

Leah Gauthier, Ed.D.  
*Superintendent of Schools*

2023/2024 School Year

Dear Parent/Guardian:

The State of Illinois requires all new students and those entering preschool, kindergarten, sixth or ninth grades to present the Illinois Department of Public Health Certificate of Child Health Examination at the time of their entrance. It is expected that all students have the appropriate forms on file with the school health office. Please note that your child may not be able to enter the building if this information is not up-to-date and on file with the health office at your school. Registration is online. **Students in all grades also need the Health Information and Health Authorization sheets completed and submitted.** Contact your building nurse with any questions.

**Immunizations must be current with the requirements listed below.**

**All new/transfer students regardless of grade:**

- A physical examination and all required immunizations.
- A **LEAD RISK** assessment for children ages 6 and under
- The Health History section of the medical form completed and signed by the parent/guardian
- The doctor's stamp and signature, including phone and fax number
- An eye exam by an eye doctor (for kindergarten and *all* new students except preschool)

**Preschool**

- All of the above (except for the eye exam)
- HIB vaccine
- Pneumococcal vaccine
- Complete and sign the District 401 Student Medical Form (annual form)

**Kindergarten**

- Physical exam within one year of start of school year with updated immunizations including boosters of:
  - Dtap
  - Polio
  - Second MMR
  - Second varicella
- A dental exam within one year of school year
- An eye exam by an eye doctor within one year of school year.

**Grade 2**

- New physical, *only* if new student
- Dental exam

**Grade 6**

- Physical exam within one year of start of school year and updated immunizations including:
  - Meningococcal vaccine
  - Tdap vaccine
- Dental exam

**Grade 9**

- A physical exam *within one year of the school start date* and/or a new physical.
- Dental exam

**Grade 12**

- 2 doses of the meningococcal vaccine. If his/her first dose is received on or after their 16th birthday, only one dose is required.

**\*\*Students in grades 6-12 participating in a sport will be required to get a sports physical. If he or she has had a regular physical exam within one year, this can fulfill the requirement. Check with your school nurse.**

## Remember to Complete and Sign this Section on the Certificate of Child Health Examination Form

<small>Last</small>	<small>First</small>	<small>Middle</small>	<b>Birth Date</b> <small>Month/Day/ Year</small>	<b>Sex</b>	<b>School</b>	<b>Grade Level/ ID</b>
<b>HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>						
<b>ALLERGIES</b> <small>(Food, drug, insect, other)</small>	<b>Yes</b> <b>No</b>	<b>List:</b>		<b>MEDICATION</b> <small>(Prescribed or taken on a regular basis.)</small>	<b>Yes</b> <b>No</b>	<b>List:</b>
Diagnosis of asthma?	Yes	No		Loss of function of one of paired organs? <small>(eye/ear/kidney/testicle)</small>	Yes	No
Child wakes during night coughing?	Yes	No		Hospitalizations? When? What for?	Yes	No
Birth defects?	Yes	No		Surgery? <small>(List all.)</small> When? What for?	Yes	No
Developmental delay?	Yes	No		Serious injury or illness?	Yes	No
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes	No		TB skin test positive <small>(past/present)?</small>	Yes*	No
Diabetes?	Yes	No		TB disease <small>(past or present)?</small>	Yes*	No
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes	No		Tobacco use <small>(type, frequency)?</small>	Yes	No
Seizures? What are they like?	Yes	No		Alcohol/Drug use?	Yes	No
Heart problem/Shortness of breath?	Yes	No		Family history of sudden death before age 50? <small>(Cause?)</small>	Yes	No
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No		Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate Other		
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No		<small>Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.</small>		
Eye/Vision problems? <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor <input type="checkbox"/>				<b>Parent/Guardian</b>		
Other concerns? <small>(crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)</small>				<b>Signature</b>		
Ear/Hearing problems?	Yes	No		<b>Date</b>		
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes	No				

Sincerely,



Leah Gauthier, Ed.D.  
Superintendent of Schools

Leah Gauthier, Ed.D.  
Superintendent of Schools

Año escolar 2023/2024

Queridos Padres o Tutores:

