



NEW STUDENT RESIDENCY AND REGISTRATION CHECKLIST REQUIRED DOCUMENTS

RESIDENCIA DEL NUEVO ESTUDIANTE E INSCRIPCIÓN LISTA DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS

STUDENT'S NAME: _____
Nombre del estudiante

SCHOOL NAME: _____
Nombre de la escuela

SCHOOL GRADE: _____
Grado

RESIDENCY VERIFICATION Verificación de Residencia

- 1. Affidavit of: Parent/Guardian (Form A1) OR Sponsor (Form A2) OR Legal Residence (Form A3)
2. Homeowners: Mortgage statement, deed or real estate tax bill
3. Two (2) current utility bills
4. Parent/guardian's photo identification

REGISTRATION Inscripción

- 5. Original or copy of original birth certificate or passport
6. Registration form (basic student information form) (Form C)
7. Emergency Contact form (Form D)
8. Request for student records form (Form E)
9. Current report card / high school transcript

HEALTH/OTHER Salud/ Adicionales

- 10. Health Assessment Record (Medical/immunization records) (Form F)
11. Permission for Treatment (Form G for K-8 Students, Form H for GHS Students)
12. Custody Paperwork (if applicable)
13. IEP Evaluations (if applicable-special education)

For School Office Use Only / Para uso exclusivo de la oficina escolar

For Residency Office Use Only / Para uso exclusivo de la oficina de residenc

Empty box for school office use

Empty box for residency office use



**DECLARACION JURADA DEL PADRE/TUTOR
LOS COLEGIOS PUBLICOS DE GREENWICH**

Por la presente certifico que _____ es mi _____
(Nombre del estudiante) (Parentesco)

Y que él/ella vive con: _____ que es _____
(Nombre de la persona) (Parentesco)

en _____
(Domicilio y # de teléfono)

Además certifico que este domicilio es la vivienda legal permanente en la cual el estudiante estará viviendo durante ____ días y ____ noches por semana, que no estoy pagando a nadie para que mi hijo/a resida con otra persona.

Como padre/tutor del estudiante mencionado en este documento y como residente de la ciudad de Greenwich doy fe que la información contenida en este formulario es verídica. Es más, certifico que, como residente permanente de la ciudad de Greenwich el estudiante tiene derecho a la escolarización gratuita. En caso de terminación de la residencia en la ciudad de Greenwich me comprometo a comunicárselo a la Oficina de Residencia de los colegios públicos de Greenwich, en 290 Greenwich Avenue, Greenwich, CT 06830, dentro de los primeros 15 días de dicha terminación, en cuyo caso, el estudiante no tendría derecho a la escolarización gratuita.

Finalmente, entiendo que, si al estudiante se le encontrase asistiendo al colegio público de Greenwich ilegalmente, el Municipio de Greenwich se reserva el derecho de recuperar los costes de tal educación, siendo el que suscribe el responsable de dichos costes.

Entiendo que un perjurio o fraude en este documento puede causar que se me procese bajo los estatutos criminales del estado de Connecticut. Y entiendo que este documento puede ser usado en el tribunal de justicia como evidencia contra mí.

** Si Ud. Es el tutor del estudiante, por favor indique la fecha del comienzo y la procedencia de su autoridad**

Fecha _____ Autoridad _____

Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Nombre en imprenta: _____



DECLARACION JURADA DEL APODERADO LOS COLEGIOS PUBLICOS DE GREENWICH

Por la presente certifico que _____ es mi _____
(Nombre del estudiante) (Parentesco)

Y que él/ella vive legalmente conmigo en:

(Domicilio y # de teléfono)

Además certifico que este domicilio es la vivienda legal permanente en la cual el estudiante estará viviendo conmigo ___ días y ___ noches por semana, que no recibo pagos por tener a este estudiante conmigo y que mi patrocinio no es para obtener acomodaciones escolares.

Certifico que este estudiante vive conmigo porque _____

Como apoderado del estudiante mencionado en este documento y como residente de la ciudad de Greenwich doy fe que la información contenida en este formulario es verídica. Es más, certifico que, como residente permanente de la ciudad de Greenwich el estudiante tiene derecho a la escolarización gratuita. En caso de terminación de la residencia en la ciudad de Greenwich me comprometo a comunicárselo a la Oficina de Residencia de los colegios públicos de Greenwich, en 290 Greenwich Avenue, Greenwich, CT 06830, dentro de los primeros 15 días de dicha terminación, en cuyo caso, el estudiante no tendría derecho a la escolarización gratuita.

