



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION
HEALTH ASSESSMENT for School Year: 2023-2024
Also, downloadable on the JCS District Website



To Parent or Guardian:

The purpose of this form is to provide the school nurse with additional information regarding your child's health needs. The school nurse may contact you for further information. The information requested is essential for the school nurse to meet the health needs of your child.

This information will be kept strictly confidential.

PLEASE complete both pages of this form (Return to the School Nurse)

Name of Student (Last, First, Middle)			Birth Date	Sex	School
Address (Street)					
Home Telephone Number	Cell Telephone Number	Additional Phone Number		Grade	Teacher/Homeroom
Name of Parent/Guardian (Last, First, Middle)				Work Phone Number	
Transportation					
<input type="checkbox"/> Bus Rider Bus Number		<input type="checkbox"/> Car Rider		<input type="checkbox"/> Special Needs Bus	
				<input type="checkbox"/> After School	

Part I - Health Information

<p>Place where your child receives regular health care: Physician's Name: _____ Address: _____ Telephone: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Community Health Center <input type="checkbox"/> Health Department <input type="checkbox"/> Hospital Clinic <input type="checkbox"/> No Regular Place <input type="checkbox"/> Private Doctor/HMO</p> <p>Preferred Hospital: _____</p>	<p>Your child's Insurance Information:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ALL KIDS <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Private Insurance</p>	<p>Place your child receives dental care: Dentist's Name: _____ Address: _____ Telephone: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Community Health Center <input type="checkbox"/> Health Department <input type="checkbox"/> Hospital Clinic <input type="checkbox"/> No Regular Place <input type="checkbox"/> Private Dentist/HMO</p>
--	---	---

Part II - Medical History Medical Equipment/Procedures Required at School

<input type="checkbox"/> Catheter	<input type="checkbox"/> Gastric Tube	<input type="checkbox"/> Nebulizer Treatments	<input type="checkbox"/> Oxygen Supplement	<input type="checkbox"/> Tracheostomy
<input type="checkbox"/> Vagal Nerve Stimulator (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> Walker	

Medications and Procedures at School require a Prescriber/Parent Authorization Form (one for each medication or procedure). Please see your school nurse.

Please Complete Form on Next Page (Signature Required)



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION
HEALTH ASSESSMENT for School Year: **2023-2024**



Name of Student: _____

Part III – Medical History

<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	KNOWN HEALTH PROBLEMS If NO, go directly to the bottom of the page and provide parent/guardian signature If YES, and diagnosed by a physician, answer each question below.
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Attention Deficit Disorder (ADD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Requires medication? <input type="checkbox"/> At school <input type="checkbox"/> At Home
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Allergies: <input type="checkbox"/> Hives/rash <input type="checkbox"/> Medications <input type="checkbox"/> Food _____ <input type="checkbox"/> Breathing difficulty <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Insects _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Environmental _____ <input type="checkbox"/> Medications _____
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Asthma <input type="checkbox"/> Uses an inhaler at school <input type="checkbox"/> Uses an inhaler at home
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Blood/Bleeding Problems: <input type="checkbox"/> Hemophilia <input type="checkbox"/> Von Willebrand's <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Requires medication <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Frequent Nose Bleeds: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cancer/Leukemia: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cerebral Palsy: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cystic Fibrosis: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Dental Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Monitors Blood Sugars at school <input type="checkbox"/> Requires Insulin at school <input type="checkbox"/> Insulin pump <input type="checkbox"/> Glucagon order <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Managed with diet <input type="checkbox"/> Oral medication
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Emotional/Behavioral/Psychological: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Gastrointestinal/Stomach Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Genetic / Rare Disorders: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Headaches: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hearing Problems: <input type="checkbox"/> Right Ear <input type="checkbox"/> Left Ear <input type="checkbox"/> Both ears <input type="checkbox"/> Tubes <input type="checkbox"/> Hearing loss <input type="checkbox"/> Hearing aid <input type="checkbox"/> Cochlear Implant
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Heart Conditions: <input type="checkbox"/> Activity restrictions: <input type="checkbox"/> Medications taken at home: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hypertension (High Blood Pressure): <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Juvenile Arthritis/Bone-Joint Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Kidney/Bladder/Urinary Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Scoliosis: <input type="checkbox"/> No Treatment <input type="checkbox"/> Wears Brace <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Family History
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Seizures/Convulsions: Type of seizure: _ _____ Medications: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medication taken at home <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Sickle Cell: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trait
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Shunt: <input type="checkbox"/> VP shunt <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Spina Bifida:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Special Diet: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Vision Problems: <input type="checkbox"/> Wears glasses <input type="checkbox"/> Wears contacts <input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Other Medical Conditions: <i>Please include <u>any</u> medications taken at home only.</i>

