



Berryessa Union School District  
 1376 Piedmont Road \* San Jose, CA 95132 \* 408-923-1800

**2016-2017 學年度招生**  
 過渡幼稚園及幼稚園至八年級新生入學註冊

2016-2017 年註冊資料亦可從學區網頁上 ([www.berryessa.k12.ca.us](http://www.berryessa.k12.ca.us)) 下載  
 登記貴子弟入學，您必須攜帶完整的註冊資料，按照貴子弟的住家學校在下列規定日期前往註冊\*\*

過渡幼稚園及幼稚園至八年級新生註冊時間如下：

	<u>日期</u>	<u>時間</u>	<u>地點</u>
<b>Morrill 家庭學校:</b> (Morrill, Brooktree, Laneview & Northwood)	3 月 3 日 (星期四)	4:00 p.m. - 7:00 p.m.	學區辦公室
<b>Piedmont 家庭學校:</b> (Piedmont, Noble, Summerdale, Toyon & Vinci Park)	3 月 10 日(星期四)	4:00 p.m. - 7:00 p.m.	學區辦公室
<b>Sierramont 家庭學校:</b> (Sierramont, Cherrywood, Majestic Way & Ruskin)	3 月 17 日(星期四)	4:00 p.m. - 7:00 p.m.	學區辦公室

資料不全將不予受理，並且您必須在下列任何日期返回補辦註冊。所有要求的疫苗和測試必須由醫生或診所施行並正確記錄年齡。

所有家庭學校	<u>日期</u>	<u>時間</u>	<u>地點</u>
	2016 年 3 月 21 日至 6 月 24 日	9:00 a.m. - 1:00 p.m.	指定住家學校
	6 月 27 日至 8 月 4 日(僅星期一至星期四受理)	<b>9:00 a.m. - 2:00 p.m.</b>	學區辦公室(僅限 <b>9:00 a.m. - 2:00 p.m.</b> )
	2016 年 8 月 8 日起	9:00 a.m. - 1:00 p.m.	指定住家學校

\*\*請詳細閱讀學生註冊資料上的"PARENT CHECKLIST"，確定您所帶的證件齊全，以便順利完成註冊登記。

<b>Brooktree Elementary School</b> 1781 Olivetree Drive San Jose, CA 95131 (408) 923-1910	<b>Noble Elementary School</b> 3466 Grossmont Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1935	<b>Summerdale Elementary School</b> 1100 Summerdale Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1960
<b>Cherrywood Elementary School</b> 2550 Greengate Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1915	<b>Northwood Elementary School</b> 2760 East Trimble Road San Jose, CA 95132 (408) 923-1940	<b>Toyon Elementary School</b> 995 Bard Street San Jose, CA 95127 (408) 923-1965
<b>Laneview Elementary School</b> 2095 Warmwood Lane San Jose, CA 95132 (408) 923-1920	<b>Piedmont Middle School</b> 955 Piedmont Road San Jose, CA 95132 (408) 923-1945	<b>Vinci Park Elementary School</b> 1311 Vinci Park Way San Jose, CA 95131 (408) 923-1970
<b>Majestic Way Elementary School</b> 1855 Majestic Way San Jose, CA 95132 (408) 923-1925	<b>Ruskin Elementary School</b> 1401 Turlock Lane San Jose, CA 95132 (408) 923-1950	
<b>Morrill Middle School</b> 1970 Morrill Avenue San Jose, CA 95132 (408) 923-1930	<b>Sierramont Middle School</b> 3155 Kimlee Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1955	



## BERRYESSA聯合學區

1376 Piedmont Road ♦ San Jose, CA 95132

請參閱我們的網站以獲得更多訊息：[www.berryessa.k12.ca.us](http://www.berryessa.k12.ca.us)

### 2016 - 2017 學年度家長檢查表

**注意：** 規定家長或監護人必須簽署所有入學文件。當家長來給孩子報名時，一定要攜帶有效駕駛執照或有效身份證明。但駕駛執照不能作為住址證明。郵政信箱亦不被接受視為居家住址。報名時，你的孩子無須出席。

登記貴子弟入學必須具備下列文件。註冊時請攜帶所有要求的證件，您可以對照這份清單，確定所有的必備文件都齊全。如果您需要協助填妥各項表格，可以與貴子弟的指定住家學校聯絡。

- 1. Berryessa 聯合學區住址證明 (選出其中一項)
  - 業主 - 攜帶您的房屋擁有權證明 加上 下一頁所列出的其中一份文件證明
  - 租客 - 必需提供租約/租金合同 加上下一頁所列出的其中一份文件證明
  - 其他 - (授權監護人誓約或家庭住居誓約)-請向學校或學區索取表格(不包括在資料袋)。注意：使用家庭住居誓約註冊的家長/監護人，必需提供兩份印有家長姓名及現住地址的信函(一份由政府方面發出的郵件，例如發自稅務局或加州支援機構；另一份，如手機，信用卡或醫療保險)。家庭住居誓約必須每年申請更新，並且其住家可能預期學區員工登門訪查核實
- 2. **正本** 您孩子的出生證明及**影印本一份**
- 3. **正本** 您孩子歷年來的免疫注射記錄-黃卡及**影印本一份**