Finalmente, entiendo que, si al estudiante se le encontrase asistiendo al colegio público de Greenwich ilegalmente, el Municipio de Greenwich se reserva el derecho de recuperar los costes de tal educación, siendo el que subscribe el responsable de dichos costes.

Entiendo que un perjurio o fraude en este documento puede causar que se me procese bajo los estatutos criminales del estado de Connecticut. Y entiendo que este documento puede ser usado en el tribunal de justicia como evidencia contra mí.

Fecha: _____

Firma del apoderado: _____ Nombre en imprenta: _____



**DECLARACION JURADA DE RESIDENCIA LEGAL /
SIN DOMICILIO / REFUGIO / DOMICILIO DCF
LOS COLEGIOS PUBLICOS DE GREENWICH**

La Junta de Educación de Greenwich, cumpliendo con el estatuto 10-253(d) del estado de Connecticut, requiere que este formulario sea rellenado por cualquier estudiante que declare tener residencia en Greenwich y no resida con sus padres/apoderados y cuyos padres/apoderados no residan en Greenwich. Este formulario es obligatorio cuando la residencia actual del estudiante es cuestionable. El estudiante, el padre/apoderado y la persona con la que reside el estudiante deben rellenar conjuntamente este formulario.

Fecha _____

1. Nombre del estudiante: _____
(Apellidos) (Nombre)

Fecha de nacimiento: _____ (Mes/Día/Año)

2. Domicilio del estudiante en Greenwich: _____
(Número, Calle) (No. de teléfono)

3. Nombre de la persona con quien vive el estudiante: _____

Parentesco _____

Domicilio _____
(Número, Calle) (No. de teléfono)

4. Fecha de traslado a Greenwich del estudiante: _____
(Mes) (Día) (A#o)

5. Previo domicilio del estudiante: _____
(Número, Calle) (Ciudad) (Estado)

6. Colegio precedente _____ Curso _____

7. Nombre del padre del estudiante: _____

Domicilio del padre: _____
(Número, Calle) (Ciudad) (Estado) (No. de teléfono)

8. Nombre de la madre del estudiante : _____

Domicilio de la madre: _____
(Número, Calle) (Ciudad) (Estado) (No. de teléfono)

9. Nombre y domicilio del apoderado legal designado por los tribunales (si aplica):

Firma: _____

Nombre en imprenta: _____



**DECLARACION JURADA DEL PROPIETARIO/ ARRENDATARIO
LOS COLEGIOS PUBLICOS DE GREENWICH**

Yo, _____,
(Nombre del Propietario/Casero/Gerente de la Propiedad)
como propietario o gerente/agente de la propiedad localizada

en _____ No. de teléfono del arrendatario _____
(Calle y #, Ciudad, Estado, Código Postal)

Certifico que estoy alquilando esta vivienda por

_____ a _____ empezando el _____
(Semana/Mes/Año) (Semana/Mes/Año) (Fecha)

Las siguientes personas se identifican como inquilinos teniendo el derecho de ocupar el domicilio:

- Madre/Apoderado: _____
- Padre/Apoderado: _____

Nombre del estudiante en la solicitud de inscripción:

Apellido: _____ Nombre(s): _____

Enumere todas las personas residiendo en el domicilio:

Apellido	Nombre	Parentesco

Como propietario/arrendatario, certifico que notificaré por escrito a la Oficina de Residencia de los Colegios Públicos de Greenwich, al 290 Greenwich Avenue, Greenwich, CT 06830, dentro de los primeros 15 días del vencimiento de este alquiler.

(Firma del Propietario/Arrendatario)

(Nombre)

**ESCUELAS PÚBLICAS DE
GREENWICH
HOJA DE INSCRIPCIÓN**

escriba en letra de imprenta

SCHOOL USE ONLY:		
Start Date: _____	Entering Grade: _____	YOG: _____
Tuition Student: <input type="checkbox"/>	LASID: <input type="text"/>	
Out of District Student: <input type="checkbox"/>	Magnet Student: <input type="checkbox"/>	Sponsored Student: <input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante: _____

Género: F M N

Nombre del medio, si es
nombre compuesto: _____

Fecha de
nacimiento: _____
(MM/DD/AAAA)

