



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523

Samone Grixti

Principal of Primary School Carl L. Dixon
(Phone) 914-592-2092 (Fax) 914-592-2163
sgrixti@eufsd.org

Estimados Padres/Tutor,

Para seguridad de los estudiantes, le pedimos a todos los padres/tutores que completen el formulario de permiso de salida adjunto, que autoriza a otro adulto a recoger a su hijo/a. Entendemos que puede haber ocasiones en que usted no pueda recoger a su hijo/a en la escuela.

Solamente las personas autorizadas en el formulario podrán recoger al estudiante.

Por favor dígalas a las personas en su lista que **deben traer identificación con foto** cuando van a recoger su hijo.

Si en algún momento una persona que **no** está su lista viene a buscar a su hijo por favor envíe una nota a la escuela (no podemos aceptar llamadas de teléfono para este cambio), esta debe incluir la fecha, nombre y apellido del estudiante, nombre y número de teléfono de la persona que usted está autorizando y también incluir su firma y número de teléfono donde podemos contactarle.

Si este formulario no se llena y es enviado a la maestra de su hijo/a, el estudiante solo podrá ser recogido por los padres/tutores.

Por último, **después de las 3:00 PM los estudiantes no se dejaran salir por la oficina.** Si llega a recoger a su hijo/a después de las 3:00 PM por favor espere en el área designada. La hora de salida es 3:20 PM (2:55 PM los días lunes, y 11:35 AM cuando es medio día).

Le agradecemos por su cooperación en mantener un ambiente seguro para todos nuestros estudiantes.

Atentamente
Samone Grixti
Director, Dixon Primary School

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

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

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: Date of last seizure: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> 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
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits

Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> 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 Screening	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes					
Hearing Screening: 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 <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION*/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:					
<input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> 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.					

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
HISTORIAL MEDICO

Nombre del estudiante _____ Sexo M ____ F ____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Ciudad, Departament, Pais

Nombre de la Madre _____ Nombre del Papa _____

HISTORIAL DE PARTO

Hubo problemas durante el embarazo? SI ____ NO ____
Fue un parto normal? SI ____ NO ____
Fue el bebé prematuro? SI ____ NO ____
Cuanto peso el bebé al nacer? ____ Lbs. ____ Oz.

HISTORIAL MEDICO Y DESARROLLO

Tiene su hijo dificultad para hablar? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, por favor explique _____

Tiene su hijo alguno de estos hábitos?

chupar el dedo	SI ____	NO ____	golpear la cabeza	SI ____	NO ____
tener miedo	SI ____	NO ____	mecerse	SI ____	NO ____
morderse las unas	SI ____	NO ____	problemas emocionales	SI ____	NO ____

Si respondió Sí, explique _____

Ha tenido su hijo infecciones de oído frecuentes? SI ____ NO ____
Si respondió Sí, en cuál oído? _____ SI ____ NO ____
Tiene su hijo pérdida de audición? SI ____ NO ____
Si respondió Sí, en cuál oído? _____ SI ____ NO ____
En el presente, está bajo cuidado médico? SI ____ NO ____

Tiene su hijo problemas de visión?
Si respondió Sí, explique _____

Cuando fue el último examen de ojos con un profesional? Fecha _____

Usa su hijo espejuelos-anteojos? SI ____ NO ____

Ha visto su hijo al dentista? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, Ha terminado el tratamiento? SI ____ NO ____

Tiene su hijo asma? SI ____ NO ____

Tiene su hijo alergias? SI ____ NO ____

Incluyendo medicinas, abejas o picaduras de insectos

Si respondió Sí, cuales son _____

Tiene su hijo alergias al maní, productos de maní y todo tipo de nueces? SI ____ NO ____

Toma su hijo medicamento regularmente SI ____ NO ____

o de vez en cuando?

