

Spanish

ALICE E. GRADY PRIMARY SCHOOL

SCHOOL PACKET

After your registration packet has been accepted by the District Registrar, you can come to the Alice E. Grady main office with your completed packet.

Please make sure all of the enclosed forms are completed and have the following items ready for your visit:

1. Proof of immunization
2. Physical Exam

Your child's registration will be DELAYED if any of the above items are missing.

THE MAIN OFFICE NUMBER FOR ALICE E. GRADY IS

NUMERO DE LA OFICINA PRINCIPAL DEL COLEGIO

(914) 592-8962

FORMAS PARA EL

COLEGIO DE PRIMARIA DE ALICE E. GRADY

Una vez que su aplicación sea aceptada por la oficina de Registro del distrito llevar este folder.

Asegúrese de que antes de venir todos los documentos adjuntos estén completos:

1. Registro de inmunización-vacunas
2. Registro de Examen físico

Si no tiene todos los papeles requeridos la matrícula de su hijo se RETRASARA.

ELMSFORD UNION FREE SCHOOL DISTRICT ALICE E. GRADY SCHOOL PACKET PART II

Please bring:

- School records
- Signed "Request for School Records," current report card, transcript, test results, IEP, Section 504 Plan
- Current and up to date Immunization and Health Records with Physician's signature and/or stamp of health facility AND documentation of month, day, and year for each vaccine

The New York State Education Department mandates that school districts enforce public health law's requirements for immunization of children attending schools.

- **Physical Examination:** Required for all new entrants and for students entering grades:
Pre-K or kindergarten, 2nd, 4th, 7th and 10th
- Physical Examination must be given to school nurse within 30 days of entering school
- Acceptable Use Policy- Must be signed by both parents /guardians of student
- Parents/Guardians are responsible for payment of tuition if the parent's residency is not within the Elmsford Union Free School District. If children move out of district, the parents/guardians are responsible for withdrawing them in accordance with the district policy or for paying tuition. The Elmsford Union Free School District will seek restitution for tuition if it is deemed that the student is not a resident of the district

PARTE DOS DEL FOLDER DE ALICE E.GRADY DE ELMSFORD UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Por favor traiga consigo:

- Historial académico
- Firmar la forma titulada "Request for Records", calificaciones más recientes, resultados de exámenes, IEP (Programa de Educación Individual), Plan de Sección 504 (modificaciones educativas)
- Inmunizaciones actualizadas firmadas por el medico con sello de la oficina y la verificación de cada vacuna con día mes y año

Las leyes de Salud Pública requieren que los colegios públicos ratifiquen inmunizaciones para todos los niños, estos mandatos son del Departamento de Educación del Estado de Nueva York.

- **Examen físico:** Necesario para todos los estudiantes y los que ingresan a:
Pre-K o Kindergarten, 2do, 4to, 7mo y 10avo grado
- El examen Físico se entrega a la enfermera dentro de 30 días de comenzar el colegio
- Póliza de Uso de Tecnología debe ser firmada por ambos padres o tutores
- Los padres son responsables del pago de matrícula si no viven dentro de los límites geográficos de Elmsford Union Free School District. Si el estudiante no reside en el distrito, los padres o tutores son responsables de retirarlo de acuerdo a las pólizas del distrito o pagar la matrícula. El distrito de Elmsford Union Free buscara ser compensado por matrícula si encuentra que el estudiante no reside dentro del distrito de Elmsford

ALICE E. GRADY ELEMENTARY SCHOOL
45 COBB LANE
ELMSFORD NEW YORK 10523
914-592-8962 (phone) 914-592-5439 (fax)
www.eufsd.org

E-MAIL REGISTRY

Dear Parent/ Guardian:

In order to keep you better informed of events/happenings, a list of parent email addresses are being compiled. The email address will also be utilized as a means to contact you regarding your child. If you would like to be added to our list, please provide the information requested below. This information can be submitted via e-mail at registration@eufsd.org or by returning this form to the school. Please print the requested information on the lines below. This form only needs to be completed once per family. Please print the requested information on the lines below.