Required Signatures

Parent(s) or Guardian Signature: _____	Date: _____
School Nurse Signature: _____	Date: _____

Please complete this form, remove from the handbook, and return to the school office.

Keep the handbook for future reference.

Health Form is available in Spanish at each school. Formulario de Salud está disponible en Español en cada escuela.

2023-2024
PARENT-STUDENT AGREEMENT
AND
PERMISSION FORM

- I have read the Jasper City Schools' Parent-Student Handbook, and I am fully aware of the policies and procedures set forth by the Jasper City Board of Education.
- I agree to follow all rules and policies as listed in the Jasper City Schools' *Parent-Student Handbook*.
- I have read and will adhere to the Acceptable Use Policy (AUP) on pages 33-37.
- I am aware of the video and picture taking guidelines found on page 38. I understand that Jasper City Schools does not condone anyone other than a parent or guardian to take pictures and/or videos of anyone other than their child.

Please complete the following:

- I hereby give my permission for the Jasper City School System to publish photographs and/or videos of my son/daughter and/or his/her work within the Jasper City Schools' domain and social media websites. Individual students may be identified by full name unless permission to do so is denied by the parent or guardian.

If you **do not** give permission for the Jasper City School System to publish photographs of your son/daughter and/or his/her work, you must notify the school principal in writing within fifteen days of the student's first day of attendance each school year.

-
- I hereby give my permission for my child to access the Internet with the supervision of his/her teacher as needed.

If you **do not** give permission for your child to access the Internet with the supervision of his/her teacher, you must notify the school principal in writing within fifteen days of the student's first day of attendance each school year.

-
- I hereby give my permission for my child to ride the bus for school or extracurricular activities.

If you **do not** give permission for your child to ride the bus for school or extracurricular activities, you must notify the school principal in writing within fifteen days of the student's first day of attendance each school year.

-
- I hereby give my permission for my child to participate in the Vision/Hearing Screening.

If you do not give permission for your child to participate in the Vision/Hearing Screening, you must notify the school principal in writing within fifteen days of the student's first day of attendance each school year.

STUDENT'S NAME: (please print) _____

SIGNATURE OF STUDENT: _____

SIGNATURE OF PARENT: _____

DATE: _____

SCHOOL: _____

Please complete this form, remove from the handbook, and return to the school office. Keep the handbook for future reference.

2023-2024
ACUERDO DE PADRE ESTUDIANTE
Y FORMULARIO DE PERMISO

◇ He leído el Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools, y estoy informado de las reglas y procedimientos establecidos por la Junta de Educación de Jasper City.

◇ Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas en el Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools.

◇ He leído y aceptado la Política de uso aceptable (PUA) en las páginas 33-38.

◇ Estoy informado de las pautas para tomar fotos y videos que se encuentran en la página 38. Entiendo que Jasper City Schools no aprueba a cualquier persona que no sea un padre o tutor para tomar fotos y / o videos de cualquier persona que no sea su hijo.

