SY 2027-2028

School District 197
Kindergarten Enrollment Checklist

Use this checklist to ensure you have completed all the steps to register your child for kindergarten.

☐ **Birth Verification**
A birth certificate or passport must be presented at registration to verify your child's date of birth.

☐ **Address Verification Required**
Please provide a document that shows the name and address of the parent/guardian or other person having legal custody of the student.

→ **Documents may include one of the following:**

- major utility bill such as electric, gas, or water dated within 30 days of enrollment
- current purchase/lease agreement
- current property tax statement
- current payroll, bank statement, or a current federal/state/county benefits statement dated within 30 days of enrollment

☐ **Enrollment Form**

☐ **Transportation Form**

☐ **Minnesota Language Survey**

☐ **Ethnic and Racial Designation Form**

☐ **Early Childhood Screening Questionnaire**

☐ **Enrollment Survey**

☐ **Student Health Form**

☐ **Emergency Record**

☐ **Student Acceptable Use Agreement**

☐ **Immunization Record**

☐ **Physical Exam Form**

SY 2027-2028

Distrito escolar 197
Lista de Verificación de Inscripción de Kínder

Use esta lista de verificación para asegurarse de haber completado todos los pasos para inscribir a su hijo en el kínder.

☐ **Verificación de nacimiento**
Se debe presentar un certificado de nacimiento o pasaporte en el registro para verificar la fecha de nacimiento de su hijo.

☐ **Verificación de dirección**
Proporcione un documento que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor u otra persona que tenga la custodia legal del estudiante.

→ **Los documentos pueden incluir uno de los siguientes:**

- una factura de servicios públicos importantes como electricidad, gas o agua con fecha dentro de los 30 días posteriores a la inscripción
- un contrato de compra/arrendamiento actual
- declaración de impuestos sobre la propiedad actual
- nómina actual, estado de cuenta bancario o declaración de beneficios federales/estatales/del condado con fecha dentro de los 30 días posteriores a la inscripción

☐ **Formulario de inscripción**

☐ **Formulario de inscripción en el autobús**

☐ **Encuesta de idiomas de Minnesota**

☐ **Formulario de designación étnica y racial**

☐ **Cuestionario de evaluación de la primera infancia**

☐ **Encuesta de inscripción**

☐ **Formulario de salud del estudiante**

☐ **Registro de emergencia**

☐ **Acuerdo de uso aceptable para estudiantes**

☐ **Record de vacunación**

☐ **Formulario de examen físico**

Student Enrollment Form - West St. Paul-Mendota Heights-Eagan Area Schools (ISD #197)

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID: _____ Begin Enrollment Date: _____ Resident District: _____
School #: _____ Teacher/Counselor: _____ Previous Enrollment District: _____
Grade: ____ Walk or Bus #: ____ Home Language: _____
Address Verification: ❑ Major Utility Bill ❑ Lease Agreement ❑ Birth Verification ❑ Other

PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION REQUESTED BELOW

Full Legal Name Required for Enrollment

Enrolling Grade:	**Student LAST Name(s) (all):**	**Student FIRST Name:**	**Student MIDDLE Name:**
Nickname (optional):	**Student Date of Birth:**	**Place of Birth (state/country):**	**Student Gender:** Female ◯ Male ◯

Pronouns ☐ **She/Her** ☐ **He/Him** ☐ **They/Them**

Address: _____ Primary/Home Phone: _____
Street Apt #

_____
City Zip Code County Date Student Moved to This Address

Does another family live at this address? No☐ Yes☐ If yes, please list the last name(s) of other family or families: _____

Pick-Up/Daycare Address (if other than home): _____

Below List All Schools the Student has Attended *(most recent schools first)*

Name of School	City and State	Grades Attended	Dates Attended

Student Lives With (check all that apply): Mother ☐ Father ☐ Step Parent ☐ Foster Parent ☐ Other ☐ _____

Are there court orders that apply to custody of the student? **No** ☐ **Yes** ☐ **(If yes, please provide copies)**

	Parent/Guardian #1 (custodial/resides with student)	**Parent/Guardian #2** (custodial/resides with student)	**Parent/Guardian #3** (non-custodial/second mailing)
Name (First, MI, Last)			
Gender (Female/Male)			
Date of Birth (MM/DD/YY)			
Relationship to Student			
Street Address/City/Zip			
Email Address			
Cell/Home Phone Number			
Work Phone Number			

Below List All Children Residing in the Home *(including those not currently in school)*

Name (First, MI, Last)	School Attending	Grade	Gender	Birth Date	Relationship to Parent/Guardian #1	Relationship to Parent/Guardian #2	Relationship to Parent/Guardian #3

Is this student a Military Connected Youth? Relationship _____ Yes ☐ No ☐
Have you moved in the last three years to seek work as a paid laborer in any type of farming or fishing? Yes ☐ No ☐
Does this student have special education services (an IEP)? Yes ☐ No ☐
Does this student have a 504 Accomodation Plan? Yes ☐ No ☐
Is the student's current address a temporary living arrangement? Yes ☐ No ☐
is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship? Yes ☐ No ☐
Does the student lack a fixed, regular, adequate nighttime residence? Yes ☐ No ☐

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Formulario de inscripción de estudiantes - Escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan (ISD #197)

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Student ID: _____ Begin Enrollment Date: _____ Resident District: _____
School #: _____ Teacher/Counselor: _____ Previous Enrollment District: _____
Grade: ____ Walk or Bus #: ____ Home Language: _____
Address Verification: ❑ Major Utility Bill ❑ Lease Agreement ❑ Birth Verification ❑ Other

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO

Nombre legal completo requerido para la inscripción

Grado de inscripción:	**APELLIDO(s) del estudiante (todos):**	**PRIMER nombre del estudiante:**	**SEGUNDO nombre del estudiante:**
Apodo (opcional):	**Fecha de nacimiento del estudiante:** / **Lugar de nacimiento (estado/país):**	**Género del estudiante:** **Femenino** ☐ **Masculino** ☐	**Pronombres** ☐ Ella ☐ El ☐ Elles/No Binario

Dirección: _____ Teléfono principal/residencial: _____
Calle Apt #

_____
Ciudad Código postal Condado Fecha en que el estudiante se mudó a esta dirección

¿Vive otra familia en esta dirección? No ☐ Si ☐ En caso afirmativo, indique el(los) apellido(s) de otra familia o familias: _____
Dirección de recogida/guardería (si no es su casa): _____

A continuación, enumere todas las escuelas a las que ha asistido el estudiante (primero las escuelas más recientes)

Nombre de Escuela	Ciudad y estado	Grados atendidos	Fechas en las que asistió

El estudiante vive con (marque todo lo que corresponda): Madre ☐ Padre ☐ Padrastro/Madrastras ☐ Padre adoptivo ☐ Otro ☐ _____
¿Existen órdenes judiciales que se apliquen a la custodia del estudiante? No ☐ Si ☐ (En caso afirmativo, proporcione copias)

	Padre/tutor #1 (custodia/reside con el estudiante)	**Padre/tutor #2** (custodia/reside con el estudiante)	**Padre/tutor #3** (envío sin custodia/segundo correo)
Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)			
Genero (femenino/masculino)			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)			
Relación con el estudiante			
Dirección postal/ciudad /código postal			
Dirección de correo electrónico			
Número de teléfono celular/residencial			
Número de teléfono del trabajo			

A continuación, enumere todos los niños que residen en el hogar (incluidos los que no asisten actualmente a la escuela)

Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste	Grado	Género	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/tutor #1	Relación con el padre/tutor #2	Relación con el padre/tutor #3

¿Es este estudiante un joven militar conectado? Relación_____ SI ☐ No ☐
¿Se ha mudado en los últimos tres años para buscar trabajo como jornalero remunerado en algún tipo de agricultura o pesca? SI ☐ No ☐
¿Tiene este estudiante servicios de educación especial (un PEI)? SI ☐ No ☐
¿Tiene este estudiante un plan de adaptación 504? SI ☐ No ☐
¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo de vivienda temporal? SI ☐ No ☐
¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? SI ☐ No ☐
¿Carece el estudiante de una residencia nocturna fija, regular y adecuada? SI ☐ No ☐

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

School District 197

Bus Registration

Registration Form Due August 1, 2027

Who Needs to Register for the Bus?

