

July 15, 2025

Dear Parents and Guardians,



Greetings and a warm welcome to the 2025-2026 academic school year at ABGS Middle School! On behalf of the entire staff and faculty, we hope you had a restful and enjoyable summer break with your families in good health and high spirits.

As we embark on this journey together, we are excited to foster a nurturing learning environment that encourages growth, creativity, and excellence. Our dedicated team of educators and staff have been diligently preparing to provide your child with a holistic educational experience that helps each child reach their full potential while enriching and stimulating learning experiences.

Throughout the year, we will focus on cultivating not only academic excellence but also essential life skills, values, personal growth, character development and fostering a supportive and inclusive school community. We believe in empowering each student to develop their unique talents and abilities while instilling values of respect, kindness, and empathy. In addition to our comprehensive curriculum, we have planned various extracurricular activities, sports events, and cultural programs to ensure a well-rounded education for our students. These opportunities will help them build confidence, teamwork skills, and explore their interests beyond the classroom. Collaboration between the school and parents is vital, as it plays a pivotal role in supporting the holistic growth of our students. At ABGS, we value the partnership between parents and the school community. Your involvement and support play a crucial role in your child's academic success and overall development.

School re-opens on Tuesday, September 2, 2025. All students should report to school at 7:25am for breakfast, and classes begin at 8:00am.

All students are required to comply with the district's expectations regarding cellphone usage and dress code implemented by the Board of Education. We expect all parents to support us with the implementation of no use of cellphones during school hours and the dress code (additional information included in the packet).

It is important that we have a complete and current emergency contact form. If any information on the emergency contact form should change, please request a new form to update the information.

Please allow me to highlight pertinent opening day reminders:

- **All student schedules are available online.**
- **Breakfast begins at 7:25am in the cafeteria.**
- **Complete and forward the enclosed forms (Student Emergency, Lunch Application, Media Release, and Medical)**
- **Students will use the Visitor Entrance (Bus Students ONLY) as the entrance and all other students will use the entrance by suite 5 (Greenwich) to enter the building.**
- **Students are required to always have ID available.**
- **The dress code is strictly enforced.**
- **No electronic devices allow included but not limited to cellphone, iPad, smart watches, headphones (District Policy enclosed).**

Alverta B. Gray Schultz
Middle School
IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno
Principal
Ext. 4301

lmoreno@hempsteadschools.org

TBA

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal
Ext. 4054

rcosta@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
Dean of Students
Ext. 4390

pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education

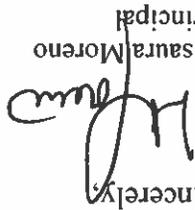
Lastly, we are excited to welcome all the students and families joining our school community this year. We are confident that you will find ABGS to be a place where your child will thrive academically, emotionally, and socially. This school year orientation will take place on Thursday, August 21, 2025, in the cafeteria. There will be two sessions:

Grade Level	Date	Time
8	8/21/25	2:00pm-4:00pm
7	8/21/25	11:00am-1:00pm

In addition, a parent meeting will be held on Thursday, August 21, 2025, at 5:00pm in the Band Box.

Together, let us make this academic year a memorable and rewarding one for all. Thank you for entrusting us with the education and well-being of your children. We are honored to be a part of their growth and development. We take great pride in maintaining open lines of communication. Open communication is the foundation of a strong school-parent relationship. Should you have any questions, concerns, or suggestions, our staff and I are here to listen and assist you. Our door is always open, and we value your input.

Once again, welcome to ABGS Middle School. Wishing you all a fantastic start to the new school year.

Sincerely,

 Lisaura Moreno
 Principal
 ABGS Middle School



Alverta B. Gray Schultz
 Middle School
IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street
 Hempstead, NY 11550
 516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno
 Principal
 Ext. 4301
lmoreno@hempsteadschools.org

TBA

Ms. Rowena Costa
 Assistant Principal
 EX. 4054
rcosta@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
 Dean of Students
 Ext. 4390
pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education



Estimados Padres y Tutores,

¡Saludos y una cálida bienvenida al año escolar académico 2025-2026 en la escuela intermedia ABGS! En nombre de todo el personal y la facultad, esperamos que hayan tenido unas vacaciones de verano tranquilas y agradables con sus familias con buena salud y buen humor.

A medida que nos embarcamos en este viaje juntos, nos entusiasma fomentar un entorno de aprendizaje enriquecedor que fomente el crecimiento, la creatividad y la excelencia. Nuestro equipo dedicado de educadores y personal se ha estado preparando diligentemente para brindarle a su hijo una experiencia educativa holística que ayude a cada niño a alcanzar su máximo potencial mientras enriquece y estimula las experiencias de aprendizaje.

A lo largo del año, nos enfocaremos en cultivar no solo la excelencia académica, sino también las habilidades esenciales para la vida, los valores, el crecimiento personal, el desarrollo del carácter y fomentar una comunidad escolar inclusiva y de apoyo. Creemos en empoderar a cada estudiante para que desarrolle sus talentos y habilidades únicos mientras inculcamos valores de respeto, amabilidad y empatía. Además de nuestro plan de estudios integral, hemos planificado varias actividades extracurriculares, eventos deportivos y programas culturales para garantizar una educación integral para nuestros estudiantes. Estas oportunidades les ayudarán a desarrollar confianza, habilidades de trabajo en equipo y explorar sus intereses más allá del aula. La colaboración entre la escuela y los padres es vital, ya que desempeña un papel fundamental en el apoyo al crecimiento integral de nuestros estudiantes. En la escuela intermedia ABGS, valoramos la asociación entre los padres y la comunidad escolar. Su participación y apoyo juegan un papel crucial en el éxito académico y el desarrollo general de su hijo/a.

La escuela reabre el martes 2 de septiembre del 2025. Todos los estudiantes deben presentarse a la escuela a las 7:25 a.m. para desayunar, y las clases comienzan a las 8:00 a.m.

Se requiere que todos los estudiantes cumplan con las expectativas del distrito con respecto al uso del teléfono celular y el código de vestimenta implementado por la Junta de Educación. Esperamos que todos los padres nos apoyen con la implementación de no usar teléfonos celulares durante el horario escolar y el código de vestimenta (información adicional incluida en el paquete).

Es importante que tengamos un formulario de contacto de emergencia completo y actualizado. Si alguna información en el formulario de contacto de emergencia debe cambiar, solicite un nuevo formulario para actualizar la información.

Por favor, permítanme destacar los recordatorios pertinentes del día de la inauguración:

- **Todos los horarios de los estudiantes están disponibles en línea.**
- **El desayuno comienza a las 7:25 a.m. en la cafetería.**
- **Complete y envíe los formularios adjuntos (Emergencia del estudiante, Solicitud de almuerzo, Comunicado de prensa y Médico)**
- **Los estudiantes usarán la entrada de visitantes (autobús SOLO para estudiantes) como entrada y todos los demás estudiantes usarán la entrada por la suite 5 (Greenwich) para ingresar al edificio.**

Alverta B. Gray Schultz
Middle School
IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno
Principal
Ext. 4301

lmoreno@hempsteadschools.org

TBA

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal
Ex. 4054

rcosta@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
Dean of Students
Ext. 4390

pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education



lgreen@hempssteadschools.org

Ext. 4390

Mrs. Pamela Green
Dean of Students

TBA

rcosta@hempssteadschools.org

EX. 4054

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal

TBA

lmorenog@hempssteadschools.org

Ext. 4301

Lisaura Moreno
Principal

516-434-4300 Fax: 516-483-2549

70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550

IB WORLD SCHOOL

Middle School
Alverta B. Gray Schultz



Escuela Intermedia ABGS

Principal
Lisaura Moreno

Sinceramente

fantástico comienzo del nuevo año escolar.