所有需要的疫苗和測試必須由醫生或診所更新並正確記錄年齡

肺結核篩檢測試評估文件，必須由學生的醫療保健提供
- 4. 報名表格，兩頁

(如果貴子弟是在 IEP 或 504 計劃內，您必須提供一份最新的影印本與註冊資料同時繳交，才能對貴子弟有適當的安排)

如果您有的話，請提供一份貴子弟最新的加州檢測結果
- 5. 家庭語言調查
- 6. 理解學校分派政策
- 7. 媒體採訪同意書
- 8. 口腔健康評估/請求免做表格(只限幼稚園及一年級生)
- 9. 入學健康檢查報告(建議幼稚園生作，但一年級生必要)。請參閱招生說明書#3
- 10. 醫療證明要求特殊膳食和/或協調表格(如果孩子有食物過敏/排斥症)
- 11. 聖塔克拉拉縣公共衛生部門，入學肺結核風險評估
- 12. 家長/監護人的合法駕駛執照或有效身份證明

## 新生報名指南

### 1. 住址證明:

如果你擁有自住房屋	如果你租房
下列任何 <u>一項</u> 印有家長名字, 居住地址的證件 學生實際居住在此 郵政信箱不被接受視為居住地址	
房屋所有權狀, 房契, 房產稅單 (或繳稅收據), 房屋貸款文件, 託管函 件, 評稅卡	目前的租賃或轉租的租賃契約 (或繳費收據)
以及下列任何 <u>一項</u> 印有屋主名字, 居住地址的證件	
目前PG&E帳單, 公用事業服務合同(或帳單/繳費收據), 薪資單, W-2表格, 選民登記, 有效的加州車輛登記, 政府機構函件。	

其他你需要提供:

當一個學童跟父母/監護人與其他人同住在 **Berryessa** 聯合學區範圍之內(租住其中一個房間, 與別人共居一住所, 親戚同住) 就一定要填寫另外一份家庭書面證明, 家長或監護人辦理註冊手續時, 必需提供兩份印有家長姓名及現住地址的郵件。(一份是政府文件例如發自稅務局或加州支援機構, 另一份是付款賬單, 例如流動電話, 信用卡, 醫藥保險賬單).

當學童住在 **Berryessa** 聯合學區範圍之內(但不是跟父母同住), 當事人就要填交一份授權監護人書面證明.

兩份書面證明上所填寫的住址, 必須是學童每星期一至星期四全日之居留所, 而且必須每年申請延續.

簽署家庭書面證明的業主/承租人一定要提供上述的居住驗證

如果，在任何時候，校方對某學生的居所有質疑，學區將進行調查該名學生的真正居所。一旦發現家長或監護人虛報地址，學生將會立刻被取消入學，繼而轉往住家指定學校或者轉往指定學區。法規 (AR 5101.1) 中聲明 Berryessa 聯合學區保留核實居所的權力。Berryessa 聯合學區政策：凡是本學區的報名新生及目前就讀的學生在學年中途改變居所時，必需提供 Berryessa 聯合學區範圍內的住址證明。

## 2. 核實年齡:

新生註冊時，請攜帶以下任何一項合法的文件**正本**作核實之用並繳交一份**影印本**：  
(教育條例，第 48000 項) 上面 必須印有學生的姓名，出生年月日和性別。

出生證明(出世紙)    宗教洗禮記錄    護照    醫院記錄    學校成績報告單

加州法律 Ed.Code, §48000 及理事會政策允許所有將在該學年 9 月 1 日或以前年滿五歲的孩童註冊就讀幼稚園。剛從外國進入這學區就讀的孩子，會被分派到恰當年齡的年級。如果孩子轉學，可向先前學校索取學齡證明。

如果您的孩子是在 9 月 2 日和 12 月 2 日之間年滿 5 歲，他/她將有資格報名過渡幼稚園課程。這個課程的開班與否取決於州政府的財政撥款。

## 3. 加州學校免疫注射記錄:

入學健康檢查報告：(對幼稚園新生做建議，規定一年級學生必備)

加州法律規定，孩子在進入一年級的前18個月內必須做全身健康檢查，並遞交一份完整的人學健康檢查報告(註冊資料內的黃色表格)。這項檢查可以在進入幼稚園的前6個月內完成，但不得早於今年3月1日，以符合一年級的人學要求。我們建議家長把黃色表格附上幼稚園註冊資料同時遞交。但是，如果你的孩子是在今年3月1日以前做過檢查，他們在進入一年級之前將需要再做一次健康檢查。請務必在一年級開學以前，遞交黃色表格給孩子的學校辦公室。

免疫注射黃卡和一份影印本

如果您的孩子是加州內學校的轉校生，可以攜帶一份由先前學校提供的合法“加州學校免疫注射記錄表格”副本來註冊。

肺結核篩檢測試評估文件，必須由學生的醫療保健提供

**4. 報名表格，兩頁： 必需用英文填寫表格**

請用正楷書寫或打字填寫所有資料. 如果您的孩子以前曾在其他學區就讀，請務必填寫以前學校的重要通訊資料，以便我們要求轉移學生檔案.

