



www.ryeneck.org

APLICACIÓN

para la MATRICULA

PARA SER LLENADO POR PADRES/ TUTORES

Los siguientes documentos son necesarios para que usted pueda registrar a su hijo/a:

1. Uno (1) de los siguientes documentos del niño/a:

- Certificado de nacimiento
- Certificado de bautismo (con las fecha de nacimiento)
- Traducción certificada de un certificado de nacimiento
- Traducción certificada del certificado de bautismo
- Pasaporte (de cualquier país)
- Otra prueba de la edad del niño/a que sea aceptado por el distrito

El distrito tiene que hacer una copia del documento original.

2. Tres (3) otras formas de documentación incluyendo:

- Copia de un alquiler residencial o prueba que la familia es dueña de un apartamento o casa (por ejemplo: documento de hipoteca, escritura, o cuenta de impuesto).
- Otras declaraciones de un tercer partido confirmando que la familia vive en este distrito
- Declaración oficial de tutela del niño/a (si aplicable)

Usted también puedes proporcionar otros documentos para ayudar a inscribir a su niño/a en el distrito, incluyendo:

- Talon de pago
- Formulario de impuesto
- Factura de utilidad o otro tipo de factura
- Documentos de afiliación que muestran residencia en el distrito
- Documento de registro de voto
- Licencia oficial para manejar o aprender a manejar; o identificación oficial de quien no maneja
- Identificación emitida por el estado o gobierno
- Documentos emitidos por agências federales, estatales, o locales (por ejemplo: Oficina de servicios sociales o la oficina de reasentamiento de refugiados)

3. Inquilinos: Por favor completar el Landlord's Affidavit (declaración jurada del propietario). Puedes obtener este formulario de la oficina de registro o del website del distrito.

4. Los siguientes documentos tienen que ser completados y firmados por un doctor en el estado de Nueva York: Evaluación de salud actual, formulario de TB, y pruebas de inmunizaciones. Cada certificado y evaluación tiene que ser firmada por un doctor, asistente médico, o enfermera practicante (que sean autorizados a practicar en Nueva York). La oficina del doctor debe de estar dentro de aproximadamente 50 millas de la frontera del estado.

Si te gustaria mas informacion del proceso de evaluación, por favor mire este guía en el website del estado: “Un guia sobre educacion especial para padres”-

<http://www.p12.nysed.gov/specialed/parentpubs.htm>. Usted también puede contactar a Diane Santangelo, la administradora para educación especial en el Rye Neck School District. Su teléfono es el 914-777-4864.

Usted también puede obtener los documentos de registro en nuestro website:

www.ryeneck.org

Los estudiantes no serán colocados en clases hasta que la documentación médica esté completa.

Gracias,
Dolores Ayaso
Oficina de Registro
(914) 777-4882

**Rye Neck Union Free School District
300 Hornidge Road
Mamaroneck, NY 10543
(914) 777-5200**

Prueba de custodia del niño/a, incluyendo, pero no limitada a un jurado oficial indicando que:

- Eres el padre con quien el niño/a legalmente vive

O

- Eres el padre del niño/a y tienes custodia permanente y total

O

- Si aplicable: Una orden judicial de custodia o documentos de tutela (esto no es un requerimiento)

**Eric Lutinski Ed. D.
Superintendente de Escuelas**

RYE NECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Daniel Warren Elementary School

1310 Harrison Avenue
Mamaroneck, NY 10543

Grados: K- 2

Contacto: Debbie Hutchinson-914-777-4202

dhutchinson@ryeneck.org

F. E. Bellows

200 Carroll Avenue
Mamaroneck, NY 10543

Grados: 3- 5

Contacto: April Laychak-914-777-4602

alaychak@ryeneck.org

Rye Neck Middle School

300 Hornidge Road
Mamaroneck, NY 10543

Grados: 6- 8

Contacto: 914-777-4732

Meegan Lawlor mlawlor@ryeneck.org

Coleen Sullivan csullivan@ryeneck.org

Rye Neck High School

300 Hornidge Road
Mamaroneck, NY 10543

Grados: 9- 12

Contacto: Guidance Office -914-777-4872

Maureen Williams mwilliams@ryeneck.org

Corinne Ryan cryan@ryeneck.org

Para recibir ayuda en español, por favor contactar a Ana Luisa Crivorot (trabajadora social del distrito). Contacto: 914-777-4828; acrivorot@ryeneck.org.

