecha enero 2015

PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
# RESIDENCY VERIFICATION
## 2015-2016

In accordance with California Education Code and the California Code of Regulations, **all students** must provide proof of district residency each year as part of the enrollment/registration process. Copies of the documents verifying district residency are to be collected during registration and placed in the student's permanent cumulative folder, and will be requested on an annual basis.

**Parent/Legal Guardian must provide residency verification from Section A and from Section B (*if requested)*,** in order to enroll a student. Exceptions can only be made by the Director of Pupil Services. Please complete the sections applicable to your situation. **FALSIFICATION OF INFORMATION ON THIS FORM WILL BE GROUNDS FOR A STUDENT(S) TO BE DIS-ENROLLED FROM THE DISTRICT/SCHOOL.**

## SECTION A: You MUST provide one of the following as proof of residency:

- ☐ Electric Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- ☐ Gas Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- ☐ Water Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- ☐ Purchase Agreement or Escrow Verification with closing date indicated (purchaser name & property address must show)
- ☐ Close of Escrow Verification for Place of Residence (with purchaser name & address shown)
- ☐ Lease or rental agreement **with** canceled check or photocopy of bank statement; or stamped printed address receipt by landlord

If you are renting or leasing your residence, please complete the following: (P.O. Box is not acceptable as proof of residency)
**I CERTIFY WE ARE OR WILL BE RENTING OR LEASING AT THE FOLLOWING ADDRESS**:

_____ _____ _____ _____
Street Apt. # City Zip

_____ _____ _____
Landlord/Manager's Name (print) Complex Name *(if applicable)* Landlord's Daytime Contact #

---

## SECTION B: If you are renting, leasing or proof of residency is not in your name:

If **proof of residency is not in your name** *(i.e.**"living with"** or **"renting a room"** from someone)* then the following must be completed by the person you are "living with" or "renting a room" .

I certify that _____ and _____ are living with me at the following
Parent's Name Student's Name

Address: _____
Street Apt. # City Zip

I have included documentation to satisfy Section A above, along with a valid form of governmental identification.

_____ _____ _____
Print: Name of Home/Property Owner Signature of Home/Property Owner Date

_____
Staff Verification Signature

PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
# COMPROBANTE DE RESIDENCIA
## 2015-2016

Conforme al Código de Educación de California y a los Reglamentos del Código de California, **todos los alumnos nuevos en Perris Union High School District** (y posiblemente los alumnos del séptimo y noveno grado ) deberán de proporcionar un comprobante de residencia del distrito cada año como parte del proceso de la inscripción/matriculación. Se recaudarán copias de los documentos comprobando la residencia del distrito a la hora de inscripción, y se colocarán en el expediente permanente del alumno(a). Esto será solicitado anualmente.

**Los Padres/Tutores deberán de proporcionar un comprobante de residencia de la Sección A y de la Sección B (*si se solicita)***, para poder inscribir a un alumno(a). El Director de Servicios Estudiantiles podrá ser la única persona que haga excepciones. Favor de llenar las secciones que aplican a su situación. **LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SERÁ MOTIVO PARA QUE DEN DE BAJA A UN ALUMNO(A) DEL DISTRITO/ESCUELA.**

**SECCION A: Ustedes DEBEN de proporcionar uno de lo siguiente como comprobante de residencia:**

- ☐ Factura de la compañía de la luz (debe de ser a nombre de los padres/tutores)
- ☐ Factura de la compañía del gas (debe de ser al nombre del padre/tutor)
- ☐ Factura de la compañía del gas (debe de ser al nombre del padre/tutor)
- ☐ Contrato de la compra, o comprobante en depósito (Escrow) indicando la fecha de cierre (debe de demostrar el nombre del comprador y el domicilio de la propiedad)
- ☐ Comprobante del cierre del Escrow para el lugar de la residencia (con el nombre del comprador y demostrando el domicilio)
- ☐ Contrato de arrendamiento, o renta **con** un cheque cancelado, o una fotocopia del estado de cuentas; o el recibo del propietario con el sello impreso del domicilio.

Si ustedes están rentando, o arrendando su residencia, favor de llenar lo siguiente: (no se acepta apartado postal como comprobante de la residencia)
**YO CERTIFICO QUE ESTAMOS, O ESTAREMOS RENTANDO, O ARRENDANDO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN**:

_____ _____ _____ _____
Calle Apt. # Ciudad Zona

_____ _____ _____
Nombre del propietario/gerente (Imprimir) Nombre del edificio *(si aplica)* # de Contacto del propietario durante el día

**SECCIÓN B: Si ustedes están rentando, arrendando, o el comprobante de residencia no está a su nombre:**

**Si el comprobante de la residencia no está a su nombre** *(por ejemplo, **"vive con"** o **"renta un cuarto"** de alguien)* entonces la persona con quien "están viviendo", o "rentando un cuarto" debe de llenar lo siguiente:

Yo certifico que _____ y _____ están viviendo conmigo en el siguiente
Nombre de los padres Nombre del estudiante

_____ _____ _____ _____
Domicilio: Calle # de Apt. Ciudad Zona

He incluido documentación para satisfacer la sección "A" de arriba, junto con una forma válida de identificación del gobierno.