Una vez más, bienvenidos a la Escuela Intermedia ABGS. Les deseo a todos un

puerta siempre esta abierta y valoramos su opinión.

o sugerencia, nuestro personal y yo estamos aquí para escucharlo y ayudarlo. Nuestra una sólida relación entre la escuela y los padres. Si tiene alguna pregunta, inquietud

de mantener abiertas líneas de comunicación. La comunicación abierta es la base de sentimos honrados de ser parte de su crecimiento y desarrollo. Nos enorgullecemos

para todos. Gracias por confiar en la educación y el bienestar de sus hijos. Nos juntos, hagamos de este año académico un año académico memorable y gratificante

5:00 p.m. en el Band Box.

Además, se llevará a cabo una reunión de padres el jueves 21 de agosto del 2025 a las

Nivel de grado	Fecha	Hora
8	8/21/25	2:00 p.m.-4:00 p.m.
7	8/21/25	11:00 a.m.-1:00 p.m.

cabo el jueves 21 de agosto del 2025 en la cafetería. Habrá dos sesiones:

académica, emocional y socialmente. La orientación de este año escolar se llevará a encontrará en la escuela intermedia ABGS un lugar donde su hijo/a prosperará

familias que se unen a nuestra comunidad escolar este año. Estamos seguros de que Por último, estamos emocionados de dar la bienvenida a todos los estudiantes y

celulares, iPad, relojes inteligentes, auriculares (Política del Distrito adjunta).

No se permiten dispositivos electrónicos incluidos, entre otros, teléfonos

El código de vestimenta se aplica estrictamente.

Se requiere que los estudiantes siempre tengan una identificación disponible.

Parents:

All kids entering **Grades 7-12**
must have the **meningococcal vaccine**.
Without it, they can't start school.

About the Vaccine:

- It's not a new vaccine. It's been recommended for a decade.
- Most parents already choose to vaccinate their children.
- The meningococcal vaccine has been **required** for school entry since Sept. 1, 2016.

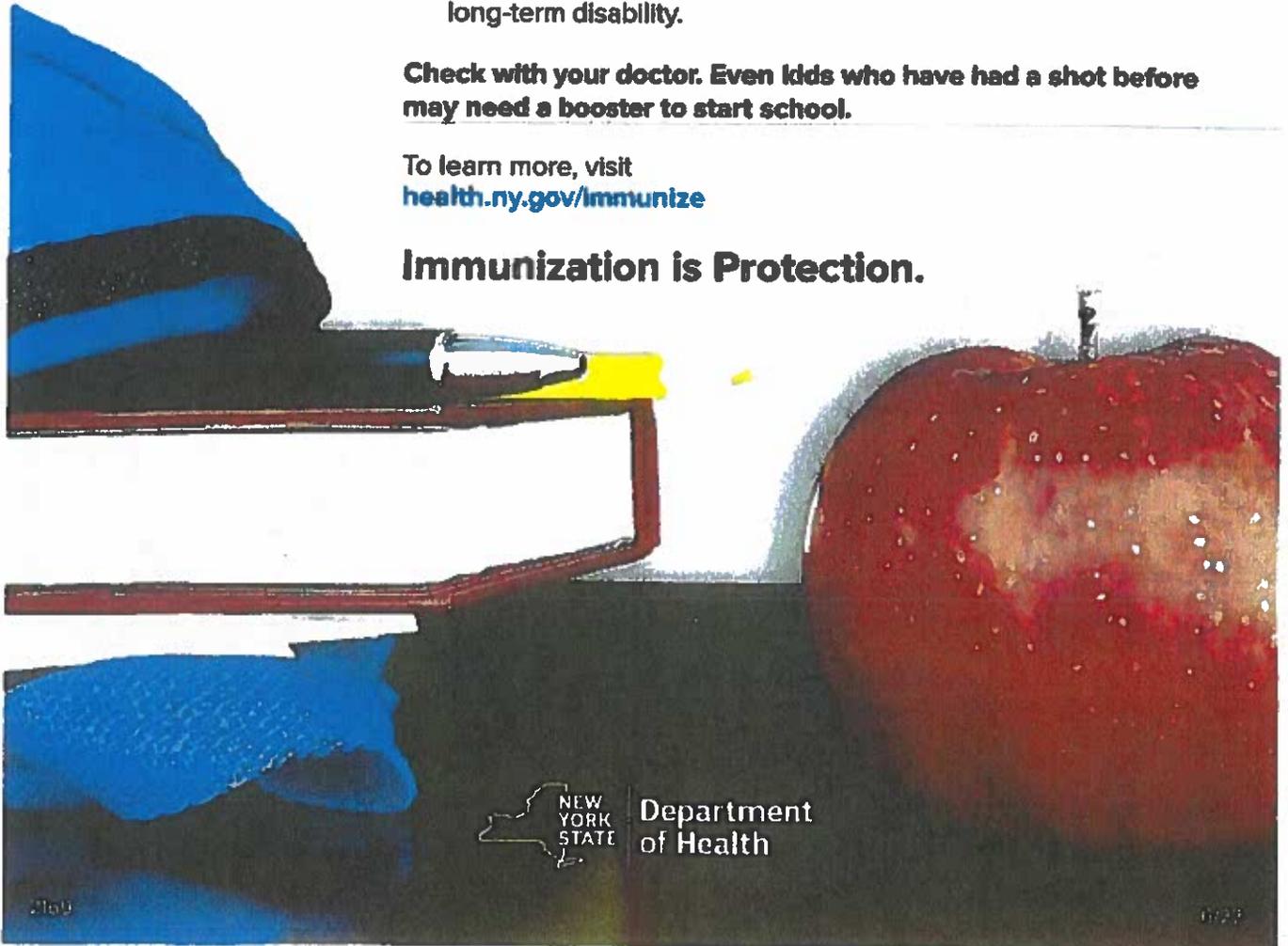
About Meningococcal Disease:

- it causes **bacterial meningitis** and other serious diseases.
- Teens and young adults are at greater risk.
- It comes on quickly and without warning.
- Its symptoms are similar to the flu.
- Every case of this disease can result in death or long-term disability.

Check with your doctor. Even kids who have had a shot before may need a booster to start school.

To learn more, visit
health.ny.gov/immunize

Immunization is Protection.



Department
of Health

Padres de familia:

Todos los niños que ingresan de 7.º a 12.º grado deben tener la vacuna contra el meningococo.

Sin esa vacuna no podrán ir a la escuela.

Acerca de la vacuna:

- No es una vacuna nueva. Es una vacuna recomendada desde hace una década.
- La mayoría de los padres ya vacunan a sus hijos por decisión propia.
- La vacuna contra el meningococo es **obligatoria** para entrar a la escuela desde el 1.º de septiembre de 2016.

Acerca de la enfermedad meningocócica:

- Causa **meningitis bacteriana** y otras enfermedades graves.
- Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen mayor riesgo.
- Se presenta rápidamente y sin señales de advertencia.
- Los síntomas son similares a los de la gripe.
- Cada caso de esta enfermedad puede resultar en la muerte o en una discapacidad a largo plazo.

Hable con su médico. Hasta los niños que ya recibieron antes una vacuna pueden necesitar un refuerzo para empezar la escuela.

Si desea obtener más información, visite health.ny.gov/vacunar

La inmunización es protección.