Estimado Padre/Tutor:

Para mantenerles informados de todos los eventos y acontecimientos el colegio recopila el correo electrónico de los padres. Este también se utiliza como medio de comunicación entre nosotros y usted acerca de su hijo. Si desea ser añadido a la lista por favor provea la información solicitada a continuación por correo electrónico a registration@eufsd.org o por medio de este formulario devolviéndole al colegio. Este formulario es uno por familia. Por favor escriba legible la información solicitada en las siguientes líneas.

STUDENT NAME (S):

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (S):

GRADE LEVEL

GRADO

PARENT/GUARDIAN NAME:

PADRE/TUTOR:

PARENT/GUARDIAN EMAIL ADDRESS: CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR

_____@_____

DISTRITO ESCOLAR LIBRE DE ELMSFORD UNIÓN
Formulario de consentimiento y reconocimiento del padre / tutor
Uso de la tecnología y la red informática del distrito por parte de los estudiantes

Nombre del Estudiante: _____

He leído y acepto ayudar a mi hijo a comprender y cumplir la Póliza de uso aceptable del distrito para el uso de la tecnología y la red informática del distrito por parte de los estudiantes. Entiendo que el acceso a la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito, que incluye, pero no se limita a, el hardware, software, computadora, redes y sistemas del Distrito, está diseñado únicamente para propósitos educativos. Entiendo que el uso de la tecnología y la red informática del distrito es un privilegio y no un derecho. Reconozco la responsabilidad de la conducta apropiada cuando el uso de la tecnología y la red informática del distrito recae en el estudiante individual. Entiendo que se le pedirá a mi hijo que firme un acuerdo para cumplir con las reglas y pautas de la Póliza de uso aceptable del distrito para el uso de la tecnología y la red informática del distrito por parte de los estudiantes. Al firmar este formulario de consentimiento y reconocimiento, doy permiso para que mi hijo tenga acceso a la tecnología y la red informática del distrito.

Reconozco que algunos materiales a los que se accede a través de la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito pueden ser controvertidos y objetables, y que si bien se utiliza software de filtrado, el Distrito no puede garantizar que el uso de la Tecnología del Distrito no resulte en acceso a información que pueda ser molesta, objetable o controvertida. No haré responsable al Distrito por la precisión o calidad de cualquier material adquirido o visto por mi hijo a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

Entiendo que el Distrito puede acceder a los datos, archivos y material de mi hijo generados, almacenados o transmitidos a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito y puede monitorear el uso de la Red de Computadoras y / o Tecnología de mi hijo, incluyendo pero no limitado a su uso de Internet y sus comunicaciones electrónicas. También entiendo que es imposible que el Distrito controle todos los usos. He determinado que los beneficios de que mi hijo tenga acceso a la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito superan los riesgos potenciales y no haré responsable al Distrito por los materiales adquiridos o contactos hechos a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

Entiendo que el uso indebido o inapropiado de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito por parte de mi hijo puede resultar en la revocación de sus privilegios para acceder y / o usar la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito y la imposición de disciplina escolar, criminal sanciones o sanciones civiles. Acepto todas las responsabilidades financieras y legales que puedan resultar del mal uso por parte de mi hijo de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

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

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
45 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523

FIELD TRIP RELEASE

Dear Parent or Guardians:

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

I give my son/daughter _____ permission to attend school field trips.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

.....

PERMISO DE PASEO

Estimados Padres o Tutores:

De vez en cuando durante el año escolar, es conveniente que los niños tomen una excursión durante las horas de clase dentro o fuera de Elmsford. Si usted desea que su hijo/a tenga la ventaja de estos viajes, por favor firme a continuación dando el consentimiento y de liberar de toda responsabilidad en caso de accidente no debido a nuestra negligencia.

Doy permiso a mi hijo/hija _____ para que asista a las excursiones escolares.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

ALICE E. GRADY ELEMENTARY SCHOOL
45 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523
Andrea Hamilton, Principal

Dear Parents and Guardians:

As you know, there are many exciting activities constantly taking place in our schools as well as celebrations of our students' accomplishments. We are often approached by the media (newspapers, radio, television and our own webmaster) for permission to photograph and publish our students' work. Our productions are regularly transmitted on local cable stations.