Apellido del estudiante: _____

**¿Ha estado este estudiante escolarizado anteriormente
en las escuelas públicas de Greenwich?** Si No Escuela: _____ Grado: _____

**¿Tiene este estudiante hermanos/as que están asistiendo a las escuelas públicas de Greenwich o que se vayan a inscribir
ahora?** Si No

*Si es así, escriba los
nombres de los hermanos/as:* _____

- Condición militar: el padre, madre o tutor forma parte de las Fuerzas Armadas estadounidenses o sirve en La Guardia Nacional a tiempo completo Sí No
- ¿Nació el estudiante en alguno de los 50 estados de los Estados Unidos, en el Distrito de Columbia o en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico? Sí No
- Condición migratoria: los hijos que son o sus padres son trabajadores migratorios en el sector agrícola y durante los últimos 36 meses han viajado cruzando estados y distritos para obtener empleo temporal o de temporada en el sector agrícola o pesquero Sí No
- ¿Ha estado el estudiante escolarizado anteriormente en una escuela de los Estados Unidos? Si No Si es así circule los grados de escolarización:
P3 PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA HABLADO (información requerida por ley estatal)

- ¿Qué idioma utiliza el estudiante con más frecuencia? _____
- ¿Cual es el idioma principal que se habla en el hogar independientemente del idioma que habla el estudiante? _____
- ¿Cuál fue el primer idioma que el estudiante habló? _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO (información requerida por ley estatal)

- ¿Es el estudiante hispano o latino? Definición: Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América Central o Sudamérica, o de cualquier otra cultura de origen español independientemente de la raza de la persona Si No

- Raza del estudiante, marque todas las pertinentes

- Indígena americano o nativo de Alaska:** persona cuyos orígenes se encuentran en la gente originaria de América del Norte, América Central y Sudamérica y que mantienen afiliaciones tribales o vínculos con tales comunidades
- Asiático:** persona cuyos orígenes se encuentran en la gente originaria del lejano oriente, el sureste asiático, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia o Vietnam.
- Negro o afroamericano:** persona cuyos orígenes se encuentran en cualquier grupo racial negro de África
- Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico:** persona cuyos orígenes se encuentran en la gente originaria de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico
- Blanco:** persona cuyos orígenes se encuentran en la gente originaria de Europa, el Oriente Medio y África del Norte

LUGAR DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Nº de la calle	Nombre de la calle	Nº de Apt.
Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES			
PADRE O TUTOR		PADRE O TUTOR	
Nombre:		Nombre:	
Relación con el estudiante:		Relación con el estudiante:	
<i>Si procede</i> Nombre de soltera:		<i>Si procede</i> Nombre de soltera:	
Dirección:		Dirección:	
<i>Designe UN número de teléfono para recibir anuncios automáticos (es decir, cierres climáticos)</i>		<i>Designe UN número de teléfono para recibir anuncios automáticos (es decir, cierres climáticos)</i>	
Teléfono del hogar:	<input type="checkbox"/>	Teléfono del hogar:	<input type="checkbox"/>
Celular:	<input type="checkbox"/>	Celular:	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo:	<input type="checkbox"/>	Teléfono del trabajo:	<input type="checkbox"/>
Dirección de email:		Dirección de email:	
El mas alto nivel de educación:	<HS Bachillerato (High School) Algo de Universidad Licenciatura Universitaria	El mas alto nivel de educación:	<HS Bachillerato (High School) Algo de Universidad Licenciatura Universitaria
Marque todos los que procedan:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>El estudiante vive conmigo</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Tengo autorización para recogerle</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Recibo emails</small> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Tengo acceso al Portal Aspen</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Recibo correo postal</small> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>El estudiante vive conmigo</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Tengo autorización para recogerle</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Recibo emails</small> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Tengo acceso al Portal Aspen</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <small>Recibo correo postal</small> </div> </div>	

HISTORIAL ACADÉMICO

Grado que tiene previsto cursar el estudiante (la escuela toma la decisión final): circule uno P3 PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Última escuela a la que asistió el estudiante incluyendo preescolar _____

Estado o país: _____ ¿Va a entregar el expediente escolar? Sí No

INFORMACIÓN DISCIPLINARIA

Facilite la siguiente información disciplinaria. Si contesta sí a cualquiera de estas preguntas, rogamos nos dé una explicación.