- All students new to the district
- All high school students (grades 9-12)
- All previously registered students who have had an address change
- All non-public school students

BUS TRANSPORTATION IS AVAILABLE TO:

- Elementary school students (grades K-4) who live more than 0.75 mile from school
- Middle school students (grades 5-8) who live more than 1 mile from school
- High school students (grades 9-12) who live more than 2 miles from school

REGISTRATION PROCESS:

- Students will not be listed for bus service in the fall unless the Transportation Office receives a completed registration form on or before August 1.
- Forms received after August 1 will be put on hold. Students may not have bus service for the first two weeks of school or may be transported home by van (elementary) or asked to use the Academic/Activity Bus (middle and high school) until they are assigned a route. Transportation requests received after the first two weeks of school will be processed within 2-3 business days.
- Please only register for service when you are sure your child will be riding a bus.
- Complete one form per child.
- By registering for transportation services you are agreeing to comply with our policies and procedures, which can be found on the district website at www.isd197.org/schoolboard/policies.
- All students (grades K-12) are dropped off at their stop location regardless of whether a parent/guardian is present.
- Return this form to your school's main office. If school is not in session, mail form to District Transportation, 1145 Medallion Drive, Mendota Heights, MN 55120, or email form to transportation@isd197.org. Do not mail it to your school during the summer. This form can be found at isd197.org/district/departments/transportation/registration.
- Postcards with bus information are mailed to homes in late August. If you have questions, please call 651-403-8320.

Student Name: _____ Student ID#: _____
Street Address: _____ Home Phone: _____
City/State/Zip Code: _____ Cell Phone: _____
Date of Birth: _____
Student's School in 2027-28: _____ Grade in 2027-28: _____
Parent/Guardian Name: _____ Email: _____
Secondary/Emergency Contact: _____ Contact Phone: _____
When will the student ride? (Check one or both) ☐ AM ☐ PM
Does your child have any special health needs or concerns? If so, please describe. _____

Daycare Information (Complete if applicable. Pickup and drop off must be five days each week at the same location. AM and PM may be different locations.)
Daycare Provider's Name: _____ Phone: _____
Daycare Address: _____

To School: (Choose only one):	☐ Pick up from home	☐ Pickup from daycare	☐ Extended Day (School Age Care)
From School:	☐ Drop at home	☐ Drop at daycare	☐ Extended Day (School Age Care)

Distrito 197

Inscripción para el transporte

La forma de inscripción vence el 1° de agosto del 2027

¿QUIÉN NECESITA REGISTRARSE PARA EL AUTOBÚS?

- Todos los estudiantes nuevos en el distrito
- Todos los estudiantes de secundaria (grados 9-12)
- Todos los estudiantes previamente registrados que han tenido un cambio de dirección
- Todos los estudiantes de escuelas no públicas.

EL TRANSPORTE ESCOLAR ESTÁ DISPONIBLE PARA:

- Grados K-4 que viven a más de 0.75 milla de la escuela
- Grados 5-8 que viven a más de 1 milla de la escuela
- Grados 9-12 que viven a más de 2 millas de la escuela

PROCESO DE INSCRIPCION:

- Los estudiantes no estarán en las listas para usar el transporte en el otoño a no ser que la oficina de transporte reciba una solicitud antes del 1° de agosto.
- Aquellas solicitudes que se reciban después del 1° de agosto será puestas en espera. Los estudiantes tal vez no tengan transporte las primeras dos semanas de clases o puede que sean transportados a casa en una van (para primaria) o se les pedirá utilizar el autobús de Actividades Académicas (para la intermedia y secundaria) hasta que se le asigne Una ruta. Las solicitudes de transporte que se reciban después de las primeras dos semanas de clases serán procesadas dentro de 2-3 días hábiles.
- Por favor inscriban a su niño únicamente si está seguro de que él/ella usará el autobús escolar.
- Completen una forma por cada niño.
- Al completar las solicitudes para el transporte, ustedes están de acuerdo con cumplir con nuestras normas y procedimientos. Estas normas se encuentran en la página web del Distrito 197 bajo "District – School Board – Policy Manual".
- Todos los estudiantes (grados K-12) serán dejados en sus paradas estén o no sus padres/madres presentes.
- Envíen esta solicitud a la oficina de la escuela de su niño. Si la escuela está cerrada durante el verano, envíen por correo a: District Transportation, 1145 Medallion Drive, Mendota Heights, MN 55120, o envíen la forma por correo electrónico a transportation@isd197.org. No envíen esta forma a la escuela de su niño por correo durante el verano. Esta forma se puede encontrar en isd197.org/district/departments/transportation/registration.
- La oficina de transporte enviará las tarjetas con la información sobre los autobuses a finales de agosto. Si tienen preguntas sobre esta inscripción, por favor contacte nuestras oficinas al teléfono 651-403-8324.

Nombre del estudiante: _____ ID#: _____
Dirección de la casa: _____ Teléfono de la casa: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Escuela en 2027-28: _____ Grado en 2027-28: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
¿Cuándo su niño usará el transporte? (Marque uno o ambos) ☐ AM ☐ PM
¿Su niño tiene alguna necesidad de salud especial o preocupaciones? _____

Información sobre el cuidado infantil/guardería (Completar si es necesario. La parada del bus debe ser la misma los cinco días a la semana. La parada de la mañana y de la tarde puede ser diferente.)
Nombre de la guardería: _____ Teléfono: _____
Dirección de la guardería: _____

Hacia la escuela: (solo escoja una):	☐ Recoger en casa	☐ Recoger en guardería	☐ SAC
Desde la escuela:	☐ Dejar en casa	☐ Dejar en guardería	☐ SAC

Minnesota Language Survey

Minnesota is home to speakers of more than 100 different languages. The ability to speak and understand multiple languages is valued. The information you provide will be used by the school district to see if your student is multilingual. In Minnesota, students who are multilingual may qualify for a Multilingual Seal upon further assessment. Additionally, the information you provide will determine if your student should take an English proficiency test. Based upon the results of the test, your student may be entitled to English language development instruction. **Access to instruction is required by federal and state law. As a parent or guardian, you have the right to decline English Learner instruction at any time.** Every enrolling student must be provided with the Minnesota Language Survey during enrollment. Information requested on this form is important to us to be able to serve your student. Your assistance in completing the Minnesota Language Survey is greatly appreciated.