Although the district will carefully monitor what information is disseminated to the media, we do not want any child's name, photograph or likeness, voice or creative work(s) on television, radio, motion pictures or any other electronic/digital or print media without parental consent.

Student's name: _____

_____ I give permission for my child to be photographed, voice or creative work(s) on television, radio, motion pictures or any other electronic/digital or print media be used.

_____ I DO NOT give permission for my child to be photographed, voice or creative work(s) on television, radio, motion pictures or any other electronic/digital or print media.

Parent signature _____ Date: _____

Queridos padres y guardianes:

Como saben, hay muchas actividades emocionantes que se llevan a cabo constantemente en nuestras escuelas, así como celebraciones de los logros de nuestros estudiantes. Los medios de comunicación (periódicos, radio, televisión y nuestro propio webmaster) se acercan a nosotros para pedir permiso para fotografiar y publicar el trabajo de nuestros estudiantes. Nuestras producciones se transmiten regularmente en las estaciones de cable locales.

Aunque el distrito supervisará cuidadosamente qué información se difunde a los medios de comunicación, no queremos el nombre, fotografía o semejanza, voz o trabajo creativo de ningún niño/a en televisión, radio, películas o cualquier otro medio electrónico/digital o impreso sin consentimiento paterno.

El nombre del estudiante: _____

_____ Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a, su voz o trabajo(s) creativo(s) en televisión, radio, películas o cualquier otro medio electrónico/digital o impreso sea utilizado.

_____ NO doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a, con voz o trabajo(s) creativo(s) en televisión, radio, películas o cualquier otro medio electrónico/digital o impreso.

Firma del padre _____ Fecha: _____

ALICE E. GRADY ELEMENTARY SCHOOL
45 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523
914-592-8962 (phone) 914-592-5439 (fax)
Andrea Hamilton, Principal

PARENT RELEASE OF RECORDS

_____ (Student) has been enrolled in our school.

We would appreciate your forwarding to us all data concerning this pupil, including cumulative, academic and health records. Also, please forward any special information of a psychological nature if available on this child. Below you will find a parent signed release to cover the above information. Thank you for your cooperation.

I authorize _____ (former school) to send all data concerning my son/daughter, I realize this may include, but not be limited to, cumulative, academic, psychological and health records.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

.....

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE LOS PADRES

_____ (Estudiante) se ha inscrito en nuestra escuela.

Le agradeceríamos que nos envíe todos los datos relacionados con este alumno/a, incluidos los registros acumulativos, académicos y de salud. Además, envíe cualquier información especial de naturaleza psicológica si está disponible sobre este niño/a. A continuación, encontrará un comunicado firmado por los padres para cubrir la información anterior. Gracias por su cooperación.

Autorizo a _____ (escuela anterior) a enviar todos los datos relacionados con mi hijo/hija, entiendo que esto puede incluir, entre otros, expedientes acumulativos, académicos, psicológicos y de salud.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

ALICE E. GRADY ELEMENTARY SCHOOL
45 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523
914-592-8962 (phone) 914-592-5439 (fax)
www.eufsd.org

Dear Parent/Guardian:

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

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

Physical
Gross and Fine Motor Skills
Language Abilities

Memorial Abilities
Cognitive Abilities

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

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

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

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

Físico
Habilidades Motoras: Finas y Gruesas
Habilidad Lingüística

Agilidad Mental
Funciones Cognitivas

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

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

Sincerely-Sinceramente,
Sincerely, Principal , Andrea Hamilton

Signature Parent/Guardia (Firma del Padre o Tutor)

Date (Fecha)

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
HISTORIAL MEDICO

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

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

Nombre de la Madre	Nombre del Papa
--------------------	-----------------

HISTORIAL DE PARTO

Hubo problemas durante el embarazo?	SI	NO
-------------------------------------	----	----

