

Northshore School District #417
NORTHSHORE MIDDLE SCHOOL (NMS)
12101 NE 160th Street, Bothell, WA 98011
Ph: (425) 408-6718 | Fax: (425) 408-6702
NMS Registrar: rmullinnix@nsd.org

**THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE REQUIRED
AT TIME OF ENROLLMENT**

- ☐ District Enrollment Form
- ☐ Copy of Birth Certificate or Passport
- ☐ Proof of Residence (copy of utility bill or lease/mortgage indicating address & guardian name)

Northshore School District required health forms:

- ☐ Health Registration Form
- ☐ Signed Certificate of Immunization Status & immunization report from physician's office
- ☐ Immunization Record Sharing
- ☐ If applicable, Authorization for Medication form
- ☐ 7th and 8th grade students: Provide one of the following from prior school:
Withdraw Slip (if transferring after school year started)
Academic History or final report card (if transferring at beginning of school year)
- ☐ Permission to Withhold Student Directory Information
- ☐ State Attendance Agreement
- ☐ Legal custody: Copy of the current court order or Parenting Plan.
- ☐ Request Transfer of Records

If your student is a current Special Education student:

- ☐ Completed Special Education Move-In packet
- ☐ IEP/504 records from prior school (if immediately available)

NMS Office Use Only

11/19 rm

New Student Packet:

- ☐ Bus Pass
- ☐ Planner
- ☐ Schedule
- ☐ School Map

New Parent Packet:

- ☐ ParentVue ☐ TouchBase ☐ Bus Schedule ☐ Bell Schedule
- ☐ NSD Calendars (sheet/wall) ☐ Attendance Card ☐ School Map
- ☐ PE Uniform Info ☐ Athletics Info ☐ Forms Envelope

- ☐ File/RN Labels ☐ Email Office ☐ W/D cc:Counselor
- ☐ Rec Req Sent ☐ Rec Req Rcvd ☐ OOD State tests➤District
- ☐ 504 cc:Counselor ☐ IEP cc: SP ☐ ELL: Copy to EE / ☐ Email to EE/JC
- ☐ Do Not Count (if applicable)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

NSD ID# _____
 GENERACIÓN _____
 INGRESE LA FECHA _____
 COMPROBANTE DE EDAD _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Por favor escriba con claridad

Apellido(s) de preferencia:	Primer nombre de preferencia:	Grado escolar a ingresar:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ X
Apellido(s) legales:	Primero y segundo nombre legal:	¿Ha pasado su estudiante bajo otro nombre? sí ☐ no ☐	
Fecha de nacimiento: _____ Mes Día Año Ciudad de nacimiento Estado País		Si responde sí, ¿cuál era su nombre anterior? _____	

Domicilio: _____ Unidad# _____ Ciudad _____ Código postal _____

Domicilio para correo: _____ Unidad # _____ PO Box _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 (si es diferente del de arriba)

Teléfono del hogar del estudiante: _____ ¿está listado el número? sí ☐ no ☐

Celular del estudiante (si aplica): _____

Información de la experiencia escolar:

¿Este estudiante ha:

- asistido anteriormente al Distrito Escolar de Northshore (NSD)? sí ☐ no ☐ Si responde sí, escuela _____ año _____
- estado inscrito en programas de educación especial servidos con un Plan Individual de Educación (IEP), OT, PT, del Habla? sí ☐ no ☐ Si responde sí, escuela _____ año _____
- tenido un Plan 504? sí ☐ no ☐ Si responde sí, escuela _____ año _____
- tenido un *plan de cuidado de emergencia* para problemas médicos? sí ☐ no ☐
- estado inscrito en programas de ELL o ESL? sí ☐ no ☐
- estado inscrito en apoyo de lectura/matemáticas (LAP/LASER/Title 1)? sí ☐ no ☐
- sido suspendido o expulsado por razones de disciplina? sí ☐ no ☐
- tenido historial de conductas violentas o criminales? sí ☐ no ☐

Última escuela que asistió: _____ Fechas: de _____ a _____ Grados escolares _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Otras escuelas que asistió (enliste la más reciente primero)

Escuela	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas		Grados Escolares
				De	A	

Mi hijo tiene una condición que amenaza su vida y requiere de medicamento o tratamiento en la escuela ☐ Sí ☐ No
 Capítulo 28A.210 RCW: Requiere que haya órdenes establecidas antes de empezar la escuela.

¿Inscrito anteriormente a un programa de "early learning"? sí ☐ no ☐ Si sí, preescolar que asistió: _____ # de años: _____

Si "sí", marque lo que aplique: ☐ NSD preescolar ☐ otra preescolar ☐ "playgroup" ☐ childcare ☐ con familiares, amigos, vecinos

- ¿Es su estudiante un niño acogido (foster child) sí ☐ no ☐

Para este propósito, **un niño acogido** es un niño cuyo cuidado y colocación es responsabilidad del estado o de una agencia local de asistencia social **O**, que ha sido colocado por la corte en una vivienda a cargo de su cuidado.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

CATEGORIAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON: Por favor complete la Sección I y II

Parte I: HISPANO O LATINO ¿es su estudiante de origen latino? ☐ si ☐ no (si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique)

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| ☐ Argentino | ☐ Chileno | ☐ Cubano | ☐ Guyanés | ☐ Mestizo | ☐ Paraguayos | ☐ Español |
| ☐ Boliviano | ☐ Colombiano | ☐ Dominicano | ☐ Hondureño | ☐ Indígena | ☐ Peruano | ☐ Surinamés |
| ☐ Brasileño | ☐ Costarricense | ☐ Ecuatoriano | ☐ Jamaíquino | ☐ Nicaragüense | ☐ Puertorriqueño | ☐ Uruguayo |
| ☐ México-Americano | ☐ Guatemalteco | ☐ Mexicano | ☐ Panameño | ☐ Salvadoreño | ☐ Venezolano | |
- ☐ **Hispano o Latino** Anote: _____

Por favor observe que estas categorías son establecidas por el Estado de Washington y el distrito de Northshore tiene la obligación de recolectar esta información de cada alumno según las leyes estatales y federales que aplican. Si no se autoidentifica, la escuela lo contactará pidiendo que lo haga para recolectar esta información en cumplimiento de las leyes estatales y federales..

