HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Mission Statement

In a safe and caring learning environment, we inspire students to make connections, think critically and become productive global citizens who create legacies that make our community proud.

Contained in this **registration packet** are the following forms you will be required to complete for your student to begin school:

- ☐ Housing Questionnaire
- ☐ Migrant Education Program Parent Survey
- ☐ Bus Card
- ☐ Registration Form
- ☐ Emergency Contact Form
- ☐ Residency Documentation Form
- ☐ Authorization to Release Records
- ☐ Home Language Questionnaire
- ☐ Every Student Succeeds Act
- ☐ Release to Video/Photograph
- ☐ Telecommunication User Agreement
- ☐ Annual Medical Update Questionnaire

Medical Packet

- ☐ District Physical Form (Required for entry to grades K,2,4,7 and 10)
- ☐ Medication Administration Authorization Form
- ☐ Dental Certificate

Other Documents Required for Registration:

Proof of Student Age: ☐ Birth Certificate ☐ Baptismal Certificate ☐ Passport

Proof of Guardian Identity: ☐ Valid, state issue driver or non-driver id card ☐ State or military picture id

Proof of Guardianship:

- ☐ Separation Agreement/ Divorce Decree
- ☐ Custodial Documents
- ☐ Court Order or Guardianship
- ☐ Order of Protection or Restraint
- ☐ Form DSS-299 (Foster)
- ☐ Affidavit of Parent and Custodial Individual

☐ **Most recent Physical and Immunization Record** *Students are required by Article 19 of State Education Law to furnish a report of a **physical examination within the past year** for entrance to school. For the 2025/2026 school year it should occur between **9/7/24 and 9/7/25**. If the student has had such an examination, please forward a copy of it to the school.*

Upon completion of the registration packet please return to:

Highland High School; Attn: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, NY 12528
(845) 691-1032
Fax (845) 691-1033
JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Declaración de objetivos

En un entorno de aprendizaje seguro y afectuoso, inspiramos a los estudiantes a hacer conexiones, Piense críticamente y conviértase en ciudadanos globales productivos que crean legados que enorgullecen a nuestra comunidad.

En este **paquete de inscripción** se encuentran los siguientes formularios que deberá completar para que su estudiante comience la escuela:

- ☐ Cuestionario de vivienda
- ☐ Encuesta para padres del Programa de Educación Migrante
- ☐ Tarjeta de autobús
- ☐ Formulario de inscripción
- ☐ Hoja de datos confidenciales del estudiante
- ☐ Formulario de documentación de residencia
- ☐ Autorización para liberar registros
- ☐ Cuestionario de idioma del hogar
- ☐ Cada estudiante triunfa
- ☐ Liberación a video/fotografía
- ☐ Acuerdo de usuario de telecomunicaciones
- ☐ Cuestionario de actualización médica anual

Paquete médico

- ☐ Formulario físico del distrito (requerido para ingresar a los grados K, 2, 4, 7 y 10)
- ☐ Formulario de autorización de administración de medicamentos
- ☐ Certificado Dental

Otros documentos necesarios para el registro:

Prueba de edad del estudiante: ☐ Certificado de nacimiento ☐ Certificado de bautismo ☐ Pasaporte

Prueba de identidad del tutor: ☐ Tarjeta de identificación válida de conductor o no conductor emitida por el estado ☐ Identificación con foto estatal o militar

Prueba de tutela:

☐ Acuerdo de separación / Decreto de divorcio	☐ Documentos de custodia	☐ Orden judicial o tutela
☐ Orden de protección o restricción	☐ Formulario DSS-299 (Foster)	☐ Declaración jurada del padre y la persona con custodia

☐ **Registro físico y de vacunación más reciente** **El** *artículo 19 de la Ley de Educación del Estado exige a los estudiantes que presenten un informe de un* ***examen físico durante el año anterior*** *para ingresar a la escuela. Para el año escolar 2025/2026 debería ocurrir entre el* ***9/7/24 y el 9/7/25****. Si el estudiante ha tenido un examen de este tipo, envíe una copia a la escuela.*

Una vez completado el paquete de registro, devuélvalo a:

Escuela Secundaria Highland; A la atención de: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, Nueva York 12528
(845) 691-1032
Facsímil: (845) 691-1033
JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG

New York State Housing Questionnaire

Identifying and serving students in temporary housing under the McKinney-Vento Act and NYS Ed Law §3209

This form is to be completed when a student first enrolls, and any time a change in housing status occurs. There are no wrong answers. This form may be filled out independently, or the McKinney-Vento Liaison can assist. To access a list of McKinney-Vento Liaisons, please visit https://www.nysteachs.org/liaisons

District or LEA	**School Name**

About this form and your rights

Schools are required by federal and state law to identify students living in temporary housing and ensure they can enroll, attend, and succeed in school. The **McKinney-Vento Homeless Assistance Act**, together with **New York State Education Law Section §3209**, protects students and families who no longer have a permanent, stable place to live; families who have lost housing; are staying with others temporarily; or are living somewhere that was never meant to be a home.