Fue un parto normal? SI ☐ NO ☐

Fue el bebé prematuro? SI NO

Cuanto peso el bebé al nacer? Lbs. Oz

HISTORIAL MEDICO Y DESARROLLO

Tiene su hijo dificultad para hablar? SI _____ NO _____

Si respondió SÍ, por favor explique _____

Tiene su hijo alguno de estos hábitos?

chupar el dedo SI _____ NO _____ golpear la cabeza SI _____ NO _____

tener miedo	SI	NO	mecerse	SI	NO
-------------	----	----	---------	----	----

mordarse las unas SI NO problemas emocionales SI NO

Si respondió SI, explique _____

Ha tenido su hijo infecciones de oído frecuentes?	SI	NO
---	----	----

Si respondió SÍ, en cuál oído? _____ SI _____ NO _____

Tiene su hijo pérdida de audición?	SI	NO
------------------------------------	----	----

Si respondió Sí, en cuál oído? SI NO

En el presente, está bajo cuidado médico? SI ☐ NO ☐

Tiene su hijo problemas de visión?

Si respondió SI, explique _____

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

Usa su hijo espejuelos-anteojos? SI _____ NO _____

Ha visto su hijo al dentista? SI _____ NO _____

Si respondió SÍ, Ha terminado el tratamiento? SI _____ NO _____

Tiene su hijo asma? SI ____ NO ____

Tiene su hijo alergias? SI ____ NO ____

Incluyendo medicinas, abejas o picaduras de insectos

Si respondió Sí, cuales son _____

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

Toma su hijo medicamento regularmente SI ____ NO ____

o de vez en cuando?

Si respondió Sí, cuales son _____

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes:

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

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

Si respondió Sí, de detalles _____

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

Nombre de la enfermedad _____

Hospital _____ Fecha _____

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

convulsiones ____ diabetes ____ varicela ____

sarpullido ____ parálisis cerebral ____ sarpullido ____

fiebre reumática ____ hemorragia nasal ____ tuberculosis ____

escarlatina ____ infección frecuente de la garganta ____ pulmonía ____

Especifique si hay otra enfermedad _____

Indique condiciones que su familia tenga o que haya tenido:

asma ____ problemas de nervios ____ diabetes ____

hipertension ____ tuberculosis ____ convulsiones ____

anemia ____ ataque cardiaco antes de los 45 años ____

Hay alguna enfermedad o condición medica que causen problema a usted o su familia?

SI ____ NO ____

Hay algún otro problema de salud que no está mencionado?

Si respondió Sí, explique _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Medico de la Familia _____

Numero de teléfono _____

GUÍAS DE ENFERMEDADES DEL DISTRITO ESCOLAR DE ELMSFORD

Estimados Padres,

Es nuestra prioridad mantener a todos nuestros estudiantes sanos y en la escuela. Una manera en que todos podemos trabajar juntos para hacer esto es evitando la propagación de la enfermedad. Si su hijo no se siente bien, por favor utilice las siguientes directrices para determinar si o no él/ella debe estar en la escuela.

	Estudiante <u>no</u> debe estar en la escuela o en contacto con otros niños si tiene:	Si el estudiante se siente lo suficiente bien, él/ella puede estar en la escuela:
Goteo Nasal	Goteo nebuloso o amarillo/verde con congestión y fiebre.	Goteo claro como en las alergias.
Tos	Frecuente o incontrolable, que produce flema o acompañada con fiebre.	Infrecuente, tos que no produce flema y/o el estudiante a estado tomando antibióticos por lo menos 24 horas antes de regresar a la escuela, sin fiebre.
Fiebre	Si la temperatura corporal está sobre 100°F o si los síntomas de dolor de cabeza o tos son acompañados con temperatura elevada.	Si la temperatura corporal está por debajo 100° por 24 horas sin haber utilizado medicamentos para reducir la fiebre y no hay otros síntomas.
Diarrea o Vómito	Un episodio de vómito/más de una ocurrencia de diarrea.	Un incidente de diarrea sin otros síntomas (ej., fiebre, vómito); debe ser 24 horas después del incidente de vómito.
Amigdalitis Estreptocócica	Dolor de garganta, dolor de cabeza, náusea, fiebre (muchas veces los niños no tienen fiebre o no se quejan de dolor de garganta.) La única manera de determinar que no es amigdalitis estreptocócica es con un cultivo de garganta.	Después de 24 horas en antibióticos y sin fiebre por 24 horas.
Conjuntivitis "Pink eye"	El ojo está rojo con queja de ardor o picazón; apariencia costrosa, drenaje de color blanco o amarillo está ocurriendo.	Con una nota del doctor.
Erupciones/Infección de piel	Cualquier estudiante con erupciones o señales de infecciones de la piel que no hayan sido evaluadas por un médico.	Libre de erupciones/con permiso del doctor/después de 24 horas tomando antibióticos para la infección de piel.
Gripe	Fiebre/temperatura corporal sobre 100°F acompañada con dolor de garganta, tos, goteo nasal, congestión, dolor de cuerpo, cansancio extremo vómito, diarrea.	Sin fiebre (por debajo de 100°F temperatura oral) por 24 horas sin haber utilizado medicamentos para reducir la fiebre o permiso médico si diagnosticado con cualquier tipo de gripe.