(如果貴子弟是在 IEP 或 504 計劃內，您必須提供一份最新的影印本與註冊資料同時遞交，才能對貴子弟有適當的安排)

**5. 家庭語言調查**

**6. 理解學校分派政策書**

**7. 媒體採訪同意書**

**8. 口腔健康檢查/請求免除檢查要求表格 (只限幼稚園及一年級生)**

**9. 入學健康檢查報告(黃色)(建議幼稚園生作, 但一年級生必要)**

**10. 醫療證明要求特殊膳食和/或暫時協調表格(如果孩子有食物過敏/排斥症)**

**11. 聖塔克拉拉縣公共衛生部門，入學肺結核風險評估**

**學生出席/點名措施 (綜合說明)**

每日一次的點名是學生成績與學業成功重要的關鍵. Berryessa 聯合學區嚴格遵循學生出席政策. 我們鼓勵家長或監護人盡量按學校年曆計劃旅遊. 開學的第一週，你將會收到一份 Berryessa 學生的考勤協議書，其中對請假和曠課以及 Berryessa 的出席規定有詳細的定義.

**學校選擇**

如果通過正確申請手續而且學校也有該年級的名額空缺，Berryessa 聯合學區的家長們，可以選擇讓孩子就讀不屬於住家的指定學校. “學區轉換申請表”(轉學要求)可以隨時在學區辦事處及各校務處索取，這份學區轉換申請，容許學生在 Berryessa 聯合學區範圍以外的學校上學.

在某種情況之下您可能會被校方要求填寫額外表格：符合所有上述要求有可能無法滿足學區對學生的年齡，家長/監護人身份或居住的合理質疑。

新生報名表格

請用正楷書寫-務必填寫齊全

學生/家庭資料

First Day of attendance: \_\_\_\_\_ 辦公室人員填寫
Neighborhood School: \_\_\_\_\_
Teacher: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_
Student ID: \_\_\_\_\_ Time Received: \_\_\_\_\_

學生姓氏 (合法) \_\_\_\_\_ 學生合法名字 \_\_\_\_\_ 學生合法中間名 \_\_\_\_\_ 其他使用名字 \_\_\_\_\_
社會福利安全號碼# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 性別: 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 入學年級: \_\_\_\_\_

學生住址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_ 住家電話號碼 \_\_\_\_\_

學生出生日期 \_\_\_\_\_ 學生出生地 \_\_\_\_\_ 學生入境美國日期 \_\_\_\_\_
月 / 日 / 年 城市 州 國家 月 / 日 / 年

OFFICE USE ONLY Birth Verification
Birth Certificate Baptism Record
Hospital Record Passport
School Transcript 辦公室人員填寫

父親/ 監護人 - 與學生的關係: \_\_\_\_\_ 學生是否與父親/監護人同住?  是  否

姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 手機號碼 \_\_\_\_\_ 電子郵件地址 \_\_\_\_\_

住址 (若與學生住址不同) \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_ 住家電話號碼 \_\_\_\_\_
高中肄業或以下程度 高中畢業 專科或曾就讀一至二年社區大學課程 四年大學畢業 研究所/畢業後研究

母親/監護人 - 與學生的關係: \_\_\_\_\_ 學生是否與母親/監護人同住?  是  否

姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 手機電話號碼 \_\_\_\_\_ 電郵通訊 \_\_\_\_\_

住址 (若與學生住址不同) \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_ 住家電話號碼 \_\_\_\_\_
高中肄業或以下程度 高中畢業 專科或曾就讀一至二年社區大學課程 四年大學畢業 研究所/畢業後研究

住所類型 (聯邦政府規定填寫)

- 獨戶住房 (住宅, 公寓, 活動房屋等) (200) 收容所/過渡性住房計劃 (100)
臨時住所 (120) 寄養家庭/親屬 (210)
汽車旅館/酒店 (110) 居無定所 (汽車/營地) (130) 其他 \_\_\_\_\_

特殊課程: 您的孩子是否接受輔助或被分派到以下的任何特殊課程:

- 優資課程 (GATE) 語文/語言/聽覺輔助 (LSH) 資源專家輔助 (RSP) 504 計劃
個別式教育計劃 (IEP) 調整/改編的體育課程 特別學習日班 (SDC) 留班年級: \_\_\_\_\_
\*必須提供一份有效的IEP或504計劃的複印本

以前就讀學校/幼兒園資料: \_\_\_\_\_ 最後一天上課的日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

以前就讀學校名稱 \_\_\_\_\_ 學區 \_\_\_\_\_ 學校地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

學生是否西班牙人或拉丁裔? (必須勾選一項)  不, 不是西班牙人或拉丁裔  是, 是西班牙人或拉丁裔
不論族裔, 屬於古巴, 墨西哥, 波多黎各, 南美洲或中美洲或其他西班牙文化起源的人

請以 "P" 註明您的主要種族/族裔
以 "X" 標示其它種族/族裔血統
美國印第安人或亞拉斯加原住民 美國印第安/西班牙人 非洲裔美國黑人 白種人 白種/西班牙人
亞裔: 中國人 日本人 韓國人 越南人 亞洲印第安人 寮國人 柬埔寨人 菲律賓人 其它亞裔
夏威夷原住民或其他太平洋群島民族: 夏威夷群島民族 關島民族 薩摩亞群島民族 大溪地群島民族 其它太平洋群島民族