Eligible students have the right to:

- ✓ Stay in the school they attended when last permanently housed (called the school of origin), for as long as they are in temporary housing.
- ✓ Immediately enroll in the local school where they are temporarily staying (the school of current location).
- ✓ Enroll and start school right away, even without a birth certificate, proof of residency, immunization records, or school records.
- ✓ Receive free transportation to and from the school of attendance, as well as after-school activities (If within 50 miles).
- ✓ Receive free school meals without income paperwork as well as access to other school services including McKinney-Vento Grant resources, if available.

This information is confidential and will be shared only with school staff who have a legitimate educational need to support student access to McKinney-Vento rights and services. Providing this information is voluntary and will be used only to determine eligibility for services under the McKinney-Vento Act and NYS Education Law §3209. Providing it will not affect your immigration status or your eligibility for enrollment or other services.

STUDENT INFORMATION:

Student Name (Last, First)	Student Grade Level (Preschool-12)
Student Gender ☐ M ☐ F ☐ X = Nonbinary	Student Date of Birth (Month/Day/Year)
Parent/Legal Guardian Name	
Phone Number	E-Mail Address
Address where the student is currently living	

Where is the student residing right now?

Under the McKinney-Vento Act, students are protected when their nighttime residence is not **fixed, regular, and adequate.** Check every box that describes where **the student** is residing right now.

☐ Permanent housing: you own or rent a fixed, regular, and adequate home

☐ Doubled up: staying with another family or person due to a loss of housing, economic hardship, eviction, or other similar reason

☐ In an emergency, transitional, or domestic violence shelter. Shelter or program name: _____

☐ In a hotel or motel because there is no other alternative, adequate place to stay

☐ In a car, park, campsite, bus or train station, abandoned building, or another place not meant for stable habitation or established dwelling.

☐ In a place with no heat, running water, or electricity, or that is otherwise structurally unsafe or inadequate to reside in

☐ Displaced by a fire, flood, natural disaster, or other emergency

☐ Another temporary situation not listed here: _____

Is there anything else you would like us to know about your situation? (optional)

_____

Is the student an Unaccompanied Homeless Youth (UHY)?

The McKinney-Vento Act identifies students who are not living with a parent or legal guardian, and are not residing in permanent housing, as **Unaccompanied Homeless Youth (UHY)**. UHYs have the right to enroll in school and to complete and sign this form independently, without a parent or adult present. The McKinney-Vento Liaison can assist UHYs with this process.

☐ **Please check the box if you believe the student identified above may meet the McKinney-Vento eligibility criteria described above.**

Additional Children within the Household?

To help us identify and support all eligible children and youth, please list every child who is currently living with you, regardless of age or school enrollment status. This includes infants, preschool-aged children, and school-aged children.

Student Name (Last, First)	Date of Birth	Grade	Current or Recent School	Last School Attended Before Current or Recent

Student Name (Last, First)	Date of Birth	Grade	Current or Recent School	Last School Attended Before Current or Recent

Accuracy of Information and Signature

The person completing this form certifies that the information provided above is correct and accurate to the best of their ability.

Name (print): _____

Signature: _____ **Date:** _____

An unaccompanied homeless youth may sign on their own behalf.

Need help? Contact the McKinney-Vento Liaison listed at the top of this form or call the NYS-TEACHS Helpline at 800-388-2014. Visit nysteachs.org for more information.

OFFICIAL USE ONLY (School Staff)

Date received: _____ **Received by:** _____ Eligibility: ☐ Eligible ☐ Not Eligible ☐ Pending

Homeless Primary Nighttime Residence Code (SIRS):

☐ D = Doubled up ☐ S = Shelter ☐ H = Hotel/Motel ☐ U = Unsheltered ☐ T = Transitional Housing

Unaccompanied Homeless Youth (UHY): ☐ Yes ☐ No

Designation Form: ☐ Yes ☐ N/A ☐ Coded in Student Information System (SIS)

Liaison notified (initials): _____ Date: _____ ☐ Family declined to provide information

Notes:

_____

_____

_____

_____

Cuestionario de Vivienda del Estado de Nueva York

Identificación y apoyo a estudiantes en vivienda temporal conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York

Este formulario debe completarse cuando un estudiante se matricula por primera vez, y cada vez que ocurra un cambio en la situación de vivienda. No hay respuestas incorrectas. Este formulario puede completarse de forma independiente, o la persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar. Para acceder a una lista de personas de enlace de McKinney-Vento, visite https://www.nysteachs.org/liaisons.

DISTRITO O LEA	**NOMBRE DE LA ESCUELA**

Acerca de este formulario y sus derechos

La ley federal y estatal exige que las escuelas identifiquen a los estudiantes que viven en una vivienda temporal y se aseguren de que puedan matricularse, asistir y tener éxito en la escuela. La Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, junto con el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, protege a los estudiantes y a las familias que ya no tienen un lugar permanente y estable donde vivir; que han perdido su vivienda; que se alojan temporalmente con otras personas; o que viven en un lugar que nunca estuvo destinado a ser un hogar.