Parte II: ¿De qué razas se considera su estudiante? Puede marcar las categorías o anotarlas (marque todo lo que aplique)

INDÍGENAS AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA de las tribus del estado de Washington

- | | |
|---|---|
| ☐ Tribu Chinook | ☐ Tribu Quileute de la Reservación Quileute |
| ☐ Tribus confederadas y Bandas de la Nación Yakima | ☐ Nación indígena Quinault |
| ☐ Tribus confederadas de la Reservación de Chehalis | ☐ Nación indígena Samish |
| ☐ Tribus confederadas de la Reservación Colville | ☐ Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington |
| ☐ Tribu indígena Cowitz | ☐ Tribu indígena de la Bahía de Shoalwater de la Reservación de la Bahía de Shoalwater |
| ☐ Tribu Duwamish | ☐ Tribu indígena de Skokomish |
| ☐ Tribu indígena Hoh | ☐ Tribu Snohomish |
| ☐ Tribu Jamestown S'Klallam | ☐ Tribu indígena Snoqualmie |
| ☐ Comunidad indígena Kalispel de la Reservación Kalispel | ☐ Tribu Snoqualmoo |
| ☐ Nación indígena de Kikiallus | ☐ Tribu Spokane de la Reservación de Spokane |
| ☐ Comunidad tribal de Lower Elwha | ☐ Tribu de la isla de Squaxin de la Reservación de la Isla Squaxin |
| ☐ Tribu Lummi de la Reservación Lummi | ☐ Tribu Steilacoom |
| ☐ Tribu indígena Makah de la Reservación indígena Makah | ☐ Tribu Stillaguamish de los indígenas de Washington |
| ☐ Banda Marietta de la Tribu Nooksack | ☐ Tribu Suquamish de la Reservación del Puerto Madison |
| ☐ Tribu indígena de Muckleshoot | ☐ Comunidad tribal indígena Swinomish |
| ☐ Tribu indígena de Nisqually | ☐ Tribus Tulalip de Washington |
| ☐ Tribu indígena de Nooksack de Washington | ☐ Nativo de Alaska Anote: _____ |
| ☐ Tribu S'Klallam de Puerto Gamble | ☐ Indígena Americano Anote: _____ |
| ☐ Tribu Puyallup de la Reservación Puyallup | |

ASIÁTICOS

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Asiático Hindú | ☐ Malasio |
| ☐ Bangladés | ☐ Mien |
| ☐ Butanés | ☐ Mongol |
| ☐ Birmano | ☐ Nepalí |
| ☐ Camboyano | ☐ Okinawanse |
| ☐ Cham | ☐ Paquistaní |
| ☐ Chino | ☐ Punjabi |
| ☐ Filipino | ☐ Malayo |
| ☐ Hmong | ☐ Cingalés |
| ☐ Indonés | ☐ Taiwanés |
| ☐ Japonés | ☐ Tailandés |
| ☐ Coreano | ☐ Tibetano |
| ☐ Lao | ☐ Vietnamita |
- ☐ Asiático Anote: _____

NATIVOS HAWAIANOS u otros ISLEÑOS DEL PACÍFICO

- | | |
|--|---|
| ☐ Caolinense | ☐ Palauan |
| ☐ Chamorro o Guameño | ☐ Papú |
| ☐ Chuukese | ☐ Oriundo de Pohnpei |
| ☐ Oriundo de Fiji | ☐ Samoyano |
| ☐ Gilbertense | ☐ Oriundo de la Isla Salomón |
| ☐ Oriundo de Kosrae | ☐ Tahitiano |
| ☐ Maori | ☐ Oriundo de Tokelau |
| ☐ Oriundo de Marshall | ☐ Oriundo de Tonga |
| ☐ Nativo Hawaiano | ☐ Oriundo de Tuvalu |
| ☐ Ni-Vanuatu | ☐ Oriundo de Yap |
- ☐ De las Islas del Pacífico Anote: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

CATEGORIAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON: (continuación) marque todas las que apliquen

NEGROS o AFROAMERICANOS

☐ Negro/ Afromericano

☐ Afroamericano

☐ Afrocanadiense

Caribeño

☐ Anguillano

☐ Antiguanos

☐ Bahameño

☐ Barbadosense

☐ Oriundo de Barthelemy

☐ Isleño de Vírgenes Británicas

☐ De las Islas Caimán

☐ Cuba-Dominicano

☐ Dominicano

☐ Antillano Holandés

☐ Granadense

☐ Guadalupeño

☐ Haitiano

☐ Jamaiquino

☐ Martinico

☐ Montserratense

☐ Puertorriquense

☐ Caribeño Anote: _____

☐ Raza negra anote: _____

Centro Africano

☐ Angoleño

☐ Camerunés

☐ Centroafricano

☐ Chadiano

☐ Congolés (Rep. Del Congo)

☐ Congolés (Rep. Dem.)

☐ Guineo-ecuadoriano

☐ Gabonés

☐ Oriundo de Sao Tomean

☐ Oriundo de Principe

☐ Centro Africano Anote: _____

Sud Africano

☐ Bostuano

☐ Lesotense

☐ Namibio

☐ Sudafricano

☐ Suazi

☐ Sud Africano Anote: _____

Afro Oriental

☐ Burundés

☐ Comorense

☐ Yibutiano

☐ Eritreo

☐ Etíope

☐ Keniano

☐ Magalasy

☐ Malgache

☐ Mauritano

☐ Mayotte (Mahora)

☐ Mozambiqueño

☐ Oriundo de Réunion

☐ Ruandés

☐ Oriundo de Seychelles

☐ Somalí

☐ Sudsudanés

☐ Ugandés

☐ Tanzano

☐ Zambiano

☐ Zimbabuense

☐ Afro oriental Anote: _____

Latinoamericano

☐ Argentino

☐ Beliceño

☐ Boliviano

☐ Brasileño

☐ Chileno

☐ Colombiano

☐ Costarricense

☐ Ecuatoriano

☐ Salvadoreño

☐ De las Islas Malvinas

☐ Guyanés Francés

☐ Guatemalteco

☐ Guyanés

☐ Hondureño

☐ Mexicano

☐ Nicaragüense

☐ Panameño

☐ Paraguayo

☐ Peruano

☐ De Islas Georgia Sur e Islas Sandwich Sur

☐ Surinamés

☐ Uruguayo

☐ Venezolano

☐ Latino (Afro) anote: _____

Afro Occidental

☐ Beninés

☐ Guineano

☐ Burkinés

☐ Caboverdiano

☐ Marfileño

☐ Gambiano

☐ Ghanés

☐ Liberiano

☐ Maliense

☐ Mauritano

☐ Nigeriano (Niger)