2025-26 School Year New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance¹

NOTES:

All children must be age-appropriately immunized to attend school in New York State. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Intervals between doses of vaccine must be in accordance with the "ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule." Doses received before the minimum age or intervals shown on the schedule are not valid and do not count toward the number of doses listed below. See footnotes for specific information for each vaccine. Children who are enrolling in gradeless classes must meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

Dose requirements MUST be read with the footnotes of this schedule

Vaccines	Pre-Kindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3, 4 and 5	Grades 6, 7, 8, 9, 10 and 11	Grade 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 doses	5 doses or 4 doses if the 4th dose was received at 4 years or older and the series was started at less than 1 year of age or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older		3 doses
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)³		Not applicable		1 dose given after age 10 years
Polio vaccine (IPV/OPV)⁴	3 doses		4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older	
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR)⁵	1 dose		2 doses	
Hepatitis B vaccine⁶	3 doses		3 doses or 2 doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart and between the ages of 11 years through 15 years	
Varicella (Chickenpox) vaccine⁷	1 dose		2 doses	
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)⁸		Not applicable	Grades 7, 8, 9, 10 and 11: 1 dose	Grade 12: 2 doses or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib)⁹	1 to 4 doses		Not applicable	
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV)¹⁰	1 to 4 doses		Not applicable	

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE 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:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Environmental

Asthma <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____	

Seizures <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type: _____	Date of last seizure: _____

Diabetes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____	Date Drawn: _____

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: No Yes Hypertension: No Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____

System Review and Exam Entirely Normal

Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

<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	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<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
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Additional Information Attached

Name:		DOB:	
SCREENINGS			
Distance Acuity	20/	20/	20/
Distance Acuity With Lenses	20/	20/	20/
Vision - Near Vision			
Vision - Color	Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>		
Hearing	Right db	Left db	Referral
Pure Tone Screening			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Scoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral
Deviation Degree:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK			
<input type="checkbox"/> Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics. <input type="checkbox"/> Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling <input type="checkbox"/> No Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, skiing, swimming and diving, tennis, and track & field <input type="checkbox"/> Other Restrictions:			
<input type="checkbox"/> Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at 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"/> Accommodations: Use additional space below to explain <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor* <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device* <input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator* <input type="checkbox"/> Other:			
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions. Explain:			
MEDICATIONS			
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School attached List medications taken at home:			
IMMUNIZATIONS			
<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS Received Today: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
HEALTH CARE PROVIDER			
Medical Provider Signature:		Date:	
Provider Name: (please print)		Stamp:	
Provider Address:		Phone:	
Fax:		Address:	
Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.			

Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan

American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN

Child's name: _____ Date of plan: _____

Date of birth: ____/____/____ Age ____ Weight: _____ kg

Child has allergy to _____



- Child has asthma. Yes No (If yes, higher chance severe reaction)
 Child has had anaphylaxis. Yes No
 Child may carry medicine. Yes No
 Child may give him/herself medicine. Yes No (If child refuses/is unable to self-treat, an adult must give medicine)

IMPORTANT REMINDER

Anaphylaxis is a potentially life-threatening, severe allergic reaction. If in doubt, give epinephrine.

For Severe Allergy and Anaphylaxis What to look for



If child has ANY of these severe symptoms after eating the food or having a sting, give epinephrine.

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Skin color is pale or has a bluish color
- Weak pulse
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Swelling of lips or tongue that bother breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Many hives or redness over body
- Feeling of "doom," confusion, altered consciousness, or agitation

SPECIAL SITUATION: If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____. Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine.

Give epinephrine! What to do

1. Inject epinephrine right away! Note time when epinephrine was given.
2. Call 911.
 - Ask for ambulance with epinephrine.
 - Tell rescue squad when epinephrine was given.
3. Stay with child and:
 - Call parents and child's doctor.
 - Give a second dose of epinephrine, if symptoms get worse, continue, or do not get better in 5 minutes.
 - Keep child lying on back. If the child vomits or has trouble breathing, keep child lying on his or her side.
4. Give other medicine, if prescribed. Do not use other medicine in place of epinephrine.
 - Antihistamine
 - Inhaler/bronchodilator

For Mild Allergic Reaction What to look for



If child has had any mild symptoms, monitor child. Symptoms may include:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives
- Mild stomach nausea or discomfort

Monitor child What to do

Stay with child and:

- Watch child closely.
- Give antihistamine (if prescribed).
- Call parents and child's doctor.
- If more than 1 symptom or symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine. (See "For Severe Allergy and Anaphylaxis.")

Medicines/Doses

Epinephrine, intramuscular (list type): _____ Dose: 0.10 mg (7.5 kg to less than 13 kg)*
 0.15 mg (13 kg to less than 25 kg)
 0.30 mg (25 kg or more)

Antihistamine, by mouth (type and dose): _____ (*Use 0.15 mg, if 0.10 mg is not available)

Other (for example, inhaler/bronchodilator if child has asthma): _____

Parent/Guardian Authorization Signature _____ Date _____ Physician/HCP Authorization Signature _____ Date _____

Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



Child's name: _____

Date of plan: _____

Additional Instructions:

Contacts

Call 911 / Rescue squad: _____

Doctor: _____

Phone: _____

Parent/Guardian: _____

Phone: _____

Parent/Guardian: _____

Phone: _____

Other Emergency Contacts

Name/Relationship: _____

Phone: _____

Name/Relationship: _____

Phone: _____

Asthma Action Plan

[To be completed by health care provider]

Medical Record # _____

Updated On: _____

Name _____

Date of Birth _____

Address _____

Emergency Contact/Phone _____

Health Care Provider Name _____

Phone _____ Fax _____

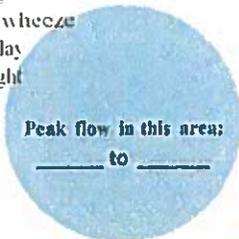
Asthma Severity: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent

Asthma Triggers: Colds Exercise Animals Dust Smoke Food Weather Other

Green Zone (Good)

You have all of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Can work / play
- Sleeps all night



MEDICINE:	HOW MUCH:	WHEN TO TAKE IT:

5-15 minutes before exercise use this medicine

Yellow Zone (Not Feeling Well)

If Not Feeling Well (Yellow Zone)

Take Every Day Medicines and **Add** these Quick-Relief Medicines

You have any of these:

- Cough
- Wheeze
- Tight chest
- Coughing at night

Peak flow in this area: _____ to _____

MEDICINE:	HOW MUCH:	WHEN TO TAKE IT:

Call doctor if these medicines are used more than two days a week

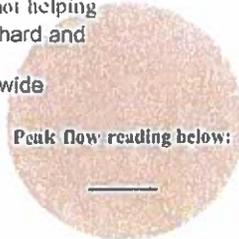
Red Zone (Feeling Very Sick)

If Feeling Very Sick (Red Zone)

Take These Medicines and Get help from a Doctor NOW!

Your asthma is getting worse fast:

- Medicine is not helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Can't walk or talk well
- Ribs show



MEDICINE:	HOW MUCH:	WHEN TO TAKE IT:

SEEK EMERGENCY CARE or CALL 911 NOW if: Lips are bluish, Getting worse fast, Hard to breathe, Can't talk or cry because of hard breathing or has passed out!

Make an appointment with your primary care provider within two days of an ER visit or hospitalization

Health Care Provider Signature _____

Date _____

Patient/Guardian Signature [I have read and understood these instructions] _____

Date _____



Citywide Asthma Initiative
Adapted from Finger Lakes Asthma Action Plan and NHLB
Revised 10/13

WHITE - PATIENT COPY
PINK - SCHOOL/DAY CARE COPY
YELLOW - PROVIDER COPY

Hempstead Public Schools
Provider and Parent Permission to Administer Medication
at School/School Sponsored Events

To Be Completed By Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/HR: _____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; or after the nurse determines my child can take their own medications; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

 Parent/Guardian Signature Date

 Email Phone Where We Can Reach You Check if Cell

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for 1 Year

Diagnosis _____

Medication _____

Dose _____ Route _____ Time(s) _____

Recommendations _____ ICD Code _____

Note: Medication will be given as close to the prescribed time as possible, but may be given up to one hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time-specific concern regarding administration.

Per MEDICAID requirements, frequency & duration as indicated "per" IEP when appropriate.

Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, carry glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

Name/Title of Prescriber (Please Print)	Date	Stamp
Prescriber's Signature	Phone	
Email		

Return to:
 School Nurse: _____ School: _____

School Address: _____
 Phone: () _____ Fax: () _____ Email _____

**Alverta B. Gray Schultz Middle School
School Supplies/Lista De Materiales
School Year 2025-2026**

**Back to School
School
Supply
Lists**



<u>Grade 7th and 8th</u>	<u>7mo y 8vo Grado</u>
<ul style="list-style-type: none"> • One (1) 2" Binders • Five (5) 5-Subject Notebooks (Spiral & perforated) • Loose Leaf Paper • Dividers for each subject • Pocket folders for each subject (4) • Five (5) Marble Compositions Books • Supply of pens, pencils, and markers • Highlighters • Hempstead Public Library Card • One (1) pack of index cards • Two (2) of post-its • Sharpener • Glue Sticks • Headphones • Water bottle • Colored Pencils • TI-84 Plus CE Calculator (Geometry Students only) 	<ul style="list-style-type: none"> • Carpetas de una (1) 2" • Cinco (5) cuadernos de 5 temas individuales (Espiral y perforado) • Papel suelto • Divisores para cada tema • Carpetas de bolsillo para cada tema • Cinco (5) libros de composiciones de mármol • Suministro de bolígrafos, lápices y rotuladores • Resaltadores • Tarjeta de la biblioteca pública de Hempstead • Un (1) paquete de fichas • Dos (2) de post-its • Sacapuntas • Barra de pegamento • Auriculares • Botella de Agua • Lápices de colores • Calculadora TI-84 Plus CE (solo para estudiantes de geometría)



A.B.G.S. Middle School
Student Emergency Contact Form
(Return to homeroom teacher)

Child's Information

Student name

D.O.B

Grade

Parent/Guardian Contact Information

Parent/Guardian Name

Street Address

City

State/Zip Code

Home Telephone

Work

Emergency Contact

Emergency Contact # 1

Telephone #

Relationship

Emergency Contact # 2

Telephone #

Relationship

Please check box above if you authorize the person to pick up your child

*****Please list all special/medical alerts or allergies****

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Medical Authorization

I hereby authorize medical treatment for my child _____ in case of an emergency. I understand that the administrator in charge will contact myself or one of the listed emergency telephone numbers for verbal consent.

Parent's Signature

Date



Escuela Intermedia A.B.G.S
Formulario de Contactos de Emergencia

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante _____
Fecha de Nacimiento _____
Grado _____

Información del Contacto del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado/Código Postal _____
Número de teléfono de casa _____
Número de teléfono del trabajo _____

Información de Contactos de Emergencia

Contacto de Emergencia # 1 _____
Número de teléfono _____
Relación _____

Contacto de Emergencia # 2 _____
Número de teléfono _____
Relación _____

Por favor marque la casilla arriba indicada si autoriza a la persona que recoja a su hijo/a

****Por favor enlistar todas las alergias o condiciones medicas del niño/a****

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Autorización Médica

Yo autorizo el tratamiento médico para mi hijo/a _____
En caso de emergencia. Yo comprendo que el/la administrador/a presente se pondrá en contacto conmigo o una de las personas en la lista de números de emergencia para su consentimiento verbal.

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

**Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 en año no básico
Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda**

Hempstead UFSD participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP") Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene **solamente un formulario** por hogar, firmelo y entréguelo a la escuela arriba mencionada. Si necesita ayuda llame al 516-434-400 . Devuelva aplicaciones completas a: La escuela de su hijo/hija.

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (Incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

**Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12**

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Fírmela y envíela a la escuela de su hijo/hija. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: 516-344-135. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITAN COMPLETAR LA INFORMACIÓN, NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDIPIR DEBE COMPLETAR PARTE 2 Y FIRMAR PARTE 4

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesita firmar la solicitud en PARTE 4. Omite PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDIPIR número.

PARTE 3 TODOS OTROS HOGARES NECESITAN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no reciba ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marid(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar reciba, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual. El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos no deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la caja. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenado. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la caja. Si usted hizo un número de SNAP, TANF o FDIPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

El Richard B. Russell Ley Nacional de Alimento Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asistado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no tiene usted está solicitando para un hijo de un número de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Community Eligibility Provision (CEP)/Provision 2 non-base year Household Income Eligibility Form

Hempstead School District is participating in the Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 in a non-base year. All children in the school will receive meals/milk at no charge regardless of household income or completion of this form. This form is to determine eligibility for additional State and federal program benefits that your child(ren) may qualify for. Read the instructions on the back, complete only one form for your household, sign your name and return it to the school named above. Call 516-434-4137, if you need help.

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	No Income
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:

if anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. Skip to Part 5 and sign the application.

Name: _____ CASE # _____

3. Household Gross Income: List all people living in your household, how much and how often they are paid (weekly, every other week, twice per month, monthly). Do not leave income blank. If no income, check box, if you have listed a foster child above, you must report their personal income.

Name of household member	Earnings from work before deductions Amount / How Often	Child Support, Alimony Amount / How Often	Pensions, Retirement Payments Amount / How Often	Other Income, Social Security Amount / How Often	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Signature: An adult household member must sign this application.

I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school may receive federal funds. The school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: _____

Date: _____

Email Address: _____

Home Phone _____

Work Phone _____

Home Address _____

Total Household Income/How Often: _____

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Denied Eligibility

Household Size: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income

Signature of Reviewing Official

CEP/Provision 2 Non-Base Year Household Income Form INSTRUCTIONS

PART 1

ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE FORM FOR YOUR HOUSEHOLD.

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one form.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household and check the box for each child with no income.

PART 2

HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDIPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.

- (1) List a current SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Temporary Assistance for Needy Families) or FDIPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. Do not use the 16-digit number on your benefit card. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the form in PART 4. **SKIP PART 3** - Do not list names of household members or income if you list a SNAP, TANF or FDIPIR number.

PARTS 3 & 4

ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE ALL OF PARTS 3 AND 4.

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are completing the form for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people living in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions, and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly.** If no income, check the box. The value of any childcare provided or arranged, or any amount received as payment for such childcare or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should not be considered as income for this program.

PRIVACY ACT STATEMENT

The Board of Education recognizes its legal responsibility to maintain the confidentiality of student records. As part of this responsibility, the Board will ensure that eligible students and parents/guardians have the right to inspect and review education records, the right to seek to amend education records and the right to have some control over the disclosure of information from the education record. The procedures for ensuring these rights shall be consistent with state and federal law, including the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA) and its implementing regulations.

The Board also recognizes its responsibility to ensure the orderly retention and disposition of the district's student records in accordance with Schedule ED-1 as adopted by the Board in policy 1120.

The District will use reasonable methods to provide access to student educational records only to those authorized under the law and to authenticate the identity of the requestor.

The Superintendent of Schools shall be responsible for ensuring that all requirements under law and the Commissioner's regulations are carried out by the district.

You can find more information on the Hempstead School District website under section 5500 Student Policy.



Alverta B. Gray Schultz
Middle School
IB WORLD SCHOOL
70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno
Principal
Ext. 4301
lmoreno@hempsteadschools.org

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal
Ex. 4054
rcosta@hempsteadschools.org

Mrs. Damaris Hardial
Assistant Principal
Ext. 4305
dhardial@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
Dean of Students
Ext. 4390
pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education

July 30, 2025

Dear Parents and Guardians,

We are writing to inform you of an important update to our school policy regarding student cell phone use during the school day. Beginning on the first day of school, **Tuesday, September 2, 2025**, students will not be permitted to have access to their cell phones during school hours. To support this policy, we will be collecting all student cell phones at the entrance of the building each morning and securely storing them in Bins/Lockers for the duration of the school day. Phones will be returned/Picked up by students at dismissal. Please be advised that we are not responsible for any broken or lost devices.

We ask for your support and cooperation in reinforcing this policy with your child before the school year begins. If your child brings a phone to school, it must be turned in at the designated collection point each morning.

Thank you for partnering with us to create a positive and productive learning environment. If you have any questions or concerns, please do not hesitate to contact us at 516-434-4300.

Warm regards,

Lisaura Moreno
Principal

30 de julio del 2025

Estimados padres y tutores,

Le escribimos para informarle de una actualización importante de nuestra política escolar con respecto al uso del teléfono celular de los estudiantes durante el día escolar. A partir del primer día de clases, el **martes 2 de septiembre del 2025**, los estudiantes no podrán tener acceso a sus teléfonos celulares durante el horario escolar. Para apoyar esta política, recogeremos todos los teléfonos celulares de los estudiantes en la entrada del edificio cada mañana y los almacenaremos de forma segura en contenedores / casilleros durante la duración del día escolar. Se les devolverán los teléfonos a la salida. Tenga en cuenta que no somos responsables de ningún dispositivo roto o perdido.