El estado de Illinois requiere que todos los estudiantes nuevos que se inscriban y aquellos que ingresan al kinder, sexto, noveno y duodécimo grado presenten el Certificado de Examen de Salud Infantil del Departamento de Salud Pública de Illinois al momento de ingresar. Se espera que todos los estudiantes tengan los formularios apropiados en los archivos de la oficina de salud de la escuela. Tenga en cuenta que es posible que su hijo(a) no pueda ingresar a su escuela para el aprendizaje en persona si esta información no está actualizada y en los archivos de la oficina de salud de su escuela. La registración es en línea. **Los estudiantes de todos los grados también necesitan las hojas de la Información de Salud y la Autorización de Salud, completadas y enviadas.** Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta.

### **Las vacunas deben estar al día con los requisitos que se enumeran a continuación.**

#### **Todos los estudiantes nuevos o que se inscriben, independientemente del grado:**

- \*Un examen físico y un historial de vacunación completo
- \*Una evaluación de **riesgo de plomo** para niños menores de 6 años
- \*La sección del historial médico del formulario médico completada y firmada por el padre / tutor
- \*Sección de requisitos del examen físico que incluye evaluaciones de diabetes y tuberculosis y firma del proveedor de atención médica.
- \*El sello / firma del médico, incluidos el número de teléfono y de fax
- \*Un examen de la vista realizado por un oftalmólogo (para Kinder y *todos* los estudiantes nuevos, excepto preescolar)

#### **Prescolar**

- \*Todo lo anterior (excepto el examen de la vista)
- \*Vacuna HIB
- \*Vacuna antineumocócica
- \*Complete y firme el formulario médico del estudiante del distrito 401 (formulario anual)

#### **Kindergarten**

- \*Un examen físico del año de ingreso a la escuela con vacunas actualizadas y todas los refuerzos de vacunas como:
  - \* Vacuna Dtap
  - \* Vacuna de Polio
  - \*Segunda vacuna MMR
  - \*Segunda vacuna contra la varicela
- \*Un examen dental con fecha dentro de un año del inicio del año escolar
- \*Un examen de la vista realizado por un oftalmólogo dentro del año posterior al ingreso

#### **Grado 2**

- \*Nuevo examen físico *solamente* si el alumno es nuevo en el distrito.
- \*Examen dental

#### **Grado 6**

- \*Un examen físico del año de ingreso a la escuela con vacunas actualizadas y todas los refuerzos de vacunas, incluyendo:
  - \*Vacuna meningocócica
  - \*Vacuna Tdap
- \*Examen dental

#### **Grado 9:**

- \*Un examen físico con fecha dentro de un año del inicio del año escolar
- \*Examen dental

#### **Grado 12**

- \*2 dosis de la vacuna meningocócica. Si recibe su primera dosis al cumplir los 16 años o después, solo se requiere una dosis.

**\*\*Estudiantes en los grados 6-12 participando en un deporte se les pedirá que obtengan un examen físico deportivo. si él o ella ha tenido un examen físico regular dentro de un año, esto puede cumplir con el requisito. Compruebe con la enfermera de su escuela.**

## Recuerde Completar y Firmar esta Sección en el Certificado de Niño Formulario de examen de salud

<small>Last</small>	<small>First</small>	<small>Middle</small>	<b>Birth Date</b> <small>Month/Day/ Year</small>	<b>Sex</b>	<b>School</b>	<b>Grade Level/ ID</b>
<b>HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>						
<b>ALLERGIES</b> <small>(Food, drug, insect, other)</small>	Yes No	List:		<b>MEDICATION</b> (Prescribed or taken on a regular basis)	Yes No	List:
Diagnosis of asthma?	Yes No	Yes No		Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)	Yes No	
Child wakes during night coughing?	Yes No	Yes No		Hospitalizations? When? What for?	Yes No	
Birth defects?	Yes No	Yes No		Surgery? (List all.) When? What for?	Yes No	
Developmental delay?	Yes No	Yes No		Serious injury or illness?	Yes No	
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes No	Yes No		TB skin test positive (past/present)?	Yes* No	*If yes, refer to local health department.
Diabetes?	Yes No	Yes No		TB disease (past or present)?	Yes* No	
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes No	Yes No		Tobacco use (type, frequency)?	Yes No	
Seizures? What are they like?	Yes No	Yes No		Alcohol/Drug use?	Yes No	
Heart problem/Shortness of breath?	Yes No	Yes No		Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes No	Yes No		Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate Other		
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes No	Yes No		Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.		
Eye/Vision problems? <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____				<b>Parent/Guardian</b> Signature _____ Date _____		
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)						
Ear/Hearing problems?	Yes No	Yes No				
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes No	Yes No				