Student Information	
Student's Full Name: (Last, First, Middle)	Birthdate or Student ID:

	Check the phrase that best describes your student:	**Indicate the language(s) other than English in space provided:**
1. My student first learned:	◯ language(s) other than English. ◯ English and language(s) other than English. ◯ only English.	
2. My student speaks:	◯ language(s) other than English. ◯ English and language(s) other than English. ◯ only English.	
3. My student understands:	◯ language(s) other than English. ◯ English and language(s) other than English. ◯ only English.	
4. My student has consistent interaction in:	◯ language(s) other than English. ◯ English and language(s) other than English. ◯ only English.	

Language use alone does not identify your student as an English learner. If a language other than English is indicated, your student will be screened for English language proficiency.

Parent/ Guardian Information	
Parent/Guardian Name (printed):	
Parent/Guardian Signature:	Date:

* All data on this form is private. It will only be shared with district staff who need the information to best serve your student and for legally required reporting about home language and service eligibility to the Minnesota Department of Education. At the district and at the Minnesota Department of Education, this information will not be shared with other individuals or entities, except if they are authorized by state or federal law to access the information. Compliance with this request for information is voluntary.

Encuesta sobre el Idioma en Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 diferentes idiomas. La habilidad para hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que provee será usada por la escuela del distrito para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües podrían calificar para un Sello Multilingüe luego de una evaluación adicional. Adicionalmente, la información provista determinará si su estudiante debería tomar la prueba de proeficiencia de Inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso para la enseñanza es requerida por la ley estadal y federal. Como padre o representante, usted tiene el derecho de declinar la enseñanza del aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante registrado debe ser provisto con la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota durante el proceso de inscripción. La información requerida en esta forma es importante para nosotros para poder mejor servir al estudiante. Su asistencia completando la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota es altamente apreciada.

Información del Distrito	
Nombre Completo del Estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento o ID del Estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	**Indique el/los idioma(s) aparte del Inglés en el espacio provisto:**
1. Mi estudiante primero aprendió:	◯ Otro(s) Idioma(s) que Inglés. ◯ Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. ◯ Sólo Inglés.	
2. Mi estudiante habla:	◯ Otro(s) Idioma(s) que Inglés. ◯ Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. ◯ Sólo Inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	◯ Otro(s) Idioma(s) que Inglés. ◯ Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. ◯ Sólo Inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente en:	◯ Otro(s) Idioma(s) que Inglés. ◯ Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. ◯ Sólo Inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como un estudiante de Inglés. Si se indica un idioma que no sea Inglés, su estudiante será evaluado en el dominio del idioma Inglés.

Información de los Padres/Representante	
Nombre de los Padres/Representante (letra de imprenta):	
Firma de los Padres/Representantes:	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y la elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntaria.

Ethnic and Racial Demographic Designation Form

Student's First Name: _____ Middle Name/Initial: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ District: _____ School: _____

Schools are required to report ethnicity and race to the state and to the U.S. Department of Education. Because of recent changes to Minnesota state law, Minnesota disaggregates each category into detailed groups to further represent our student populations. Parents or guardians are not required to answer the federal questions **(in bold)** for their children. If you choose not to answer the federal questions **(in bold)**, federal law requires schools to choose for you. This is a last resort—we prefer that parents or guardians complete the form. State questions are labeled as "Optional" and schools will not fill in this information for you. Refusal to respond to any questions will not impact enrollment in a school.

This information helps improve teaching and learning for everyone and helps us accurately identify and advocate for students currently underserved. The information this form collects is considered private information. You can review the privacy notice to learn more about the purpose of collecting this information, how it will be used and not used, and how the detailed groups were identified. The privacy notice can be found on MDE's Frequently Asked Questions, https://education.mn.gov/MDE/fam/count.

Is the student Hispanic/Latino as defined by the federal government? The federal definition includes persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.[1]

[You must select "yes" or "no" to this question.]

☐ **Yes** *[If yes, go to Question A.]* ☐ **No** *[If no, go to Question 1.]*

Optional Question A: If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

☐ Decline to indicate
☐ Colombian
☐ Ecuadorian
☐ Guatemalan
☐ Mexican
☐ Puerto Rican
☐ Salvadoran
☐ Spaniard/Spanish/ Spanish-American
☐ Other Hispanic/Latino
☐ Unknown

Go to Question 1.

[Select "yes" to at least one of the Questions (1-6) below.]

Question 1: Does the student identify as American Indian or Alaska Native as defined by the state of Minnesota? The state of Minnesota definition includes persons having origins in any of the original peoples of North America who maintain cultural identification through tribal affiliation or community recognition. [This question is needed to calculate state aid/funding.]

☐ **Yes** *[If yes, go to Question 1a.]* ☐ **No** *[If no, go to Question 2.]*

Optional Question 1a: If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

☐ Decline to indicate
☐ Anishinaabe/Ojibwe
☐ Cherokee
☐ Dakota/Lakota
☐ Other North American Indian Tribal Affiliation
☐ Unknown

Go to Question 2.

[1]Federal Register, Vol. 72, No. 202/Friday, October 19, 2007/Notices/59274

DEPARTMENT OF EDUCATION

Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante:_____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: _____ Escuela:_____

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales **(en negrita)** de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales **(en negrita),** la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted. Negarse a responder no afectará la inscripción en la escuela.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes: Formulario de designación étnica y racial, https://education.mn.gov/MDE/fam/count*

¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. [1]

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]

☐ **Sí** *[En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]* ☐ **No** *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)*

Pregunta opcional A Si respondió Sí en la parte superior, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación *(el personal de la escuela no contestará esta pregunta)*:

- ☐ Declina indicar
- ☐ Colombiano
- ☐ Ecuatoriano
- ☐ Guatemalteco
- ☐ Mexicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Salvadoreño
- ☐ De España/español/ español-americano
- ☐ Otro hispano/latino
- ☐ Origen desconocido

Pase a la pregunta 1.

[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]

Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

☐ **Sí** *[En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.]* ☐ **No** *[Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]*

Pregunta opcional 1a: Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

- ☐ Declina indicar
- ☐ Anishinaabe/Ojibwe
- ☐ Cherokee
- ☐ Dakota/Lakota
- ☐ Otra afiliación tribal india de América del Norte
- ☐ Origen desconocido

Pase a la pregunta 2.

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

[1]Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Question 2. Is the student American Indian from South or Central America?

☐ **Yes** *[Go to Question 3.]* ☐ **No** *[If no, go to Question 3.]*

Question 3. Is the student Asian as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.[1]

☐ **Yes** *[If yes, go to Question 3a.]* ☐ **No** *[If no, go to Question 4.]*

Optional Question 3a. If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

☐ Decline to indicate	☐ Chinese	☐ Karen	☐ Other Asian
☐ Asian Indian	☐ Filipino	☐ Korean	☐ Unknown
☐ Burmese	☐ Hmong	☐ Vietnamese	

Go to Question 4.

Question 4. Is the student black or African American as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the black racial groups of Africa.[1]

☐ **Yes** *[If yes, go to Question 4a.]* ☐ **No** *[If no, go to Question 5.]*

Optional Question 4a**.** If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

☐ Decline to indicate	☐ Ethiopian-Other	☐ Somali
☐ African-American	☐ Liberian	☐ Other black
☐ Ethiopian-Oromo	☐ Nigerian	☐ Unknown

Go to Question 5.

Question 5. Is the student Native Hawaiian or Other Pacific Islander as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.[1]

☐ **Yes** *[Go to Question 6.]* ☐ **No** *[Go to Question 6.]*

Question 6. Is the student white as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.[1]

☐ **Yes** ☐ **No**

Parent(s)/Guardian Name _____ Date _____

Parent(s)/Guardian Signature _____

Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?