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Ha tomado parte este estudiante en un delito criminal violento sucedido en una escuela según lo define la Ley Estatal? | Sí | No |
| ¿Ha cometido este estudiante una violación escolar de posesión de armas o explosivos que haya resultado en expulsión? | Sí | No |
| ¿Ha participado este estudiante en otro incidente relacionado con "otro tipo de armas" que haya resultado en expulsión? | Sí | No |
| ¿Ha cometido este estudiante cualquier otra infracción disciplinaria, (delitos criminales u ofensas peligrosas)? | Sí | No |

NOTAS/INFORMACIÓN ADICIONAL

Certifico que toda la información facilitada anteriormente es veraz

Nombre del padre o tutor (escriba en letra de imprenta): _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Lista de contactos de emergencia

<u>Padre/Guardián</u>	
Nombre:	
Relación:	
Teléfono del hogar#	
Celular:	
Teléfono del trabajo:	

<u>Padre/Guardián</u>	
Nombre:	
Relación:	
Teléfono del hogar#	
Celular:	
Teléfono del trabajo:	

Anote dos contactos para casos de emergencia a los que les da permiso para recoger y asumir el cuidado temporal de su hijo/a en caso de que usted no esté disponible durante una emergencia. Estos contactos no pueden ser los padres o los tutores legales del estudiante pero sí pueden ser abuelos, tíos, tías, cuidadoras y amigos o vecinos que vivan cerca.

Contacto de emergencia	
Nombre:	
Relación:	
Dirección:	
Teléfono de casa:	
Celular:	
Teléfono del trabajo:	

Recoger Privilegios

Contacto de emergencia	
Nombre:	
Relación:	
Dirección:	
Teléfono de casa:	
Celular:	
Teléfono del trabajo:	

Recoger Privilegios

Doctor del estudiante	
Nombre :	
Dirección::	
Phone Teléfono::	

Dentista del estudiante	
Nombre :	
Dirección::	
Phone Teléfono::	

Al firmar este formulario, usted da permiso a las personas listadas como contactos de emergencia para que recojan a su hijo/a en caso de cierre de emergencia de la escuela, enfermedad del estudiante o pérdida del autobús. Si la información de emergencia cambia durante el año escolar, no se olvide de informar a la escuela lo antes posible. También está dando su consentimiento para que la escuela comparta la información de este formulario con las personas autorizadas

Firma del padre o tutor legal: _____	Fecha: ____ / ____ / ____
Escriba su apellido en letra de imprenta _____ y su nombre: _____	

*****La información contenida en este formulario es privada y debe estar protegida accediendo a ella solamente las personas autorizadas. Esto es necesario para garantizar el cumplimiento con HIPPA, FERPA y los derechos de privacidad del individuo.**

GREENWICH PUBLIC SCHOOLS**REQUEST FOR STUDENT RECORDS**

(Please fill in all information in the blank spaces below.)

DATE: _____

TO LAST SCHOOL ATTENDED:_____
Name of School_____
Dates Attended_____
Address_____
Telephone #_____
City_____
State_____
Zip Code_____
Fax #**Permission is hereby given to release the following records for:**

DATE OF BIRTH: _____

Print Student's Last Name_____
First Name

- Academic Records
- Standardized Test Scores
- Health Records
- Special education/pupil personnel records (e.g. IEP, PPT minutes, evaluations, 504)
- Other (as specified) _____

Please send to:

Name: _____

School: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Telephone #: _____ Fax #: _____

Email: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Name (printed): _____ Relationship to Student: _____

Parent/Guardian Phone #: _____

Parent/Guardian Email: _____



State of Connecticut Department of Education

Health Assessment Record



To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part 1) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the medical evaluation (Part 2) and the oral assessment (Part 3).

State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or registered nurse, licensed pursuant to chapter 378, aphysi-

cian assistant, licensed pursuant to chapter 370, a school medical advisor, or a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or a physician assistant stationed at any military base prior to school entrance in Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a and 10-206). An immunization update and additional health assessments are required in the 6th or 7th grade and in the 9th or 10th grade. Specific grade level will be determined by the local board of education. This form may also be used for health assessments required every year for students participating on sports teams.

Please print

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address (Street, Town and ZIP code)		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone
School/Grade	Race/Ethnicity	<input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic origin
Primary Care Provider	<input type="checkbox"/> American Indian/ Alaskan Native	<input type="checkbox"/> White, not of Hispanic origin
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander
		<input type="checkbox"/> Other
Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*		
Does your child have health insurance?	Y N	If your child does not have health insurance, call 1-877-CT-HUSKY
Does your child have dental insurance?	Y N	

* If applicable

Part 1 — To be completed by parent/guardian.

Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

Please circle **Y** if "yes" or **N** if "no." Explain all "yes" answers in the space provided below.

Any health concerns	Y	N	Hospitalization or Emergency Room visit	Y	N	Concussion	Y	N
Allergies to food or bee stings	Y	N	Any broken bones or dislocations	Y	N	Fainting or blacking out	Y	N
Allergies to medication	Y	N	Any muscle or joint injuries	Y	N	Chest pain	Y	N
Any other allergies	Y	N	Any neck or back injuries	Y	N	Heart problems	Y	N
Any daily medications	Y	N	Problems running	Y	N	High blood pressure	Y	N
Any problems with vision	Y	N	"Mono" (past 1 year)	Y	N	Bleeding more than expected	Y	N
Uses contacts or glasses	Y	N	Has only 1 kidney or testicle	Y	N	Problems breathing or coughing	Y	N
Any problems hearing	Y	N	Excessive weight gain/loss	Y	N	Any smoking	Y	N
Any problems with speech	Y	N	Dental braces, caps, or bridges	Y	N	Asthma treatment (past 3 years)	Y	N
Family History						Seizure treatment (past 2 years)	Y	N
Any relative ever have a sudden unexplained death (less than 50 years old)				Y	N	Diabetes	Y	N
Any immediate family members have high cholesterol				Y	N	ADHD/ADD	Y	N

Please explain all "yes" answers here. For illnesses/injuries/etc., include the year and/or your child's age at the time.

Is there anything you want to discuss with the school nurse? Y N If yes, explain:

Please list any **medications** your child will need to take **in school**:

*All medications taken in school require a separate **Medication Authorization Form** signed by a health care provider and parent/guardian.*

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

Signature of Parent/Guardian

Date

To be maintained in the student's Cumulative School Health Record

Part 2 — Medical Evaluation

Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation and physical examination

Student Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____

I have reviewed the health history information provided in Part 1 of this form

Physical Exam

Note: *Mandated Screening/Test to be completed by provider under Connecticut State Law

*Height _____ in. / _____% *Weight _____ lbs. / _____% BMI _____ / _____% Pulse _____ *Blood Pressure _____ / _____

	Normal	Describe Abnormal	Ortho	Normal	Describe Abnormal
Neurologic			Neck		
HEENT			Shoulders		
*Gross Dental			Arms/Hands		
Lymphatic			Hips		
Heart			Knees		
Lungs			Feet/Ankles		
Abdomen			*Postural <input type="checkbox"/> No spinal abnormality <input type="checkbox"/> Spine abnormality: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Marked <input type="checkbox"/> Referral made		
Genitalia/ hernia					
Skin					

Screenings

*Vision Screening	*Auditory Screening	History of Lead level ≥ 5µg/dL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Date
Type: <u>Right</u> <u>Left</u>	Type: <u>Right</u> <u>Left</u>		
With glasses 20/ 20/	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Pass	*HCT/HGB:	
Without glasses 20/ 20/	<input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Fail	*Speech (school entry only)	
<input type="checkbox"/> Referral made	<input type="checkbox"/> Referral made	Other:	

TB: High-risk group? No Yes PPD date read: _____ Results: _____ Treatment: _____

*IMMUNIZATIONS

Up to Date or Catch-up Schedule: **MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED**

*Chronic Disease Assessment:

Asthma No Yes: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Exercise induced
 If yes, please provide a copy of the **Asthma Action Plan** to School

Anaphylaxis No Yes: Food Insects Latex Unknown source

Allergies If yes, please provide a copy of the **Emergency Allergy Plan** to School

History of Anaphylaxis No Yes Epi Pen required No Yes

Diabetes No Yes: Type I Type II **Other Chronic Disease:** _____

Seizures No Yes, type: _____

This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.
 Explain: _____

Daily Medications (specify): _____

This student may: **participate fully in the school program**
 participate in the school program with the following restriction/adaptation: _____

This student may: **participate fully in athletic activities and competitive sports**
 participate in athletic activities and competitive sports with the following restriction/adaptation: _____

Yes No Based on this comprehensive health history and physical examination, this student has maintained his/her level of wellness.
 Is this the student's medical home? Yes No I would like to discuss information in this report with the school nurse.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number
---	-------------	---

Form F HAR-3 REV. 1/2022

Part 3 — Oral Health Assessment/Screening

Health Care Provider must complete and sign the oral health assessment.