Los estudiantes elegibles tienen derecho a:

- ✓ Permanecer en la escuela a la que asistían cuando tuvieron vivienda permanente por última vez (llamada escuela de origen), durante todo el tiempo que estén en vivienda temporal.
- ✓ Matricularse de inmediato en la escuela local donde se encuentran viviendo temporalmente (la escuela de la ubicación actual).
- ✓ Matricularse y comenzar la escuela de inmediato, incluso sin certificado de nacimiento, comprobante de domicilio, registro de vacunas o expediente escolar.
- ✓ Recibir transporte gratuito de ida y vuelta a la escuela a la que asisten, así como a actividades extraescolares (si se encuentran a menos de 50 millas).
- ✓ Recibir comidas escolares gratuitas sin necesidad de presentar comprobantes de ingresos, así como acceso a otros servicios escolares, incluidos los recursos del subsidio McKinney-Vento, si están disponibles.

Esta información es confidencial y se compartirá únicamente con el personal escolar que tenga una necesidad educativa legítima de respaldar el acceso del estudiante a los derechos y servicios de McKinney-Vento. Proporcionar esta información es voluntario y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para los servicios conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York. Proporcionar esta información no afectará su estatus migratorio, su capacidad para matricularse ni el acceso a otros servicios.

Información del Estudiante

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE)	GRADO ESCOLAR (PREESCOLAR–12)
GÉNERO DEL ESTUDIANTE ☐ M ☐ F ☐ X = No binario	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE (MES/DÍA/AÑO)
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL	

NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN DONDE RESIDE EL ESTUDIANTE	

¿Dónde reside el estudiante en este momento?

Conforme a la Ley McKinney-Vento, los estudiantes están protegidos cuando su residencia nocturna no es fija, regular ni adecuada. Marque todas las casillas que describan dónde reside el estudiante en este momento.

☐ Vivienda permanente: usted es propietario o alquila un hogar fijo, regular y adecuado

☐ Vivienda compartida: se está alojando con otra familia o una persona debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas, un desalojo o una razón similar

☐ En un refugio de emergencia, de vivienda transitoria, o para víctimas de violencia doméstica.
Nombre del refugio o programa: _____

☐ En un hotel o motel porque no hay otro lugar adecuado y alternativo donde alojarse

☐ En un automóvil, parque, campamento, estación de autobuses o trenes, edificio abandonado, u otro lugar que no está destinado para una habitación estable o vivienda establecida.

☐ En un lugar sin calefacción, agua corriente o electricidad, o que de otro modo no sea estructuralmente seguro o sea inadecuado para habitar

☐ Desplazado(a) por un incendio, inundación, desastre natural u otra emergencia

☐ Otra situación temporal no incluida aquí:: _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su situación? (opcional)

_____

¿Es el estudiante un joven sin hogar no acompañado (UHY, por sus siglas en inglés)?

La Ley McKinney-Vento identifica como joven sin hogar no acompañado (UHY) a los estudiantes que no viven con un padre, madre o tutor legal, y que no residen en una vivienda permanente. Los UHY tienen derecho a matricularse en la escuela y a completar y firmar este formulario de manera independiente, sin la presencia de un padre, madre o adulto. La persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar a los UHY con este proceso.

☐ **Marque esta casilla si considera que el estudiante identificado anteriormente podría cumplir con los criterios de elegibilidad de McKinney-Vento descritos aquí.**

¿Hay niños adicionales en el hogar?

Para ayudarnos a identificar y apoyar a todos los niños y jóvenes elegibles, indique a todos los niños que viven actualmente con usted, sin importar su edad o si están matriculados en la escuela. Esto incluye bebés, niños en edad preescolar y niños en edad escolar.

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela Actual o Más Reciente	Última Escuela a la que Asistió Antes de la Actual o Más Reciente

Exactitud de la Información y Firma

La persona que completa este formulario certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa, según su leal saber y entender.

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Un joven sin hogar no acompañado puede firmar en su propio nombre.

¿Necesita ayuda? Comuníquese con la persona de enlace de McKinney-Vento cuya información de contacto se puede encontrar en la parte superior de este formulario, o llame a la Línea de Ayuda de NYS-TEACHS al 800-388-2014. Visite nysteachs.org para obtener más información.

SOLO PARA USO OFICIAL (Personal Escolar)

Fecha de recepción:_____ **Recibido por:**_____

Elegibilidad: ☐ Elegible ☐ No Elegible ☐ Pendiente

Código de Residencia Nocturna Principal de Personas sin Hogar (SIRS):

☐ D = Vivienda compartida ☐ S = Refugio ☐ H = Hotel/Motel

☐ U = Sin refugio ☐ T = Vivienda transitoria

Joven sin hogar no acompañado (UHY): ☐ Sí ☐ No

Formulario de Designación: ☐ Sí ☐ N/A ☐ Codificado en el Sistema de Información del Estudiante (SIS)

Persona de enlace notificada (iniciales): Fecha: ☐ La familia se negó a proporcionar información

Notas:

_____

_____

_____

_____

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM
PARENT SURVEY

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provides a variety of educational services to families who work in agriculture, **regardless of their nationality or legal status**. This program is **free of charge** to all eligible families and may include tutoring, free school lunch eligibility, educational field trips, summer programs, parent involvement activities, emergency needs and referrals to other services as needed.

Please take few minutes to complete this questionnaire.

Has anyone in your family worked, or looked for work at the following occupations during the past 3 years?