Pedimos su apoyo y cooperación para reforzar esta política con su hijo/a antes de que comience el año escolar. Si su hijo/a trae un teléfono a la escuela, debe entregarlo en el punto de recolección designado cada mañana.

Gracias por asociarse con nosotros para crear un entorno de aprendizaje positivo y productivo. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros al 516-434-4300.

Saludos cordiales,

Lisaura Moreno
Directora



Alverta B. Gray Schultz
Middle School
IB WORLD SCHOOL
70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Mrs. Lisaura Moreno
Principal
Ext. 4301
lmoreno@hempsteadschools.org

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal
Ex. 4054
rcosta@hempsteadschools.org

Mrs. Damaris Hardial
Assistant Principal
Ext. 4305
dhardial@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
Dean of Students
Ext. 4390
pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education

2025-2026

Dear Parents/Guardians:

As the 2025-2026 school year quickly approaches, we would like to inform you about our dress code policy implemented by the board of education. ABGS has a clear dress code, which is expected for all students. These expectations are outlined in student planners and Student Handbook.

Our dress code policy is intended to help promote a more effective learning climate, foster school unity and pride.

If parents/guardians are unable to purchase the required dress code due to financial hardship, please contact our school social worker: Mrs. Daubon at 516-434-4336 or adaubon@hempsteadschools.org, so that we can work with you in obtaining dress code for your child.

Students are expected to adhere to the dress code policy beginning the first day of school, September 02, 2025.

Required Dress code Policy for All:

- White or Light blue button-down shirt or polo shirt
- Beige or black khaki pants
- Beige or black skirt/short (knee high)
- Dark blue or black school shoes
- No Crocs/Leggings/Jeans

Dress code is available for purchase at:

Walmart
Stores
1123
Jerusalem Ave
Uniondale, NY

Old Navy
140 Fulton
Ave
Hempstead,
NY

Rainbow Shop
224 Fulton
Ave
Hempstead,
NY

We look forward to a wonderful school year!

Lisaura Moreno
Principal



Alverta B. Gray Schultz
Middle School
IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Mrs. Lisaura Moreno

Principal
Ext. 4301

imoreno@hempsteadschools.org

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal

EX. 4054

rcosta@hempsteadschools.org

Mrs. Damaris Hardial

Assistant Principal

Ext. 4305

dhardial@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green

Dean of Students

Ext. 4390

pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education

2025-2026

Estimados Padres/Tutores:

A medida que se acerca rápidamente el año escolar 2025-2026, nos gustaría informarle sobre nuestra política de código de vestimenta implementada por la junta de educación. La escuela intermedia ABGS tiene un código de vestimenta claro, que se espera de todos los estudiantes. Estas expectativas se describen en los planificadores del estudiante y en el Manual del estudiante.

Nuestra política de código de vestimenta tiene como objetivo ayudar a promover un clima de aprendizaje más efectivo, fomentar la unidad y el orgullo escolar.

Si los padres/tutores no pueden comprar el vestimento requerido debido a dificultades financieras, comuníquese con nuestra trabajadora social de la escuela: Sra. Daubon al 516-434-4336 o adubon@hempsteadschools.org, para que podamos trabajar con usted en la obtención del código de vestimenta para su hijo/a.

Se espera que los estudiantes se adhieran a la política del código de vestimenta a partir del primer día de clases, el 2 de septiembre del 2025.

Política de código de vestimenta requerido para todos:

- Camisa o polo abotonado blanco o azul claro
- Pantalón beige o negro color caqui
- Falda/short beige o negro (asta la rodilla)
- Zapatos colegiales azul oscuro o negros
- No Crocs/Leggings/Jeans

El código de vestimenta esta disponible para su compra en:

Walmart	Old Navy	Rainbow Shop
1123 Avenida de Jerusalén	140 Avenida Fulton	224 Avenida Fulton
Uniondale, NY	Hempstead, Nueva York	Hempstead, Nueva York

¡Esperamos con ansias un maravilloso año escolar!

Lisaura Moreno
Principal



**A.B.G.S Middle School
School Dress Code~Código de Vestimenta
2025-2026**



- **White or Light Blue Button-down Shirt or Polo Shirt**
- **Beige or Black Khaki Pants**
- **Beige or Black Skirt/ Skort**
- **Dark Blue or Black School Shoes**

- **Camisa de Botones o Polo Blanca o Azul**
- **Pantalones Caqui Color Crema o Negro**
- **Falda**
- **Zapatos Escolares Azul Oscuro o Negro**

No Jeans~No Leggings~No Shorts Are Permitted

The Dress Code Policy is Strictly Enforced

No Se Permiten Mahones, Licras, Shorts

La póliza Del Código De Vestimenta Se Aplica Estrictamente





ABGS Middle School
Extra Help Monthly Calendar
School Year 2025-2026
Every Tuesday & Thursday Except Holidays
2:28pm-3:00pm

September	October	November	December	January
2,4	7,9	6	2,4	6,8
9,11	14,16	13	9,11	13,15
16,18	21,23	20	16	20,22
25,30	28,30	25	18	27,29

February	March	April	May	June
5	3,5	2,14	5,7	5
10	10,12	16	12,14	10
12	17,19	21	19,21	12
24	24,26	23,28	26	17
26	31	30	28	24

Note: Open to All Students



Escuela Intermedia ABGS
Calendario de ayuda adicional Mensual
Año escolar 2025-2026
Todos los martes y jueves excepto festivos
2:28pm-3:00pm



Septiembre	2,4	7,9	6	2,4	6,8
Octubre	9,11	14,16	13	9,11	13,15
	16,18	21,23	20	16	20,22
	25,30	28,30	25	18	27,29

Febrero	5	3,5	2,14	5,7	5
	10	10,12	16	12,14	10
	12	17,19	21	19,21	12
	24	24,26	23,28	26	17
	26	31	30	28	24

Nota: Abierto a todos los estudiantes



Alverta B. Gray Schultz
Middle School

IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street
Hempstead, NY 11550
516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno
Principal

Ext. 4301

lmoreno@hempsteadschools.org

Ms. Rowena Costa
Assistant Principal

Ex. 4054

rcosta@hempsteadschools.org

Mrs. Damaris Hardial
Assistant Principal

Ext. 4305

dhardial@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green
Dean of Students

Ext. 4390

pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education

2025-2026

Photo/Video Release Form

Please check one:

_____ I **DO** give permission for my child's photo/video to be printed and/or used in school activities or related organization brochures, new releases, newsletters, and school website. Student name will not be used on the school website.

_____ I **DO NOT** give permission for my child photo/video to be printed and/or used in school activities or related organization brochures, new releases, newsletters, and school website. Student name will not be used on the school website.

It is responsibility of the parents/guardians who have declined for their child's photo to be taken to inform their child to step out of all photo opportunities.

Student name: _____

Parent(s) Guadian (s) Name:

Parent(s) Guadian (s) Signature:

Email: _____

Phone Number: _____

Date: _____

Formulario de Autorización para usar Foto/Video

2025-2026

Por favor maque uno:

Yo **SI** doy permiso para que las fotos/videos de mi hijo se impriman y se use en actividades escolares o folletos de organizaciones relacionadas, comunicados de prensa, boletines informativos y sitio web de la escuela. El nombre del estudiante no se utilizará en el sitio web de la escuela.