流動率: (加州測驗成績記錄部門規定填寫)

您的孩子第一次在 Berryessa 聯合學區的這所學校上課是/將是幾年級(過渡幼雅園至八年級)? 年級 \_\_\_\_\_
您的孩子第一次在 Berryessa 聯合學區上課是/將是幾年級(過渡幼雅園至八年級)? 年級 \_\_\_\_\_
您的孩子第一次在加州私立或公立學校就讀的日期是(過渡幼雅園至八年級)? \_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_年
您的孩子第一次在美國私立或公立學校就讀的日期是(過渡幼雅園至八年級)? \_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_年

學生姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**健康方面資料:**

醫療保險提供者: \_\_\_\_\_ 組#: \_\_\_\_\_  
 學生的家庭醫師姓名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
 學生的牙醫師姓名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

您的孩子需要矯正視力的鏡片嗎? 是 不是  
 您的孩子是否有特殊的健康情況? 有 沒有 (如果有的話, 請在下欄解釋)

- |                                   |                                  |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 過敏症-危及生命 | <input type="checkbox"/> 聽覺問題    | <input type="checkbox"/> 骨科狀況                                  |
| <input type="checkbox"/> 哮喘症      | <input type="checkbox"/> 心臟問題    | <input type="checkbox"/> 其他嚴重的健康問題                             |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 有限的體能活動 | <input type="checkbox"/> 癲癇症                                   |
|                                   | <input type="checkbox"/> 神經系統疾病  | <input type="checkbox"/> 視覺問題-眼部疾病, 如青光眼, 白內障, 色盲, 其他 (請在下面說明) |

請解釋: \_\_\_\_\_

\* 如果有食物過敏現象, 需要填寫表格(附件)“**醫療證明要求特殊膳食和/或暫時協調**”您的孩子是否需要定期服藥? 需要 不需要 在校上課期間需要每天服藥嗎? 需要\* 不需要

如果需要, 請列出藥物名稱: \_\_\_\_\_

\*如果上課期間需要服藥, 請洽學校辦公室填寫“**服藥許可**”表格(或從學區網站下載列印)。本表格必須每年申請更新。

父親/監護人工作電話: \_\_\_\_\_ 公司名稱: \_\_\_\_\_ 職業: \_\_\_\_\_

母親/監護人工作電話: \_\_\_\_\_ 公司名稱: \_\_\_\_\_ 職業: \_\_\_\_\_

**緊急聯絡人:** 請不要填寫前面表格已列出的家長/監護人姓名:

如果我的孩子生病, 受傷或有重大的災難事件(如地震, 洪水)而學校無法聯絡到我的話, 我同意學校打電話或把我的孩子交給以下的親友。

姓名	地址, 城市	電話	與學生的關係
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**住在同一房子裡的其它孩子, 年紀從一日至二十歲:**

姓名	性別	出生日期	年級	學校	與學生的關係
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**住址確實性:**

我證實我的孩子符合Berryessa聯合學區所建立的指定校區住址要求, 並依規定提供有關文件予以證明。我明白如果被查出學生不住在上述住址或是虛報資料, 我的孩子會立即被分派到指定的學校或學區就讀。如果我在學年中搬遷但仍屬Berryessa學區範圍的話, 我必須重新提供住址證明。茲此, 我保證在學生/家庭一欄所填報的第一頁和第二頁的資料是確實的。我並且明白, 如果蓄意提供不實資料, 將被視為欺詐。

我, (孩子的父母或合法監護人), 保證這份報名表上所填報的資料全部屬實及正確。

家長/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:** 辦公室人員填寫E/R Identified:  P :  S :  O

Residence verified by: \_\_\_\_\_ School Year: 2016-2017

Resident verification: \_\_\_\_\_ AND \_\_\_\_\_  
(List what was shown) (List what was shown)Valid ID: (check one)  Drivers License OR  Identification Card

# BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT HOME LANGUAGE SURVEY CHINESE VERSION

Name of Student \_\_\_\_\_  
(Surname/Family Name) (First Given Name) (Second Given Name)

Age of Student \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

---

给家长和监护人的指示：

加利福尼亚州《教育法》(Education Code) 含有法定要求，即各个学校必须确定每个学生在家中使用的口头语言。本信息对于各学校提供完善的辅导课程和服务来说至关重要。

作为家长或监护人，您必须给予配合，以便顺利执行这项法定要求。请尽可能准确地回答下列四个问题。请在每个问题所提供的空白处填写相应语言的名称。请勿遗漏任何问题。

1. 您的孩子开始学习说话时学的是哪种语言？  
\_\_\_\_\_
2. 您的孩子在家中最常讲的是哪种语言？  
\_\_\_\_\_
3. 您(家长或监护人)在与您的孩子交谈中最常使用哪种语言？  
\_\_\_\_\_
4. 家里的成人(家长、监护人、祖父母或任何其他成年人)  
)  
最常讲的是哪种语言？ \_\_\_\_\_

请在下面相应的空白处签名并注明填写日期，然后将本表返回给您孩子的老师。多謝合作。

\_\_\_\_\_  
(家长或监护人签名)