Por favor complete lo siguiente:

◇ Por la presente doy mi permiso para que el Sistema Escolar de Jasper City publique fotografías y / o videos de mi hijo / hija y / o su trabajo dentro del dominio de las Escuelas de Jasper City y de los sitios web de las redes sociales. Los estudiantes individuales pueden ser identificados por su nombre completo a menos que el padre o tutor niegue el permiso para hacerlo.

Si no autoriza al sistema escolar de Jasper City a publicar fotografías de su hijo o hija y / o su trabajo, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

.....
◇ Por la presente doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso a Internet con la supervisión de su maestro, según sea necesario.

Si no autoriza a su hijo a acceder al Internet con la supervisión de su maestro, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

.....
◇ Yo doy mi permiso para que mi hijo viaje en el autobús para la escuela o para actividades extracurriculares.

Si no autoriza a su hijo a viajar en el autobús para actividades escolares o extracurriculares, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

.....
◇ Yo doy mi permiso para que mi hijo participe en el examen de la vista / audición.

Si no autoriza a su hijo a participar en el examen de la vista / audición, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después de primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (por favor imprima) _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FIRMA DEL PADRE: _____

FECHA: _____

Escuela: _____

Complete este formulario, saquelo del manual y regréselo a la oficina de la escuela. Guarde el manual para en el futuro reference.

**JASPER CITY SCHOOLS
STUDENT/PARENT 2023-2024
ELECTRONIC DEVICE USE AGREEMENT**

Student Name: _____

Last Name

First Name

Grade/School

Parent Name: _____

Last Name

First Name

Address: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Terms:

1. I agree to practice digital citizenship and responsible social networking.
2. I agree to comply at all times with the Jasper City Schools Acceptable Use Policy and Equipment Use Agreement incorporated herein by reference and made a part hereof for all purposes. Any failure to comply may terminate my rights of possession effective immediately and the school system may repossess the electronic device and accessories.
3. I agree that I will not deface the device or accessories in any way including the addition of decals, markings, etc.
4. I agree that I will not alter (i.e. "jailbreak") the electronic device, software configuration, or functionality installed by Jasper City Schools.
5. I will take good care of my electronic device.
6. I will never leave the electronic device unattended.
7. I will never loan my electronic device to other individuals.
8. I will know where my electronic device is at all times.
9. I will charge my electronic device battery at home prior to each school day.
10. I will keep food and beverages away from my electronic device since they may cause damage to the device.
11. I will not disassemble any part of my electronic device or attempt any repairs.
12. I will protect my electronic device by only carrying it while in the case provided.
13. I will use my electronic device in ways that are appropriate, educational, and meet the expectations of Jasper City Schools.
14. I will not deface the serial number on the back of my electronic device.
15. I understand that my electronic device is subject to inspection at any time without notice and remains the property of Jasper City Schools.
16. I will follow the policies outlined in the Parent-Student Handbook and Acceptable Use Policy while at school, as well as outside the school day.
17. I will file a police report in case of theft, vandalism, or fire.
18. I will be responsible for all damage or loss caused by neglect or abuse.
19. I will honor myself and others by communicating in a respectful manner in all electronic communication.
20. I agree to return the electronic device, case, and power cords to Jasper City Schools in good working condition.

SIGNATURES:

Student	Parent/Guardian	Date
---------	-----------------	------

Title: Legal title to the electronic device and all accessories is in the name of Jasper City Schools and shall at all times remain so. My right of possession and use is limited to and conditioned upon my full and complete compliance with this Agreement and the Acceptable Use Policy.

Cost of Lost/Repairs for Electronic Device and Accessories:

Furthermore, the student will be responsible for any damage to the electronic device and must return the electronic device and accessories to the school in satisfactory condition. The student will be charged for any needed repairs, not to exceed the replacement cost of the electronic device.

Electronic Device Replacement Charges:

- a) Lost or *stolen device: Replacement of device \$200.00
- b) Device screen repairs \$40.00
- c) Accessory replacements:
 - a. iPad cord, charger, or case \$20.00
 - b. Laptop cord or case \$30.00

*An electronic device that is considered stolen must have a police report on file.