☐ Nigeriano (Nigeria)

☐ Oriundo de Sta. Elena

☐ Senegalés

☐ Sierraleonés

☐ Togolés

☐ Afro occidental Anote: _____

BLANCO

☐ Blanco

Europeo Oriental

☐ Bosnio

☐ Herzegovino

☐ Rumano

☐ Ruso

☐ Ucraniano

☐ Europeo Oriental

☐ Anote: _____

☐ BlancoAnote: _____

☐ Oriundo de Algeria

☐ Berber

☐ Árabe

☐ Asirio

☐ Bahreini

☐ Beduino

☐ Chaldeano

De Oriente Medio o Norte de África

☐ Oriundo de Copt

☐ De Druze

☐ Egipcio

☐ Emirati

☐ Iraní

☐ Iraquí

☐ Israelita

☐ De Oriente Medio

☐ Anote: _____

☐ Jordano

☐ Kurdo de Kuwait

☐ Libanés

☐ Libio

☐ Marroquí

☐ Omani

☐ Palestino

☐ De Nord África Anote: _____

☐ Anote: _____

☐ De Qatar

☐ árabe saudita

☐ Sirio

☐ Tunecino

☐ Yemení

Por ley, un estudiante (o sus padres/tutores) no requiere de identificar su raza y/o etnia en formularios escolares. Sin embargo, si un estudiante (o sus padres/tutores) no completan la pregunta de dos partes de raza y etnia, por ley la escuela tendrá que usar una "identificación por observación" para seleccionar la raza y etnia del estudiante.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

El estudiante vive con ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madre/Madastra ☐ Padre/Padraastro
☐ Otro (especifique parentesco) _____ ☐ Se alterna con mamá y papá
☐ Menor emancipado con custodia unida sí ☐ no ☐

¿Se puede entregar al estudiante a padre/madre sin custodia? sí ☐ no ☐

¿Existe un plan de crianza? sí ☐ no ☐ **Si responde "sí", por favor provea copia de plan vigente a la escuela**

INFORMACIÓN DE VIVIENDA PRINCIPAL (donde el estudiante reside la mayor parte del tiempo)

Nombre legal del padre de familia/tutor #1:

Apellido _____ Primer nombre _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____ email _____
 ____hogar ____celular ____trabajo ____hogar ____celular ____trabajo

¿Necesita intérprete para juntas escolares? sí ☐ no ☐
 ¿Necesita materiales escolares oficiales traducidos? sí ☐ no ☐
☐ Si responde "sí", ¿en qué idioma? _____

Afiliación militar marque un recuadro:

☐ N-Si afiliación militar
☐ R- Reservas armadas (U.S)

☐ A- Activo en las fuerzas armadas (U.S)
☐ G- Activo en la Guardia Nacional de Washington

Nombre legal del padre de familia/tutor #2:

Apellido _____ Primer nombre _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____ email _____
 ____hogar ____celular ____trabajo ____hogar ____celular ____trabajo

¿Necesita intérprete para juntas escolares? sí ☐ no ☐
 ¿Necesita materiales escolares oficiales traducidos? sí ☐ no ☐
☐ Si responde "sí", ¿en qué idioma? _____

Afiliación militar marque un recuadro:

☐ N-Si afiliación militar
☐ R- Reservas armadas (U.S)

☐ A- Activo en las fuerzas armadas (U.S)
☐ G- Activo en la Guardia Nacional de Washington

INFORMACIÓN DE VIVIENDA SECUNDARIA

¿Recibe correo? sí ☐ no ☐

¿Derechos de educación? sí ☐ no ☐ Notas: _____

Domicilio _____ Unidad # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Padre de familia/tutor #1 de vivienda secundaria:

Apellido _____ Primer nombre _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____ email _____
 ____hogar ____celular ____trabajo ____hogar ____celular ____trabajo

¿Se permite contactar a estudiante? sí ☐ no ☐

¿Necesita intérprete para juntas escolares? sí ☐ no ☐
 ¿Necesita materiales escolares oficiales traducidos? sí ☐ no ☐
☐ Si responde "sí", ¿en qué idioma? _____

Afiliación militar marque un recuadro:

☐ N-Si afiliación militar
☐ R- Reservas armadas (U.S)

☐ A- Activo en las fuerzas armadas (U.S)
☐ G- Activo en la Guardia Nacional de Washington

Padre de familia/tutor #2 de vivienda secundaria:

Apellido _____ Primer nombre _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____ email _____
 ____hogar ____celular ____trabajo ____hogar ____celular ____trabajo

¿Se permite contactar a estudiante? sí ☐ no ☐

¿Necesita intérprete para juntas escolares? sí ☐ no ☐
 ¿Necesita materiales escolares oficiales traducidos? sí ☐ no ☐
☐ Si responde "sí", ¿en qué idioma? _____

Afiliación militar marque un recuadro:

☐ N-Si afiliación militar
☐ R- Reservas armadas (U.S)

☐ A- Activo en las fuerzas armadas (U.S)
☐ G- Activo en la Guardia Nacional de Washington



Nombre del estudiante _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**INFORMACIÓN ADICIONAL****Hermanos en NSD:** Apellidos (anote si son diferentes) _____ Primer Nombre _____

Viven en casa

sí ☐ no ☐sí ☐ no ☐sí ☐ no ☐

Fechas de nacimiento

Personas a contactar en caso de emergencias que están autorizadas a recoger a su estudiante de la escuela (si los padres/tutores no pueden ser localizados):

#1 Nombre completo _____

Teléfono _____
____ hogar ____ celular ____ trabajo _____ Parentesco _____

#2 Nombre completo _____

Teléfono _____
____ hogar ____ celular ____ trabajo _____ Parentesco _____

#3 Nombre completo _____

Teléfono _____
____ hogar ____ celular ____ trabajo _____ Parentesco _____

#4 Nombre completo _____

Teléfono _____
____ hogar ____ celular ____ trabajo _____ Parentesco _____**Proveedor de cuidado infantil (circule si aplica):** Antes de clase solamente ☐ Antes y después de clases ☐ Solo después de clases ☐