Solicitud de Información Liberación de Registros

PARA: _____

Nombre de la escuela actual

Dirección de la escuela

Pueblo/ Ciudad

Estado

Codigo Postal

RE: _____

Nombre del niño/a

Grado que el niño/a va a empezar

El estudiante mencionado arriba está inscrito en el Rye Neck Union Free School District. Por favor mande los siguientes documentos a la escuela nueva del niño/a:

- Transcripción
- Notas actuales
- Documentos médicos
- Notas de exámenes del estado de Nueva York
- Notas de exámenes
- Documentos de disciplina
- Cualquier información que nos va a ayudar a la colocación del estudiante

Nombre del padre/ tutor _____

Por favor escriba su nombre

Fecha _____

Firma del padre/ tutor

FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE- RYE NECK SCHOOL DISTRICT

For Office Use Only (solo para el uso de la oficina):

Proof of: Legal Residence ☐ Student Number _____
Birth Certificate ☐ Family Number _____
Medical Records ☐ Gender M ☐ F ☐
Academic Records ☐ Entering Grade _____
Custody Papers ☐ Date Entering _____
(If applicable)
Today's Date _____

PARA SER LLENADO POR LOS PADRES/ TUTORES

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante: _____

Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Hermanos/as: _____ Grado _____ Genero _____

Hermanos/as: _____ Grado _____ Genero _____

Estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre
☐ Tutor legal ☐ Padre/ Madre/ Padrasto/ Madrasta
☐ Otro _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/ MADRE:

Madre: Apellido _____ Primer nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección del trabajo _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del trabajo _____ E-Mail _____

Dirección Anterior _____

Padre: Apellido _____ **Nombre** _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección del trabajo _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del trabajo _____ E-Mail _____

Dirección Anterior _____

Última escuela del estudiante _____

Total de años en escuelas americanas _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Programas/ necesidades especiales _____

Historia de salud del estudiante

¿Fue un bebé prematuro? Sí ☐ No ☐ Peso de nacimiento ____ lbs. ____ oz

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o nacimiento? Sí ☐ No ☐

¿Su niño/a tiene alguna de estas condiciones médicas? ☐ Asthma ☐ Allergias

☐ Enfermedad crónica como diabetes, enfermedad del corazón, o distrofia muscular

Por favor proporcione detalles _____

¿Su niño/a ha tenido alguna enfermedad/ operación seria? Sí ☐ No ☐

Por favor proporcione detalles _____

¿Su niño/a usa lentes o tiene problemas visuales? Sí ☐ No ☐

¿Su niño/a ha tenido algún problema o evaluación de audición? Sí ☐ No ☐

¿Su niño/a toma algún medicamento? Sí ☐ No ☐

¿Su niño ha recibido algún servicio especial en el pre-escolar? Sí ☐ No ☐

Firma del padre/ madre/ tutor _____

Nombre del estudiante: _____

Apellido	Primer nombre
----------	---------------

Contacto de Emergencia

Doctor _____ Teléfono _____

Contactos adicionales

1. Nombre _____ Teléfono _____ Relacionamento _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

2. Nombre _____ Teléfono _____ Relacionamiento _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

3. Nombre _____ Teléfono _____ Relacionamiento _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:

Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

Mes Día Año

☐ Masculino

☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

- ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante? ☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió? ☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor? ☐ Madre especifique ☐ Padre especifique
☐ Tutor(es) especifique
- ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)? ☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)? ☐ Inglés ☐ Otro especifique ☐ No sabe hablar
- ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? ☐ Inglés ☐ Otro especifique ☐ No sabe leer
- ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? ☐ Inglés ☐ Otro especifique ☐ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* No No se sabe
☐ ☐ ☐

* En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____
 Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF
INDIVIDUAL
INTERVIEW:

☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL
ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL
ACHIEVED ON
NYSITELL:

☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

Todos los estudiantes de cinco a veinte y uno años tienen el derecho a una educación pública gratuita. Ningún niño puede ser negado a una educación por causa de su raza, color, credo, país de origen, sexo, discapacidad, o estatus migratorio.