To Parent(s) or Guardian(s):

State law requires that each local board of education request that an oral health assessment be conducted prior to public school enrollment, in either grade six or grade seven, and in either grade nine or grade ten (Public Act No. 18-168). The specific grade levels will be determined by the local board of education. The oral health assessment shall include a dental examination by a dentist or a visual screening and risk assessment for oral health conditions by a dental hygienist, or by a legally qualified practitioner of medicine, physician assistant or advanced practice registered nurse who has been trained in conducting an oral health assessment as part of a training program approved by the Commissioner of Public Health.

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	Date of Exam
School	Grade	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Home Address		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone

Dental Examination Completed by: <input type="checkbox"/> Dentist	Visual Screening Completed by: <input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> APRN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Dental Hygienist	Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Abnormal (Describe) _____ _____ _____ _____	Referral Made: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Risk Assessment	Describe Risk Factors		
<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____	

Recommendation(s) by health care provider: _____

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

 Signature of Parent/Guardian Date

Signature of health care provider	DMD / DDS / MD / DO / APRN / PA / RDH	Date Signed	Printed/Stamped <i>Provider</i> Name and Phone Number
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------	---

Immunization Record

To the Health Care Provider: Please complete and initial below.

Vaccine (Month/Day/Year) Note: *Minimum requirements prior to school enrollment. At subsequent exams, note booster shots only.

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*				Required 7th-12th grade	
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*			Required K-12th grade	
Measles	*	*			Required K-12th grade	
Mumps	*	*			Required K-12th grade	
Rubella	*	*			Required K-12th grade	
HIB	*				PK and K (Students under age 5)	
Hep A	*	*			See below for specific grade requirement	
Hep B	*	*	*		Required PK-12th grade	
Varicella	*	*			Required K-12th grade	
PCV	*				PK and K (Students under age 5)	
Meningococcal	*				Required 7th-12th grade	
HPV						
Flu	*				PK students 24-59 months old – given annually	
Other						

Disease Hx _____
of above (Specify) (Date) (Confirmed by)

<p>Religious Exemption: _____</p> <p>Religious exemptions must meet the criteria established in Public Act 21-6: https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Digest/2020-21/CSDE-Guidance---Immunizations.pdf.</p>	<p>Medical Exemption: _____</p> <p>Must have signed and completed medical exemption form attached. https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DPH/dph/infectious_diseases/immunization/CT-WIZ/CT-Medical-Exemption-Form-final-09272021fillable3.pdf</p>
---	---

KINDERGARTEN THROUGH GRADE 6

- DTaP: At least 4 doses, with the final dose on or after the 4th birthday; students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine.
- Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
- MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
- Hib: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
- Pneumococcal: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
- Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See “HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES” column at the right for more specific information on grade level and year required.
- Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.**

GRADES 7 THROUGH 12

- Tdap/Td: 1 dose of Tdap required for students who completed their primary DTaP series; for students who start the series at age 7 or older a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccines are required, one of which must be Tdap.
- Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
- MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
- Meningococcal: 1 dose
- Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.**
- Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See “HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES” column at the right for more specific information on grade level and year required.

HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES

- August 1, 2017: Pre-K through 5th grade
- August 1, 2018: Pre-K through 6th grade
- August 1, 2019: Pre-K through 7th grade
- August 1, 2020: Pre-K through 8th grade
- August 1, 2021: Pre-K through 9th grade
- August 1, 2022: Pre-K through 10th grade
- August 1, 2023: Pre-K through 11th grade
- August 1, 2024: Pre-K through 12th grade

**** Verification of disease:** Confirmation in writing by an MD, PA, or APRN that the child has a previous history of disease, based on family or medical history.

Note: The Commissioner of Public Health may issue a temporary waiver to the schedule for active immunization for any vaccine if the National Centers for Disease Control and Prevention recognizes a nationwide shortage of supply for such vaccine.

