

Welcome to PVSchools Online Enrollment Process!

Before you begin, please gather the following information:

- Household information -- address and phone numbers
- Parent information -- birthdate, work and cell phone numbers, email addresses, *proof of residency.
- Student information -- birthdate, demographic and health/medication information
- Emergency Contact - and phone numbers.

Please Note:

- Required fields are marked with a red asterisk
- The school(s) will receive the data exactly as you enter it. Please be careful of spelling, capitalization and punctuation.
- Dates should be entered as MM/DD/YYYY.
- You will be able to upload some required documentation or you can bring the documentation with you to the school.
- After completing this online process you will be contacted by your child's school to finalize the enrollment process. This may require presenting necessary documentation and completing additional paperwork.

In accordance with Arizona Revised Statutes, school districts are required to obtain and maintain verifiable documentation of Arizona residency for all students except in the case of Homeless Children and Youth and Unaccompanied Homeless Youth who are doubled-up . Acceptable Proof of Residency Documents include the following:

- Valid Arizona driver's license
- Arizona identification card or motor vehicle registration
- Real estate deed or mortgage documents
- Property tax bill
- Residential lease or rental agreement
- Water, electric, gas, cable, or phone bill
- Bank or credit card statement
- W-2 wage statement
- Payroll stub
- Certificate of tribal enrollment or other identification issued by a recognized Indian tribe that contains an Arizona address
- Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)

*Proof of residency documents need to match the same name as the person signing the registration form.

After completing this online process you will be contacted by your child's school to finalize the enrollment process and supply any required documents not included in the application.

- Birth Certificate - can be uploaded in the application
- AZ Residency Documentation form **or** AZ Affidavit of Shared Residence Form - Notarized signature is required for Shared Residence (name & signature must match name on proof of residence) , except in the case of Homeless Children and Youth and Unaccompanied Homeless Youth.
- Proof of Residency documentation - see above examples - can be uploaded in the application
- Home Language Survey
- Health Screening Form
- Immunization Record

If you need assistance, please visit pvassist.pvschools.net and click on Online Registration. For further assistance, please call the district office at (602) 449-2375 during school hours or leave a message. A representative will be in touch with you within the next school day.





Arizona Department of Education Arizona Residency Documentation Form

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- ___ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- ___ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- ___ Real estate deed or mortgage documents
- ___ Property tax bill
- ___ Residential lease or rental agreement
- ___ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- ___ Bank or credit card statement
- ___ W-2 wage statement
- ___ Payroll stub
- ___ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- ___ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- ___ Temporary on-base billeting facility (for military families)

- ___ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



**State of Arizona
Affidavit of Shared Residence**

Student Name: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

School Name: _____

School District or Charter Holder: _____

Name of Arizona Resident: _____

I, (resident name) _____ swear or affirm that I am a resident of the State of Arizona and that the persons listed below reside with me at my residence, described as follows:

Persons who reside with me: _____

Location of my residence: _____

I submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and current residence address or physical description of my property:

- ___ Valid Arizona driver’s license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- ___ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- ___ Real estate deed or mortgage documents
- ___ Property tax bill
- ___ Residential lease or rental agreement
- ___ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- ___ Bank or credit card statement
- ___ W-2 wage statement
- ___ Payroll stub
- ___ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- ___ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran’s Administration, Arizona Department of Economic Security)

Printed Name of Affiant: _____

Signature of Affiant: _____

Acknowledgement

State of Arizona
County of _____

The foregoing was acknowledged before me this _____ day of _____, 20____,
By _____.

My Commission Expires: _____

Notary Public



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Home Language Survey

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student first speak or understand?