☐ **Sí** *(En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)* ☐ **No** *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)*

Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam [1]

☐ **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.) ☐ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

☐ Declina indicar	☐ Chino	☐ Karen	☐ Otro lugar asiático
☐ indio asiático	☐ Filipino	☐ Coreano	☐ Origen desconocido
☐ Birmano	☐ Hmong	☐ Vietnamita	

Pase a la pregunta 4.

Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. [1]

☐ **Sí** *[En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.]* ☐ **No** *[Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]*

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

☐ Declina indicar	☐ Etíope-otro	☐ Somalí
☐ Afroamericano	☐ Liberiano	☐ Otra raza negra
☐ Etíope-Oromo	☐ Nigeriano	☐ Origen desconocido

Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. [1]

☐ **Sí** *(Pase a la pregunta 6.)* ☐ **No** *(Pase a la pregunta 6.)*

Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África. [1]

☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del padre/tutor_____ Fecha_____

Firma del padre/tutor_____

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

[1]Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

School District 197 Early Childhood Screening Questionnaire

Student's Name _____ Birth Date: _____

Early Childhood Screening is required by Minnesota State Law before entrance into public kindergarten.

- ***Early childhood screening is FREE***
- Children can be screened at any time after turning 3, preferably before turning 4.
- Appointments can be scheduled through the district website: www.isd197.org/screening
- Only one screening is needed before your child starts school.

CHOOSE ONE:

My child HAS completed Early Childhood Screening:	
☐	My child has completed an Early Childhood Screening in School District 197. I will provide the cover sheet I obtained from that screening.
☐	My child was screened in another school district. I will contact that district to obtain a copy of the screening summary and submit it to the enrollment office. Name of school district or city: _____
My child HAS NOT completed Early Childhood Screening:	
☐	My child is receiving special education services through School District 197 and therefore is exempt from this requirement.
☐	I will make a screening appointment at www.isd197.org/screening or by calling 651-403-8363. (Note: This is a free service for families.)
☐	I will complete a conscientious objection form and provide a comparable screening from a physician's office using the attached screening form. *I understand that most clinics do not have the time to do the developmental screening that is provided by school districts (in MN Rules 3530.3400) whichtakes about an hour and provides parents with a chance to ask questions about their child's growth and development.*

Cuestionario de detección precoz del Distrito Escolar 197

Nombre del alumno_____ Fecha de nac.: _____

La Ley del Estado de Minnesota exige un examen dedetección precoz antes de ingresar a un kínder público.

- ***La prueba de evaluación en la primera infancia es GRATUITA***
- Los niños pueden ser examinados en cualquier momento después de cumplir 3 años, preferiblemente antes de cumplir 4 años.
- Las citas se pueden programar a través del sitio web del distrito: www.isd197.org/screening
- Solo es necesaria una revisión antes de que su niño empiece la escuela.

ELEGIR UNO

Mi niño HA completado la evaluación temprana:	
☐	Mi niño(a) ha completado una Evaluación de la Primera Infancia en el Distrito Escolar 197. Voy a proporcionar la hoja que obtuve de esa evaluación.
☐	Mi niño fue evaluado en otro distrito escolar. Me pondré en contacto con ese distrito para obtener una copia del resumen de la evaluación y presentarlo en la oficina de matriculación. Nombre del distrito escolar o ciudad: _____
Mi niño NO HA completado la evaluación temprana:	
☐	Mi niño(a) ha completado una Evaluación de la Primera Infancia en el Distrito Escolar 197. Voy a proporcionar la hoja que obtuve de esa evaluación.
☐	Concertaré una cita para la evaluación en www.isd197.org/screening o llamando al 651-403-8363. (Nota: se trata de un servicio gratuito para las familias).
☐	Completaré un formulario de objeción de conciencia y proporcionaré una evaluación comparable de un consultorio médico utilizando el formulario de evaluación adjunto. ***Entiendo que la mayoría de las clínicas no tienen el tiempo para hacer la evaluación del desarrollo que esproporcionada por los distritos escolares (en MN Reglas 3530.3400) que dura aproximadamente una hora y proporciona a los padres la oportunidad de hacer preguntas sobre el crecimiento y desarrollo de su niño.***

Early Childhood Screening Summary

Child's Name:_____ **Gender:**____ **Birth Date:** _____ **Age:** _____

Interpreter: Yes___ No___

Child/Student's MARSS ID Number: _____ **Screened in Home Language:** _____

Components	**No Concern**	**Re-screen**	**Refer**	**Declined Referral**	**Comments**
Vision [1] History					
Observation					
Visual acuity: R: 10/____ HOTV or LEA L: 10/____					
Cover Test: Near					
Cover Test: Distance					
Plus Lens, if age 5 and passed acuity:					
Corneal Light Reflex					
Corrective Lenses: __Y __N Comprehensive vision exam date, if known: [3]_____					
Hearing [1] History					
External inspection					
Pure tone Audiometry: 500 (25) 1000 (20) 2000 (20) 4000 (20) R: ____ ____ ____ ____ L: ____ ____ ____ ____					*Pass = Mark box for each response* *Missed = Circle all that apply*
Development [1,2] ***Circle Observational tool*** Brigance III MPSI-R DIAL 4 BDI-3					Development [1,2] *optional, circle parent report tool* ASQ-3 PEDS
Speech/Language					
Cognitive					
Fine/Gross Motor					
Social/Emotional/Behavior[1,2] ***Circle Parent Report*** PSC ASQ-SE-2					
Physical Growth [1] **Height: _____ Weight: _____**					
Immunization Review [1] *(up to date or need now)* ***Circle the shots that are needed***					DTaP Polio MMR Hep A Varicella HIB Hep B
Health care coverage [1]					
Factors which may impact learning [1] ***Circle tool*** Child Health/ Developmental History Other					
Well Child Exam					Recommended annually
Dental Exam					Recommended every 6 months

Early Education Opportunities Discussed / Referred:

____School Readiness/ Pre-kindergarten ____Early Childhood Family Ed (ECFE) ____Community Pre-kindergarten Program ____Head Start

____Other_____ ____Early Learning Scholarships for Child Care ____Home Visiting (Public Health)

Notes:

_____

Parent/Guardian name and Signature Date Screening Provider Signature Date

[1] Minimum requirements for the Early Childhood Screening program. (Minnesota Statutes, section 121A.17, subdivision 3).

[2] Screening must include both a parent report of the child's history in skill development, emotional status, and behavior status and a direct observation of child's functioning using standardized developmental screening instruments (Minnesota Rule 3530, 3400 Subpart 3.) Families with immunocompromised or other health concerns may request a virtual screening with parent report developmental tools. (Minnesota Statutes 121A.17 subdivision 3, beginning 7/1/2023).

[3] Early Childhood Screening Programs are required to record the date of the child's most recent comprehensive vision exam, if the child received one. The vision exam is performed by an optometrist or ophthalmologist.

This page intentionally left blank for printing purposes.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente para fines de impresión.

District 197
Enrollment Survey

Welcome to West St. Paul-Mendota Heights-Eagan Area Schools! We're honored you have chosen us to support your child's/children's education. We want to make sure your child's transition to school is as smooth as possible. Please help us get to know your child and any supports needed by answering the questions below to the best of your ability. Thank you!