_____ _____ _____
Nombre Firma Fecha

_____
Staff Verification Signature

# STUDENT HEALTH HISTORY



**Student's Legal Last Name** **First** **Full Middle Name** **Grade**

Please check the appropriate box, if any, of the following conditions that apply for the student and five a brief explanation in the space provided below. List all health conditions including those from previous years. Please notify the Registered Nurse at your child's school of any changes in your child's health condition or change of medication.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A1 | ☐ | Allergy- SEVERE! Requires EPI-PEN/medication | H3 | ☐ | Hypoglycemia/physician diagnosed |
| A2 | ☐ | Allergy- Bee sting, list symptoms below | K1 | ☐ | Kidney Disorder/Disease, explained below |
| A3 | ☐ | Allergy- Food, list food and symptoms below | M1 | ☐ | Medication Taken at Home, explain below |
| A4 | ☐ | Asthma- Mild. Requires medication or inhaler | M2 | ☐ | Medication Needed at School- Requires Physician note |
| A5 | ☐ | Arthritis (Rheumatoid) | M3 | ☐ | Menstrual Problems (severe) |
| A6 | ☐ | Asthma- Severe. Requires inhaler or daily medication | M4 | ☐ | Migraine Headaches/physician diagnosed, list medication |
| A7 | ☐ | Attention Deficit Disorder, list medication below | M5 | ☐ | Muscular Dystrophy |
| A8 | ☐ | Autism | N1 | ☐ | Nosebleeds- Severe |
| B1 | ☐ | Birth Defect/Chromosome Disorder, list below | O1 | ☐ | Osgood-Schlatter Disease- Physician note required if activity is restricted |
| B2 | ☐ | Blind/Visually Impaired | | | |
| B3 | ☐ | Blood Disorder, list below | P1 | ☐ | Physical Activity Limitations, list below- Requires physician note |
| C1 | ☐ | Cancer/Leukemia | | | |
| C2 | ☐ | Cerebral Palsy | R1 | ☐ | Rheumatic Fever History |
| C3 | ☐ | Color Deficiency | S1 | ☐ | Scoliosis/ physician diagnosed |
| C4 | ☐ | Colitis/Crohn's Disease | S2 | ☐ | Sickle Cell Anemia, explain below |
| C5 | ☐ | Confidential Health Problem- Call School Nurse (RN) | S3 | ☐ | Speech Difficulties |
| C6 | ☐ | Cystic Fibrosis | T1 | ☐ | Tuberculosis/ or history of positive skin test Chest X-ray required with positive skin test |
| D1 | ☐ | Deaf/ profound hearing loss, list hearing aids if needed | | | |
| D2 | ☐ | Diabetes, Insulin Dependent. List medications Requires meeting with School Nurse (RN) | U1 | ☐ | Ulcers- list types of medication |
| | | | V1 | ☐ | Vision- Impaired/wears glasses/contacts |
| D3 | ☐ | Diabetes, Type II- Call School Nurse (RN) | Z1 | ☐ | Other health problems not listed (Syndromes etc.) |
| E1 | ☐ | Eating Disorders/ physician diagnosed | Z2 | ☐ | No Known Health Problems |
| E2 | ☐ | Endocrine Disorder | | | |
| E3 | ☐ | Epilepsy/Seizures, list medication below, describe symptoms | | | |
| E4 | ☐ | Growth Disorder, explain below | | | |
| H1 | ☐ | Heart Disease/Defect, explain below | | | |
| H2 | ☐ | Hemophilia- Call School Nurse (RN) | | | |

**ALL MEDICATIONS GIVEN AT SCHOOL (prescribed or over the counter) REQUIRES A PHYSICIAN'S NOTE. STUDENTS CARRYING INHALERS REQUIRE A PHYSICIAN'S NOTE. (Forms available in School Health Office.)**

**Explanation**_____

Do you currently have health insurance? Yes No

If yes, please state name of insurance company:_____

**Medical Transport:** I authorize emergency personnel (medical, dental, paramedic, ambulance) to transfer and treat said minor in the event that the minor's parent/guardian cannot be reached. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, x-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be borne by the parent/guardian. I understand that the PUHSD, its officers and employees assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of the said minor.