Si cree que su hijo/a puede tener una fiebre, por favor compruebe su temperatura antes de enviarlo/a a la escuela. Su niño/a no debe ser enviado a la escuela hasta que él/ella haya estado sin fiebre durante al menos 24 horas sin tomar un medicamento para reducir la fiebre.

PÓLIZA PARA DISPENSAR MEDICAMENTO

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS HEALTH SERVICE

Estimados padres/tutores:

El Departamento de educación del estado de Nueva York requiere que todos los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el horario escolar den lo siguiente:

- A. una solicitud por escrito a las autoridades escolares firmada por el padre o tutor legal.
- B. una solicitud por escrito del médico en su formulario de prescripción o papel con membrete indicando:
 - a. nombre del niño
 - b. diagnóstico
 - c. nombre del medicamento
 - d. dosis
 - e. modo de administración
 - f. frecuencia
 - g. fechas de duración.

El medicamento debe ser traído a la escuela en la botella original de la receta, debidamente etiquetada por un farmacéutico registrado según la ley.

Este procedimiento también se aplica para la administración de medicamentos que no necesitan receta.

Al recibir la solicitud de medicamento, una copia será enviada a casa para que el padre o tutor legal la firme y devuelva al colegio.



ESTA REGLA SERÁ APLICADA EstrictAMENTE

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: ☐ M ☐ F DOB: _____
 School: _____ Grade: _____ Exam Date: _____

HEALTH HISTORY

Allergies ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Food ☐ Insects ☐ Latex ☐ Medication ☐ Environmental

Asthma ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: _____

Seizures ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Type: _____ Date of last seizure: _____

Diabetes ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ 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	
PPD/ PRN	☐	☐	Other Pertinent Medical Concerns One Functioning: ☐ Eye ☐ Kidney ☐ Testicle ☐ Concussion – Last Occurrence: _____ ☐ Mental Health: _____ ☐ Other: _____	
Sickle Cell Screen/PRN	☐	☐		
Lead Level Required Grades Pre- K & K	Date			
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				
☐ System Review and Exam Entirely Normal				
Check Any Assessment Boxes <u>Outside</u> Normal Limits And Note Below Under Abnormalities				
☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Neck	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal
☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
☐ Additional Information Attached				

Name: _____			DOB: _____	
SCREENINGS				
Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			☐ Yes ☐ No	
Scoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	
	☐	☐	☐ Yes ☐ No	
Deviation Degree: _____		Trunk Rotation Angle: _____		
Recommendations:				
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
☐ Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics.				
☐ Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications				
☐ No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling				
☐ No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field				
☐ Other Restrictions: _____				
☐ 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: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V				
☐ Accommodations: Use additional space below to explain				
☐ Brace*/Orthotic		☐ Colostomy Appliance*		☐ Hearing Aids
☐ Insulin Pump/Insulin Sensor*		☐ Medical/Prosthetic Device*		☐ Pacemaker/Defibrillator*
☐ Protective Equipment		☐ Sport Safety Goggles		☐ Other: _____
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
MEDICATIONS				
☐ Order Form for Medication(s) Needed at School attached				
List medications taken at home: _____				
IMMUNIZATIONS				
☐ Record Attached		☐ Reported in NYSIIS		Received Today: ☐ Yes ☐ No
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature: _____				Date: _____
Provider Name: <i>(please print)</i> _____				Stamp: _____
Provider Address: _____				
Phone: _____				
Fax: _____				
Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.				