Nombre del proveedor: _____

Domicilio: _____

Teléfono de guardería: _____

Comentarios: _____ ¿Contacto de emergencia? _____

VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

La ley estatal requiere que un estudiante resida dentro de los límites escolares del distrito y poder comprobar su domicilio o tener una exención (waiver) aprobada para inscribirse en la escuela. Para inscribirse en el Distrito Escolar de Northshore necesitará establecer su domicilio dentro los límites de asistencia de la escuela de su vecindario. El domicilio se define como una localidad física en donde el estudiante pasa la mayoría de su tiempo, por lo mínimo y consistentemente cuatro noches por semana. Los padres/tutores deberán proporcionar uno de los documentos siguientes:

- ☐ Correo del gobierno – a discreción de la escuela
- ☐ Póliza declaratoria del seguro del dueño de la propiedad
- ☐ Factura de impuestos de la propiedad – deberá ser recibida por correo y no impresa de una página de internet
- ☐ Forma 1099 o W2 (tachando u ocultando datos relevantes para que no puedan ser leídos)
- ☐ Acuerdo de arrendamiento sin expirar – deberá estar firmado por ambas partes
- ☐ Facturas de servicios públicos – se aceptan del agua, drenaje, gas, electricidad, cable o basura. No se aceptan de celulares.

Reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente (por favor ponga sus iniciales en cada enunciado a continuación):

_____ Mi estudiante reside conmigo al menos cuatro (4) noches por semana en el domicilio proporcionado, que es mi residencia primaria.

Nota: Si su estudiante no vive con usted al menos cuatro (4) noches por semana en esa dirección, por favor ponga su inicial aquí y anexe una explicación escrita de donde y con quien vive su hijo(a) cada día de la semana.

_____ Estoy de acuerdo de avisarle a Distrito/Escuela en un plazo de cinco (5) días cuando me mude de mi residencia o la de mi estudiante a una nueva dirección, ya sea dentro o afuera del distrito.

_____ El distrito investigará todos los casos donde se sospeche que la residencia ha cambiado y/o se ha dado información falsa, que puede incluir el uso de investigadores para verificar el estado de la residencia. La verificación puede incluir visitas a su hogar.

_____ Las investigaciones que revelen que el estudiante se ha inscrito con información falsa, causará la revocación de su asignación escolar y la baja del distrito.

Al firmar este formulario, certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los documentos presentados no han sido alterados o falsificados de ninguna manera.

Firmas de padres/tutores _____ Nombre de padres/tutores _____

Fecha _____



Nombre del estudiante _____

CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar a qué servicios califica el estudiante a recibir con la ley McKinney- Vento Act 42 U.S.C. 11435. Esta ley ofrece servicios y apoyos para niños y jóvenes sin hogar. Toda la información se mantendrá confidencial y no se compartirá con nadie que no sean personal escolar designado de NSD.

1. SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL:**¿ES DUEÑO O RENTA CASA/DEPARTAMENTO?**☐

Propietario

☐

Renta

☐

Co-Residente

☐

Otro

Si es dueño o propietario, pase a la sección 3

Si es co-residente, complete la forma de co-residente

Si esta otra, complete el resto de la forma.

Si no es dueño o renta su hogar, ¿Dónde se están hospedando usted y su familia? *Marque todo lo que aplique.*☐

En una emergencia / albergue transitorio

☐

Con un adulto que no es un padre o tutor legal o solo sin adultos

☐

Temporalmente en la casa o departamento de alguien de otra familia debido a crisis económica o razón similar.

☐

Brincando de un lugar a otro / pernoctando en diferentes lugares (couch surfing)

☐

En un motel / hotel

☐

En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) , edificio abandonado o vivienda subestándar

☐

Un carro, el parque, zona de acampar, vehículo recreativo (RV), tienda de campaña o lugar similar

☐

Otro _____

2. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos

Nombres

Fecha

Edad

Grado

Nombre escuela

El estudiante vive con un padre o tutor legal

Estudiante vive sin compañía (no vive con padres o tutor legal)

3. INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES O JOVEN SIN COMPAÑÍA

El suscrito certifica que la información proporcionada arriba es correcta. **POR FAVOR ANOTE su información con letra de molde.**

Padres/Tutores legales (o joven sin compañía)

Domicilio actual:

Teléfono o número de contacto

Nombre del contacto:

Escriba el nombre del padre/tutor legal (o joven sin compañía)

** Declaro bajo pena de perjurio de las leyes estatales de Washington que la información proveída aquí es veraz y correcta y entiendo que será verificada. Autorizo que se divulgue la información a Northshore School District a través de las entidades de emergencia estatal y local y/o a través de los programas de vivienda transitorios, y/u otros negocios o agencias gubernamentales.*

*Firma de padres/tutores legales:

Date:

(O de joven sin compañía)

Gerentes de oficina y/o matriculadores: Si los padres marcaron cualquier recuadro en la sección 1, reenviar copia de esta forma a: NSD MV Liaison, Ana Foy



Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:	Grado:	Fecha:
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____	
Elegibilidad para recibir apoyo en desarrollo de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo en las habilidades necesarias en el idioma para que tenga éxito en la escuela. Por favor observe que: Es posible que se requiera una prueba para determinar si se necesita el apoyo.	¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____ ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ ¿Ha recibido apoyo en el desarrollo del idioma inglés en previas escuelas? Sí ☐ No ☐ No sé ☐	
Educación Previa Su respuesta sobre el país de nacimiento de su hijo y educación previa: - Nos brinda información sobre el conocimiento y destrezas que su hijo trae a la escuela. - Puede ayudar al distrito escolar a recibir fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <i>Este formulario no será utilizado para identificar el estado migratorio del estudiante.</i>	¿En qué país nació su hijo? _____ ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kinder al 12vo grado) Sí ☐ No ☐ Si respondió que sí: Número de meses _____ Idioma de formación: _____ ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kinder al 12vo grado) _____ Mes Día Año	

Firma requerida de los padres/tutores

_____	_____
Firmas de padres/tutores	Fecha de hoy

Rebecca Cavanaugh, Health and Nursing Services Supervisor (425-408-7728)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Changes to MMR Vaccine Personal and Philosophical Exemptions

July 24, 2019

Dear parents and guardians,

As of July 28, 2019, a new state law removes the personal and philosophical option to exempt children from the MMR vaccine required for school and child care attendance. *Medical and religious exemptions are not affected by this new law.*

Based on this new law, families will need to provide updated healthcare provider verified immunization paperwork at or before the start of the 2019-20 school year if their student has a personal/philosophical exemption for the MMR vaccine. Children without a medical or religious exemption will need two doses of MMR vaccine to be allowed into school, starting on Wednesday, September 4, 2019.