Si respondió Sí, cuales son _____

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes:

Operaciones SI ____ NO ____ Un accidente serio SI ____ NO ____

Fractura SI ____ NO ____ Trauma a la cabeza SI ____ NO ____

Si respondió Sí, de detalles _____

Ha sido hospitalizado su hijo por alguna enfermedad? SI ____ NO ____

Nombre de la enfermedad _____

Hospital _____ Fecha _____

Indique cuál de las siguientes tiene o ha tenido su hijo:

convulsiones ____ diabetes ____ varicela ____

sarpullido ____ parálisis cerebral ____ sarpullido ____

fiebre reumática ____ hemorragia nasal ____ tuberculosis ____

escarlatina ____ infección frecuente de la garganta ____ pulmonía ____

Especifique si hay otra enfermedad _____

Indique condiciones que su familia tenga o que haya tenido:

asma ____ problemas de nervios ____ diabetes ____

hipertension ____ tuberculosis ____ convulsiones ____

anemia ____ ataque cardiaco antes de los 45 años

Hay alguna enfermedad o condición médica que causen problema a usted o su familia? SI ____ NO ____

Hay algún otro problema de salud que no está mencionado?

Si respondió Sí, explique _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Medico de la Familia _____

Numero de teléfono _____

**ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICE**

AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITACIÓN O EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

<input type="checkbox"/> La Enfermera Escolar	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones/exámenes físicos según las regulaciones estatales de nueva york
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Historia Social
<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes psicológicos
<input type="checkbox"/> Terapeuta de lenguaje	<input type="checkbox"/> Consentimiento médico según sea necesario después de una lesión o cambio en condición médica
<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas requeridas para terapia; evaluaciones
<input type="checkbox"/> Departamento de Visión	<input type="checkbox"/> Autorización para tomar medicinas durante el día escolar o excursiones escolares
<input type="checkbox"/> Oficial de Admisiones	<input type="checkbox"/> Información sobre una condición médica/tratamiento médico en cual puede tener un impacto en el ambiente escolar
<input type="checkbox"/> Trabajador Social (Escolar)	<input type="checkbox"/> Referencia del médico para servicios (OT, PT)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra:

Autorizo al médico(s) de mi niño, nombrado en esta, a compartir la información siguiente:

Esta información será utilizada para proporcionar un ambiente seguro y saludable y para desarrollar un programa apropiado para el estudiante matriculado. La matrícula del estudiante no depende sobre esta solicitud, aunque para planear el programa más apropiado para este estudiante, la información puede ser requerida. Las inmunizaciones específicas por regulaciones del estado de Nueva York SON REQUERIDAS para la matriculación. Esta solicitud se vence el último día de la matriculación del estudiante en la escuela nombrada y puede ser revocado en cualquier momento, si el pedido para cancelar es hecho por escrito a la dirección en esta forma. Tal revocación no afectará ningún informe recibido antes de la cancelación. Información de salud recibida está protegida y no será revelada sin consentimiento por regulaciones de FERPA. Una copia de esta solicitud ha sido proporcionada a mí y será mandado al apropiado proveedor de salud cuándo esos pedidos son hechos.

Renuncio mi derecho de recibir una copia de esta carta.

(Firma de estudiante de 18 años o más o del Padre/Tutor)**

(Fecha)

**Si un estudiante tiene menos de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar la forma de consentimiento. Si otro representante firma, la autoridad para actuar sobre el beneficio de estudiante: _____

Esta forma se conforma con todas las regulaciones de HIPPA.



ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS

DIXSON PRIMARY SCHOOL

© Karen's Kids 1990

Cuestionario para los padres para estudiantes que entran a Pre-k y Kindergarten

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad: Años ___ Meses _____

Nombre de los Padres _____ Fecha que en que se llenó este cuestionario _____

Lea cada pregunta y ponga una X a donde mejor describa a su hijo. Estas preguntas solamente describen el comportamiento y no hay respuesta correcta o incorrecta.

1. En general, como se mueve su hijo en la casa o el patio?

- muy vacilante en el movimiento
- a veces se tropieza con objetos y se cae
- es seguro de sus movimientos de su cuerpo

Información adicional: _____

2. Se puede cambiar solo y bien de ropa su hijo?

- no se puede vestir solo
- más o menos, con mucha ayuda
- se puede vestir solo, pero necesita ayuda con los botones, cremallera y amarrando
- se puede vestir independientemente

Información adicional: _____

3. Cual mano usa su hijo la mayoría del tiempo para levantar juguetes o dibujar?

- mano derecha
- mano izquierda
- usa ambas por igual

Información adicional: _____

4. Que bien cuida de los juguetes su hijo?

- no los cuida, los rompe
- los desarma; no los puede volver armar
- muy cuidadoso

Información adicional: _____

5. Cómo reacciona su hijo con los extraños?

con mucho miedo con timidez normalmente amigable muy amigable

Información adicional: _____

6. Que bien se adapta su hijo a nuevas actividades o situaciones?

con cautela primero con timidez y toma un poco de tiempo para participar
 ansioso de participar inmediatamente

Información adicional: _____

7. Ha habido alguna separación de los padres?

hospitalización de padre o del hijo?