Sinceramente,



Leah Gauthier, Ed.D.  
Superintendente de escuelas

Leah Gauthier, Ed.D.  
Kurator Oświaty

Rok Szkolny 2023/2024

Szanowni Rodzice / Opiekunowie:

Stan Illinois wymaga, aby wszyscy nowi, ponownie zapisujący się uczniowie oraz uczniowie rozpoczynający naukę w klasie zerowej, w szóstej, dziewiątej lub dwunastej przedstawili przy zapisie świadectwo zdrowia dziecka Departamentu Zdrowia Publicznego Illinois. Nie zostało to uchylone i oczekuje się, że wszyscy uczniowie mają odpowiednie formularze w aktach szkolnych. Należy pamiętać, że Twoje dziecko może nie mieć możliwości wejścia do budynku w celu nauczania, jeśli informacje te nie są aktualne i nie znajdują się w aktach szkolnych. Rejestracja odbywa się online. **Uczniowie wszystkich klas muszą również wypełnić i przesłać arkusze Informacji Zdrowotnych i Upoważnień Zdrowotnych.** Wszelkie pytania prosimy kierować do pielęgniarki w budynku szkolnym.

**Szczepienia muszą być aktualne i spełniać poniższe wymagania.**

### Wszyscy nowi studenci, niezależnie od klasy:

- Badanie lekarskie i wszystkie wymagane szczepienia
- Oszacowanie **Ryzyka Kontakt z Ołowiem** dla dzieci do 6 lat
- Część Historii Zdrowia formularza medycznego wypełniona i podpisana przez rodzica / opiekuna
- Pieczęć i podpis lekarza, wraz z numerem telefonu i faksu
- Badanie wzroku wykonane przez okulistę (dla klasy zerowej i wszystkich nowych uczniów z wyjątkiem przedszkola)

### Przedszkole

- Wszystkie powyższe wymagania (oprócz badania wzroku)
- Szczepionka przeciw HIB
- Szczepionka przeciw pneumokokom
- Wypełniony i podpisany Formularz Medyczny Ucznia Okręgu Szkolnego 401 (formularz coroczny)

### Klasa Zerowa

- Badanie lekarskie w ciągu jednego roku od rozpoczęcia roku szkolnego z zaktualizowanymi szczepieniami, w tym boosterami:
  - Szczepionka potrójna przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (Tdap)
  - Polio
  - Druga szczepionka MMR
  - Druga szczepionka przeciwko ospie wietrznej
- Egzamin stomatologiczny w ciągu jednego roku

### Klasa 2

- Nowe badanie lekarskie, *tylko* dla nowych uczniów
- Egzamin stomatologiczny

### Klasa 6

- Badanie lekarskie w ciągu jednego roku od rozpoczęcia roku szkolnego z zaktualizowanymi szczepieniami:
  - Szczepionka przeciwko meningokokom
  - Szczepionka potrójna przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (Tdap)
- Egzamin stomatologiczny

### Klasa 9

- Badanie lekarskie w ciągu jednego roku od rozpoczęcia roku szkolnego
- Egzamin stomatologiczny

### Klasa 12

● 2 dawki szczepionki przeciw meningokokom. Jeśli pierwsza dawka została przyjęta w dniu 16-tych urodzin lub po, wymagana jest tylko jedna dawka.

