

## DIXON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Silveyville Primary  
355 North Almond  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-5573  
FAX 707-678-1402

Anderson Elementary  
415 East C Street  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-5508  
FAX 707-678-2073

Tremont Elementary  
355 Pheasant Run  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-9533  
FAX 707-678-0298

CA Jacobs Intermediate  
200 North Lincoln  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-9222  
FAX 707-678-1245

Dixon High School  
455 East A Street  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-2391  
FAX 707-678-9318

Maine Prairie  
305 East C Street  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-4560  
FAX 707-678-4892

Gretchen Higgins  
1525 Pembroke  
Dixon CA 95620  
Phone: 707-678-6271  
Fax: 707-693-1960

### HEALTH REQUIREMENTS FOR SCHOOL

**IMMUNIZATIONS:** Students must present written verification of the following immunizations. The verification must include at least the month and year and be signed by the doctor or clinic:

1. Polio - 4 doses, but 3 doses are enough if at least one was given after the 4<sup>th</sup> birthday.
2. Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DTP/DTaP/DT) - 5 doses, except that 4 doses are enough if at least one was given after the 4<sup>th</sup> birthday.
3. Measles, Mumps, Rubella (MMR) - 2 doses given after the age of 1 year.
4. Hepatitis B - at least 3 doses
5. Varicella (Chicken Pox) - 1 dose or written verification from your physician that your child has had the disease. 2 doses are required for students 13 and older.
6. **TB(PPD) Tuberculosis Skin Test – required for entering Kindergarten students within one year of entering kindergarten and for students coming from outside of the United States.**

**NOTE: Your child will not be able to attend school, if he/she is due for any of the required immunizations.**

#### PHYSICAL EXAMINATION

The attached Report of Health Check-up for School Entry must be completed by your physician or clinic before your child enters 1<sup>st</sup> grade. The school nurses recommend that you schedule your child for a health check at the same time he/she receives the immunizations required for school, thus fulfilling both requirements at the same time.

The completed certificate can be returned to the school office before it closes in June or at the opening of the next semester. If you prefer, you can mail it to the school nurse at your child's school.

The required physical examinations are free for children on Medi-Cal and for children from low or moderate income families. You can get the free health check-up from the Solano County Health Department (707-435-2010); Dixon Family Practice (707-635-1600); or Sutter West Medical Group (707-678-1623).

If you have any questions about the above requirements, feel free to contact the school nurse at Silveyville (678-5573); at Tremont (678-9533); at Gretchen Higgins (678-6271) or at Pupil Services (678-4346).

**Name:** \_\_\_\_\_ **Birth date:** \_\_\_\_\_  
**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_

#### To be completed by school staff only

**Before the first day of school your child will need to receive the immunizations checked below:**

Polio	#1	#2	#3	#4	DTP/DTaP/DT	#1	#2	#3	#4	#5
MMR	#1	#2			Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicella	#1	#2			TB Skin Test	Date Done _____			Date Read _____	

## DIXON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Silveyville Primary 355 North Almond Dixon CA 95620 Phone: 707-678-5573 FAX 707-678-1402	Anderson Elementary 415 East C Street Dixon CA 95620 Phone: 707-678-5508 FAX 707-678-2073	Tremont Elementary 355 Pheasant Run Dixon CA 95620 Phone: 707-678-9533 FAX 707-678-0298	CA Jacobs Intermediate 200 North Lincoln Dixon CA 95620 Phone: 707-678-9222 FAX 707-678-1245	Dixon High School 455 East A Street Dixon CA 95620 Phone: 707-678-2391 FAX 707-678-9318	Maine Prairie 305 East C Street Dixon CA 95620 Phone: 707-678-4560 FAX 707-678-4892	Gretchen Higgins 1525 Pembroke Dixon CA 95620 Phone: 707-678-6271 Fax: 707-693-1960
--	---	---	--	---	---	---

### REQUISITOS DE SALUD PARA LA ESCUELA

**INMUNIZACIONES:** Los estudiantes deben haber tomado las siguientes inmunizaciones. El comprobante de todas las dosis debe incluir a lo menos el mes y el año en que fueron recibidas y firmado por el médico o clínica.

1. Polio - 4 dosis, pero 3 dosis de la vacuna de polio son suficiente si la última fue tomada después de los 4 años de edad.
2. Difteria, Tos Ferina, Tétano (DTP/DTaP/DT) - 5 dosis, pero 4 dosis de la vacuna son suficiente si la última fue tomada después de los 4 años de edad.
3. MMR (Rubéola, Paperas, Rubella) – 2 dosis tomada después de un año de edad.
4. Hepatitis B - por los menos 3 dosis
5. Varicela (Viruelas locas) - 1 dosis o verificación escrita por su doctor diciendo que su hijo(a) ya ha tenido esta enfermedad. 2 dosis son requeridas para alumnos de 13 años o mayores.
6. **TB(PPD) Tuberculosis- Examen de Piel – requerido para estudiantes entrando al kinder dentro del mismo año o para estudiantes que entran de fuera de los Estados Unidos.**

**NOTA: SU HIJO(A) NO PODRA ASISTIR A CLASES SIN LAS REQUERIDAS VACUNAS.**

#### EXAMEN FÍSICO

El Informe de Examen de Salud Para Entrar a la Escuela adjunto debe ser llenado por su médico o clínica antes que su niño(a) entre al primer grado. La enfermera de la escuela recomienda que fije una cita para darle un examen físico a su niño(a) a la misma vez que reciba las vacunas requeridas por la escuela, de esa manera llenará ambos requisitos al mismo tiempo.

El certificado completo puede ser regresado a la oficina de la escuela antes de que cierre en junio o al empezar el proximo semestre escolar. Si usted prefiere, puede mandarlo por correo a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

El examen físico e inmunizaciones requeridas son gratis para los niños que reciben Medi-Cal y para los niños de familias de ingresos bajos o moderados. Usted puede recibir un examen físico gratis por el Departamento de Salud del Condado de Solano (707-435-2010); Práctica Familiar de Dixon (635-1600); o Sutter West Medical Group (678-1623).

Si tiene alguna pregunta acerca de los requisitos mencionados comuníquese con la enfermera de la escuela en Silveyville (678-5573); en Tremont (678-9533); Gretchen Higgins (678-6271) o en la oficina de Servicios Estudiantiles (678-4346).

Nombre: \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
 Firma de padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**Esta parte sera completada por el personal de la escuela.**

**Before the first day of school your child will need to receive the immunizations checked below:**

Polio	#1	#2	#3	#4	DTP/DTaP/DT	#1	#2	#3	#4	#5
MMR	#1	#2			Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicella	#1	#2			TB Skin Test	Date Done: _____		Date Read: _____		