Student Name: _____

Has the student ever been identified by a school as "Gifted and Talented" and participated in a special program?	No ☐ Yes ☐	
Has the student skipped a grade level?	No ☐ Yes ☐	If yes, which grade?
Has the student been grade accelerated in a specific class/ subject?	No ☐ Yes ☐	If yes, which class?
Has this student participated in an Advancement Via Individual Determination (AVID) program previously? Which grades?	No ☐ Yes ☐	If yes, which grades?
Has the student ever participated in an English as a Second Language (ESL) or English Learner (EL) program?	No ☐ Yes ☐	If yes, which grades?
In what language would you prefer written communication from the school?		
Has the student participated in any individual testing at the school for which you had to give your permission?	No ☐ Yes ☐	
Has the student ever received help or support at school from any of the following?	Please check all that apply: ☐ Special Education teacher ☐ Speech teacher ☐ Occupational therapist (OT) ☐ Adaptive PE (DAPE) teacher ☐ Other: _____	

More →

District 197
Encuesta de inscripción

¡Bienvenido a las escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan! Nos sentimos honrados de que nos haya elegido para apoyar la educación de sus niños. Queremos asegurarnos de que la transición de su niño a la escuela sea lo más fácil posible. Por favor, ayúdenos a conocer a su niño y los apoyos que necesita respondiendo lo mejor que pueda a las preguntas a continuación. ¡Gracias!

Nombre del estudiante: _____

¿Alguna vez el estudiante fue identificado por una escuela como "Dotado y Talentoso" y participó en un programa especial?	No ☐ Si ☐	
¿Se ha saltado el estudiante un nivel de grado?	No ☐ Si ☐	Si es así, ¿qué grado?
¿Se ha acelerado el grado en una clase/materia específica?	No ☐ Si ☐	Si es así, que clase?
¿Ha participado anteriormente este estudiante en un programa de Avance Vía Determinación Individual (AVID)?	No ☐ Si ☐	Si es así, ¿qué grados?
¿Ha participado el estudiante alguna vez en un programa de Inglés como Segundo Idioma (ESL) o Aprendices de Inglés (EL)?	No ☐ Si ☐	Si es así, ¿qué grados?
¿En qué idioma prefiere la comunicación escrita de la escuela?		
¿Ha participado el estudiante en alguna prueba individual en la escuela para la cual tuvo que dar su permiso?	No ☐ Si ☐	
¿Alguna vez el estudiante recibió ayuda o apoyo en la escuela de alguno de los siguientes?	Marque todas las que correspondan: ☐ Maestro de educación especial ☐ Maestro del habla ☐ Terapista ocupacional ☐ Maestro de educación física adapativa (EFA) ☐ Otra: _____	

Más →

Has this student received any other special academic help for any subject?	No ☐ Yes ☐ If yes, check all supports and subjects that apply: ☐ Intervention or support class during the school day ☐ Summer school ☐ After-school class If yes, in what academic areas? ☐ Reading ☐ Writing ☐ Math ☐ Science ☐ Other: _____
Has the student ever received support or help from a school counselor or school social worker related to social or emotional needs?	No ☐ Yes ☐ If yes, please explain: _____ _____
Has the student ever received support from a counselor, therpist or psychologist outside of school?	No ☐ Yes ☐ If yes, please explain: _____ _____
Are there any special family circumstances the school staff should be aware of (for example, court documents related to custody, living situations, etc.)?	No ☐ Yes ☐ If yes, please explain: _____ _____
Has the student received any special support at school for behavior?	No ☐ Yes ☐ If yes, please describe: _____ _____
Has the student had discipline issues (suspension, expulsion)?	No ☐ Yes ☐ If yes, please describe: _____ _____
Does the student have a probation officer?	No ☐ Yes ☐ If yes, please provide contact information: _____ _____

Is there any other information you want the staff at the school to know about the student to make the transition as smooth as possible?

¿Ha recibido este estudiante alguna otra ayuda académica especial para alguna materia?	No ☐ Si ☐ Si es así, marque todos los apoyos y asignaturas que correspondan: ☐ Intervención o clase de apoyo durante el día escolar ☐ Escuela de verano ☐ Clases después del horario escolar Si es así, ¿en que áreas académicas? ☐ Lectura ☐ Escritura ☐ Matemáticas ☐ Ciencias ☐ Otra: _____
¿El estudiante ha recibido alguna vez apoyo o ayuda de un consejero escolar o trabajador social de la escuela relacionado con necesidades sociales o emocionales?	No ☐ Si ☐ Si es así,explique: _____ _____
¿Alguna vez el estudiante recibió el apoyo de un consejero, terapeuta o psicólogo fuera de la escuela?	No ☐ Si ☐ Si es así,explique: _____ _____
¿Hay alguna circunstancia familiar especial que el personal de la escuela deba conocer (por ejemplo, documentos judiciales relacionados con custodia, situaciones de vivienda, etc.)?	No ☐ Si ☐ Si es así,explique: _____ _____
¿Ha recibido el estudiante algún apoyo especial en la escuela por comportamiento?	No ☐ Si ☐ Si es así,explique: _____ _____
¿Ha tenido el estudiante problemas de disciplina (suspensión, expulsión)?	No ☐ Si ☐ Si es así, describa: _____ _____
¿Tiene el estudiante un oficial de libertad condicional?	No ☐ Si ☐ Si es así, provea la información de contacto: _____ _____

¿Hay alguna otra información que desee que el personal de la escuela sepa sobre el estudiante para que la transición sea lo más fácil posible?

School District 197
Student Health Information Form

Student's Name: (last) _____ (first) _____ (M.I.) _____
Birth Date: _____ Grade: _____
Parent/Guardian: _____ Mobile #: _____ Work #: _____
Parent/Guardian: _____ Mobile #: _____ Work #: _____
Doctor: _____ Phone: _____ Dentist: _____ Phone: _____
Hospital Choice: _____

Dear Parent: Please describe your child's health concerns in detail below. It is important that you keep the school informed of ANY changes in health or medication that would affect your child's performance. If your child needs to take medication at school, please notify the school nurse. Please make sure the school has a copy of your child's most recent immunization record. If your child has an Asthma Action Plan,Allergy/ Anaphylactic Action Plan, Seizure Action Plan or Diabetes Action Plan, please make sure the health office has the most recent copy from the healthcare provider.

☐ No health problems to my knowledge.