- ☐ Any agricultural, farm, or fishing work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, etc.)
- ☐ Work related to logging, harvesting, or initial processing of trees.
- ☐ Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables, etc.)
- ☐ No

If you answer YES, please provide your contact information below:

Parent/Guardian Name: _____

Home address:

_____

Telephone number: (_____)-_____-_____ Best time to be reached: _____ AM/PM

Previous Address: _____

Student name: _____ Age _____Grade_____

Student name: _____ Age _____Grade_____

Your information will be provided to the Mid-Hudson Migrant Education Program located at:

SUNY New Paltz Campus
Van Den Berg Learning Center Annex
Room 353
New Paltz, NY 12561
(845) 257-2950

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA PARA PADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE DEL ESTADO DE NUEVA YORK

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

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.
- ☐ No

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

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

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

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Su información se proporcionará al Programa de educación para migrantes de Mid-Hudson ubicado en:

SUNY New Paltz
Van den Berg Learning Centre Annex
Room 353
New Paltz, NY 12561
(845) 257-2950

Highland Central School District
Student Registration Form
(Please Press Firmly)

Student Name: _____ Male:____ Female:____
Non-Binary:____

Date of Birth:_____ Birth Place: _____
Ethnicity:_____ Language spoken at home:_____

Parent One: _____
Home Address:_____
_____
Mailing Address:_____
_____
Home Phone: _____
Cell Phone:_____
Business Phone:_____
Email:_____

Parent Two: _____
Home Address:_____
_____
Mailing Address:_____
_____
Home Phone: _____
Cell Phone:_____
Business Phone:_____
Email:_____

With whom does the student reside?_____
Who has custody of the child? Joint___ Mother___ Father ___ Guardian___
Address: _____ Phone:_____
Court documents? Yes_____ No_____
If yes, current court documents pertaining to the student during the school year MUST be on file at school (i.e. Custody papers, order of protection papers, custodial papers, etc.)

Previous schools attended: _____
Previously attended Highland: Yes_____ No_____

Siblings:

Last Name	First Name	DOB	Grade	School

**Special Considerations: Health History (i.e. allergies, vision, etc.), ESL, Special Education, IEP, Speech/Language, Gifted, Migrant Services: _____
_____

_____
Parent/Guardian Signature Relationship Date

(Space below for School District use only)

Student # _____
Bus # To:_____ From:_____
Evidence of Birth:_____
Placement Location:_____
School Counselor:_____

Enrollment Date:_____
Teacher: _____
Grade: _____ Homeroom: _____
Transcripts Requested: _____

White: (Student Folder) Yellow: (Health Office)

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EMERGENCY CONTACT FORM

Student Information:

Last Name	First Name	Middle Name
Student DOB	Grade Level	Students Native Language

Contact Information: Please give the name and phone number of individuals *other than yourself* that have permission from you to be contacted and requested to pick up your child in case of an emergency:

1. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

   Cell Number: _____ Work Number: _____

2. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

   Cell Number: _____ Work Number: _____

3. **Contact**: _____ **Relationship to Student**: _____

   Cell Number: _____ Work Number: _____

4. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

   Cell Number: _____ Work Number: _____

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Información para estudiantes:

Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre
Data de nacimiento del estudiante estudiantes	Nivel de curso	Lengua materna de los

Información de contacto: Por favor, proporcione el nombre y número de teléfono de personas *que no sean ustedes* que tengan permiso para ser contactadas y solicitadas para recoger a su hijo en caso de emergencia:

1. **Contacto:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

   Número de celda: _____ Número de trabajo: _____

2. **Contacto:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

   Número de celda: _____ Número de trabajo: _____

3. **Contacto**: _____ **Relación con el estudiante**: _____

   Número de celda: _____ Número de trabajo: _____

4. **Contacto:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

   Número de celda: _____ Número de trabajo: _____

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Student Name: _____ Date: _____

TWO PROOFS OF RESIDENCY ARE REQUIRED AT THE TIME OF REGISTRATION.
BOTH PROOFS MUST BE DATED LESS THAN 30 DAYS AND INCLUDE THE NAME AND STREET ADDRESS OF THE PARENT/GUARDIAN OF THE CHILD(REN) BEING REGISTERED.

PROOF OF RESIDENCY- (2) Required **that show the physical address-**

- ☐ One must be: Mortgage, Deed, Lease, Rental Agreement or Signed and Notarized Landlord Statement

AND

- ☐ One of the following:
  - Current Drivers License (with new address)
  - DMV sticker on license for change of address
  - Pay stub dated within the last 30 days with new address
  - Voter Registration Card
  - Current Utility Bill with physical address (Central Hudson, Cable, Water, Sewer, etc)
  - Property or School Tax Bill
  - Post office form processed by the postal service with forwarding address or a printout of address change from USPS.com
  - Automobile, homeowners, rental insurance policy with your name and address

If you are residing with a friend or family member:

The following are required:

- ☐ **Notarized Letter** from the homeowner/renter confirming:
  - Your name
  - Your children's names
  - The address where you are residing
- ☐ Proof of Residency for the homeowner/renter from the list above (1 proof)
- ☐ Proof of Residency for the parent/guardian from the list above (1 proof)

Parent/Guardian Certification
By signing below, I certify that the information provided is accurate and truthful to the best of my knowledge.