Nombre de la escuela:

Número de identificación del estudiante en el distrito:

Fecha de nacimiento (mês/día/año):

Nombre: Apellido, primer nombre, segundo nombre:

Grado:

DIRECCIONES PARA LOS PADRES/ TUTORES

POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR LEA LAS PREGUNTAS ANTES DE RESPONDER.

[Para la pregunta (1) seleccione (✓) la caja que mejor describe a su niño/niña.] Escoja (✓) a solo una respuesta.

1. **El/ la estudiante es hispano/a, latino/a, o de origen español/a?** Hispano/a, Latino/a, o de origen Español/a quiere decir una persona de origen o cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Centroamericana, Sudamericana, o de otra cultura o origen Española (sin importar la raza).

☐

Sí, Hispano/a

☐

No, no es Hispano/a

2. **Seleccione una o más de las siguientes opciones que apliquen a la persona** [Para la pregunta (2) seleccione (✓) al menos UNA respuesta. Seleccione (✓) todas las respuestas que apliquen]

☐

INDIGENA AMERICANO O DE ALASKA: Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Norteamérica y que tiene identificación cultural a través de afiliación de tribu o con reconocimiento de la comunidad (por ejemplo: Cherokee, Mohawk, Inuit).

☐

ASIÁTICA: Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios del sudeste de Asia o del subcontinente de India (por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam).

☐

INDIGENA DE HAWAI O OTRA ISLA DEL PACIFICO: Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa, o otra Isla del Pacífico.

☐

NEGRA: Una persona con origen en uno de los grupos de raza negra de África.

☐

BLANCA: Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Europa, Norte de África, o del Oriente Medio

Firma del padre/ madre/ tutor

Fecha

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario tiene el propósito de abordar la ley McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Sus respuestas a este formulario nos ayuda a determinar si el estudiante cumple con la definición de estar sin hogar y puede estar elegible para recibir ciertos servicios.

Nombre del estudiante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

1. ¿Su dirección actual es arreglo de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Esta situación temporal fue causada por pérdida de hogar o dificultades financieras? ☐ Sí ☐ No

Si usted contestó SÍ a las preguntas arriba, por favor complete el resto de este cuestionario.
Si usted contestó NO, puedes parar aquí.

¿Dónde vive el estudiante ahora? (Escoja una respuesta)

- () Temporarily with relatives or in the home/ apartment of another family **debido a pérdida de hogar**
() Temporarily with an adult who is not the parent/ tutor **debido a pérdida de hogar**
() In a hotel or motel
() In a shelter
() In a place not designated for sleeping (for example: Car, park of trailers, or site of camping)
() In a trailer rented or motor home on private property
() In a garage rented
() Waiting for placement in a temporary family (foster care)

Nombre del padre/ madre/ tutor _____

Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Presentar un registro falso o falsificar registros es una ofensa de acuerdo con la ley (Sección 37.10, Código Penal). Hacer matrícula de un estudiante con documentos falsos resulta en estar responsable for los costos de matrícula o otro costos TEC Sec. 25.002(3)(d).

Firma del padre/ madre/ tutor _____ Fecha _____

Por favor mandar una copia para: Ana Luisa Crivorot (trabajadora social de K-12 y coordinadora de McKinney-Vento)

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program (free school meals) under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Fecha

McKinney-Vento Liaison Signature



FAXED BY _____

DISTRICT _____

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estado legal. Este programa es gratuito para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en la agricultura?

¿Se han mudado durante los últimos 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____ Ciudad _____

Teléfono: (____)-____-____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 845-257-2953, o por correo a Mid-Hudson Migrant Education Program- 353 VH Annex - 1 Hawk Drive New Paltz, NY 12561



Si usted necesita alguna aclaración, por favor llame a la enfermera de su edificio.

Daniel Warren	Wendy Abbatantono, RN	Grados K, 1, 2	777-4210
F.E. Bellows	Kim Barth, RN	Grados 3, 4, 5	777-4610
MS/ HS	Ardijane Mahmud , RN	Grados 6-8, 9-12	777-4810

***Para ayuda en Espanol por favor llamar a la trabajadora social (Ana Luisa Crivorot- 914- 777-4828)**

Exención Médica- Se necesita un certificado (hecho por un doctor licenciado para practicar medicina en el estado de Nueva York) diciendo que una o más de las inmunizaciones requeridas pueden ser perjudiciales a la salud de su niño/a. Este certificado debe de especificar cuáles son las inmunizaciones que pueden ser perjudiciales y las contraindicaciones específicas.