**\*\*Uczniowie klas 6-12 uczestniczący w sporcie będą zobowiązani do uzyskania oddzielnego badania lekarskiego. Jeśli dziecko miało badanie lekarskie w ciągu jednego roku, może to spełnić wymóg. Aby sprawdzić, proszę skontaktować się z pielęgniarką szkolną.**

od rozpoczęcia nauki w szkole

- Badanie wzroku wykonane przez okulistę w ciągu jednego roku od rozpoczęcia nauki w szkole

## Pamiętaj, aby wypełnić i podpisać tę sekcję na Formularzu Badania Stanu Zdrowia Dziecka

Last			First			Middle			Birth Date Month/Day/ Year			Sex		School			Grade Level/ ID												
<b>HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>																													
<b>ALLERGIES</b> (Food, drug, insect, other)			Yes No		List:										<b>MEDICATION</b> (Prescribed or taken on a regular basis)			Yes No		List:									
Diagnosis of asthma?			Yes No												Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)			Yes No											
Child wakes during night coughing?			Yes No												Hospitalizations? When? What for?			Yes No											
Birth defects?			Yes No												Surgery? (List all.) When? What for?			Yes No											
Developmental delay?			Yes No												Serious injury or illness?			Yes No											
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.			Yes No												TB skin test positive (past/present)?			Yes* No		*If yes, refer to local health department.									
Diabetes?			Yes No												TB disease (past or present)?			Yes* No											
Head injury/Concussion/Passed out?			Yes No												Tobacco use (type, frequency)?			Yes No											
Seizures? What are they like?			Yes No												Alcohol/Drug use?			Yes No											
Heart problem/Shortness of breath?			Yes No												Family history of sudden death before age 50? (Cause?)			Yes No											
Heart murmur/High blood pressure?			Yes No												Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other														
Dizziness or chest pain with exercise?			Yes No												Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.														
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)															<b>Parent/Guardian</b>														
Ear/Hearing problems?			Yes No												<b>Signature</b>														
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?			Yes No												<b>Date</b>														

Z poważaniem,



Leah Gauthier, Ed.D.  
Kurator Oświaty

## **2023 - 2024 Навчальний Рік**

### **Шановні батьки , опікуни**

Штат Іллінойс вимагає , - усі нові учні та учні, що йдуть цього навчального року в preschool-дошкілля, kindergarten- підготовчий клас, та в шостий і дев'ятий класи, повинні надати Відділу Охорони Здоров'я штату Іллінойс, довідку про проходження медичного огляду до початку нового навчального року. Очікується, що усі учні матимуть відповідні документи в шкільному медичному кабінеті. Будь ласка зауважте, що існує така можливість , що дитина не почне навчання, якщо уся інформація не буде оновлена в реєстратурі, в шкільному, медичному офісі.

Реєстрація проводиться онлайн, на шкільній веб-сторінці. Учні всіх класів, також мусять заповнити форми на **Power School**. При потребі будь- якої подальшої інформації звертайтеся до медсестри, в ту школу , де зареєстрована ваша дитина.

### **Запис про щеплення має бути поточним з нижче зазначеними вимогами**

### **Усі нові учні та учні , що змінюють школу, незалежно від класу, повинні**

- Пройти медичний огляд і мати всі необхідні щеплення
- Зробити тест на вміст металу свинцю в крові ( діти 6ть років і менше)
- заповнити і підписати (батьками) медичну форму Health History
- Форма має мати штамп і підпис лікаря, та номер телефону та факс офісу лікаря
- Огляд в офтальмолога ( для підготовчої групи та усіх нових учнів, окрім дошкільнят)

### **Preschool- Дошкільнята**

- Усе вище сказане
- Ніб щеплення
- Вакцинація проти пневмококу
- Заповнена та підписана District 401 Медична форма учня

### **Kindergarten - Підготовча група**

- Медичний огляд ( зроблений на протязі року до початку навчання в школі) з оновленими щепленнями, включаючи бустер ( підсилюючі уколи)
- Dtap (дифтерії, правцю, та кашлюку)
- Поліо
- MMR ( кір, паротит, краснуха) , друга доза