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

SE REQUIEREN DOS COMPROBANTES DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. **AMBAS PRUEBAS DEBEN ESTAR FECHADAS CON MENOS DE 30 DÍAS E INCLUIR EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR DEL NIÑO (S) QUE SE ESTÁ REGISTRANDO.**

COMPROBANTE DE RESIDENCIA- (2) Se requiere **que muestre la dirección física-**

1. Uno debe ser: Hipoteca, Escritura, Contrato de Arrendamiento, Contrato de Alquiler o Declaración del Propietario Firmada y Notariada

Y

2. Uno de los siguientes:
   - Licencia de Conducir Actual (con nueva dirección)
   - Calcomanía del DMV en la licencia para cambio de dirección
   - Comprobante de pago fechado dentro de los últimos 30 días con nueva dirección
   - Tarjeta de Registro de Votante
   - Factura actual de servicios públicos con dirección física (Hudson central, cable, agua, alcantarillado, etc.)
   - Factura de impuestos sobre la propiedad o la escuela
   - Formulario de oficina postal procesado por el servicio postal con dirección de reenvío o una copia impresa del cambio de dirección de USPS.com
   - Póliza de seguro de automóvil, propietarios de vivienda, alquiler con su nombre y dirección

Si reside con un amigo o familiar:

Se requiere lo siguiente:

- **Carta notariada** del propietario/inquilino que confirme:
  - Te llamas
  - Los nombres de sus hijos
  - La dirección en la que reside
- Comprobante de residencia para el propietario/inquilino de la lista anterior (1 comprobante)
- Comprobante de residencia del padre/tutor de la lista anterior (1 comprobante)

Certificación de Padre/Tutor
Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada es precisa y veraz a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor **Fecha**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

RECORDS RELEASE FORM

Date: _____

Student Name: _____

Date of Birth: _____ Grade of Entry: _____

Former School Name: _____

School Mailing Address: _____

Contact Name/Email Address: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

The above student has entered the Highland Central School District. Please kindly forward the following documentation to complete the student record:

- ☐ **Academic Record**
- ☐ **Test Scores**
- ☐ **NYS Elementary/Intermediate Science Investigation**
- ☐ **All Health Records**
- ☐ **IEP/Special Education**
- ☐ **ENL Records**
- ☐ **Attendance**
- ☐ **Psychological Reports**
- ☐ **Disciplinary Records**
- ☐ **Family Data**
- ☐ **All other pertinent information (please list):** _____

Please forward the requested documents to the school marked below:

☐ Highland Elementary School
Attn: Principal's Office
16 Lockhart Lane
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845) 691-1072/1062
Fax: (845) 691-1073
Email: KMickle@highland-k12.org

☐ Highland Middle School
Attn: Guidance Office
71 Main Street
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845) 691-1090
Fax: (845) 691-1092
Email: DPeterson@highland-k12.org

☐ Highland High School
Attn: Guidance Office
320 Pancake Hollow Road
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845)691-1021
Fax: (845)691-1043
Email: DSantangelo@highland-k12.org

☐ Student Services; Phone: (845)691-1023 Fax: (845)691-1024 or email: Vbieszad@highland-k12.org

I, _____ give permission to my child's former school to release any and all requested records to the Highland Central School district.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

Rev. 10/2025

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REMITIR DOCUMENTOS ESTUDIANTILES

Fecha: _____

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado de Entrada: _____

Nombre de Escuela Anterior: _____

Dirección Postal de la Escuela: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

El/La estudiante arriba ha entrado en el Distrito Escolar Central de Highland. Favor de amablemente remitir la siguiente documentación para completar el registro del/de la estudiante:

- ☐ **Expediente académico**
- ☐ **Puntajes de exámenes**
- ☐ **Investigación de Ciencias Primarias / Intermedias del Estado de Nueva York**
- ☐ **Todos los registros de salud**
- ☐ **IEP/Educación Especial**
- ☐ **Registros ENL**
- ☐ **Asistencia**
- ☐ **Informes psicológicos**
- ☐ **Registros disciplinarios**
- ☐ **Datos familiares**
- ☐ **Toda la demás información pertinente (por favor enumere):**

  _____

Favor de remitir los documentos a la escuela marcada abajo:

☐ Highland Elementary School
Attn: Principal's Office
16 Lockhart Lane
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845) 691-1072/1062
Fax: (845) 691-1073
Email: KMickle@highland-k12.org

☐ Highland Middle School
Attn: Guidance Office
71 Main Street
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845) 691-1090
Fax: (845) 691-1092
Email: DPeterson@highland-k12.org

☐ Highland High School
Attn: Guidance Office
320 Pancake Hollow Road
Highland, N.Y. 12528
Phone: (845)691-1021
Fax: (845)691-1043
Email: DSantangelo@highland-k12.org

☐ Servicios Estudiantiles; Teléfono: (845)691-1023 Fax: (845)691-1024 or email: Vbieszad@highland-k12.org

Yo, _____ doy permiso a la escuela anterior de mi hijo/a que mande cualquier y todos los documentos solicitados al Distrito Escolar Central de Highland.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián **Fecha**

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Elisa Alvarez, Associate Commissioner Office of
Bilingual Education and World Languages

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

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

Home Language Questionnaire (HLQ)

Dear Parent or Person in Parental Relation:
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.

STUDENT NAME:		
First	*Middle*	*Last*
DATE OF BIRTH:		**GENDER:**
		❑ Male ❑ Female
Month	*Day*	*Year*
PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:		
Last Name	*First Name*	*Relation to*

HOME LANGUAGE CODE _____

Language Background
(Please check all that apply.)