\_\_\_\_\_  
(日期)



# Berryessa Union School District Health Requirements (健康檢查要求)

## 疫苗

## 要求劑量

### Polio (IPV, DTaP-HepB—IPV (Pediarix), DTaP-IPV/Hib(Pentecel), DTaP-IPV(Kinrix) (小兒麻痺)

共四劑可在任何年齡施打，但... 如果至少有一劑是在四歲生日或以後施打\*其他三劑必須在 四至六歲注射；如果其中至少有一劑是在兩歲生日或以後施打\* 其他三劑必須在七至十七歲注射

### Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTP, DTaP, DT) (白喉, 破傷風和百日咳混合疫苗)

六歲或以下兒童 ..... 共五劑可在任何年齡施打，但... 如果至少有一劑是在四歲生日或以後施打\*其他四劑必須在 四至六歲注射。  
DTP, DTaP 或任何DTP或DTaP和  
DT 的混合疫苗

七歲或以上 ..... 共四劑可在任何年齡施打，但...如果其中至少有一劑是在兩歲生日或以後施打\* 其他三劑必須在七至十七歲注射. 如果最後一劑是在兩歲生日或之前施打, 只需再注射一劑。  
Tdap, Td, DT, 或DTP, DTaP  
或任何這些混合疫苗

### Pertussis (Tdap\*\*, Whooping Cough) (百日咳)

七年級..... 七歲生日或之後注射一劑。

### Measles, Mumps, Rubella (MMR) (麻疹, 腮腺炎, 德國麻疹混合疫苗)

過渡幼稚園/幼稚園 ..... 兩劑\*\*\* 都必須在一歲生日或之後注射\*

七年級 ..... 兩劑\*\*\*都必須在一歲生日或之後注射\*

一至六年級和八至十二年級 ..... 一劑 必須在一歲生日或之後注射 \*

### Hepatitis B (B型肝炎)

過渡幼稚園/幼稚園 ..... 三劑, 在任何年齡注射

### Varicella (Chickenpox) (VAR, MMRV) (水痘)

過渡幼稚園/幼稚園 ..... 一劑\*\*\*\*

外州新生(一至十二年級) ..... 凡十三歲以下的兒童一劑; 如果在十三歲生日或之後接種, 必須注射兩劑.\*\*\*\*

### TB Screening (結核病篩檢評估)

幼稚園 -- 八年級..... 由學生的醫療保健提供的結核病篩檢評估(TB)文件, 必須是在註冊或開學第一天之前的一年內完成。

根據結核病篩檢評估, 如果認為有必要, 結核菌素皮膚反應測試 (TST)或其他結核病測試(TB)將由學生的醫療保健提供者下令進行。

(\*) 凡在生日(包括)四天前完成注射, 將符合入學免疫接種要求。

(\*\*) “Tdap” = Tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine。

(\*\*\*) 規定要求兩劑麻疹疫苗。一劑腮腺炎以及一劑德國麻疹符合這項要求。

(\*\*\*\*) 必須有醫生記錄的水痘病歷或水痘免疫證明以符合這項要求。

# Immunization Services in Santa Clara County



## SCHOOL HEALTH CENTERS

- Franklin McKinley School Center  
645 Wool Creek Dr., San Jose, CA 95112  
1.408.283.6051
- Gilroy Neighborhood Health Clinic  
7861 Murray Avenue, Gilroy CA 95020  
1.408.842.1017
- Overfelt Neighborhood Health Clinic  
1835 Cunningham Ave., San Jose, CA 95122  
1.408.347.5988
- San Jose High Neighborhood Health Clinic  
1149 E. Julian St., Bldg. H, San Jose, CA 95116  
1.408.535-6001
- Washington Neighborhood Health Clinic  
100 Oak St., San Jose, CA 95110  
1.408.295.0980

## MAYVIEW COMMUNITY HEALTH CENTERS

- Mayview Community Health Center  
270 Grant Ave., Palo Alto, CA 94306  
1.650.327.8717
- Mayview Community Health Center  
900 Miramonte Ave. 2<sup>nd</sup> floor, Mtn. View, CA 94040  
1.650.965-3323
- Mayview Community Health Center  
785 Morse Ave., Sunnyvale, CA 94085  
1.408.746.0455

## PLANNED PARENTHOOD CLINICS

Main number for all Planned Parenthood Clinics  
Call Center: 1.877.855.7526

- Planned Parenthood, Blossom Hill  
5440 Thornwood Dr., #G, San Jose, CA 95123
- Planned Parenthood, Mountain View  
225 San Antonio Rd., Mtn. View, CA 94040
- Planned Parenthood, San Jose  
1691 The Alameda, San Jose, CA 95126
- Mar Monte Community Clinic  
2470 Alvin Ave., #60, San Jose, CA 95121