Initial/Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number



IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR ENROLLED STUDENTS IN CONNECTICUT SCHOOLS 2025-2026 SCHOOL YEAR



Preschool		
Hepatitis B	3 doses	last dose must be on or after 24 weeks of age
DTaP	4 doses	by 18 months for programs that begin at 18 months
Polio	3 doses	by 18 months for programs that begin at 18 months
MMR	1 dose	must be on or after the 1st birthday
Varicella	1 dose	must be on or after the 1st birthday
Hepatitis A	2 doses	must be separated by 6 calendar months with 1st dose on or after the first birthday
HiB	1 dose	may have more but at least one must be on or after the 1st birthday ¹
Pneumococcal	1 dose	may have more but at least one must be on or after the 1st birthday ¹
Influenza	1 or 2 doses	1 dose administered yearly between August 1st and December 31st; 2 doses 28 days apart for those receiving flu for the first time. ¹
Kindergarten		
Hepatitis B	3 doses	last dose must be on or after 24 weeks of age
DTaP	4 doses	last dose must be given on or after 4th birthday
Polio	3 doses	last dose must be given on or after 4th birthday
MMR	2 doses	separated by at least 28 days, 1st dose on or after 1st birthday
Varicella	2 doses	separated by at least 3 months, 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease ^{2,3}
Hepatitis A	2 doses	must be separated by 6 calendar months with 1st dose on or after the first birthday
HiB	1 dose	may have more but at least one must be on or after the 1st birthday ¹
Pneumococcal	1 dose	may have more but at least one must be on or after the 1st birthday ¹
Grades 1-6		
Hepatitis B	3 doses	last dose must be on or after 24 weeks of age
DTaP/Td	4 doses	last dose must be given on or after 4th birthday; students who start the series at 7 or older only need 3 doses. ⁴
Polio	3 doses	last dose must be given on or after 4th birthday
MMR	2 doses	separated by at least 28 days, 1st dose on or after 1st birthday
Varicella	2 doses	separated by at least 3 months, 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease ^{2,3}
Hepatitis A	2 doses	must be separated by 6 calendar months with 1st dose on or after the first birthday
Grade 7-12		
Hepatitis B	3 doses	last dose must be on or after 24 weeks of age
Tdap/Td	1 dose	for students who have completed their primary DTaP series (see DTaP/Td requirements in Grade 1-6 section). Students who start the series at 7 or older only need 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine, one of which must be Tdap
Polio	3 doses	last dose must be given on or after 4th birthday
MMR	2 doses	separated by at least 28 days, 1st dose on or after 1st birthday
Varicella	2 doses	separated by at least 3 months, 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease ^{2,3}
Hepatitis A	2 doses	must be separated by 6 calendar months with 1st dose on or after the first birthday ⁵
Meningococcal	1 dose	students should receive conjugate vaccine

Footnotes:

1. Not required for students age 5 and older.
2. A minimum interval of 28 days can be applied if the vaccine has already been administered
3. Verification of varicella disease: must be confirmed in writing by a MD, PA, or APRN
4. DTaP is not administered to children age 7 or older; Tdap may be administered to children 7 and older unless contraindicated
5. Hepatitis A requirement indicated for students born 1/1/07 or later

Additional Series Information:

- All documented doses should meet the age and interval criteria in the [Child and Adolescent Immunization Schedule](#) recommended by the Advisory Committee for Immunization Practices (ACIP) and Published by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html>
- Laboratory confirmation of immunity (a positive titer) is only acceptable for hepatitis A, hepatitis B, measles, mumps, rubella, and varicella
- Two live vaccines that are not administered the same day must be separated by a minimum of 28 days. If they are not separated by at least 28 days, the second dose is not valid.
- New entrants are any students who are new to the school district, including: all preschoolers, all students coming in from Connecticut private, parochial and charter schools located in the same or another community, all students entering kindergarten including those repeating kindergarten, and those moving from any public or private preschool program, even in the same school district. The one exception is students returning from private approved special education placements—they are not considered new entrants.

Contact the Immunization Program for questions regarding children’s immunizations.