1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	
2. What was the first language your child learned?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	
3. What is the Home Language of each parent/guardian?	❑ Parent 1 _____ *specify*		❑ Parent 2 _____ *specify*	
	❑ Guardian(s) _____ *specify*			
4. What language(s) does your child understand?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	
5. What language(s) does your child speak?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	❑ Does not speak
6. What language(s) does your child read?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	❑ Does not read
7. What language(s) does your child write?	❑ English	❑ Other	_____ *specify*	❑ Does not write

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School: *Address:*	

Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

Educational History

8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school _____

9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.

Yes ***No*** ***Not sure***
❑ ❑ ❑ ***If yes,** please explain:_____

How severe do you think these difficulties are? ❑ Minor ❑ Somewhat severe ❑ Very severe

10a. Has your child ever been *referred* for a special education evaluation in the past? ❑ No ❑ Yes* **Please complete 10b below*

10b. *If referred for an evaluation, has your child ever *received* any special education services in the past?
❑ No ❑ Yes – Type of services received:_____

Age at which services received *(Please check all that apply):*
❑ Birth to 3 years (Early Intervention) ❑ 3 to 5 years (Special Education) ❑ 6 years or older (Special Education)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? ❑ No ❑ Yes

11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? *(e.g., special talents, health concerns, etc.)*

12. In what language(s) would you like to receive information from the school? _____

_____ Month: Day: Year:
Signature of Parent or of Person in Parental Relation ***Date***

Relationship to student: ❑ Parent ❑ Other:_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ **POSITION:** _____

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

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

NAME: _____ **POSITION:** _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ ADMINISTER NYSITELL
❑ ENGLISH PROFICIENT
❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ **POSITION:** _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

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

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes *Día* *Año*		❑ Masculino ❑ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	*Primer Nombre*	*Relación con el estudiante*

HOME LANGUAGE CODE

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

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Padre 1 *especifique*	❑ Padre 2 *especifique*	❑ Tutor(es) *especifique*
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	❑ No sabe escribir

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School *Address*	

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

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

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

*Sí**	*No*	*No se sabe*	
❑	❑	❑	*** En caso afirmativo, por favor explique:** _____

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

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

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

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

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

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

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? ❑ No ❑ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? *(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

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

_____ Mes: Día: Año: _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal ***Fecha***

Relación con el estudiante: ❑ Padre ❑ Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ **POSITION:** _____

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

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

NAME: _____ **POSITION:** _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
- ❑ ADMINISTER NYSITELL
- ❑ ENGLISH PROFICIENT
- ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ **POSITION:** _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

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

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EVERY STUDENT SUCCEEDS ACT

STUDENT NAME:

_____ _____ _____

Last Name First Name Middle Name

PLACE OF BIRTH:

_____ _____ _____ _____

City County State Country

Number of years in school outside of the United States: _____

ETHNICITY:

Is the student Hispanic, Latino or of Spanish Origin? ☐ Yes ☐ No

RACE:

Choose one or more of the following regardless of ethnicity:

☐ American Indian or Alaskan Native

☐ Asian

☐ Black or African American

☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander

☐ Caucasian

Does this student have a parent on active military duty: ☐ Yes ☐ No

If Yes: Parent name and date parent first entered active duty: _____

FIRST POLIO VACCINATION:

Immunization Date: _____ (Month/Day/Year)

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

Rev.10/2025

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

LEY DE ÉXITO PARA TODOS LOS ALUMNOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Segundo nombre

LUGAR DE NACIMIENTO:

_____	_____	_____	_____
Ciudad	Condado	Estado	País

Número de años en la escuela fuera de los Estados Unidos: _____

ETNICIDAD:

¿Es el/la estudiante Hispano, Latino o de Origin Español? Sí ☐ No☐

RAZA:

Escoja una o más de los siguientes independiente de la etnicidad:

- ☐ Indio Americano o Alasqueño Nativo
- ☐ Asiático
- ☐ Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacífico
- ☐ Americano Negro o Africano
- ☐ Caucasiano

¿Tiene este estudiante un/a padre/madre en servicio activo militar?: ☐ Sí ☐ No

Sí: Nombre del padre/madre y la fecha que primeramente entró en servicio activo:

_____

PRIMERA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA:

Fecha de Vacuna: _____ (Mes/Día/Año)

_____ _____

Firma de Padre/Guardián **Fecha**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

RELEASE TO VIDEOTAPE AND PHOTOGRAPH

Student Name (print)_____ **Grade**_____

I hereby give my permission to the Highland Central School district to record my child/ward's image and/or voice for use in promotional, educational materials, district web page and/or to be interviewed and/or photographed/videotaped by the media. This coverage may be used for broadcasting or published in print. I understand that I will not receive monetary compensation for such use. By granting permission, I release the District from any liability for, and waive any and all claims against the District by reason of the publications, including but not limited to unlawful invasion of privacy.

I understand that the signing of this release does not obligate the District to use my child/ward's picture.

☐ Yes, I do give permission.

