

- TK
- K - 12

Student Registration Check-List

Lista de requisitos para la Matriculación Estudiantil



Student Last Name	First Name	Date of Birth
-------------------	------------	---------------

All Items that are not checked are still missing from your child's registration packet. It is necessary to have a complete packet prior to the start of school. **Your child will not be able to attend school without a complete packet.**

Todos los artículos que no están marcados le hacen falta el paquete de matriculación de su hijo/a. Es necesario contar con un paquete completo antes del inicio de clases.

WUSD Online Registration Completed

Registro en línea de WUSD completado

Proof of Residency (such as a recent PG&E bill; current rental agreement; etc.)

Evidencia de su residencia (contrato de renta, cuenta de la luz, etc.)

Proof of Age (such as a birth certificate, adoption papers, or baptismal records)

Comprobante de edad (tal como certificado de nacimiento, papeles de adoptación, o archivos de bautismo)

Immunization Record (evidence of the following up-to-date immunizations):

Copia de las vacunas: (evidencia de las siguientes vacunas actualizadas)

- | | | | | | | |
|---|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ♦ <i>Diphtheria, Pertussis, and Tetanus (DPT)</i> | 5 doses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ♦ <i>POLIO</i> | 4 doses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ♦ <i>Measles, Mumps, Rubella (MMR)</i> | 2 doses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ♦ <i>HEPATITIS B</i> | 3 doses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ♦ <i>VARICELLA (chickenpox)</i> | 2 doses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ♦ <i>Blood Test Results (TB)</i> | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ♦ <i>Tdap (for 7th – 12th grade / para el séptimo grado) Tuberculosis</i> | 1 dose | <input type="checkbox"/> | | | | |

Proof of a Physical (within the past year)

Evidencia de una evaluación física (entre el último año)

Proof of Dental Evaluation (within the past year acceptable)*

* Proof of dental evaluation must be completed by May 31st of Kinder year)

*Evidencia de una evaluación dental (entre el último año)**

* *Prueba de evaluación dental debe ser completada antes de 31 de mayo de ano escolar kinder*

**American Union
Elementary School**
2801 W. Adams Ave.
Fresno, CA 93706
Phone: (559) 495-5650
Fax: (559) 495-5659

**West Fresno
Elementary School**
2910 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706
Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 495-5659

**West Fresno
Middle School**
2888 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706
Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 495-5659

**Washington Union
High School**
6041 S. Elm Ave.
Fresno, CA 93706
Phone: (559) 485-8805
Fax: (559) 495-5659

**Alternative
Education**
5865 S. Clara Ave.
Fresno, CA 93706
Phone: (559) 495-5690
Fax: (559) 495-5659