Email: DPH.Immunizations@ct.gov

Phone: (860) 509-7929

For the full legal requirements for school entry visit the [Immunization Laws and Regulations](#) page - https://portal.ct.gov/immunization/laws-and-regulations?language=en_US

Commonly Administered Vaccines:	
Vaccine:	Brand Name:
DTaP/IPV/HiB	Pentacel
DTaP/IPV/Hep B	Pediarix
DTaP/IPV/Hep B/HiB	Vaxelis
DTaP/IPV	Kinrix, Quadracel
HiB/Hep B	Comvax
DTaP/HiB	Trihibit
MMRV	ProQuad
PCV 7	Pevnar
PCV 13	Pevnar 13
PCV 15	Vaxneuvance
PCV 20	Pevnar 20
Influenza	Fluzone, FluMist, Flucelvax, FluLaval, Fluarix, Afluria



Permiso para Tratamiento/ Notificación de Riesgo para Grados K - 8

Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Padre/Guardián _____ Teléfono _____

Médico del Estudiante _____ Teléfono del Médico _____

Dentista del Estudiante _____ Teléfono del Dentista _____

Contacto de Emergencia (que no sea padre/guardián): _____ Teléfono _____

Autorización para Atención Médica:

En caso de una emergencia médica o enfermedad, autorizo a las Escuelas Públicas de Greenwich a proporcionar primeros auxilios y/o solicitar tratamiento médico de emergencia y transporte a un hospital. Cualquier hospital o personal médico de emergencia está autorizado para brindar tratamiento a mi hijo/hija de la naturaleza que considere apropiada y consultar con el médico que figura en el Registro del Estudiante.

* Entiendo que COVID-19 es una enfermedad contagiosa que puede seguir presente en la comunidad de Greenwich, y que el distrito escolar ha tomado todas las precauciones razonables para disminuir la propagación al adherirse a las últimas guías establecidas por los CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) y El Departamento de Estado de Salud Pública. Con eso, entiendo y reconozco que habrá un nivel de riesgo de contagio como se aceptaría en cualquier lugar público.

** Un niño/niña sin antecedentes de una reacción alérgica grave puede recibir inyección epinefrina de un maestro certificado si se sospecha una reacción (CT. Ley 14-176). Comuníquese directamente con la enfermera de la escuela si NO desea que su hijo sea incluido en esta ley.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Información del Seguro de Salud del Estudiante

¿Su hijo/hija tiene seguro de salud? Si No

Si su hijo/hija no tiene seguro, le proporcionaremos información sobre el PLAN HUSKY de Connecticut. Su firma significa que la escuela puede proporcionarle información de contacto para el Departamento de Servicio Social de Connecticut. (Agencia administradora del Plan HUSKY) o información sobre como inscribirse en HUSKY.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____ GRADO _____
PADRES _____ TELEFONO _____

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO

Autorización Para Atención Médica:

En caso de una emergencia médica o enfermedad, por la presente autorizo a las Escuelas Públicas de Greenwich para proporcionar primeros auxilios y / o para solicitar tratamiento médico de emergencia y el transporte a un hospital. Cualquier hospital o personal médico de emergencia están autorizados a proporcionar tratamiento a mi hijo(a) de tal naturaleza que estimen pertinentes y consultar con el médico que está nombrado en el Perfil del Estudiante.

Firma de Padre o Madre/Guardián _____ Fecha _____

****Un niño/a sin historial de una severa reaccion alergica podra recibir epinefrina de un maestro certificado si se sospecha de una reaccion (CT. Act 14-176). Por favor comunicarse directamente con la enfermera si NO desea que su hijo/a este incluido bajo esta ley**

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Estamos solicitando autorización para que la enfermera de la escuela administre los medicamentos que se detallan a continuación, si es necesario. Si prefiere usar solo una marca de fábrica (es decir, "Advil") o una forma líquida de estos medicamentos, lleve un recipiente sellado y etiquetado a la oficina de salud donde se almacenará y utilizará solo para su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame al 203-625-8011. **Tenga en cuenta que esta política se aplica únicamente a los estudiantes del campus.**

Porfavor indique cual de estos medicamentos usted autoriza:

	<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>
<u>Acetaminophen</u> (Equivalente genérico de Tylenol) para dolores leves, dolor de cabeza, calambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Ibuprofen</u> (Equivalente genérico a Motrin o Advil) para dolores de músculo, dolor de cabeza, calambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benadryl/Diphenhydramine para urticaria o picazón de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tums/Calcium Carbonate para indigestion ácida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Padre o Madre/Guardián

Fecha

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DE ESTUDIANTE

Su hijo /a tiene seguro médico? Si No

Si su hijo(a) no tiene seguro médico, nosotros le proporcionaremos información sobre el Plan HUSKY de Connecticut. Su firma significa que la escuela puede proporcionar información de contacto del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut (agencia administradora del Plan HUSKY) o información sobre cómo inscribirse en HUSKY.

Firma de Padre o Madre/Guardián _____ Fecha _____