Student Name _____	District Student ID _____
Date of Birth _____	SSID _____
Parent/Guardian Signature _____	Date _____
District or Charter _____	
School _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

These HLS questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c)). (Revised 01-2020)

SCREENING FORM - VALORACIÓN INICIAL

SCREENING MUST BE COMPLETED WITHIN 45 CALENDAR DAYS OF ENROLLMENT

Enrollment Date: _____ Student ID #: _____ Teacher: _____

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN AT TIME OF REGISTRATION
LOS PADRES DEL ALUMNO LLENAN ESTA SECCIÓN

Student Name [Nombre del alumno]	<input type="checkbox"/> Male [Masculino] <input type="checkbox"/> Female [Femenino]	Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Age [Edad]	Grade [Grado]	School [Escuela]
Last Grade Attended [Último grado al que asistió]	Year Attended [Año en que asistió]		Last School Attended [Última escuela a la que asistió]		
Student Home Address [Dirección de la casa del alumno]		City [Ciudad]	Zip [Zona Postal]	Home Phone [Teléfono de casa]	
Ethnicity [Grupo étnico]	Language Spoken at Home [Idioma que se habla en casa]	Language Spoken by Student [Idioma que habla el alumno]	First Spoken Language of Student [Primer idioma que habló el alumno]		

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____
 [FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL]: _____ [FECHA]: _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE

ACUITY Snellen Test <input type="checkbox"/> SPOT <input type="checkbox"/> Distance: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Near: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>	VISION SUBTEST Ocular Alignment Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Color Deficiency Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEARING Pure Tone <input type="checkbox"/> Impedance <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Right Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Left Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEIGHT _____ WEIGHT _____	NEUROMATURATIONAL/DEVELOPMENTAL Dominance: Hand ____ Eye ____ Leg ____ Fine Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Gross Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Tactile/Kinesthetic: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>
--	--	---

EDUCATIONALLY RELEVANT HEALTH INFORMATION: _____ NURSE SIGNATURE: _____ DATE: _____

TO BE COMPLETED BY CLASSROOM TEACHER

<p>1. VISION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Holds book too close or too far <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Squints or has trouble seeing board <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has trouble with eyes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has weak note taking skills <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>2. SOCIAL or BEHAVIORAL</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays externalizing behaviors (fighting, assaulting, vandalizing) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays internalizing behaviors (fears, phobias, depression, withdrawn) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty with unstructured environments or transitions between activities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty developing or maintaining peer or adult relationships <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays inappropriate types of behavior or feelings under normal circumstances <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>3. MOTOR SKILLS</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has short attention span <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with gross motor development (clumsy or awkward) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with fine motor skills (reaching, grasping, manipulation of objects) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>4. COGNITIVE or ACADEMIC</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Learns very slowly compared to peers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attention problems (short attention span, focused on less relevant stimuli) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in reading: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in writing: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in math: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty acquiring, retaining, recalling, manipulating information <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>5. ADAPTIVE DEVELOPMENT</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor self care skills related to personal hygiene, dress, maintaining personal belongings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor social skills related to working cooperatively with peers, social perceptions, response to social cues, or socially acceptable language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lack of school coping behaviors related to attention to learning tasks, organizational skills, questioning behavior, following directions, and monitoring time use <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p>6. COMMUNICATION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty understanding directions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing ideas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing needs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty producing speech sounds <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>7. HEARING</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does not respond to name, directions, or questions in class <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequently asks for information to be repeated or asks, "What?" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has significantly delayed language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has frequent earaches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seems not to pay attention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>8. TRANSFER STUDENT RECORDS REVIEW</p> <p>Last grade attended: _____ Year attended: _____ Last school attended: _____ Date records requested: _____ Received: _____ Date records reviewed: _____ Reviewer: _____ History of early intervention or special education? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No History of poor performance or progress in school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROBLEM AT THIS TIME <input type="checkbox"/> PROBLEM NOTED: See Administrative Action below.</p> <p>TEACHER SIGNATURE: _____ DATE: _____</p> <p>9. ADMINISTRATIVE ACTION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parents notified in 10 school days if concerns were noted: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Current IEP/Special Education Records Received/Reviewed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for Teacher Assistance Team: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for 504 Plan: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>ADMINISTRATOR SIGNATURE: _____ DATE: _____</p>
--	--

TO BE COMPLETED BY SPEECH LANGUAGE PATHOLOGIST

If student has been screened by the Speech-Language Pathologist, please indicate results: No apparent problems Typical developmental errors

Area(s) of concern: _____

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

¡Bienvenidos al Proceso de Inscripción en Línea de *PVSchools*!