Because MMR vaccine doses must be administered at least a month apart, children may be entered into school if they have healthcare provider verified paperwork showing at least one dose of MMR vaccine by the beginning of the school year. This will allow a conditional status for up to 30 days, at which point families will need to provide records showing their child received the second dose of vaccine.

In Summary:

- Personal/philosophical exemptions for MMR are no longer valid
- Children need healthcare provider verified proof of MMR vaccination by the first day of school
- Children not compliant with state vaccine requirements may be excluded from school

You can find more information at the WA Department of Health exemption law change web page, including FAQs: www.doh.wa.gov/mmrexemption

If you have any questions, contact your school nurse.



Northshore School District

Health and Nursing Services

Rebecca Cavanaugh, Health and Nursing Services Supervisor (425-408-7728)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Middle School/High School Immunization

Washington state immunization regulations require that **all students entering 6th grade and are 11 years old** submit proof of having the **Tdap (Tetanus – Pertussis) immunization prior to entry into 6th grade.**

All 9th -12th grade students are required to have two doses of Varicella (Chickenpox) vaccine. Healthcare provider verification of chicken pox disease or a blood titer showing immunity is acceptable.

If these immunizations **have not been** completed, please schedule an appointment with your healthcare provider. If you need help finding a provider, please contact your school nurse. For more information on Tdap/Varicella vaccines talk with your healthcare provider or visit <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/Immunization/PreteensandTeens>

The school is required by law to have complete immunization records in order for your student to remain at school. **State law requires that student vaccinations be complete and current in order to attend school.**

If you have **not** provided this information, please **notify** the school nurse at your student's middle/high school.



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K - 12

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a: Primer nombre: Inicial del otro nombre: Fecha de nacimiento (mes/día/año): Sexo:

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.

Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.

Firma requerida del padre, madre o tutor legal Fecha Firma requerida del padre, madre o tutor legal Fecha

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	mes/día/año	mes/día/año	mes/día/año	mes/día/año	mes/día/año	mes/día/año
◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela						
● Requisito único para guardería y preescolar						
Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela						
◆ DTaP / DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
◆ Td (Tétanos, Difteria)						
◆ Hepatitis B						
□ 2-dosis entre las edades de 11-15 años						
● Hib (Haemophilus influenzae tipo b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● PCV / PPSV (Neumocócica)						
◆ Varicela						
□ Inmunidad verificada por el Sistema						
Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela						
Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV / MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

Office Use Only:

Reviewed by: Date:

Signed Cert. of Exemption on file? ☐ Yes ☐ No

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

- ☐ a verified history of Varicella (Chickenpox),
- ☐ laboratory evidence of immunity (titer) to Diseases marked below. Lab report(s) for titers MUST also be attached.

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Diphtheria | ☐ Mumps | ☐ Other: |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Polio | |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Rubella | |
| ☐ Hib | ☐ Tetanus | |
| ☐ Measles | ☐ Varicella | |

Licensed healthcare provider signature
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

Instrucciones para completar esta forma: Imprima desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídales imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myr.net> y abrir una cuenta en MyIR. Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como DTaP, Hepatitis B como Hep B, y Polio como IPV.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.

- ☐ Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídales que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".
- ☐ Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídales a su proveedor médico que marque los cuadros correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTp	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Hiavax®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hibervax®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeg®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HiBTTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipoc®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenb®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twintrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevna®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		



Northshore
School District

3330 Monte Villa Pkwy
Bothell, WA 98021

Servicios de Salud

FORMA DE REGISTRO DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No

Le siguiente información se considera confidencial, y es para el uso de las maestras, el director, la enfermera escolar, u otros empleados que tengan responsabilidad y contacto con su hijo/a durante las horas de clase. Por favor, llama la enfermera si Ud. Prefiere hablar personalmente sobre la siguiente información.

Mi hijo/a tiene una condición de salud que amenaza su vida ☐ Sí ☐ No

Si Ud. Respondió con "sí", la ley de Estado de Washington requiere que los medicamentos, ordenes de tratamientos y/o plan para el cuidado de la salud estén al corriente antes del primer día de la escuela. Los estudiantes con una condición de riesgo tendrá un Plan de cuidado de emergencia, bajo la Sección 504 de la Ley de rehabilitación. La enfermera de la escuela desarrollará un plan con las aportaciones de los padres de familia, médico y otro personal de la escuela como sea necesario antes de que el estudiante asista a la escuela. Su firma en esta forma concede permiso para iniciar este proceso.

Alergias ☐ Ninguna ☐ Plantas ☐ Alimentos ☐ Abejas / Insectos ☐ Animales ☐ Otro

Favor de describir la reacción _____

Asma ☐ No ☐ Sí Provocado por _____

	No	Sí	EXPLIQUE
Convulsiones /Ataques	☐	☐	_____
Autismo	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Enfermedades Cardiacas	☐	☐	_____
Salud Mental (ej. depresión /Ansiedad)	☐	☐	_____
Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	☐	☐	_____
Problemas de huesos, coyunturas, músculos	☐	☐	_____
Dolor frecuente de estómago/cabeza	☐	☐	_____
Infecciones frecuente del oído	☐	☐	_____
Problemas Auditivos	☐	☐	_____
Problemas Visuales (anteojos / lentes de contacto)	☐	☐	_____
Otro _____	☐	☐	_____

Toma el estudiante medicamento de cualquier tipo? ☐ No ☐ (O) Sí ☐ en la casa ☐ en la escuela Explique _____

Los alumnos que requieren medicamentos (sin o con receta) en la escuela **deberán** tener una orden médica y el consentimiento por escrito de sus padres. **Todos los Ordenes de Medicamentos se tienen que renovar CADA AÑO ESCOLAR.**

Las formas están disponibles en la oficina de la escuela o en el sitio web: www.nsd.org

Firma de padre/madre/guardián _____ Fecha _____



**Immunization Record Sharing with the Washington State Department of Health:
Washington State Immunization Information System (WAIIS)**

Our school is part of a state immunization record tracking system that includes immunization data from area doctors' offices and health care providers. This information system makes it much easier for us to get copies of your child's immunization record, a requirement for school entry under Washington State law. This information is used solely to help protect your child and prevent disease by improving the quality and timeliness of records and services in our community. The information can only be shared with entities authorized by Washington law (RCW 70.02) to receive it, such as doctors, nurses, public health entities and schools (Family Educational Records Privacy Act). In addition, the information can **only** be used for immunization record keeping.