Dental Health Certificate

Elmsford Public Schools

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle		
Birth Date: / / Month Day Year	Sex: ☐ Male ☐ Female	Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐ No
School: Name		Grade
Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No		

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature _____ Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- ☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit him/her attendance at the public schools.
☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit him/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp) _____ Dentist's Signature _____

Optional Sections - If you agree to release this information to school, parent please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No

Caries Experience/Restoration History – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No

Untreated Caries – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No

Dental Sealants Present

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

- ☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

**ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICE**

AUTORIZACIÓN DE USO O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Proveedor de Salud: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Fax: _____
Proveedor de Salud: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Fax: _____
Proveedor de Salud: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Fax: _____

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

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

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

☐ Renuncio mi derecho de recibir una copia de esta carta.

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

(Fecha)

Si un estudiante es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es una autoridad firmante para actuar en nombre del estudiante, firme aquí: _____

FORMULARIO DE SALIDA Y LLEGADA

Para la seguridad de los niños esta información es importante

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Maestro: _____

Por favor indique como viajara su hij/a hacia y desde la escuela

De casa a la escuela

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

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

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

De escuela a casa

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

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

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

Incluir guardería / nombre de niñera: _____

Dirección: _____ Tel #: _____

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

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

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del Padre _____ Fecha: _____

ALICE E. GRADY ELEMENTARY SCHOOL
45 South Goodwin Avenue
Elmsford, New York 10523
Andrea Hamilton, Principal

**ACUERDO ESTUDIANTIL PARA EL USO DE
LA RED Y LA TECNOLOGÍA DEL DISTRITO**

Nombre del Estudiante: _____

He leído y entiendo la Póliza de Uso Aceptable del Distrito para el Uso de la Tecnología y la Red de Computadoras del Distrito por parte de los Estudiantes y acepto cumplir con sus reglas y pautas.

Entiendo que no tengo derecho a la privacidad cuando uso la Red de Computadoras y la Tecnología del Distrito. Entiendo que el personal del Distrito puede monitorear todo el uso que hago de la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito, incluyendo pero no limitado a todas las comunicaciones y actividades de la red e Internet. Doy mi consentimiento para que el personal del distrito supervise mi uso de la tecnología y la red informática del distrito.

Además, entiendo que mi violación de las reglas y pautas en la Política de Uso Aceptable del Distrito para el Uso de la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito por parte de los Estudiantes puede resultar en la suspensión o revocación de mi acceso a la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito, otras acciones disciplinarias de la escuela, y posible acción legal.

Firma del Estudiante: _____

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

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Encuesta de acceso digital - Contrato de préstamo tecnológico

Email*: _____

Apellido del estudiante*: _____

Nombre del estudiante*: _____

Identificación de estudiante (disponible en boletas de calificaciones / transcripciones / etc.) Ejemplo: 009019528: _____

Student Grade*: _____

Esta sección del formulario es requerida por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York.

¿Qué dispositivo usa su estudiante con más frecuencia para completar actividades de aprendizaje fuera de la escuela?

- ☐ Computadora de escritorio
- ☐ Ordenador portátil
- ☐ Tableta
- ☐ Chromebook
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ Ninguno
- ☐ Other:

¿El estudiante comparte el dispositivo de aprendizaje principal con alguien más?

- ☐ Compartido
- ☐ No compartido
- ☐ Desconocido

¿Quién le proporcionó el dispositivo de aprendizaje principal a su estudiante?

- ☐ Personal
- ☐ Escuela
- ☐ Other:

¿Puede su estudiante acceder a Internet en su lugar de residencia principal?