☐ No, I do not give permission.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN DE GRABAR EN VÍDEO Y FOTOGRAFÍA

Nombre de Estudiante (letra de molde): _____ **Grado**_____

Yo por la presente doy mi permiso al Distrito Escolar Central de Highland para grabar o el imagen y/o la voz de mi hijo/custodia para el uso en las materiales promocionales, materiales educacionales, la página web del distrito y/o para ser entrevistado y/o fotografiado/grabado en video por los medios de comunicación. Esta cobertura puede ser o usada por la industria de la comunicación o publicada. Comprendo que no recibiré compensación monetaria por tal uso. Por dar permiso, yo libero al Distrito de cualquier responsabilidad, y renuncio cualquier y todos reclamos contra el Distrito por razón de las publicaciones, incluyendo pero no limitado a la invasión de privacidad ilegal.

Comprendo que la firma de esta renuncia no obliga que el Distrito use la foto de mi hijo/custodia .

☐ Sí, doy mi permiso.

☐ No, no doy mi permiso.

_____ _____

Firma de Padre/Guardián **Fecha**

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

TELECOMMUNICATION USER AGREEMENT AND WAIVER FORM

I have read and understand the Highland Central School District's Telecommunications Use Administrative Regulation, as found on the district's website at:

View Policy 7315: Student and Staff Acceptable Use This policy is regarding student use of the data/voice/video network and the Internet. By signing this consent and waiver form, I give my permission for my child to be permitted access to the district's data/voice/video network system and the Internet. I understand that my child's in-school access to the Internet is designed solely for educational purposes. I also understand that a variety of inappropriate and offensive materials are available over the Internet, and it may be possible for my child to access these materials inadvertently or if he/she chooses to behave irresponsibly. I further understand that it is possible for undesirable or ill-tended individuals to communicate with my child over the Internet, that there is no practical way for the Highland Central School District to prevent this from happening, and that my child must take responsibility to avoid such communications if they are initiated. While I authorize the Highland Central School District faculty/staff to monitor any communications to and from my child on the district's data/voice/video network and Internet, I recognize that it is not possible for the District to monitor all such communications. I have determined that the benefits of my child having in-school access to the Internet outweigh the potential risks, and I will not hold the Highland Central School District or the Internet Access Provider, the Mid-Hudson Regional Information Center, responsible for material acquired or contacts made on the Highland Central School District's data/voice/video network or the Internet. I and my son/daughter further understand that any violation of the provisions in the telecommunications Use Policy/Administrative Regulation by my child may result in suspension or revocation of his/her system access and related privileges, other disciplinary action, and possible legal action.

_____ _____

Name of Student (Print) **Student Grade**

_____

Parent/Guardian Signature

_____

Date

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ACUERDO DE USUARIO DE TELECOMUNICACIONES Y FORMULARIO DE RENUNCIA

He leído y entiendo el Reglamento Administrativo de Uso de Telecomunicaciones del Distrito Escolar Central de Highland, tal como se encuentra en la página web del distrito en:

Consulta la Política 7315: Uso aceptable de estudiantes y personal Esta política se refiere al uso por parte de los estudiantes de la red de datos/voz/vídeo e Internet. Al firmar este consentimiento y formulario de exención, doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso al sistema de datos del distrito, voz y vídeo y a Internet. Entiendo que el acceso escolar de mi hijo a Internet está diseñado únicamente con fines educativos. También entiendo que hay una variedad de materiales inapropiados y ofensivos disponibles por Internet, y puede que mi hijo acceda a estos materiales de forma involuntaria o si decide comportarse de forma irresponsable. Además, entiendo que es posible que personas indeseables o mal atendidas se comuniquen con mi hijo por Internet, que no hay forma práctica para que el Distrito Escolar Central de Highland evite que esto ocurra, y que mi hijo debe asumir la responsabilidad de evitar tales comunicaciones si se inician. Aunque autorizo al profesorado y al personal del Distrito Escolar Central de Highland a supervisar cualquier comunicación hacia y desde mi hijo a través de la red de datos/voz/vídeo e Internet del distrito, reconozco que no es posible que el Distrito supervise todas esas comunicaciones. He determinado que los beneficios de que mi hijo tenga acceso a Internet en la escuela superan los riesgos potenciales, y no haré responsables al Distrito Escolar Central de Highland ni al proveedor de acceso a Internet, el Centro Regional de Información de Mid-Hudson, por el material adquirido o los contactos realizados en la red de datos/voz/vídeo del Distrito Escolar Central de Highland ni en Internet. Mi hijo e hija y yo entendemos además que cualquier violación de las disposiciones de la Política de Uso de Telecomunicaciones/Reglamento Administrativo por parte de mi hijo puede resultar en la suspensión o revocación de su acceso al sistema y privilegios relacionados, otras medidas disciplinarias y posibles acciones legales.