_____

Current Health History

Please answer by checking	No	Yes	
Does your child have vision problems?	☐	☐	Type _____ ☐ Contacts ☐ Glasses
Does your child have hearing problems?	☐	☐	Type _____ Hearing aid (☐ Right / ☐ Left)
Does your child have an IEP?	☐	☐	
Does your child have a 504?	☐	☐	
Food Allergy	☐	☐	Type _____ Dietary restriction:s _____
Insect Allergy	☐	☐	Type _____
Other Allergy	☐	☐	Type _____
Asthma	☐	☐	List triggers: _____
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	☐	☐	
Celiac Disease	☐	☐	
Digestive Disorder(s)	☐	☐	Type _____
Diabetes ☐ Type 1 ☐ Type 2	☐	☐	Managed by: ☐ Diet only ☐ Oral meds ☐ Insulin injections ☐ Insulin pump
Genetic Disorder	☐	☐	Type _____
Headaches/Migraines	☐	☐	
Heart problem	☐	☐	Type _____ Activity restriction:s _____
Mental Health Disorder	☐	☐	Type _____
Seizures	☐	☐	Type _____ Date of last seizure: _____
Skin condition	☐	☐	Type _____

Treatment Program: Please check if your child has been in a treatment program for: ☐ Mental Health ☐ Chemical Use
If so, when and where: _____

Does your child take medications of any kind? ☐ No ☐ Yes, explain _____
Does your child need medication while at school or after-school functions? ☐ No ☐ Yes*, explain _____
**Students requiring medication (prescription or non-prescription) at school MUST have a written order by a Licensed Health Care Professional and written parent consent.*

Has your child had any serious injuries/illness? ☐ No ☐ Yes, explain _____

Insurance: Please check if you have insurance: ☐ Medical ☐ Dental ☐ None

The school nurse may share health information with school staff to ensure safe care. If you have concerns about sharing this information, please contact the school nurse.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Revised: 05/20

Distrito Escolar 197
Formulario de información de salud para estudiantes

Nombre del estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Padres / guardián: _____ Celular #: _____ Trabaja #: _____
Padres / guardián: _____ Celular #: _____ Trabaja #: _____
Médico: _____ Teléfono: _____ Dentista: _____ Teléfono: _____
Hospital de elección: _____

Estimados padres:A continuación, describa los problemas de salud de su hijo en detalle. Es importante que mantenga informada a la escuela sobre CUALQUIER cambio en la salud o en la medicación que pueda afectar el desempeño de su hijo. Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, notifique a la enfermera de la escuela.Asegúrese de que la escuela tenga una copia del registro de vacunación más reciente de su hijo. Si su hijo tiene un plan de acción para el asma, un plan de acción para alergias / anafilácticas, un plan de acción para convulsiones o un plan de acción para la diabetes, asegúrese de que la oficina de salud tenga la copia más reciente del proveedor de atención médica.

☐ No hay problemas de salud que yo sepa.

_____

Historial de salud actual

Responda marcando	No	Sí	
¿Su hijo tiene problemas de visión?	☐	☐	Tipo _____ ☐ Lentes de contacto ☐ Grafas
¿Su hijo tiene problemas de audición?	☐	☐	Tipo _____ Audifono (Derecha / ☐ Izquierda)
¿Tiene su hijo un IEP?	☐	☐	
¿Tiene su hijo un 504?	☐	☐	
Alergia alimentaria	☐	☐	Tipo _____ Restricción dietética: _____
Alergia a insectos	☐	☐	Tipo _____
Otras alergias	☐	☐	Tipo _____
Asma	☐	☐	Lista de desencadenantes: _____
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	☐	☐	
Enfermedad celíaca	☐	☐	
Trastorno(s) digestivo(s)	☐	☐	Tipo _____
Diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2	☐	☐	☐ Solo dieta ☐ Medicamentos orales ☐ Inyecciones de insulina ☐ Bomba de insulina
Trastorno genético	☐	☐	Tipo _____
Dolores de cabeza / migrañas	☐	☐	
Problemas cardíacos	☐	☐	Tipo _____ Restricción de actividad _____
Mental Health Disorder	☐	☐	Tipo _____
Convulsiones	☐	☐	Tipo _____ Fecha de la última convulsión: _____
Afección de la piel	☐	☐	Tipo _____

Programa de tratamiento: marque si su hijo ha estado en un programa de tratamiento para: ☐ Salud mental ☐ Uso de sustancias químicas
Si es así, ¿cuándo y dónde?: _____

¿Toma su hijo medicamentos de algún tipo? ☐ No ☐ Sí, explique _____
¿Su hijo necesita medicamentos mientras está en la escuela o en funciones después de la escuela? ☐ No ☐ Sí*, explique _____
***Los estudiantes que requieran medicamentos (recetados o sin receta) en la escuela DEBEN tener una orden por escrito de un profesional de atención médica con licencia y el consentimiento por escrito de los padres.*

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad o lesión grave? ☐ No ☐ Sí, explique _____

Cobertura: Marque si tiene cobertura: ☐ Médic ☐ Dental ☐ Ninguna

La enfermera de la escuela puede compartir información médica con el personal de la escuela para garantizar un cuidado prudente. Si tiene inquietudes acerca de compartir esta información, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha _____

Revised: 05/20

District 197
Emergency Record

For Office Use

Student ID:

Family ID:

Please review the information below and make any changes necessary. Thank you.

❑ Please check here if this information represents a change to the student's emergency record on file.

Student: _____ Home Phone: _____
Grade: _____ Birth Date: _____ Gender: _____ Ethnicity: _____
Home Address: _____ AM Bus: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____ PM Bus: _____

Please use area code and identify phone number types: W=work C=cell P=page E= evening

Parent or Guardian 1: _____ Home Phone: _____
Phone 1: _____ Phone 2: _____ Phone 3: _____ Child Lives With: ❑
Email: _____ Place of Employment: _____

Parent or Guardian 2: _____ Home Phone: _____
Phone 1: _____ Phone 2: _____ Phone 3: _____ Child Lives With: ❑
Email: _____ Place of Employment: _____

If available, translations of communications to parent(s) requested in: _____

Brothers & Sisters (names, birth dates, and schools): _____
_____
_____

Immunizations within the last year (type and mo/day/yr): _____
Current health problem(s): _____
Medications: _____

IN CASE OF AN EMERGENCY (two contacts who would care for the child if a parent or guardian cannot be reached)

Contact 1: _____ Address: _____
Phone 1: _____ Phone 2: _____ Relationship to Student: _____
Contact 2: _____ Address: _____
Phone 1: _____ Phone 2: _____ Relationship to Student: _____

Day Care Provider: _____ Phone: _____
Family Doctor: _____ Phone: _____
Family Dentist: _____ Phone: _____
Hospital Preference: _____ Phone: _____

Our procedure will be to contact the parent at home or at work. You will be asked to pick up the child and provide proper care. If we cannot reach you, we will call the friend, relative, or neighbor that you have listed above and ask them to care for your child. In extreme emergency, an ambulance will be called and your child will be take to the nearest hospital. The cot of this will be coveed by the parent.

Parent or Guardian 1 Signature: _____ Date: _____
Parent or Guardian 2 Signature: _____ Date: _____

Distrito 197
Registro de emergencia

Para uso de la oficina

Identificación del estudiante:

Identificación de la familia:

Revise la información a continuación y realice los cambios necesarios. Gracias.

❑ Marque aquí si esta información representa un cambio en el registro de emergencia del estudiante en archivo.

Estudiante: _____ Teléfono de la casa: _____
Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____
Dirección de la casa: _____ Autobús AM: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Autobús PM: _____

Utilice el código de área e identifique los tipos de números de teléfono: W = trabajo, C = celular, B = buscapersonas N = noche

Padre o tutor 1: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____ El niño vive con: ❑
Correo electrónico: _____ Lugar de empleo: _____

Padre o tutor 1: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____ El niño vive con: ❑
Correo electrónico: _____ Lugar de empleo: _____

Si están disponible, las traducciones de las comunicaciones para los padres se solicitan en: _____

Hermanos y hermanas (nombres, fechas de nacimiento, y escuelas): _____
_____
_____

Vacunas en el último año (tipo y mes / día / año): _____
Problemas de salud actuales: _____
Medicamentos: _____

EN CASO DE EMERGENCIA (dos contactos que cuidarían al niño si no se puede contactar a un padre o tutor)
Contacto 1: _____ Dirección _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Relación con el estudiante: _____
Contacto 2: _____ Dirección _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Relación con el estudiante: _____

Proveedor de guardería _____ Teléfono: _____
Médico de la familia: _____ Teléfono: _____
Dentista de la familia: _____ Teléfono: _____
Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Nuestro procedimiento será contactar a los padres en la casa o en el trabajo. Se le pedirá que recoja al niño y le brinde la atención adecuada. Si no podemos comunicarnos con usted, llamaremos al amigo, pariente o vecino que haya mencionado anteriormente y le pediremos que cuide a su hijo. En caso de emergencia extrema, se llamará a una ambulancia y su hijo será llevado al hospital más cercano. El costo de esto será cubierto por el padre.