- ☐ Si
- ☐ No

Si el estudiante no puede acceder a Internet en su lugar de residencia principal, ¿por qué no?

- ☐ No disponible
- ☐ No asequible
- ☐ No deseado

¿Cuál es el tipo principal de servicio de Internet que se utiliza en el lugar de residencia principal de su estudiante?

- ☐ Banda ancha residencial
- ☐ Red celular
- ☐ Hot Spot
- ☐ Comunidad Proporcionada Wi-Fi
- ☐ Satélite
- ☐ Marcar
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno
- ☐ Desconocido

¿Puede su estudiante completar actividades de aprendizaje como transmitir un video y cargar tareas sin interrupciones causadas por un rendimiento deficiente en Internet?

- ☐ Si
- ☐ Algunas veces
- ☐ No

Nombre completo del padre: _____

Dirección de los padres: _____

Correo electrónico de los padres: _____

Teléfono de casa de los padres: _____

Teléfono celular de los padres: _____

Entiendo que como padre / tutor, seré responsable de cualquier costo relacionado con la reparación o reemplazo del DISPOSITIVO prestado y cualquier accesorio provisto, incluida la funda protectora y el cargador. (Detalles abajo)*

☐ Estoy de acuerdo

Este formulario debe ser completado por el padre / tutor del estudiante antes del préstamo del dispositivo propiedad del Distrito, como un Chromebook.

Entiendo que soy responsable por el valor de reemplazo si el DISPOSITIVO es robado o perdido.*

☐ Estoy de acuerdo

Entiendo que soy responsable de los costos de reparación del DISPOSITIVO si se daña durante este período de préstamo.*

☐ Estoy de acuerdo

Entiendo que el DISPOSITIVO sigue siendo propiedad de Elmsford UFSD y que pueden retirarlo en cualquier momento y por cualquier motivo.*

☐ Estoy de acuerdo

No prestaré el DISPOSITIVO a otras personas ni permitiré que lo utilicen.*

☐ Estoy de acuerdo

Notificaré inmediatamente al Distrito si el DISPOSITIVO se pierde, es robado o dañado.*

☐ Estoy de acuerdo

Me aseguraré de que el DISPOSITIVO se utilice únicamente con fines educativos.*

☐ Estoy de acuerdo

No modificaré el DISPOSITIVO de ninguna manera. Esto incluye reparación, mantenimiento, instalación o eliminación de software o aplicaciones.*

☐ Estoy de acuerdo

Obedeceré todas las Leyes de Derechos de Autor.*

☐ Estoy de acuerdo

Entiendo que todos los archivos almacenados en el DISPOSITIVO o la red son propiedad del distrito y pueden estar sujetos a revisión y monitoreo.*

☐ Estoy de acuerdo

Notificaré a un miembro del personal de inmediato si encuentro información, imágenes o mensajes que sean inapropiados, peligrosos, amenazantes o que me hagan sentir incómodo.*

☐ Estoy de acuerdo

No utilizaré el DISPOSITIVO de ninguna manera que viole las leyes locales, estatales o federales.*

☐ Estoy de acuerdo

No utilizaré el DISPOSITIVO para acceder a sitios web o materiales inapropiados, incluidos, entre otros, contenido pornográfico, obsceno o vulgar.*

☐ Estoy de acuerdo

Devolveré el DISPOSITIVO cuando los Distritos lo soliciten.*

☐ Estoy de acuerdo

Devolveré el DISPOSITIVO en las mismas condiciones en que se emitió, salvo el desgaste normal.*

☐ Estoy de acuerdo

Entiendo que la violación de las políticas anteriores resultará en la terminación inmediata del préstamo.*

☐ Estoy de acuerdo

Entiendo y acepto los costos de reemplazo de Chromebooks y artículos relacionados con Chromebook de la siguiente manera: Chromebook/iPad (\$ 350) // Funda protectora (\$ 20) // Cargador (\$ 30)*

☐ Estoy de acuerdo

Como padre / tutor, escriba su nombre completo en el espacio a continuación para indicar que está de acuerdo explícitamente con los términos de este contrato de préstamo como se indica en las secciones anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____