_____ _____

Nombre del estudiante (Impreso) **Curso del estudiante**

_____

Firma del padre/tutor

_____

Fecha

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ANNUAL MEDICAL UPDATE

Name:	DOB:	Age:	Grade:	Gender: ☐ M ☐ F
Parent/Guardian: (person completing this form)	Home Phone: Cell Phone:			Date:

Has your child ever:	**YES**	**NO**	**If Yes, please explain and include date:**
Had an ongoing medical condition	☐	☐	
Seen a medical specialist	☐	☐	
Had allergies:	☐	☐	☐food ☐environmental ☐insect ☐medication ☐other
Been hospitalization	☐	☐	
Had an operation	☐	☐	
Had an injury requiring an Emergency Room visit	☐	☐	
Missed 5 days of school in a row due to illness/injury	☐	☐	
Had a bone/muscle injury	☐	☐	
Passed out, had a concussion or serious head injury	☐	☐	
Had a convulsion/seizure	☐	☐	
Had a vision problem or condition	☐	☐	☐ glasses ☐ contacts
Had a hearing problem or condition	☐	☐	☐ hearing aid ☐ cochlear implant
Worn dental bridge, braces or mouthpiece	☐	☐	
Have any family members under the age of 50 ever:	**YES**	**NO**	**If Yes, please specify:**
Had a heart attack	☐	☐	
Had other serious health problems	☐	☐	

CHECK ALL THAT APPLY TO YOUR CHILD:

☐ ADHD
☐ Asthma/trouble breathing
☐ Autism/Asperger
☐ Dental Injuries
☐ Diabetes
☐ Ear Infections
☐ GI Conditions (ulcer, reflux, IBS)
☐ Headaches/migraines
☐ Heart Conditions
☐ High Blood Pressure
☐ Mental Health Condition (depression, eating disorder, anxiety, OCD, ODD, etc.)
☐ Scoliosis
☐ Single Organ (☐kidney, ☐testicle)
☐ Skin Condition
☐ Speech Condition
☐ Urinary Condition

CURRENT MEDICATIONS	**YES**	**NO**	**Please list name, dose, time(s)**
Given at school	☐	☐	
Taken at home	☐	☐	
ASSISTIVE EQUIPMENT	**YES**	**NO**	**Please check all that apply**
During or outside of school	☐	☐	☐crutches ☐walker ☐wheelchair ☐other:
TREATMENTS	**YES**	**NO**	
During or outside of school	☐	☐	☐insulin/blood glucose monitoring ☐inhaler/nebulizer/peak flow monitoring ☐special diet

Are there any conditions that would prevent your child from participating in physical education or sports?
☐ No ☐ Yes: _____

Please list any additional concerns: (use back of sheet if necessary) _____
_____

I give permission to release medical information to the appropriate staff members of Highland Central School District so that they can be informed of my student's condition.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ACTUALIZACIÓN MÉDICA ANUAL

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:	Género: ☐ M F☐
Padre/Tutor: (persona que completa este formulario)	Teléfono de casa: Teléfono celular:			Fecha:

¿Su hijo alguna vez:	**SÍ**	**NO**	**En caso afirmativo, sírvase explicar e incluir la fecha:**
Tenía una afección médica continua	☐	☐	
Seen un especialista médico	☐	☐	
Had alergias:	☐	☐	
Ha sido hospitalizado	☐	☐	
Tuvo una operación	☐	☐	
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias	☐	☐	
Perdió 5 días seguidos de escuela debido a una enfermedad / lesión	☐	☐	
Tuvo una lesión ósea/muscular	☐	☐	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	☐	☐	
Tuvo una convulsión/convulsión	☐	☐	
Tuvo un problema o afección de la visión	☐	☐	☐☐ lentes de contacto
Tuvo un problema o afección auditiva	☐	☐	☐☐ Implante coclear para audífonos
Puente dental, aparatos ortopédicos o boquilla desgastados	☐	☐	
Tener algún miembro de la familia menor de 50 años:	**SÍ**	**NO**	**En caso afirmativo, sírvase especificar:**
Tuvo un ataque al corazón	☐	☐	
Tenía otros problemas de salud graves	☐	☐	

MARQUE TODO LO QUE SE APLICA A SU HIJO:

☐ TDAH
☐ Asma/dificultad para respirar
☐ Autismo/Asperger
☐ Lesiones dentales
☐ Diabetes
☐ Infecciones del oído
☐ Condiciones gastrointestinales (úlcera, reflujo, SII)
☐ Dolores de cabeza/migrañas
☐ Afecciones cardíacas
☐ High presión arterial
☐ Condición de salud mental (depresión, trastorno alimentario, ansiedad, TOC, ODD, etc.)
☐ Escoliosis
☐ Órgano único (☐riñón, ☐testículo)
☐ Condición de la piel
☐ Condición del habla
☐ Condición urinaria

MEDICAMENTOS ACTUALES	**SÍ**	**NO**	**Por favor, indique nombre, dosis, hora(s)**
Impartido en la escuela	☐	☐	
Tomado en casa	☐	☐	
EQUIPO DE ASISTENCIA	**SÍ**	**NO**	**Por favor, marque todo lo que corresponda**
Durante o fuera de la escuela	☐	☐	☐muletas ☐andador ☐silla de ruedas ☐otros:
TRATAMIENTOS	**SÍ**	**NO**	
Durante o fuera de la escuela	☐	☐	☐Insulina/Blood Monitoreo de glucosa Inhalador/nebulizador/Monitoreo de flujo máximo Dieta especial☐☐

¿Hay alguna condición que impida que su hijo participe en educación física o deportes? ☐No ☐ Sí:

Por favor, enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario) _____
_____

Doy permiso para divulgar información médica a los miembros del personal apropiado del Distrito Escolar Central de Highland para que puedan ser informados de la condición de mi estudiante.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____