- Вітряна віспа, друга доза
- Огляд в стоматолога ( зроблений на протязі року до початку навчання)
- Огляд в окуліста

### **2 клас**

- Медичний огляд, якщо новий учень
- Огляд в стоматолога

### **6 клас**

- Медичний огляд ( може бути зроблений на протязі року до початку навчання)
- Оновлені щеплення , включаючи :
- Meningococcal
- Tdap щеплення
- Огляд в стоматолога

### **9 клас**

- Медичний огляд (може бути зроблений на протязі року до початку навчання)
- Стоматологічний огляд

### **12 клас**

- Щеплення проти менінгіту- 2 дози ( якщо перша доза була на 16 те день народження або після,- лише потрібно одну дозу)

Учні 6х- 12х класів , що хочуть приймати участь в спортивних секціях /гуртках, мусять мати окремий медичний огляд. Якщо дитина мала звиклий медичний огляд на протязі року до початку занять, то цього буде достатньо.



**Пам'ятайте заповнити та підписати цю частину довідки про медичне обстеження Дитин**

Прізвище            Ім'я    Дата Народження    Стать дитини    Школа    Клас / ID

Заповнено та підписано батьками/опікуном , та завірено лікарем

**Медична історія**

Асма	Так	Ні
Вроджені вади	Так	Ні
Відхилення розвитку	Так	Ні
Захворювання крові	Так	Ні
Діабет	Так	Ні
Травми голови	Так	Ні
Судоми	Так	Ні
Хвороби серця	Так	Ні
Гіпертензія	Так	Ні
Запаморочення		
чи біль в грудях	Так	Ні
Проблеми з зором	Так	Ні

Втрата функції одного з парних органів ( ока, вуха , нирки)            Так    Ні

Госпіталізація	Так	Ні	Коли	Чому
Операції	Так	Ні	Коли	

**Інші хвороби**

ТВ тест	позитивний		негативний	
ТВ хвороба/ туберкульоз	Так	Ні		
Вживання тютюнових виробів	Так	Ні		
Вживання алкоголю	Так	Ні		
Наркотиків	Так	Ні		

Випадки раптової смерті в родині у віці до 50 ти років            Так    Ні

Стоматологія	брекети	місток	пластини	інше
--------------	---------	--------	----------	------

Підпис батьків/ опікуна

Пам'ятайте заповнити та підписати цю частину довідки про медичне обстеження

Last			First			Middle			Birth Date			Sex	School		Grade Level/ ID	
									Month/Day/ Year							
<b>HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>																
<b>ALLERGIES</b> (Food, drug, insect, other)		Yes	No	List:			<b>MEDICATION</b> (Prescribed or taken on a regular basis.)		Yes	No	List:					
Diagnosis of asthma?		Yes	No				Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)		Yes	No						
Child wakes during night coughing?		Yes	No				Hospitalizations? When? What for?		Yes	No						
Birth defects?		Yes	No													
Developmental delay?		Yes	No													
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.		Yes	No				Surgery? (List all.) When? What for?		Yes	No						
Diabetes?		Yes	No				Serious injury or illness?		Yes	No						
Head injury/Concussion/Passed out?		Yes	No				TB skin test positive (past/present)?		Yes*	No	*If yes, refer to local health department.					
Seizures? What are they like?		Yes	No				TB disease (past or present)?		Yes*	No						
Heart problem/Shortness of breath?		Yes	No				Tobacco use (type, frequency)?		Yes	No						
Heart murmur/High blood pressure?		Yes	No				Alcohol/Drug use?		Yes	No						
Dizziness or chest pain with exercise?		Yes	No				Family history of sudden death before age 50? (Cause?)		Yes	No						
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____		Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other _____														
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)																
Ear/Hearing problems?		Yes	No				Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.									
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?		Yes	No				Parent/Guardian Signature					Date				

З повагою

*Lia Gushchuk*

Лія Гус'єр

Суперінтендант/ керівник району 401