Yo **NO** doy permiso para que las fotos/videos de mi hijo se impriman y/o use en actividades escolares o folletos de organizaciones relacionadas, comunicados de prensa, boletines informativos y sitios web de la escuela. El nombre del estudiante no se utilizará en el sitio web de la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del Padre (s) Tutor(es): _____

Firma del Padre/Tutor _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____



Alverta B. Gray Schultz

Middle School

IB WORLD SCHOOL

70 Greenwich Street

Hempstead, NY 11550

516-434-4300 Fax: 516-483-2549

Lisaura Moreno

Principal

Ext. 4301

lmoreno@hempsteadschools.org

Ms. Rowena Costa

Assistant Principal

EX. 4054

rcosta@hempsteadschools.org

Mrs. Damaris Hardial

Assistant Principal

Ext. 4305

dhardial@hempsteadschools.org

TBA

Mrs. Pamela Green

Dean of Students

Ext. 4390

pgreen@hempsteadschools.org



Excellence in Education



A.B.G.S MIDDLE SCHOOL
 BELL SCHEDULE
 2025-2026

Period	BEGIN	END
1	8:00 am	8:47am
Homeroom	8:47 am	8:50am
2	8:52am	9:39am
3	9:41am	10:28am
Lunch A	10:30am	11:10am
5A	11:12am	11:59am
4	10:30am	11:17am
Lunch B	11:19am	11:59am
5	11:19am	12:06pm
Lunch C	12:08pm	12:48pm
6	12:01pm	12:48pm
7	12:50pm	1:37pm
8	1:39pm	2:26pm

Cohort A 1, 2, 3, A, 5A, 6, 7, 8

Cohort B 1, 2, 3, 4, B, 6, 7, 8

Cohort C 1, 2, 3, 4, 5, C, 7, 8

Tuesday and Thursdays Extra help
2:28pm-3:00pm



A.B.G.S MIDDLE SCHOOL
Half-Day BELL SCHEDULE

Semester 1 2025-2026

Period	BEGIN	END
2	8:00am	8:48am
Homeroom	8:48am	8:50am
3	8:52am	9:40am
7	9:42am	10:30am
8	10:32am	11:20am
Lunch/Dismissal	Grab and Go	

November 4, 2025- Professional Development

November 18, 2025- Parent-Teacher Conference

November 26, 2025- District wide Emergency Evacuation

February 3, 2026- Parent-Teacher Conference

May 6, 2026- Parent-Teacher Conference

ESCUELA INTERMEDIA A.B.G.S
 Horario Escolar para Mitad de Día
 Semestre 1 2025-2026



Almuerzo/Hora de Salida		Para llevar
Periodo	2	Empieza
	8:00am	8:48am
Aula	8:48am	8:50am
3	8:52am	9:40am
7	9:42am	10:30am
8	10:32am	11:20am
		Termina

4 de noviembre del 2025 - Desarrollo Profesional
 18 de noviembre del 2025 - Reunión de padres y maestros
 26 de noviembre del 2025 - Evacuación de emergencia en todo el distrito
 3 de febrero del 2026 - Reunión de padres y maestros
 6 de mayo del 2026 - Reunión de padres y maestros



A.B.G.S MIDDLE SCHOOL
Half-Day BELL SCHEDULE

Semester 2 2025-2026

Period	BEGIN	END
1	8:00am	8:48am
Homeroom	8:48am	8:50am
3	8:52am	9:40am
7	9:42am	10:30am
8	10:32am	11:20am
Lunch/Dismissal	Grab and Go	

November 4, 2025- Professional Development

November 18, 2025- Parent-Teacher Conference

November 26, 2025- District wide Emergency Evacuation

February 3, 2026- Parent-Teacher Conference

May 6, 2026- Parent-Teacher Conference

ESCUELA INTERMEDIA A.B.G.S
 Horario Escolar para Mitad de Día
 Semestre 2 2025-2026



4 de noviembre del 2025 - Desarrollo Profesional
 18 de noviembre del 2025 - Reunión de padres y maestros
 26 de noviembre del 2025 - Evacuación de emergencia en todo el distrito
 3 de febrero del 2026 - Reunión de padres y maestros
 6 de mayo del 2026 - Reunión de padres y maestros

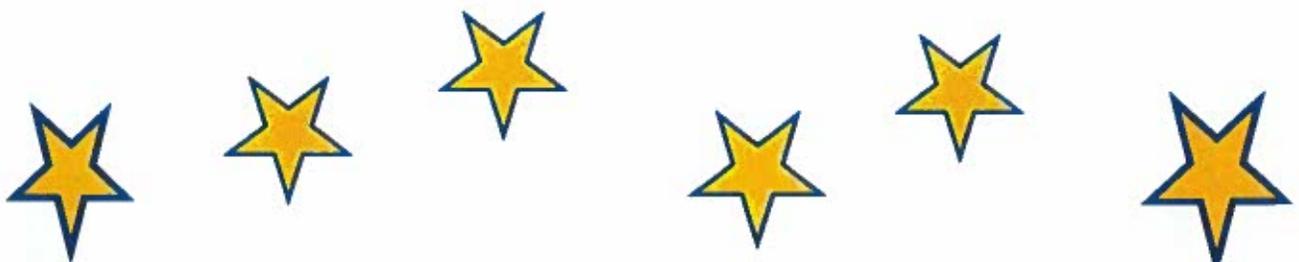
Almuerzo/Hora de Salida		Para llevar
Periodo	1	Empieza
	8:00am	8:48am
Aula	8:48am	8:50am
	8:52am	9:40am
	9:42am	10:30am
	10:32am	11:20am



ABQS MIDDLE SCHOOL ACADEMIC AWARDS
CEREMONY DATES FOR 2025 - 2026

7 TH GRADE AWARD ASSEMBLY DATES			
DATE	EVENT	PERIOD	LOCATION
November 20, 2025	1 ST QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
February 5, 2026	2 ND QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
April 30, 2026	3 RD QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
June 4, 2026	END OF YEAR AWARDS CEREMONY	8 TH	BANDBOX

8 TH GRADE AWARD ASSEMBLY DATES			
DATE	EVENT	PERIOD	LOCATION
November 21, 2025	1 ST QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
February 6, 2026	2 ND QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
May 1, 2026	3 RD QTR. AWARDS	8 TH	BANDBOX
June 5, 2026	END OF YEAR AWARDS CEREMONY	8 TH	BANDBOX



PREMIOS ACADÉMICOS DE LA
 ESCUELA INTERMEDIA ABQS

FECHAS DE LA CEREMONIAS 2025 - 2026

FECHAS DE LA ASAMBLEA DE PREMIOS DE 7º GRADO			
FECHA	EVENTO	PERIODO	UBICACIÓN
20 de noviembre del 2025	PREMIOS DEL 1º TRIMESTRE	8TH	BANDBOX
5 de febrero del 2026	PREMIOS DEL 2º TRIMESTRE	8TH	BANDBOX
30 de abril del 2026	PREMIOS DEL 3º TRIMESTRE	8TH	BANDBOX
4 junio del 2026	ENTREGA DE PREMIOS DE FIN DE CURSO	8TH	BANDBOX

FECHAS DE LA ASAMBLEA DE PREMIOS DE 8º GRADO			
FECHA	EVENTO	PERIODO	UBICACIÓN
21 noviembre del 2025	PREMIOS DEL 1º TRIMESTRE	8TH	Cuarto de Banda
6 febrero del 2026	PREMIOS DEL 2º TRIMESTRE	8TH	Cuarto de Banda
1 de mayo del 2026	PREMIOS DEL 3º TRIMESTRE	8TH	Cuarto de Banda
5 de junio del 2026	ENTREGA DE PREMIOS DE FIN DE CURSO	8TH	Cuarto de Banda