Firma del padre o tutor 1: _____ Fecha: _____
Firma del padre o tutor 2: _____ Fecha: _____

West St. Paul-Mendota Heights-Eagan Area Schools (District 197)
Student Acceptable Use Agreement

Internet and Electronic Resources Use Agreement – Parent/Guardian

As the parent or guardian of this student, I have read and discussed with my child the school district policies and addenda relating to safety and acceptable use of the district technology computer system, which includes electronic resources, cloud-based tools, electronic communications and Internet resources or accounts on or off school district property and/or personal electronic resources while on district property and/or the district technology system. I understand that this access is designed for educational purposes. The school district has taken precautions to eliminate controversial material. However, I also recognize it is impossible for the school district to restrict access to all controversial materials and I will not hold the school district or its employees or agents responsible for materials acquired on the Internet. Further, I accept full responsibility for supervision if and when my child's use is not in a school setting. I hereby give permission to issue an account for my child and certify that the information contained on this form is correct.

Signature required if a student is new to the school district or in grades K, 5 or 9.

All District Policies are available online at https://www.isd197.org/district/school-board/policy-manual.

We have read and understand the information and expectations for the Acceptable Use of the Internet and Electronic Resources (Policy 524) in School District 197.

Student name: _____ Student Grade: _____

Parent name: _____

Parent/Guardian signature: _____ Date: _____

Escuelas del área de West St. Paul - Mendota Heights - Eagan (Distrito 197)
Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante

Acuerdo de Uso de Internet y Recursos Electrónicos – Padre/Tutor

Como padre o tutor de este estudiante, he leído y discutido con mi estudiante las políticas del distrito escolar y los anexos relacionados con la seguridad y el uso aceptable del sistema informático de tecnología del distrito, que incluye recursos electrónicos, herramientas basadas en la nube, comunicaciones electrónicas e Internet, recursos o cuentas dentro o fuera de la propiedad del distrito escolar y/o recursos electrónicos personales mientras se encuentran en la propiedad del distrito y/o el sistema de tecnología del distrito. Entiendo que este acceso está diseñado para fines educativos. El distrito escolar ha tomado precauciones para eliminar material controversial. Sin embargo, también reconozco que es imposible que el distrito escolar restrinja el acceso a todos los materiales controversiales y no responsabilizaré al distrito escolar ni a sus empleados o agentes por los materiales adquiridos en Internet. Además, acepto la responsabilidad total de la supervisión siempre y cuando mi estudiante no use el dispositivo en un entorno escolar. Por la presente doy permiso para emitir una cuenta para mi estudiante(a) y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Firma requerida si un estudiante es nuevo en el distrito escolar o en los grados K, 5 o 9.

Todas las políticas del distrito están disponibles en línea en https://www.isd197.org/district/school-board/policy-manual.

Hemos leído y comprendido la información y las expectativas para el uso aceptable de Internet y los recursos electrónicos (Política 524) en el Distrito Escolar 197.

Nombre del estudiante: _____ Grado del estudiante: _____

Nombre del padre: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Are Your Kids Ready?

Minnesota K-12 Immunization Law

Students are required to receive certain vaccines for school or submit an exemption. This requirement applies for all public, private, online, and home schools in Minnesota. Look for your child's grade in the chart below and see how many total doses of each vaccine are needed for their grade.

Required Immunizations	Kindergarten to Sixth Grade	Seventh Grade to Eleventh Grade	Twelfth Grade
Hepatitis B (Hep B)	3 Doses	3 Doses	3 Doses
Polio (IPV)	4 Doses	4 Doses	4 Doses
Measles, mumps, rubella (MMR)	2 Doses	2 Doses	2 Doses
Varicella (Chickenpox)	2 Doses	2 Doses	2 Doses
Diphtheria, tetanus, and pertussis (DTaP)	5 Doses	5 Doses	5 Doses
Tetanus, diphtheria, and pertussis (Tdap)		1 Dose	1 Dose
Meningococcal ACWY (MenACWY)		1 Dose	2 Doses

Note: The number of doses may be different if your child is behind schedule. If your child has fallen behind on their vaccinations it is not too late to catch-up, talk to their health care provider.

Recommended but not required for school

Influenza (flu), COVID-19, Human Papillomavirus (HPV), Meningococcal B (MenB) and other vaccines are recommended for children to ensure they are fully protected. Talk to your health care provider about when your child should receive these immunizatons. For more information visit CDC: Vaccine Schedules For You and Your Family (www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html).

Tips for parents and guardians

- Make sure your child has received all of the required immunizations before their first day of school or submit an exemption.
- Submit a copy of your child's immunization record to their school. You can get a copy of their record from the clinic or find their record on Find My Immunization Record (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Please complete the reverse side if your child requires an exemption for medical reasons or if you are opting for a non-medical exemption due to personal beliefs.

Vaccines for Infants, Children, and Adolescents (www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Contact Immunization Program at 651-201-5503 or 1-800-657-3970 for alternate format.
ID# 52799 (08/2024)

DEPARTMENT OF HEALTH

¿Están listos sus niños?

Ley de Inmunización K-12 de Minnesota

A los estudiantes se les requiere que se pongan ciertas vacunas para asistir a la escuela o que presenten una exención. Este requerimiento se aplica a todas las escuelas públicas, privadas, de educación en línea o en el hogar. Identifique el grupo de edad de su niño en el gráfico a continuación y vea cuántas dosis en total de cada vacuna se requieren para su edad.

Vacunas requeridas	Kínder a sexto grado	Séptimo a undécimo grado	Duodécimo grado
Hepatitis B (Hep B)	3 Dosis	3 Dosis	3 Dosis
Polio (IPV)	4 Dosis	4 Dosis	4 Dosis
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Varicela (Lechina)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	5 Dosis	5 Dosis	5 Dosis
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		1 Dosis	1 Dosis
Meningococos ACWY		1 Dosis	2 Dosis

Nota: El número de dosis puede ser diferente si su niño no está al día con sus vacunas. Si su niño se ha atrasado con sus vacunas, nunca es demasiado tarde para ponerse al día. Hable con su profesional de la salud.

Se recomiendan, aunque no se exigen, para la escuela

En el caso de los niños, se recomiendan las vacunas contra la influenza (*flu*), el COVID-19, el virus del papiloma humano (VPH), meningococos B (Men B) y otras, para asegurar que estén plenamente protegidos. Pregúntele a su profesional de la salud cuándo se le deben poner estas vacunas a su niño. Para más información, ingrese al sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): Programas de vacunación para usted y su familia (Vaccine Schedules For You and Your Family) (www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html).