Edad del niño tiempo que estuvo separado _____

Información adicional: _____

8. A qué tipo de castigo reacciona su hijo?:

nalgada cohibir de las cosas favoritas gritar o hablar en alta voz

Aislamiento-sentarse en una silla o ir a su cama conversar de lo que sucedió

Información adicional: _____

9. Como se comporta su hijo cuando lo tiene que dejar?

reacio, llora la mayoría del tiempo se adapta bien

bien, excepto en ciertas ocasiones

Información adicional: _____

10. Cuando busca de su afecto su hijo?

Información adicional: _____

11. Que cosas le molestan a su hijo?

Por favor comente: _____

12. Como se lleva su hijo con otros niños?

pelea y llora, es egocéntrico primero es tímido y después juega bien

da órdenes, es líder, quiere las cosas a su manera

se comunica y juega bien con otros

Hay otros niños en la casa o en el vecindario que estén disponibles para jugar?

Por favor comente: _____

13. A que le tiene miedo su hijo? ___ Por favor comente: _____

14. Generalmente con qué cosas juega su hijo? Por favor comente: _____

15. Por cuánto tiempo puede hacer su hijo una actividad como un rompecabezas, bloque o libro de colorear?

___ menos de 5 minutos ___ por lo menos 15 minutos ___ por 1/2 hora ___ hasta una (1) hora

Información adicional: _____

16. Qué clase de cosas dibuja su hijo?

___ todavía no está interesado en dibujar ___ hace garabatos ___ dibuja con detalle

___ dibuja formas u objetos definidos ___ hace dibujos que dicen un cuento

17. Que colores puede su hijo nombrar?

___ ninguno

___ unos de los colores básicos: p.ej.; rojo, amarillo, azul, verde, púrpura, naranja, marrón, negro

___ todos los colores básicos y otros más: p.ej.; rosado, blanco, etc.

18. Como cuenta su hijo?

___ nombra números pero no en orden ___ cuenta más de 10

___ cuenta hasta 10 pero salta números o no los nombra

___ cuenta hasta 10, siempre en orden correcto

19. Que tan claro dice las palabras su hijo?

___ Casi no le entiendo lo que dice

___ Le entiendo pero tiene dificultad con algunos sonidos

___ tiene buena pronunciación

Comentarios adicionales: _____

20. Que bien expresa verbalmente lo que piensa su hijo?

___ muy claro ___ casi siempre claro ___ a veces claro ___ nada bien

Información adicional: _____

21. Que bien puede encontrar su hijo cosas que usted nombre?

- casi nunca entiende lo que le digo pregunta cuando las palabras no son familiares
- puede señalar algunos objetos cuando los nombro
- parece entender todas las palabras que digo

Información adicional: _____

22. Puede su hijo seguir instrucciones?

- casi nunca; solo si algo le interesa puede seguir 2 o 3 instrucciones seguidas
- sigue una sola instrucción sencilla
- puede recordar instrucciones largas y las puede llevar a cabo

Información adicional: _____

23. Le gusta a su hijo que le lean?

- le gusta mucho le está comenzando a gustar
- no le gusta que le lean

Información adicional: _____

24. De los cuentos, que recuerda su hijo?

- se acuerda del cuento, anticipa lo que va a suceder y lo dice con palabras
- pide su cuento favorito dando ideas generales sobre el
- no se acuerda del cuento de un momento al otro

Información adicional: _____

25. Describa la habilidad de su hijo para recordar eventos del pasado.

- se le olvidan las cosas rápidamente solo recuerda los eventos recientes
- se acuerda de algunas cosas por largo tiempo
- se acuerda de muchos eventos y detalles

26. Como le dice su hijo de las cosas que él-ella ha hecho?

- trata de explicar solo cuando se le pregunta
- explica lo suficiente para entenderle
- dice todo lo que él-ella hace y describe los eventos con detalle

27. Utilice el resto de líneas para darnos información adicional que nos ayude a planificar la educación de su hijo en el otoño.