Antes de comenzar, reúnan la siguiente información:

- Información del hogar - Domicilio y números telefónicos.
- Información de los padres de familia - Fecha de nacimiento, números telefónicos de trabajo y celular, correo electrónico y *comprobante de domicilio.
- Información del estudiante - Fecha de nacimiento, datos demográficos, historial médico y medicamentos.
- Información de las personas para contactar en caso de emergencia y respectivos números telefónicos.

Importante:

- Los campos que no se pueden dejar sin responder están marcados con un asterisco rojo.
- Las escuelas recibirán la información exactamente como ustedes la ingresen. Tengan cuidado con la ortografía, mayúsculas y puntuación.
- Las fechas deben ser ingresadas en el formato *MM/DD/YYYY* (mes, día, año).
- Podrán subir algunos de los documentos requeridos de manera electrónica o pueden llevar los documentos a la escuela correspondiente.
- Al terminar este proceso en línea, serán contactados por la escuela de su hijo para finalizar el proceso de inscripción, lo cual puede incluir el presentar documentación necesaria y llenar formularios adicionales.

En apego a los Estatutos Revisados de Arizona, los distritos escolares deben obtener y mantener documentación verificable del domicilio en Arizona de todos sus alumnos, excepto en el caso de niños o jóvenes sin hogar o jóvenes no acompañados de sus padres que vivan con alguien más.

Los documentos que se aceptan como comprobante de domicilio son:

- Licencia de conductor vigente del estado de Arizona
- Identificación emitida por el Departamento de Transporte del Estado de Arizona o registro de su automóvil
- Escrituras o hipoteca del domicilio
- Factura del impuesto a la propiedad (predial)
- Contrato de arrendamiento o alquiler residencial
- Factura de servicios de agua, luz, gas, cable o teléfono
- Estado de cuenta bancario
- Formulario *W-2* de ingresos laborales
- Talón de pago de nómina
- Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene la dirección en Arizona
- Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norteamericana.

*Los documentos de comprobante de domicilio deben coincidir con el nombre de la persona que firma el formulario de inscripción.

Después de completar este proceso en línea serán contactados por la escuela de su hijo para finalizar el proceso de inscripción y proporcionar cualquier documento requerido que no esté incluido en la solicitud.

- Acta/Partida de Nacimiento - Puede subirse electrónicamente en la inscripción en línea.
- Comprobante de domicilio en Arizona o Declaración Jurada de Residencia Compartida (se requiere la firma Notariada en dicha Declaración y el nombre y firma deben coincidir con el nombre en el comprobante de domicilio) excepto en el caso de niños o jóvenes sin hogar o jóvenes no acompañados de sus padres.
- Comprobante de domicilio - Consulten los ejemplos arriba mencionados - Pueden subirse electrónicamente en la inscripción el línea.
- Formulario de Idioma Principal en el Hogar
- Formulario de Valoración de la Salud
- Cartilla o Registro de Vacunación

Si necesitan más información, visiten la página pvassist.pvschools.net, hagan clic en “En Español” y en “Nueva Inscripción”. Para solicitar ayuda, llamen al distrito escolar al (602) 449-2375 durante el horario de escuela o dejen un mensaje. Un representante se pondrá en contacto con ustedes generalmente a más tardar al siguiente día escolar.





Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestre mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Estado de Arizona
Declaración Jurada de Residencia
Compartida

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre/Custodio Legal: _____

Nombre de la Escuela: _____

Distrito Escolar o Propietario de Escuela Subvencionada: _____

Nombre del Residente de Arizona: _____

Yo, (nombre del residente de Arizona) _____ juro o afirmo
quesoy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi
residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo:

Ubicación de me residencia:

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi
nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- ___ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.

- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

Acknowledgment

Estado de Arizona

Condado de _____

Lo anterior fue reconocido ante me este _____ día de _____, 20____,

Por _____.