ABGS Middle School

Join Us for Our

MEET THE TEACHER NIGHT

SEPTEMBER 22, 2025

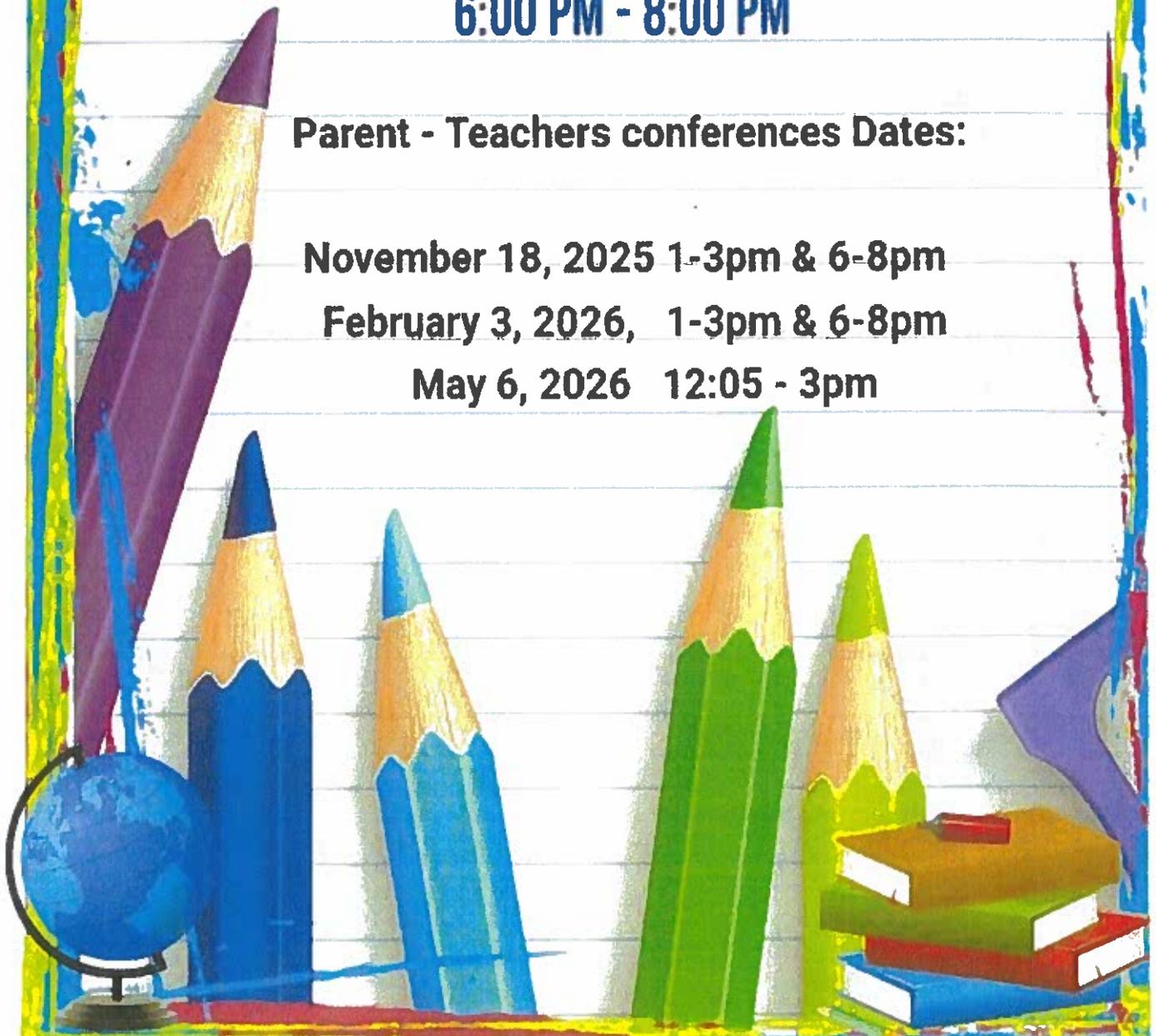
6:00 PM - 8:00 PM

Parent - Teachers conferences Dates:

November 18, 2025 1-3pm & 6-8pm

February 3, 2026, 1-3pm & 6-8pm

May 6, 2026 12:05 - 3pm



Escuela Intermedia ABGS

Unase a Nosotros Para Nuestra

NOCHE DE CONOCER A MAESTRO/A

SEPTIEMBRE 22, 2025
6:00 PM - 8:00 PM

Conferencias de Padres y Maestros:

Noviembre 18, 2025 1-3pm & 6-8pm

Febrero 3, 2026, 1-3pm & 6-8pm

Mayo 6, 2026 12:05pm - 3pm





AB6S MIDDLE
SCHOOL



7TH GRADE: 11AM- 1:PM
PARENT MEETING: 1:00PM
8TH GRADE: 2PM-4PM



BACK TO SCHOOL
ORIENTATION

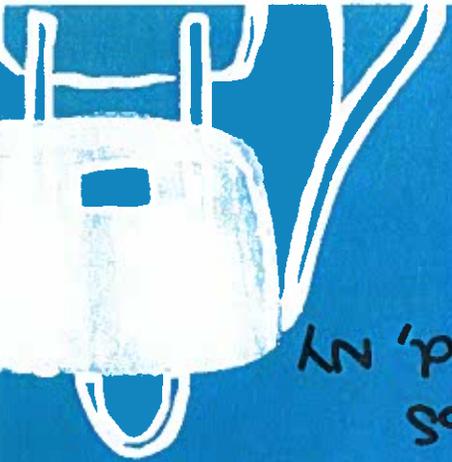


THURSDAY AUGUST 21, 2025

LOCATED IN THE BANDBOX

AB6S Middle School
70 Greenwich St
Hempstead NY 11550





UBICADO EN EL CUARTO DE BANDA
 Escuela intermedia AB65
 70 Greenwuch St Hempstead, NY
 11550

TUEVES 21 DE AGOSTO DEL 2025

ORIENTACIÓN DE
 REGRESO A CLASES

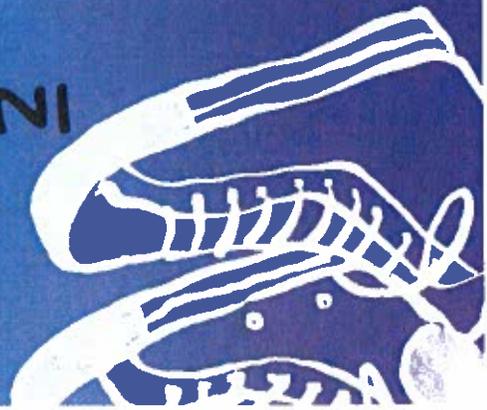
GRADO 8 : 2PM-4PM

REUNIÓN DE PADRES: 1:00 P.M.

GRADO 7 : 11 A.M. A 1 P.M.



ESCUELA
 INTERMEDIA AB65



TOTAL DAYS FOR STUDENTS = 181 TOTAL DAYS FOR TEACHERS = 183

2025-2026 Calendar - Revised February 26, 2025

Aug. 27 - 28	Supt. Conf. Day School Closed for Students
Aug. 29 - Sept 1	Closed for Labor Day
Sept. 2	First Day of School for Students
Sept. 23 - 24	Closed for Rosh Hashanah
Oct. 2	Closed for Yom Kippur
Oct. 13	Closed for Columbus Day
Nov. 4	Professional Dev. Day-1/2 Day for Students
Nov. 11	Closed for Veterans Day
Nov. 13	PreK & K Conf. Day-Half Day for Students
Nov. 17	Conf. Day-Elementary-Half Day for Students
Nov. 18	Conf. Day-Secondary-Half Day for Students
Nov. 26	1/2 Day (District Wide Evacuation Drill)
Nov. 27-28	Closed for Thanksgiving Recess
Dec. 22-Jan. 2	Closed for Holiday Recess
Jan. 19	Closed for MLK Holiday
Jan. 20-23	January Regents
Feb. 2	Conf. Day-Elementary-Half Day for Students
Feb. 3	Conf. Day-Secondary-Half Day for Students
Feb. 4	PreK & K Conf. Day-Half Day for Students
Feb. 16-20	Closed for Winter Recess
Feb. 17	Closed for Luna New Year
Apr. 2	1st Snow Day (otherwise school closed)
Apr. 3-10	Spring Recess
May. 4	PreK & K Conf. Day-1/2 Day for Students
May. 5	Conf. Day-Elem./Bil./ENL-1/2 Day for Students
May. 6	Conf. Day-Second./Bil./ENL-1/2 Day for Students
May 11-21	NYSESLAT Listening, Reading, Writing
May. 22	2nd Snow Day (otherwise school closed)
May. 25	Closed for Memorial Day
June 9-10	New Regents in Algebra II (Chemistry/ Physics
Jun. 17-26	June Regents Exams
Jun. 19	School Closed for Juneteenth
Jun. 26	Last Day of School. Early Dismissal for students only.