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER--ACUERDO DE USO DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO
ESTUDIANTE / PADRE 2023-2024

Nombre del estudiante: _____ La escuela primaria: _____
Nombre del padre: _____
Dirección: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Condiciones:

1. Acepto practicar la tecnología digital y las redes sociales responsables.
2. Acepto cumplir en todo momento con las reglas del Uso Aceptable de las Escuelas de la Ciudad de Jasper y el Acuerdo de Uso de Equipos incorporado aquí como referencia y hecho una parte de esto para todos los propósitos. Cualquier incumplimiento puede dar por terminado mi derecho de posesión con efecto inmediato y el sistema escolar puede recuperar el dispositivo electrónico y los accesorios.
3. Acepto que no dañaré el dispositivo o los accesorios de ninguna manera, incluida la adición de calcomanías, marcas, etc.
4. Acepto que no alteraré (es decir, "jailbreak") el dispositivo electrónico, la configuración del software o la funcionalidad instalada por Jasper City Schools.
5. Cuidaré bien mi dispositivo electrónico.
6. Nunca dejaré el dispositivo electrónico sin supervisión.
7. Nunca prestaré mi dispositivo electrónico a otras personas.
8. Sabré dónde está mi dispositivo electrónico en todo momento.
9. Cargaré la batería de mi dispositivo electrónico en casa antes de cada día escolar.
10. Mantendré los alimentos y bebidas lejos de mi dispositivo electrónico ya que pueden dañar el dispositivo.
11. No desarmaré ninguna parte de mi dispositivo electrónico ni intentaré ninguna reparación.
12. Protegeré mi dispositivo electrónico con solo cargarlo mientras esté en el estuche provisto.
13. Utilizaré mi dispositivo electrónico de manera apropiada, educativa y cumpliendo con las expectativas de las Escuelas de Jasper City.
14. No desfiguraré el número de serie en la parte posterior de mi dispositivo electrónico.
15. Entiendo que mi dispositivo electrónico está sujeto a inspección en cualquier momento sin previo aviso y es propiedad de Jasper City Schools.
16. Seguiré las políticas descritas en el Manual para padres y estudiantes y la reglas de uso aceptable mientras esté en la escuela, así como también fuera del día escolar.
17. Presentaré un informe policial en caso de robo, vandalismo o incendio.
18. Seré responsable de todos los daños o pérdidas causados por negligencia o abuso.
19. Me honraré a mí mismo y a los demás al comunicarme de manera respetuosa en todas las comunicaciones electrónicas.
20. Acepto devolver el dispositivo electrónico, la caja y los cables de alimentación a las Escuelas de Jasper City en buenas condiciones de funcionamiento.

Firma del alumno: _____ Fecha: _____
Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Título:

El dispositivo electrónico y todos los accesorios está a nombre de Jasper City Schools y en todo momento seguirá siendo legalmente de la escuela. Mi derecho de posesión y uso está limitado y condicionado a mi total y total cumplimiento de este Acuerdo y las reglas de uso aceptable.

Costo de pérdida / reparaciones para dispositivos electrónicos y accesorios:

Además, el alumno será responsable de cualquier daño al dispositivo electrónico y deberá devolver el dispositivo electrónico y los accesorios a la escuela en condiciones satisfactorias. Al estudiante se le cobrará por cualquier reparación necesaria, que no exceda el costo de reemplazo del dispositivo electrónico.

Cargos de reemplazo de dispositivos electrónicos:

a) Dispositivo robado o * robado: Reemplazo del dispositivo \$ 200.00

b) Reparación de la pantalla del dispositivo \$ 40.00

c) Reemplazos de accesorios:

a. Cable, cargador o estuche para iPad \$ 20.00

segundo. Cable o estuche para computadora portátil \$ 30.00

* Un dispositivo electrónico que se considera robado debe tener un informe policial registrado.