Mi comisión se vence:

Notario Publico



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)

SCREENING FORM - VALORACIÓN INICIAL

SCREENING MUST BE COMPLETED WITHIN 45 CALENDAR DAYS OF ENROLLMENT

Enrollment Date: _____ Student ID #: _____ Teacher: _____

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN AT TIME OF REGISTRATION
LOS PADRES DEL ALUMNO LLENAN ESTA SECCIÓN

Student Name [Nombre del alumno]	<input type="checkbox"/> Male [Masculino] <input type="checkbox"/> Female [Femenino]	Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Age [Edad]	Grade [Grado]	School [Escuela]
Last Grade Attended [Último grado al que asistió]	Year Attended [Año en que asistió]		Last School Attended [Última escuela a la que asistió]		
Student Home Address [Dirección de la casa del alumno]		City [Ciudad]	Zip [Zona Postal]	Home Phone [Teléfono de casa]	
Ethnicity [Grupo étnico]	Language Spoken at Home [Idioma que se habla en casa]	Language Spoken by Student [Idioma que habla el alumno]	First Spoken Language of Student [Primer idioma que habló el alumno]		

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____
 [FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL]: _____ [FECHA]: _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE

ACUITY Snellen Test <input type="checkbox"/> SPOT <input type="checkbox"/> Distance: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Near: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>	VISION SUBTEST Ocular Alignment Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Color Deficiency Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEARING Pure Tone <input type="checkbox"/> Impedance <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Right Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Left Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEIGHT _____ WEIGHT _____	NEUROMATURATIONAL/DEVELOPMENTAL Dominance: Hand ____ Eye ____ Leg ____ Fine Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Gross Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Tactile/Kinesthetic: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>
--	--	---

EDUCATIONALLY RELEVANT HEALTH INFORMATION: _____ NURSE SIGNATURE: _____ DATE: _____

TO BE COMPLETED BY CLASSROOM TEACHER

<p>1. VISION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Holds book too close or too far <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Squints or has trouble seeing board <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has trouble with eyes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has weak note taking skills <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>2. SOCIAL or BEHAVIORAL</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays externalizing behaviors (fighting, assaulting, vandalizing) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays internalizing behaviors (fears, phobias, depression, withdrawn) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty with unstructured environments or transitions between activities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty developing or maintaining peer or adult relationships <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays inappropriate types of behavior or feelings under normal circumstances <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>3. MOTOR SKILLS</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has short attention span <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with gross motor development (clumsy or awkward) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with fine motor skills (reaching, grasping, manipulation of objects) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>4. COGNITIVE or ACADEMIC</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Learns very slowly compared to peers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attention problems (short attention span, focused on less relevant stimuli) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in reading: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in writing: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in math: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty acquiring, retaining, recalling, manipulating information <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>5. ADAPTIVE DEVELOPMENT</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor self care skills related to personal hygiene, dress, maintaining personal belongings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor social skills related to working cooperatively with peers, social perceptions, response to social cues, or socially acceptable language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lack of school coping behaviors related to attention to learning tasks, organizational skills, questioning behavior, following directions, and monitoring time use <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p>6. COMMUNICATION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty understanding directions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing ideas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing needs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty producing speech sounds <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>7. HEARING</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does not respond to name, directions, or questions in class <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequently asks for information to be repeated or asks, "What?" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has significantly delayed language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has frequent earaches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seems not to pay attention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>8. TRANSFER STUDENT RECORDS REVIEW</p> <p>Last grade attended: _____ Year attended: _____ Last school attended: _____ Date records requested: _____ Received: _____ Date records reviewed: _____ Reviewer: _____ History of early intervention or special education? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No History of poor performance or progress in school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROBLEM AT THIS TIME <input type="checkbox"/> PROBLEM NOTED: See Administrative Action below.</p> <p>TEACHER SIGNATURE: _____ DATE: _____</p> <p>9. ADMINISTRATIVE ACTION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parents notified in 10 school days if concerns were noted: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Current IEP/Special Education Records Received/Reviewed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for Teacher Assistance Team: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for 504 Plan: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>ADMINISTRATOR SIGNATURE: _____ DATE: _____</p>
--	--

TO BE COMPLETED BY SPEECH LANGUAGE PATHOLOGIST

If student has been screened by the Speech-Language Pathologist, please indicate results: No apparent problems Typical developmental errors

Area(s) of concern: _____

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST SIGNATURE: _____ **DATE:** _____