El distrito escolar de Rye Neck acepta una tarjeta de transferencia de inmunización o un documento con la historia de salud de su niño/a (de su escuela anterior) demostrado que se han cumplido los requerimientos del estado de Nueva York

Nosotros confiamos que ustedes entiendan nuestra necesidad de estar seguros que todos nuestros estudiantes tengan las inmunizaciones necesarias y que ustedes van a cooperar con nosotros en nuestros esfuerzos de proteger a todos nuestros estudiantes.

Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría hablar con la enfermera acerca de alguna condición médica de su niño/a, por favor llame a la enfermera de su edificio.

Muchas gracias,

Kim Barth, RN

Ardijane Mahmud , RN

Wendy Abbatantono, RN

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

☐ Allergies	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m²

Percentile (Weight Status Category): ☐ < 5th ☐ 5th- 49th ☐ 50th- 84th ☐ 85th- 94th ☐ 95th- 98th ☐ 99th and >

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ Not Done

Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K ☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
TB- PRN	☐	☐		
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐		

☐ System Review Within Normal Limits				
☐ Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)				
☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
--	---

☐ Additional Information Attached

*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/		☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐ Yes	☐
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ *Family cardiac history reviewed – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
☐ Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
☐ Student is restricted from participation in:					
☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
☐ Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					

Name: _____

DOB: _____

TUBERCULOSIS TESTING / SCREENING – EITHER A OR B MUST BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN

A. PPD (Mantoux):

1. Date Placed: _____ Date Read: _____ Result in mm: _____
2. If PPD is Positive: CXR: _____ Date of Exam: ____/____/____ Result: _____

Treatment: _____

B. Tuberculin screening not indicated _____ (MD must initial)

Date: _____

Provider's Signature: _____

Phone: _____

Provider's Name/Address: _____

Fax: _____

INFORMACIÓN SOBRE NUEVE ESTUDIANTE

Nombre:	Nombre de los padres:
Grado:	Telefono:
Consejero:	Contacto en la escuela anterior:
Fecha:	Telefono:
SALUD EN LA INFANCIA Y SALUD ACTUAL	
¿Algún atraso en el desarrollo del niño/a (por ejemplo: caminando, hablando, o usando la bicicleta)? ¿Alguna condición de salud crónica o grave? ¿Alguna dificultad emocional o de comportamiento (por ejemplo: ansiedad o ausencia crónica en la escuela)?	
ACHIEVEMENTS AND ACCOMPLISHMENTS	
¿Actividades extra curriculares? ¿Hace amigos fácilmente? ¿Algo más que debemos saber (por ejemplo: otros intereses o clubs que participan en la escuela)?	
ACADEMIC STRENGTHS	
- Exámenes estandarizados - Boletín - Premios - Comentario de padres	
ACADEMIC AREAS FOR DEVELOPMENT	
- What type of school setting is your child coming from (urban, suburban, ex-elementary school w/one teacher or departmentalized middle school)? - Did your child ever receive any type of additional help (special education, AIS, private tutoring, remedial support)? ¿Con cuál clase el estudiante tiene más dificultad?	
CASA	
¿Si el estudiante no vive con ambos padres, existe un acuerdo de custodia? ¿Existe alguna orden de protección o petición de PINS? ¿Su familia recibe servicios de alguna agencia?	
COMENTARIOS DE LOS PADRES/ ESTUDIANTE	

Check off as completed:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ MEETING WITH PRINCIPAL | ☐ TUTORIALS YES/NO WHY? | ☐ TOUR |
| ☐ RECORD REVIEW | ☐ PARENT/STUDENT INTERVIEW | ☐ CONTACT PREVIOUS SCHOOL |
| ☐ ID | ☐ LOCKER/HANDBOOK/MAP/BELL SCHEDULE | ☐ COMPUTER |
| ☐ CREATE SCHEDULE | ☐ SCHOOL CALENDAR | ☐ EMAIL TEACHERS |
- SCREENING, IF NECESSARY: ☐ MATH ☐ READING

PERMISSION FORM