## GARDNER FAMILY HEALTH NETWORK

- Alviso Health Center  
1621 Gold St., Alviso, CA 95002  
1.408.935.3949
- CompreCare Health Center  
3030 Alum Rock Ave., San Jose, CA 95127  
1.408.272.6300
- Gardner Health Center  
195 E. Virginia St., San Jose, CA 95112  
1.408.998.8815
- Gardner South County Health Center  
7526 Monterey St., Gilroy, CA 95020  
1.408.848.9400
- St. James Health Center  
55 E. Julian St., San Jose, CA 95112  
1.408.918.2600
- Gardner Downtown Health Center  
725 E. Santa Clara St., #10, San Jose, CA 95112  
1.408.794.0500

## COMMUNITY CLINICS/HEALTH CENTERS

- Asian Americans for Community Involvement  
2400 Moorpark Ave., #319, San Jose, CA 95128  
1.408.975.2763
- Indian Health Center  
1333 Meridian Ave., San Jose, CA 95125  
1.408.445.3400
- Indian Health Center – Silver Creek site  
1642 E Capitol Expy., San Jose, CA 95121  
1.408.445.3400 x200
- San Jose Foothill Family Community Clinic  
2880 Story Rd., San Jose, CA 95127  
1.408.729.1643
- Foothill Family Clinic  
1066 South White Rd., #170, San Jose, CA 95127  
1.408.729.9700
- Montpelier Clinic  
2380 Montpelier Dr., #200, San Jose, CA 95116  
1.408.254.1800

### **To see if your child is eligible for free or low cost children's health insurance, please call:**

- Children's Health Initiative  
888.244.5222
- Child Health & Disability Prevention Program  
408.937.2250
- Medi-Cal Eligibility  
877.962.3633
- Santa Clara Valley Health & Hospital System  
Valley Connection  
888.334.1000



## Berryessa 聯合學區

### 理解學校分派政策

我明白，我的孩子\_\_\_\_\_將不獲保證進入他/她被指定的學校就讀\*。如果人數超額的話，他/她有可能被分派到學區中另一所同年級但還有名額的學校。如果下一學年有名額，您的孩子將被邀請回到指定的學校。

您的孩子報名就讀指定的學校，所呈交的完整報名文件將由註冊中心蓋上日期及時間，這就是決定學生被分派的關鍵。

我明白，如果我孩子指定就讀的學校該年級班數超額，被選擇調往學區內其他學校的學生，將採取“後註冊\*，先調動”的政策。

我明白，如果我孩子的第一個上課日缺席，他/她有可能失去在這個班級/學校的位置而被調往學區內的其他學校。

正楷書寫家長/監護人姓名: \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

年級: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

學校名稱: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_

\* 到指定的學校就讀定義:  
一所基於閣下的居住範圍而由學區指定的學校。

\* 後註冊定義:  
學校/學區接受完整註冊文件後蓋上的日期與時間。



## Berryessa 聯合校區

### 媒體採訪同意書

親愛的家長/監護人,

Berryessa 聯合學區對我們學生及教職員的許多傑出表現引以為榮。這些傑出的表現經常引起報紙, 電視台, 或其他媒體的注意, 因此他們會到學校來拍照, 錄影, 或在各種不同的活動中採訪我們的學生及教職員。此外, 我們也經常在校區的刊物及網頁上使用一些學生的照片。為尊重您孩子的個人隱私權, 我們必須詢問您是否同意讓您的孩子接受新聞媒體拍照, 攝影或採訪, 或者出現在校區的刊物上。

請勾選其中一項:

- 我同意** 讓我的孩子在任何情況下接受新聞媒體拍照, 攝影或採訪, Berryessa 聯合學區可以在校區的刊物上, 使用我孩子的照片或言論。
- 我不同意** 讓我的孩子在任何情況下接受新聞媒體拍照, 攝影或採訪, 我亦不同意 Berryessa 聯合學區在校區的刊物上, 使用我孩子的照片或言論。附註: 我了解這項不同意並不適用於教室內的展示及年刊。

請正楷填寫學生姓名: \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

年級: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

學校名稱: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_



## 口腔健康檢查/免除申請表

依照加州法律, 教育法例第 49452.8 節新規定, 不論您的孩子是幼稚園或一年級, 只要這是他/她第一年就讀公立學校, 都必須在五月三十一日之前, 去做牙齒健康檢查。該法規定, 牙齒檢查必須由有執照的牙醫或其他註冊牙醫保健專業人員執行。如果您的孩子在入學之前的十二個月內做過牙齒檢查, 也算符合這項規定。倘若您無法帶孩子去做牙齒檢查, 請填妥本表格的第三部份, 則可能可以免除這項規定。

### 第一部份 家長或監護人填寫

孩子的名字:	姓氏:	中間名:	孩子出生日期:
地址			公寓號碼:
城市:			郵遞區號:
學校名稱:	老師名字:	年級:	孩子性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家長/監護人姓名:	孩子的種族/民族淵源: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙人/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 美國印第安人 <input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋島嶼居民 <input type="checkbox"/> 多民族 <input type="checkbox"/> 不清楚		

### 第二部份

牙齒健康資料 (這部份應由牙科專業人員填寫)

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

Assessment Date:	Visible caries and/or fillings presents: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible caries presents: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	---	---	--

**Dental professional's signature** 牙科專業人員簽名

**Date** 簽名日期

**第三部份**  
**免除口腔健康檢查要求**  
**請求免除口腔健康檢查要求的家長或監護人填寫**

基於下列原因, 我請求免除對本人孩子的口腔健康檢查要求: (請在適當的方格內打勾, 說明請求免除的理由.)