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523

Samone Grixti

Principal of Primary School Carl L. Dixon
(Phone) 914-592-2092 (Fax) 914-592-2163
sgrixti@eufsd.org

Formulario de Autorización para recoger al estudiante

Al firmar abajo, yo verifico que he leído y estoy de acuerdo con los reglamentos de Autorización descritos en la hoja adjunta y autorizo a la Escuela Primaria Carl L. Dixon.

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Maestro: _____

Nombre de padres: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Yo autorizo a las personas mencionadas a recoger a mi hijo/a de la Escuela Primaria Carl L. Dixon.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Carl L. Dixson Primary School
ARRIVAL AND DISMISSAL FORM

It is important to have this information for the safety of the children

Student's Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Teacher's Name: _____

Please indicate how your child will be traveling to and from school:

TO SCHOOL

_____ Dropped off at school

_____ By bus from home address: Bus # & Stop _____
(Please circle) EVERYDAY MON TUE WED THU FRI

_____ By bus from other location: Bus # & Stop: _____
(Please circle) EVERYDAY MON TUE WED THU FRI

Include Daycare/Sitter Name: _____

Address: _____

Contact Number: _____

HOME FROM SCHOOL

_____ By bus to home address Bus # & Stop: _____
(Please circle) EVERYDAY MON TUE WED THU FRI

Will be met by _____ Phone #: _____

_____ By bus to another location: Bus # & stop: _____
(Please circle) EVERYDAY MON TUE WED THU FRI

Include Daycare/Sitter Name: _____

Address: _____

Contact Number: _____

PICKED UP AT SCHOOL (Please circle) EVERYDAY MON TUE WED THU FRI

Adults allowed to pick up your child, name, relationship, and phone number.

1. _____

2. _____

3. _____

Parent's signature _____ Date: _____

Carl L. Dixson Primary School

FORMA DE IDA Y REGRESO A CASA DEL COLEGIO

Para la seguridad de los niños esta información es importante

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Maestro: _____

Por favor indique modo de dejar y recoger a su hijo al colegio:

Ida al colegio

_____ llevaré a mi hijo
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

_____ Por bus numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

Ida a casa del colegio

_____ Por bus a domicilio
Numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

_____ Por ruta de bus a otra dirección

Numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Incluir guardería / nombre de niñera: _____

Dirección: _____ Tel #: _____

SERÁ RECOGIDO EN LA ESCUELA (Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes.

Adultos que pueden recoger a su hijo/a, nombre, número telefónico y parentesco.)

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del Padre _____ Fecha: _____



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523

Samone Grixti

Principal of Primary School Carl L. Dixon
(Phone) 914-592-2092 (Fax) 914-592-4258
sgrixti@eufsd.org

Dear Parent/Guardian:

The New York State Department of education has requested that all school districts conduct a district wide screening of all new students entering our district for the purpose of identifying those students who may have possible handicapping conditions or who may be identified as gifted.

In accordance with that regulation, we shall be conducting a screening of _____ which will cover the following areas of development:

Gross and Fine Motor Skills

Concepts

Language Development

Any parent may request information concerning his/her child's screening by contacting the principal of the school at the elementary level.

I have read the above letter regarding the District Screening Plan and understand that my child will be screened in the near future.

El estado de Nueva York requiere que todos los distritos escolares hagan un examen a todos los estudiantes nuevos con el propósito de identificar aquellos que posiblemente tengan una discapacidad o sean dotados.

De acuerdo con la regulación haremos un examen a _____ en las siguientes áreas:

Habilidades Motoras: Finas y Gruesas

Conceptos

Desarrollo Lingüístico

Todos los padres pueden obtener información del examen por medio del director de primaria de su colegio.

Afirmo que he leído la anterior y entiendo que mi hijo se le harán pruebas en el futuro.

Sincerely-Sinceramente,

Samone Grixti
Principal-Director

(Signature Parent/Guardian)(Firma del Padre o Tutor)

(Date)(Fecha)

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
ELMSFORD, NEW YORK 10523

FIELD TRIP RELEASE

Dear Parents or Guardians:

From time to time during the school year, it is advantageous or necessary to send children during school hours to some point in Elmsford or points beyond. If you wish your child to have the advantage of these trips, please give consent and release of any responsibility in case of accident, not due to our negligence, by signing below.