X _____ _____

Parent/Guardian Signature Date

# HISTORIAL CLÍNICO DEL ESTUDIANTE



**Apellido legal del estudiante** **Nombre** **Grado**

Por favor marque la casilla apropiada, si cualquiera de las siguientes condiciones aplica al estudiante y proporcione una explicación breve en el espacio a continuación. Liste todas las condiciones de la salud incluyendo aquellas de los años anteriores. Por favor notifique a la enfermera titulada de la escuela de su hijo(a) si hay cualquier cambio en la condición de la salud de su hijo(a), o cambios en los medicamentos.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A1 | ☐ | Alergia-GRAVE! Require el medicamento EPI-PEN | H3 | ☐ | Hipoglucemia/ Diagnosticado por un médico |
| A2 | ☐ | Alergia- Piquete de abeja, nombre los síntomas a continuación | K1 | ☐ | Trastorno/ enfermedad del riñón (explique abajo) |
| A3 | ☐ | Alergia-Alimentos, nombre la comida y los síntomas | M1 | ☐ | Medicamento que toma en la casa (explique abajo) |
| A4 | ☐ | Asma-LEVE. Requiere inhalador, o medicamento diario | M2 | ☐ | Medicamento necesario en la escuela- Requiere un comprobante médico |
| A5 | ☐ | Artritis (Reumatoide) | M3 | ☐ | Problemas de la menstruación (severos) |
| A6 | ☐ | Asma- Grave - Requiere inhalador o medicamento diario | M4 | ☐ | Migrañas- Diagnosticado por un médico-medicamento |
| A7 | ☐ | Trastorno de déficit de atención, nombre los medicamentos a continuación | M5 | ☐ | Distrofia muscular |
| A8 | ☐ | Autismo | N1 | ☐ | Hemorragia Nasal-Severo |
| B1 | ☐ | Defecto de nacimiento/trastorno cromosónico, liste abajo | O1 | ☐ | Enfermedad de Osgood-Schlatter – (se necesita un comprobante médico si se limita la actividad |
| B2 | ☐ | Deterioro visual / ceguera | | | |
| B3 | ☐ | Trastorno de la sangre, liste abajo | P1 | ☐ | Limitaciones para las actividades físicas (liste abajo)- Se require comprobante médico |
| C1 | ☐ | Cáncer/ Leucemia | | | |
| C2 | ☐ | Parálisis cerebral | R1 | ☐ | Historial de fiebre reumática |
| C3 | ☐ | Visión ( deficiencia de colores) | S1 | ☐ | Escoliosis/ diagnosticado por un médico |
| C4 | ☐ | Colitis/ Enfermedad de Crohn | S2 | ☐ | Anemia de células falciformes (explique abajo) |
| C5 | ☐ | Problema confidencial de la salud – Favor de llamar a la enferma de la escuela (RN) | S3 | ☐ | Dificultades con la comunicación oral |
| C6 | ☐ | Fibrosis quística | T1 | ☐ | Tuberculosis/ o antecedentes de pruebas positivas de la piel- Se necesita rayos-x con un resultado positivo de la piel |
| D1 | ☐ | Sordera/ pérdida profunda de audición –Favor de anotar abajo si necesita aparatos para el oído | U1 | ☐ | Úlceras/ Favor de nombrar los medicamentos |
| D2 | ☐ | Diabetes, dependiente de insulina-Nombrar los medicamentos | V1 | ☐ | Problemas de la visión- (usa anteojos /lentes de contacto |
| | | Requiere una junta con la enfermera de la escuela (RN) | Z1 | ☐ | Otros problemas de la salud que no se han nombrado (Sindromes, etc.) |
| D3 | ☐ | Diabetes, tipo II- Favor de llamar a la enfermera de la escuela (RN) | Z2 | ☐ | No se sabe de ningún problema de la salud |
| E1 | ☐ | Trastorno de alimentación/ Diagnosticado por un médico | | | |
| E2 | ☐ | Trastorno endocrino | | | |
| E3 | ☐ | Epilepsia/Ataques. Liste los medicamentos abajo-describa los síntomas | | | |
| E4 | ☐ | Trastorno del desarrollo, (explique abajo) | | | |
| H1 | ☐ | Enfermedad / defecto del corazón (explique abajo) | | | |
| H2 | ☐ | Hemofilia, por favor llame a la enfermera de la escuela (RN) | | | |

**TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRAN EN LA ESCUELA (recetado o sin receta médica REQUIERE UN COMPROBANTE DEL MÉDICO. LOS ESTUDIANTES QUE TRAIGAN INHALADORES REQUIEREN UN COMPROBANTE DEL MÉDICO. (Las formas están disponibles en la Oficina de la Salud de la escuela).**

**Explicación**_____

Actualmente tiene usted un seguro médico? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, favor de nombrar el nombre de la compañía de seguros:_____

**Transporte médico:** Yo autorizo al personal de emergencia (médicos, dentistas, paramédicos, ambulancia) que transfieran y atiendan a dicho menor, en caso de que uno de los padres /tutores no puedan ser localizados. Además yo entiendo que todos los costos del transporte de los paramédicos, la hospitalización, y cualquier examen, rayos-x, o tratamiento en relación a esta autorización deberá ser la responsabilidad de los padres /tutores. Yo entiendo que Perris Union High School District, sus oficiales y empleados no asumen la responsabilidad de ninguna naturaleza en relación al transporte, o el tratamiento de dicho menor.

Firma de los padres/tutores Fecha