I authorize the Northshore School District to release my child's immunization record to the Washington State Immunization Information System. I understand this information can only be used to improve the quality and timeliness of immunization records and to assist with determining immunization compliance. This includes any immunization information the school currently has plus any it may obtain during my child's attendance in the Northshore School District.

Child's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Parent's signature: _____ Date: ____/____/____

Please return to the School Nurse



Northshore School District

Servicios de Salud y Enfermería

Supervisora de Servicios de Salud y Enfermería Rebecca Cavanaugh, (425-408-7728)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Meningocócica y HPV

Estimados Padres o Guardianes:

Como padres, no hay nada más importante que la protección de la salud de nuestros hijos. La Legislatura del Estado de Washington nos requiere que le demos la información disponible a usted acerca de la enfermedad meningocócica y el virus del papiloma (HPV). Conozca los factores de estas enfermedades y las vacunas disponibles para proteger a su hijo.

Enfermedad y Prevención de Meningocócica

Qué es la enfermedad meningocócica?

Meningocócica es una infección bacteriana seria. Afortunadamente, esta enfermedad de amenaza de vida es rara, con solamente 20-30 casos reportados cada año en el Estado de Washington. Los síntomas más comunes de esta enfermedad incluyen fiebre, tos, dolor de cabeza y erupción o manchas. Puede causar meningitis (inflamación de la capa que cubre el cerebro y la espina dorsal). La enfermedad se expande por medio de contacto cercano con una persona infectada. Es más fácil que los adolescentes y adultos jóvenes adquieran esta enfermedad de meningocócica, especialmente si viven en grupos como en dormitorios del colegio.

Cómo puedo proteger a mi hijo de la enfermedad meningocócica?

La vacuna conjugada para meningocócica o MCV4, previene en contra de cuatro tipos de enfermedades. Es recomendada para todos los niños entre 11 y 12 años de edad, y otra vez de los 16 a los 18 años de edad. La vacuna meningocócica B, o MenB es recomendada para algunos niños con condiciones raras de salud o quienes están en riesgo durante un brote de meningocócica B.

Para más información acerca de la enfermedad meningocócica y cómo prevenirla:

- Departamento de Salud del Estado de Washington: www.doh.wa.gov/Immunization/DiseasesandVaccines/MeningitisMeningococcalDisease
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov/meningococcal

Virus del Papiloma Humano (HPV) y Prevención?

HPV es un virus común. La mayoría de la gente expuesta a HPV nunca desarrollará problemas de salud, Pero para otros, HPV causa problema de salud, incluyendo cáncer cervical, anal, vulvar, garganta y boca. La mayoría de las persona infectadas no tienen síntomas y pueden expandir el virus sin saberlo. HPV se contagia principalmente por contacto sexual.

Como puedo proteger a mi hijo de HPV?

Asegúrese que su hijo tenga la vacuna HPV. La vacuna es altamente efectiva. El mejor tiempo para tener la vacuna es antes de que empiecen actividades sexuales. La vacuna HPV puede prevenir infecciones de algunos de los tipos más comunes y serios de HPV que causan cancer y verrugas genitales. La vacuna no quita infecciones existentes de HPV.

Quién debe de tener la vacuna y cuándo deben de tenerla?

Porque la vacuna es más efectiva cuando se pone a temprana edad, los niños de 9 a 14 años de edad necesitan 2 dosis. Aquellos que la tienen a los 15 años o más grandes necesitan 3 dosis. La edad que se recomienda es de 11 a 12 años. La vacuna HPV se debe dar antes de los 26 años de edad.

Para más información en HPV, la vacuna y cancer cervical:

- Departamento de Salud del Estado de Washington: www.doh.wa.gov/hpv
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov/hpv
- Sociedad Americana de Cancer: www.cancer.org

Dónde puedo encontrar las vacunas de meningocócica y HPV?

Hable con su proveedor de salud acerca de las vacunas que su hijo necesita. Aparte de meningocócica y HPV, su pre-adolescente debe de recibir Tdap. El Estado de Washington ofrece vacunas sin costo a niños hasta la edad de 18 años. Los proveedores pueden cobrar algo por la visita o un costo administrativo para dar la vacuna. Si usted no puede pagar estos costos, puede pedir que se los quiten.

DOH 348-186 1-2018rc NSD

AUTHORIZATION FOR MEDICATION



Northshore
School District
3416 F-1

The following section is to be completed by the PARENT/GUARDIAN: (please print)

Student's Name: _____ Birth Date: _____ Sex: M ☐ F ☐

School: _____ Grade: _____

Health Care Provider (HCP): Name: _____

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

- ⇒ I request that my child be assisted by authorized personnel in taking the medication prescribed below at school, or be permitted to self-medicate according to Health Care Provider (HCP) instructions and School District Policy 3416
- ⇒ I understand that my signature on this form constitutes a waiver by me to the school district and authorized supervising personnel for liability for adverse reaction when medication is administered in the proper manner.
- ⇒ Changes to the time and/or dose of medication require written authorization from the HCP and Parent/guardian.
- ⇒ I understand that a medication dosage could be delayed or missed due to unexpected circumstances or changes in the student's schedule. If I am unable to accept this condition the district is not obligated to honor the request for administration of medication by school staff.
- ⇒ **Medication must be provided to the school in a properly labeled prescription bottle or the original over-the-counter container. Ask the pharmacist to supply a second prescription bottle for school use.**
- ⇒ I give permission for exchange of information between the school and HCP.