SEPTEMBER T=19 S=19						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DECEMBER T=15 S=15						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

MARCH T=22 S=22						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

JUNE T=19 S=19						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

AUGUST T=2 S=0						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOVEMBER T=17 S=17						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

FEBRUARY T=15 S=15						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MAY T=19 S=19						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

- First and Last Day of School
- Superintendent Conference Days
- School Closed
- Parent/Teacher Conference Dates
- Professional Development Day
- Testing Dates
- District Wide Evacuation Drill
- Snow Days

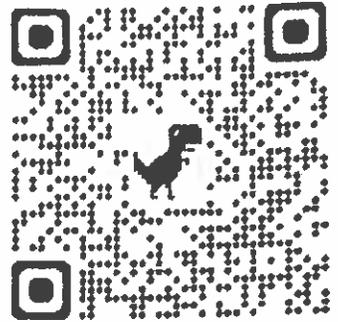
OCTOBER T=21 S=21						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

JANUARY T=19 S=19						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

APRIL T=15 S=15						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

MAY T=19 S=19						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Apr. 2	Incident Weather Make-Up Days
Apr. 2	1st. Snow Day (otherwise school closed)
May. 22	2nd. Snow Day (otherwise school closed)



FinalForms

Parent registration

How do I sign up?

1. Go to: hempsteadschools-ny.finalforms.com
2. Locate the parent icon and click **NEW ACCOUNT** below.



3. Type your **YOUR NAME, DATE OF BIRTH, and EMAIL**. Next, click **REGISTER**.

NOTE: You will receive an email within 2 minutes prompting you to confirm and complete your registration. If you do not receive an email, then check your spam folder. If you still can not locate the FinalForms email, then email support@finalforms.com informing our team of the issue.

4. Check your email for an **ACCOUNT CONFIRMATION EMAIL** from the FinalForms Mailman. Once received and opened, click **CONFIRM YOUR ACCOUNT** in the email text.

FINALFORMS

Hello Clay Burnett,

Your FinalForms account with Demoville Local Schools (OHE) has been successfully created.

Please [click here to confirm your account](#) and complete your registration as a parent.

Thank you,
Demoville Local Schools (OHE) Administration

5. Create your new FinalForms password. Next, click **CONFIRM ACCOUNT**.
6. Click **REGISTER STUDENT** for your first child.

FINALFORMS™

FinalForms

Registering a student

What information will I need?

Basic medical history and health information. Insurance company and policy number. Doctor, dentist, and medical specialist contact information. Hospital preference and contact information.

How do I register my first student?

IMPORTANT: If you followed the steps on the previous page, you may jump to Step number 3.

1. Go to: hempssteadschools-ny.finalforms.com

2. Click **LOGIN** under the Parent icon.

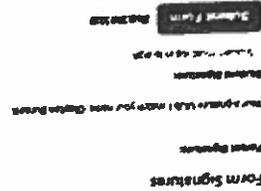


3. Locate and click the **ADD STUDENT** button.

4. Type in the **LEGAL NAME** and other required information. Then, click **CREATE STUDENT**.

5. If your student plans to participate in a sport, activity, or club, then click the checkbox for each. Then, click **UPDATE** after making your selection. Selections may be changed until the registration deadline.

6. Complete each form and sign your full name (i.e. 'Jonathan Smith') in the parent signature field on each page. After signing each, click **SUBMIT FORM** and move on to the next form.



7. When all forms are complete, you will see a 'Forms Finished' message.

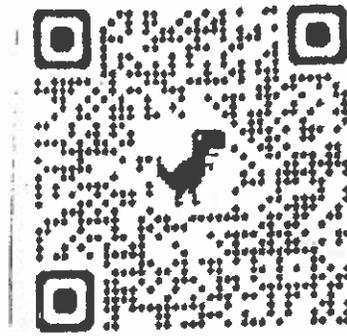
IMPORTANT: If required by your district, an email will automatically be sent to the email address that you provided for your student that will prompt your student to sign required forms.

How do I register additional students?

Click **MY STUDENTS**. Then, repeat steps number 3 through number 7 for each additional student.

How do I update information?

Login at any time and click **UPDATE FORMS** to update information for any student.



REGISTRO DE PADRES

¿CÓMO ME INSCRIBO?

1. Vaya a hempsteadschools-nv.finalforms.com
2. Haga clic en **CUENTA NUEVA** bajo el ícono de Padres. 
3. Digite su NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, y CORREO ELECTRÓNICO; luego haga clic en **REGISTRAR**.
4. Revise su correo electrónico y busque un mensaje de FinalForms, y haga clic en **CONFIRMAR SU CUENTA** en el texto del mensaje.



Parent

LOGIN

NEW ACCOUNT

Final FORMS

Hola Ben Herbert,

Su cuenta principal de FinalForms con Demoville Local Schools (OH) se ha creado con éxito.

Haga clic aquí para confirmar su cuenta y completar su registro.

Gracias,
Demoville Local Schools (OH)

NOTA: Recibirá un correo electrónico dentro de 2 minutos solicitándole que confirme y complete su registro. Si no lo recibe, consulte su carpeta de spam o correo no deseado. Si aún no ve el correo electrónico de FinalForms, envíe un mensaje a support@finalforms.com.

5. Cree su nueva contraseña de FinalForms y haga clic en **CONFIRMAR CUENTA**.
6. Haga clic en **REGISTRAR ESTUDIANTE** para su primer/a niño/a.



REGISTRO DE ESTUDIANTES

¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITO?

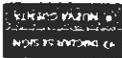
- Historial médico básico e información médica
- Información de contacto del médico y del dentista
- Compañía de seguros y número de póliza
- Hospital de preferencia



*****IMPORTANTE***** Si ha seguido los pasos de la página anterior, puede ir al paso 3.

1. Haga clic en hemposteadschools-ny.finalforms.com

Padre



2. Haga clic en iniciar Sesión bajo el icono de Padres.

3. Haga clic en **REGISTRAR ESTUDIANTE**

Mis estudiantes

ADMINISTRAR SUS ESTUDIANTES DE VITRO DEL SISTEMA

Estado Mensajes Casos Actividades deportivas Comportamiento

En un momento las actividades registradas...

Registro de Estudiante

Instrucciones

4. Digite el **NOMBRE LEGAL** y otra información básica sobre el/la estudiante. Haga clic en **CREAR ESTUDIANTE**.

5. Si su estudiante **planea participar en algún deporte, actividad o club**, haga clic en la casilla de **verificación para cada uno**.

Haga clic en ACTUALIZAR después de hacer su selección.

NOTA: una selección se puede cambiar en cualquier momento hasta la fecha límite de inscripción.

Firmas forma requerida

NO RECORRE ESTADOS DE ACUERDO QUE ESTA FORMA EN COMPLETA Y SACA Y LA FIRMA DIGITAL SE LE DE EN LA OTRA PARTE DEL DOCUMENTO ORIGINAL.

Firma del Padre / Tutor

Su firma DEBE coincidir con su nombre: Ben Herbert

Firma del estudiante

NO RECORRE ESTADOS DE ACUERDO QUE ESTA FORMA EN COMPLETA Y SACA Y LA FIRMA DIGITAL SE LE DE EN LA OTRA PARTE DEL DOCUMENTO ORIGINAL.

Firma del estudiante

NO RECORRE ESTADOS DE ACUERDO QUE ESTA FORMA EN COMPLETA Y SACA Y LA FIRMA DIGITAL SE LE DE EN LA OTRA PARTE DEL DOCUMENTO ORIGINAL.

Enviar formulario

7. Cuando todos los formularios están completos, verá un mensaje de 'Formularios Terminados'