Estimados Padres o Tutores:

De vez en cuando durante el año escolar, los niños toman una excursión durante el horario escolar dentro o fuera de Elmsford. Si desea que su niño participe de estos viajes, por favor firme a continuación y de el permiso y descargo de toda responsabilidad en caso de accidente, que no se deba a negligencia por nuestra parte.

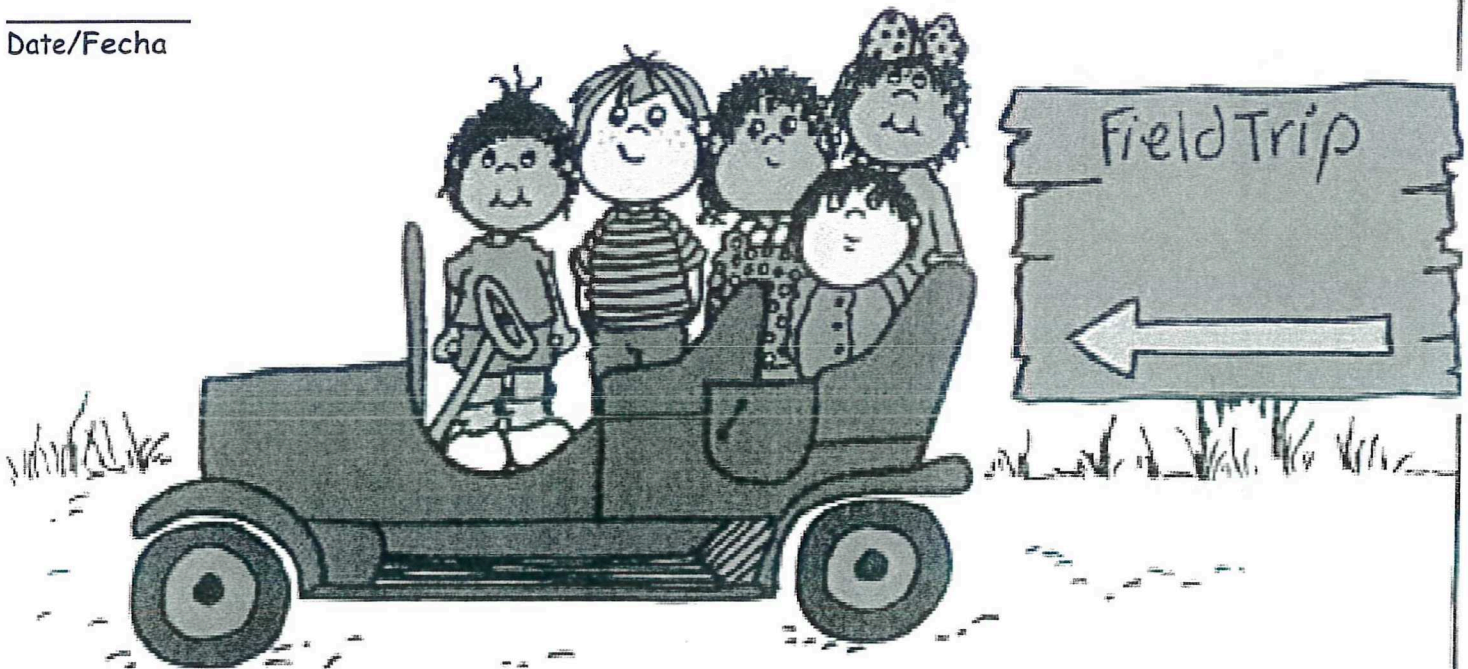
Sincerely,
Sinceramente,

Ms. Samone Grixti
Principal/Director

Student's Name
Nombre del Estudiante

Parent's Signature
Firma del Padre/Tutor

Date/Fecha







Elmsford Union Free School District

98 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523
(Phone) 914-592-3758 (Fax) 914-592-4258

Estimados Padres y Tutores,

Como es de vuestro conocimiento, existen en nuestra escuela una variedad de actividades y programas de bastante interés público tal como celebraciones de logros estudiantiles. Frecuentemente nos vemos expuestos a recibir proposiciones por parte de la prensa como los periódicos, la televisión y otros medios de comunicación, para fotografiar y publicar a nuestros estudiantes en sus horas de trabajo.

Nuestras producciones son transmitidas regularmente por televisión de cable.

Aunque nuestro distrito tendrá mucho cuidado para entregar esta información a los medios de comunicación, no queremos que ninguna fotografía ni nombre de nuestros estudiantes sea identificado o impreso sin el consentimiento de los padres.