Parent/Guardian Signature Date Home Phone Emergency Phone

- ☐ I request permission for my child to self-carry this medication during any school-sponsored activities occurring before/after school or overnight outdoor education programs.
- ☐ I request permission for my child to self-administer medication for asthma or anaphylaxis. By law my signature indicates that I understand the district shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by the student and parents or guardians shall hold harmless the district and its employees or agents against any claim arising out of the self-administration of medication by the student (3419).

Parent/Guardian Signature

The following section is to be completed by the HEALTH CARE PROVIDER: (please print)

Diagnosis or reason for medication: _____

	<u>Name of Medication</u>	<u>Dose</u>	<u>Route</u>	<u>Time/Frequency</u>
#1	_____	_____	_____	_____
#2	_____	_____	_____	_____
#3	_____	_____	_____	_____

If medication is to be given AS NEEDED, describe instruction: _____

Significant side effects: _____

Is child authorized to carry and self-medicate? Yes ☐ No ☐

If yes, for asthma and anaphylaxis medication, I have trained this student in the proper Administration and Frequency of use.

If ordered and the School Nurse is NOT AVAILABLE (e.g. field trip, after school activity etc.):

*Epinephrine Auto-injector WILL be given for ANY allergy symptoms or known ingestion.

*Glucagon, Midazolam and Diastat WILL NOT be administered by other school staff, 911 will be called.

Start Date: _____ Discontinue Date: _____ or end of school year ☐

Health Care Provider Signature Date Phone

Return to: School Nurse Ronit Gourarie Phone # 425-408-6706 Fax # 425-408-6702
School Address: 12101 NE 160th Street Bothell, WA 98011



NORTHSHORE SCHOOL DISTRICT

MEDICATION GUIDELINES

If your student will be taking ANY medication at school, you must confer with the school nurse.

The Northshore School District recommends that medication be taken at home whenever possible. We recognize, however, that in some cases it is essential that medication be administered during the school day. For the protection of all the students and to comply with Washington state law, the district has a policy and procedures in place for the handling of ALL medications in the schools.

Please do not put any kind of medicine, including aspirin, vitamins, and cough drops in your child's lunch box, backpack or pockets. Unidentified medicine can never be given at school.

School Staff Administered - The following conditions must be met:

- ✓ All medications, whether over-the-counter or prescription, need a current Northshore Medication Authorization Form signed by the student's Health Care Provider/dentist **and** parent/guardian.
- ✓ Medication must be delivered to school in a properly labeled prescription or original over-the-counter container. The student's name must be on the label with proper identification of the drug, dosage, and directions for administration.
- ✓ A quantity sufficient for one month **only** can be sent to school.
- ✓ The medication order is effective for the **current** school year only.
- ✓ If changes in the medication order occur, the parent is responsible for notifying the school and providing verification from the Health Care Provider/dentist.

Field Trips: For students on daily medication, request an extra labeled empty bottle from your pharmacy that can be used for field trips.

Student Self-Administered Medication - The following conditions must be met:

In appropriate cases and with the knowledge of the school nurse, the parent/guardian can delegate the responsibility for self-administration of medication to the student. In doing so, the parent releases the school district from any obligation to monitor the student and assumes full responsibility for the student's use of the medication.

- ✓ Self-Administration does not apply to controlled substances, e.g. codeine, vicodin
- ✓ The student may only carry a one-day supply (1 - 2 doses) of the medication.
- ✓ The medication must be in the original container.
- ✓ The student must have written permission to self-medicate signed by the parent/guardian.

Medication to be self-administered for more than fifteen (15) consecutive days whether over-the-counter or prescription requires a current Northshore Medication Authorization Form signed by the student's Health Care Provider/dentist and parent/guardian stating that the student may self-medicate. The student must also demonstrate his/her ability to the School Nurse to correctly evaluate his/her symptoms and use the medication appropriately.

Asthma and Anaphylaxis medications:

When a parent requests that his/her student be allowed to self-administer medication for asthma and/or anaphylaxis (severe allergic reaction), a Medication Authorization Form must be filled out and signed by the Health Care Provider **and** parent/guardian. The permission form must contain a treatment plan for what to do in case of an emergency.

The Health Care Provider must also provide training for the student to recognize symptoms and the correct use of medications. Additionally the student must demonstrate his/her ability to correctly evaluate his/her symptoms and use of medications to the school nurse including how to access help when needed. (RCW 28A.210.370 and School District Policy 3419)

2019-20

Permission to Withhold Student Directory Information



Federal law prohibits school districts from releasing information found in student files without parent/guardian permission, except for what is termed **Directory Information**. **The district does not release Directory Information for commercial purposes but does release this information when there is a legitimate educational purpose for doing so.** The items listed under Directory Information may be released in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA). Under the provisions of FERPA, you have the right to **withhold** the disclosure of Directory Information, if desired.

Directory Information includes the following:

- Student's name
- Address
- Telephone listings
- Electronic mail address
- Photograph
- Date of birth
- Major field of study
- Dates of attendance
- Grade Level
- Participation in officially recognized activities and sports
- Weight and height of members of athletic teams
- Degrees, honors and awards received
- The most recent educational agency or institution attended

This form should be submitted annually to your student's school office on or before October 1 of the current school year. There are three options or levels for withholding Student Directory information for K-12 students. You may only choose one option. Details can be found on reverse side of this form.

- Withhold directory information from everyone (includes district and out of district requests)
- Withhold directory information from everyone except for district or district-directed purposes
- Withhold directory information from everyone except for district or district-directed purposes, or to School Support organizations as defined by Board Policy 3250

This form should be submitted annually to your student's school office on or before October 1 of the current school year. Forms will be accepted after the deadline, but the district cannot be responsible for the release of Directory Information **if the Permission to Withhold Student Directory Information form is received** after the October 1 deadline of the current school year. Extractions of Directory Information to non-district persons or outside organizations will not be processed between the first day of school and October 1 of the current school year.

High School students (grades 9-12) have the additional choices of withholding the release of directory information to military only and/or post secondary education organizations only.

The withhold directory flag will remain on your student's record for the current school year. Families will have the opportunity to subscribe yearly. The district will honor your request to withhold the information as listed, but cannot assume responsibility for contacting you for subsequent permission to release that information. Should you initially decide to withhold Student Directory Information, you may authorize the cancellation of your request at any time during the current school year.