Consejos para padres y tutores

- Asegúrese que su niño haya recibido todas las vacunas requeridas antes de su primer día de escuela, o bien, presente una exención.
- Entréguele una copia del registro de inmunización de su niño a su escuela. Puede obtener una copia de su registro en la clínica o descargarla en: Encontrar mi registro de inmunización (Find My Immunization Record) (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Llene el reverso si su niño necesita una exención por razones médicas o si está optando por una exención no médica debido a sus creencias personales.

Vacunas para bebés, niños y adolescentes (Vaccines for Infants, Children, and Adolescents) (www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Póngase en contacto con el Programa de Inmunización a través del 651-201-5503, o del 1-800-657-3970, si desea otro formato.
No. de identificación (ID#) 53669 (08/2024) Spanish

DEPARTMENT OF HEALTH

CHILD'S NAME (FIRST, LAST):_____CHILD'S DATE OF BIRTH:_____

Medical and non-medical exemptions

Instructions for documenting medical or non-medical exemptions and history of chickenpox (varicella)

Follow steps 1 and 2 below to document a medical exemption, non-medical exemption, or history of chickenpox.

1. Place an X in the box to indicate a medical or non-medical exemption. If you are exempting your child from more than one vaccine, mark each vaccine you are exempting them from with an X.
2. Obtain signatures for exemptions or history of chickenpox disease.

Required Immunizations	Medical	Non-Medical
Hepatitis B (Hep B)		
Polio (IPV)		
Measles, mumps, rubella (MMR)		
Varicella (Chickenpox)		
Diphtheria, tetanus, and pertussis (DTaP)		
Tetanus, diphtheria, and pertussis (Tdap)		
Meningococcal ACWY (MenACWY)		

Medical exemption: A health care provider must review and sign a medical exemption. A health care provider includes a licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant.
By my signature below, I confirm that this child should not receive the vaccines marked with an X in the table for medical reasons (contraindications) or because there is laboratory confirmation that they are already immune.

Signature: _____
(of health care practitioner)

Date: _____

Non-medical exemption: A parent/guardian must sign for a non-medical exemption and the form must be signed and stamped by a notary. A child is not required to have an immunization that is against their parent or guardian's beliefs. Choosing not to vaccinate may put the health of your child or others they are around at risk. Unvaccinated children who are exposed to a vaccine preventable disease may be required to stay home from school and other activities for up to 21 days to protect themselves and others.
By my signature I confirm that this child will not receive the vaccines marked with an X in the table because of my beliefs and I understand that they may be required to remain out of school and other activities for up to 21 days if exposed to a vaccine preventable disease.

Signature:_____Date:_____
(of parent/guardian)

Non-medical exemptions must also be signed and stamped by a notary:

Notary Stamp

This document was acknowledged before me on

_____ (date),

by _____
(name of parent or guardian)

Notary Signature:

_____

State of _____,
County of _____

History of chickenpox (varicella) disease: If a child has previously had chickenpox, they are not required to receive the varicella vaccine. A health care provider must sign this form if the disease happened after Sept. 1, 2010. If the child had chickenpox before Sept. 1, 2010, a parent or guardian may sign this form.
My signature below means that I confirm this child does not need the varicella vaccine because they had chickenpox in the month and year _____
Signature:_____ Date:_____
(of health care practitioner, representative of a public clinic, or parent/ guardian)

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (NOMBRE Y APELLIDO):_____FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO:_____

Exenciones médicas y no médicas

Instrucciones para documentar exenciones médicas o no médicas y la historia de varicela (lechina)

Siga los pasos 1 y 2 siguientes para documentar la exención médica, la no médica o la historia de varicela (lechina).

1. Coloque una X en la casilla para indicar una exención médica o no médica. Si está eximiendo a su niño de más de una vacuna, marque con una X la casilla respectiva de cada vacuna para la que presenta la exención.
2. Obtenga las firmas para las exenciones o la historia de varicela (lechina).

Vacunas requeridas	Médica	No médica
Hepatitis B (Hep B)		
Polio (IPV)		
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		
Varicela (Lechina)		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)		
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		
Meningococos ACWY		

Exención médica: Un profesional de atención médica debe revisar y firmar la exención médica. Esto incluye a un médico acreditado, un enfermero profesional o un asistente médico.
Al firmar a continuación, confirmo que a este niño no se le deben poner las vacunas marcadas en la tabla con una X, debido a razones médicas (contraindicaciones), o porque hay conformación de laboratorio que indican que ya es inmune.

Firma: _____
(del profesional de atención médica)

Fecha: _____

Exención no médica: Uno de los padres, o el tutor, debe firmar la exención no médica y el formulario debe llevar la firma y el sello de un notario público. No se requiere que el niño reciba una vacuna que vaya en contra de las creencias de sus padres o de su tutor. Optar por no vacunarlo puede poner en riesgo la salud de su niño y de otras personas que lo rodeen. A los niños no vacunados que estén expuestos a enfermedades que pueden prevenir las vacunas, se les puede pedir que permanezcan en casa sin ir a la escuela y a otras actividades, por un lapso de hasta 21 días, para su propia protección y la de los demás.
Al firmar, confirmo que, debido a mis creencias, a este niño no se le pondrán las vacunas marcadas en la tabla con una X y manifiesto que entiendo que se me puede pedir que permanezca sin acudir a la escuela y a otras actividades durante un lapso de hasta 21 días si está expuesto a una enfermedad que puede prevenir la vacuna.

Firma:_____Fecha:_____
(del padre o tutor)

Las exenciones no médicas también deben incluir la firma y el sello de un notario público:

Sello del notario

Este documento ha sido reconocido ante mí, el

_____ (fecha),

por _____
(nombre del padre o tutor)

Firma del notario público:

Estado de _____
Condado de _____

Historia de varicela (lechina): Si un niño ya ha tenido varicela (lechina), no se le tiene que poner la vacuna contra la varicela. Un profesional de la salud debe firmar este formulario si tuvo la enfermedad después del 1 de septiembre de 2010. Si el niño tuvo varicela antes del 1 de septiembre de 2010, el padre o tutor puede firmar este formulario.
Al firmar a continuación, confirmo que este niño no necesita la vacuna contra la varicela porque tuvo varicela (lechina) el mes y el año siguientes: _____
Firma:_____ Fecha:_____
(del profesional de atención médica, representante de clínica pública, padre o tutor)

District 197
Physical Exam Form

Student's Name: _____ Birth Date: _____

EXAMINATION: Indicate normal (N) or Abnormal (AB). If Abnormal, please include comments.

Skin/Lymph		Lungs	
Eyes		Abdomen	
Ears		Genital/Urinary	
Nose		Orthopedic/Feet	
Mouth		Neurological	
Throat		Speech	
Neck		Other (specify)	

Comments: _____

TESTS: Indicate normal (N) or Abnormal (AB). If Abnormal, please include comments.

Hemoglobin		Urine	
Other (specify)			

Comments: _____

MEASUREMENTS: Give exact value

Blood pressure		Vision	R 20/ L 20/
Weight		Hearing	R: L:
Eyeglasses	Yes ❑ No ❑	With hearing aid?	Yes ❑ No ❑
Height			

❑ The student is in excellent condition and able to participate in the entire school program.
❑ There is a condition that may limit participation. (Please circle any that apply.)
Classroom: _____ Physical Education: _____

Ongoing therapies and medication (specify type and dose): _____
_____
Allergies: _____
Comments: _____
_____

Signature & Title of Examiner: _____ Date: _____
Examiner Phone #: _____

01/00 Form H-2a
Revised: 2/02, 06/19