Si usted no desea que pongan el nombre de su hijo, su fotografía o imagen, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital por favor escriba una carta indicando su deseo, y envíela al Director de la escuela de su niño.

Desde ya quedamos muy agradecidos por su continua cooperación.

POR FAVOR DEVUELVA EN EL FOLDER DE SU HIJO/A

Doy permiso de que mi hijo/a sea fotografiado/a, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital sea tomado.

SI DOY PERMISO _____

No Doy permiso de que mi hijo/a sea fotografiado/a, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital.

NO DOY PERMISO _____

Nombre del Padre: _____ Firma del Padre _____

Fecha: _____

CARL L. DIXSON PRIMARY

TRANSPORTATION ROUTES PICK-UP & DISCHARGE POINTS

To all drivers: Please pick up monitor in front of Dixson School before beginning run.

Bus Rt. # 1**8:20 AM Bus # 727 – Driver Harry Charles**

35 N. Central
172 Saw Mill River Rd.
Payne & Winthrop
Payne & Sears
Payne & Cabot
Payne & Abbott
Payne & Endicott
Payne & Bryant
Payne & Montgomery
Payne & N Lawrence
Payne & High
15 Payne Rd.
339 Knollwood Rd Ext
2 Knolltop Rd.

Bus Rt. # 2**8:20 AM Bus # 726 – Driver Rosa Velez**

White Plains & N. Lawn
Payne & N. Lawn
White Plains & N. Evarts
White Plains & Sears
White Plains & Cabot
89 Sears Ave.
101 Winthrop Ave.
205 Saw Mill River Rd.

Bus Rt. # 3**8:20 AM Bus # 732 – Driver Jaime Rivera**

Nob Hill Drive & Ridgeview Terrace
Nob Hill Drive & Woodlands Ave.
Undercliff Ave. & Woodlands Ave.
8 W. Main Street

Bus Rt. # 3A**8:25 AM Bus # 553 - Driver Mavda**

83 S. Central Ave.
129 S. Central Ave.
No. End of Babbit Ct. & SMRR
22 Biltom Rd.
Don Lane & White House
Park Ave. W. & Woodlands Ave. N.
Jeffrey Way & Lenroc
Finmor & Lenroc
Drisler & Windom St.
95 Windom St.
217 Worthington Rd.
40 Balmoral Crs.
Drake Ln. & Worthington Rd
2170 Saw Mill River Rd. (Ann & Andy)

Bus Rt. #4**8:15 AM Bus # 730 – Driver Kory Louissaint**

Brentwood Drive & Mailboxes
629 Old White Plains Rd.
579 Benedict Ave.
Town Green Drive @ Bus Stop Bldg. 21
Town Green Drive @ Recycling Ctr

Bus Rt. # 5**8:25 AM Bus # 729 – Driver Michael Campbell**

YMCA – Grady School – PM ONLY
Fairfield Rd. & Wellford Rd.
Canterbury Rd. & Durham Rd.
75 Greenwood Ln.
Parkview Rd. & Rumbrook Rd
Top Parkview Rd. & Valleyview Rd.
124 Parkview Rd.
15 Valleyview Road
Overhill Rd. & Rumbrook Rd.
Overhill Rd. & Parkview Rd.
120 So. Central Ave.

Bus Rt. # 6**8:25AM Bus # 728 – Driver Luz Velasquez**

Old Road & Winthrop
Winthrop & Robbins
Barney & N. French
13 N. French
19 N. Perkins
N. Perkins & Winthrop
Barney & N. Evarts
Barney & N. Goodwin
50 N. Goodwin

Bus Rt. # 7**8:25 AM Bus #731 – Driver Telius Thelusma**

Barney & No. Mortimer
31 N. Mortimer Ave.
48 N. Mortimer
37 N. Hillside Ave.
29 N. Hillside Ave.
N. Hillside & Paulding
Barney & N. Hillside
N. Lawn & Barney
N. Lawn & Paulding
Nepperhan Ave. & Paulding St.
240 Saw Mill River Road
260 Saw Mill River Road
Haven St. & Hayes St.

NOTE: Students should be at stop approximately 5 minutes prior to pickup. During Hazardous weather conditions the buses that go to Payne St Nob Hill Watch Hill ...