Please use one form for each child in your household. Additional forms are available at your school or can be found online at www.nsd.org under Forms for Parents.

2019-20

Permission to Withhold Student Directory Information

Only complete and return this form IF YOU WISH TO OPT OUT of any of the following:



Northshore
School District

Student Directory Information (defined on the reverse side) may be released to requestors pursuant to Board Policy 3250. If you wish to **withhold** or limit permission to release this information, please complete this form by **checking one of the options below**. Sign the form and return to your student's school. Complete a separate form for each student. Unsigned or undated forms will not be processed.

Student's Name _____

Student's School _____

Grade _____

Grades K-12: (you may choose only one option)

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld from everyone and everything; opt out of everything.**

Selecting this option means that your student's Directory Information **will not be shared** with any person, entity or organization. The district would be unable to release your student's Directory Information for school directories (including the PTA directory); student annuals and yearbooks; commencement and athletic programs; district and school websites, publications, media/social media communications, school support organizations; and similar purposes.

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld only when responding to requests from outside organizations.**
- This means only district or district-directed use of Student Directory Information is permitted, which includes:
 - Student Annuals and Yearbooks
 - Commencement and Athletic Programs
 - Student images (photo/audio/video) for district and school websites, publications, media/social media communications; and/or similar purposes.
 - Your student's directory information **will not be** released to PTSA, Northshore Schools Foundation, Recognized School Booster Clubs, Parent Advisory Boards, or **any outside organizations.**

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld only when responding to requests from outside organizations other than School Support Organizations as defined by Board Policy 3250.**
- This means that district or non-district directed use of Student Directory Information is permitted, as described in the option above; and
 - Student Directory Information **may be** shared with the following School Support Organizations as defined by Board Policy 3250:
 - PTSA (includes the PTA directory)
 - Northshore Schools Foundation
 - Recognized School Booster Clubs and Parent Advisory Boards
 - Your student's directory information **will not be** released to **any other outside organizations or individuals.**

Additional Options for Grades 9-12 only: (you may choose more than one)

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld** from the military
- ☐ I want my student's Directory Information **withheld** from post-secondary educational institutions.

Cancellation: (for Grades K-12)

- ☐ I **cancel** all previous requests to **withhold** permission to release Student Directory Information this school year as of the date below and authorize it to be released consistent with FERPA and District policy.

Signature _____
Parent / Guardian / Student if 18 years or older

Date _____

Return this form to your school office by Oct. 1, 2019, ONLY IF YOU WISH TO OPT OUT OF ANY OF THE ABOVE.

Revised: 8/21/19



Northshore School District

Office of Elementary Education

David Wellington, Assistant Superintendent
Elementary Education

Estimado padre (s) / tutor (s),

ASISTENCIA DE ESCUELA SE REQUIERE POR LEY:

- La ley estatal requiere que los niños de 8 a 17 años asistan a la escuela.
- Los niños que son 6 o 7 años de edad, que están inscritos en la escuela, también deben asistir a tiempo completo.
- Los jóvenes que son mayores de 16 años puede ser excusado de asistir a la escuela si cumplen con ciertos requisitos. <http://apps.leg.wa.gov/default.aspx?cite=28A.225>
- Si su hijo va a estar ausente, por favor, póngase en contacto con la escuela.

DEBERES DE LA ESCUELA SOBRE AUSENCIAS DEL ESTUDIANTE

- Si su hijo/a tiene **tres injustificadas ausencias** en un mes, la ley estatal (RCW 28A.225.020) requiere que haga una conferencia con usted y su hijo/a.
- En la escuela primaria después de **cinco justificadas ausencias** en un mes, o **diez o más justificadas ausencias** en el año escolar, se requiere que el distrito escolar haga un contrato con usted para programar una conferencia. No se requiere una conferencia de su hijo/a si se ha proporcionado una nota del médico, o pre-organizó la ausencia por escrito, y los planes están en su lugar para que su hijo no se quede atrás académicamente.
- Si su hijo/a tiene **siete injustificadas ausencias** en un mes o **diez injustificadas ausencias** en el año escolar, estamos obligados a presentar una petición ante el tribunal de menores, alegando una violación de RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia obligatoria. Usted y su hijo puede aparecer en el Tribunal de Menores.

¿SABÍA USTED QUE?

- Asistir a la escuela a tiempo, todo el día, todos los días le dará a su hijo/a la mejor oportunidad de graduarse de la secundaria.
- A partir de jardín de infancia, la falta de un promedio de sólo 2 días al mes, ya sea justificada o no, hace que sea más probable que su hijo no va a cumplir con los estándares académicos en matemáticas y lectura para el tercer grado.
- Por sexto grado, el absentismo es una de las tres señales de que su estudiante puede retirarse de la escuela secundaria.
- Las ausencias puede ser una señal de que un estudiante está perdiendo interés en la escuela, luchando con el trabajo escolar, se trata de un matón o frente a alguna otra dificultad potencialmente grave.
- Por noveno grado, la asistencia regular es un mejor predictor de las tasas de graduación de la escuela secundaria que resultados de las pruebas de 8º grado.

LO QUE PUEDE HACER

- No permita que su niño se quede en casa a menos que estén realmente enfermos, tales como fiebre, vómitos, diarrea, o una erupción cutánea contagiosa.
- Evitar las citas y viajes cuando la escuela está en sesión.
- Mantenga un registro de asistencia de su hijo. Faltan más de 9 días, con o sin excusa, podría poner a su hijo en riesgo de quedarse atrás.

- Establecer un horario regular para dormir y la rutina de la mañana, así como terminar la tarea y tenga mochilas la noche anterior.
- Tenga un plan de respaldo en su lugar con miembros de la familia, vecinos, y otros padres para preparar que su hijo/a llegue la escuela en caso de un emergencia.

Si usted está luchando para recuperar a su hijo a la escuela por cualquier razón, estamos aquí para apoyarlos y trabajar con usted hacia posibles soluciones. Por favor, no dude en ponerse en contacto con la escuela para concertar una cita para hablar de asistencia de su hijo.

Su firma indica que ha leído (o alguien te lo leo) y entiendes esta carta.

Nombre del estudiante: _____

Nombre de Padre: _____

Firma de Padre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____