我找不到一家接受我孩子保險計劃的牙科診所.

我的孩子具有下列保險計劃:

Medi-Cal/Denti-Cal

Healthy Families 健康家庭

Healthy Kids 健康兒童

無以上保險計劃

其他 \_\_\_\_\_

我無法負擔孩子牙科檢查的費用.

我不願意我的孩子接受牙科檢查.

其他理由: 我的孩子不能做牙科檢查的其他原因: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

加州法律規定, 學校必須維護學生健康資料的隱私。您孩子的身份不會因本項要求所做的任何報告而曝光。如果您對此規定有任何疑問, 請與學校辦公室聯絡。

\_\_\_\_\_  
家長或監護人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

**醫療證明要求**  
**特殊膳食和/或暫時協調**

1. 學區	2. 學校	3. 學校電話號碼											
4. 學生姓名		5. 年齡或出生日期											
6. 家長或監護人姓名		7. 電話號碼											
<p>8. 選擇一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 學生有殘疾或某種健康狀況而需要特別的膳食或暫時協調。（請參閱表格背面的定義）。學校和學區參加聯邦營養計劃必須符合特別膳食及任何適用的設備要求。<b>持有執照的醫生必須簽署這份表格。</b></p> <p><input type="checkbox"/> 學生沒有殘疾，但是要求特別膳食或暫時協調，基於食物過敏或其他醫療上的原因。偏食不適用此表格。學校和學區參加聯邦營養計劃，應顧及合理要求。<b>持有執照的醫生，醫生的助理，或註冊護士必須簽署這份表格。</b></p>													
9. 需要特殘疾或健康狀況別膳食或暫時協調：													
10. 如果學生有殘疾，簡要說明學生受殘疾影響的主要活動：													
11. 飲食配方及/或特別需要：（請詳細說明，以確保適當執行）													
<p>12. 標明食物硬度：</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> 正常                      <input type="checkbox"/> 切小塊                      <input type="checkbox"/> 絞碎                      <input type="checkbox"/> 磨成泥狀         </p>													
<p>13. 食品刪除和替代品：（請列出具體的食品刪除，並建議替換。可另附表補充說明）</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center; border: none;"><b>A. 需省略的食品</b></td> <td style="width:50%; text-align: center; border: none;"><b>B. 建議替代品</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>				<b>A. 需省略的食品</b>	<b>B. 建議替代品</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>A. 需省略的食品</b>	<b>B. 建議替代品</b>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
14. 適用設備：													
15. 檢查者簽字*	16. 姓名(印刷體)	17. 電話號碼	18. 日期										
19. 醫療管理局簽字*	20. 名稱(印刷體)	21. 電話號碼	22. 日期										

**\* 殘障學生需要有醫生的正式簽名。非殘障學生，需要有執照的醫生，醫生的助理，或註冊護士簽名。**

這個表格的資料應該隨時更新，以反映目前學生的醫療或營養需要。

根據聯邦法律和美國農業部的政策，禁止該機構在種族，膚色，國籍，性別，年齡或殘疾方面有任何的歧視。提出歧視申訴，請寫信至農業部 USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, 或致電 (202) 720-5964 (voice and TDD). 美國農業部是一個機會均等的提供者和雇主。

請將填妥表格交回:  
**Berryessa Union School District**  
**Attn: Child Nutrition Services Dept**  
**1376 Piedmont Road**  
**San Jose, CA 95132**

## 醫療證明要求 特殊膳食和/或暫時協調

### 說明

1. **學區**：在提供給家長的表格上，填寫學區的名稱。
2. **學校**：填寫提供膳食的地點名稱（例如，學校，幼兒園，社區中心等）
3. **場所電話號碼**：填寫提供膳食的場所電話號碼。見#2。
4. **參加者姓名**：填寫兒童或成人學生的姓名。
5. **學生年齡**：填寫學生的年齡。嬰幼兒請使用出生日期。
6. **家長或監護人姓名**：填寫要求醫療證明者的姓名。
7. **電話號碼**：填寫父母或監護人的電話號碼。
8. **請選擇**：請在  打勾，表明學生是否有殘障。
9. **殘障或醫療狀況，需要特別膳食或暫時協調**：描述醫療情形，要求特別膳食或暫時協調（例如，青少年糖尿病，對花生過敏等等）
10. **如果學生有殘疾，請簡要說明學生在生活方面受殘疾所影響的主要活動**：描述殘疾如何影響身體或健康狀況。例如：“花生過敏導致危及生命的反應。”
11. **飲食處方和/或暫時協調**：描述醫生所指示的具體飲食或暫時協調，或描述非殘疾情形所要求的飲食改變。例如：“所有食品必須是液態或磨成泥狀。學生不能食用任何固體食物。”
12. **表明食物硬度**：請在  打勾，指明所要求的食物口感形式。如果學生不需要任何修改，選擇“正常”。
13. A. **刪除食品**：列出必須刪除的具體食品。例如：“排除液態牛奶”  
B. **建議的替代**：在飲食中列出具體的食品。例如：“添加鈣的果汁”
14. **適應設備**：描述特定的設備，以協助學員的飲食。（例如：包括兒童喝水訓練杯，大湯匙，適合輪椅使用式家具等）。
15. **檢查者簽名**：檢查這表格的人的簽名。
16. **姓名(印刷體)**：正楷書寫檢查者的姓名。
17. **電話號碼**：檢查者的電話號碼。
18. **日期**：檢查者簽名的日期。
19. **醫療管理局簽字**：要求特別膳食或暫時協調的醫療管理局簽字。
20. **姓名(印刷體)**：正楷填寫醫療機構的名稱。
21. **電話號碼**：醫療機構的電話號碼。
22. **日期**：醫療機構簽署的日期。

### 釋義：

“殘障人士”的定義是任何人的身體或精神已經有損傷的紀錄，或者被視為這樣的障礙，嚴重限制了一種或多種主要的生活活動。

“身體或精神損害”是指（a）任何生理疾病或狀況，化妝品毀容，或解剖虧損影響一個或多個下列機構的系統：神經系統；肌骨；特殊感覺器官；呼吸，包括發音器官；心血管，生殖，消化系統，泌尿生殖泌尿；血液循環和淋巴；皮膚；和內分泌；或（b）任何精神或心理障礙，例如精神發育遲滯，器質性腦綜合症，情緒或精神上的疾病，和具體的學習障礙。

“主要生活活動”的功能，如自我照顧的能力、體力操作的工作、散步、看、聽、說、呼吸、學習和工作。

“有這樣的損害記錄”是指被歸類（或錯判）具有精神或身體受損的背景，大大限制了一種或多種主要的生活活動。

（\*引述自康復法第1973條第504項）



## 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	ZIP code	SCHOOL

### 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
<b>POLIO</b> (OPV or IPV)					
<b>DtaP/DTP/DT/Td</b> (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
<b>MMR</b> (measles, mumps, and rubella)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (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

#### 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)*

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.

\_\_\_\_\_  
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.***

# Santa Clara County Child Health & Disability Prevention CHDP Program



Health exams  
at no charge for eligible  
children and youth

Child Health & Disability Prevention Program

**Public Health Department**

Santa Clara Valley Health & Hospital System



## Regular health exams can:

- n Help children and youth stay healthy
- n Identify health problems early and refer for treatment as needed

A health problem found and treated at an early age is easier to correct and can reduce or prevent serious problems for the child or youth later in life.

## Children and youth are eligible if they are:

- n On Medi-Cal and 0 – 21 years old,  
or
- n Low/moderate income\* and  
0 – 19 years old

\* Children and youth may be able to receive temporary Medi-Cal for up to 60 days through CHDP Gateway.

## Types of CHDP Exams:

- n Well-baby and well-child exams
- n Preschool/Head Start exams
- n 1st grade exams
- n School exams
- n Sport or camp physicals
- n Teen physicals

## All CHDP exams include:

- n A developmental and health history
- n Head-to-toe physical inspection
- n Height & weight check, growth assessment
- n Nutritional assessment
- n Hearing and vision screening
- n Oral health screening (does not replace dental exam)
- n Immunizations as needed
- n Blood and urine tests
- n Tuberculosis screening
- n Answers to your questions and an explanation of the results of the health exam

If the tests indicate a need for further diagnosis and treatment, it is important to follow the health provider's recommendations.

For more information,  
call 1 (800) 689-6669



孩子的名字 \_\_\_\_\_ 孩子的出生日期 \_\_\_\_\_ 評估日期 \_\_\_\_\_

## SANTA CLARA縣公共衛生部門 結核病(TB)症狀回顧及風險評估表

### 症狀回顧

1. 您目前或在過去12個月內曾經有以下任何一種症狀？

- |          |                          |   |                          |   |
|----------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 咳嗽持續超過3週 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 咳血       | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 發燒       | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 體重下降     | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 夜間盜汗     | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |

2. 如果上述任何症狀回答「是」，請解釋症狀何時開始；症狀已經存在多久；這些症狀是否經過醫生評估。

### 暴露風險

1. 您或您的孩子是否在其他國家出生\*?  是  否
2. 您的孩子曾經前往美國以外的國家（超過一星期）\*?  是  否
3. 您的孩子有否接觸過患有結核病的家庭成員或朋友?  是  否
4. 您的孩子，家人或您的孩子接觸過的朋友中是否有結核病測試呈陽性反應或曾經接受過結核病治療?  是  否

\*不包括加拿大，澳大利亞，新西蘭，或西歐及北歐國家

如果上述任何一項回答「是」，孩子應該由醫療保健提供者檢查，做一項TST或IGRA的測試，如有必要，應做進一步的評估。

據我所知，我保證，上述資料是真實的。

家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

以下由醫療服務提供者/校務處職員填寫：

學校名稱： \_\_\_\_\_

- Prior positive TST/IGRA and treatment (attach documentation)
- Negative TST/ IGRA placed within US (attach result/documentation)
- Positive TST/IGRA, Chest X-ray performed (attach results)
- Indeterminate IGRA

醫療保健提供者/診所名稱： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_

醫療保健提供者簽名: \_\_\_\_\_

Official Office Stamp of Health Care Provider