

GEORGE M. DAVIS JR. ELEMENTARY SCHOOL  
80 ISELIN DRIVE  
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10804

BRIAN OSBORNE, ED.D.  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

MAGDA PARVEY, ED.D.  
ASSISTANT SUPERINTENDENT AND CHIEF ACADEMIC OFFICER

ANTHONY BAMBROLA  
PRINCIPAL

LAURIE MARINARO  
ASSISTANT PRINCIPAL

PHONE: 914-576-4421  
FAX: 914-576-4213

1ero de febrero de 2018

A las familias de alumnos que entraran al jardín de niños de Davis:

La inscripción para el jardín de niños de la escuela Davis se completará en el mes de marzo de 2018, del 6 al ~~29~~ de marzo. Las entrevistas y evaluaciones de los alumnos se llevarán a cabo durante estas fechas de registro en el mes de marzo.

A partir del 26 de febrero, usted puede llamar a nuestra oficina al (914) 576-4421 para hacer una cita para la inscripción. Sólo es necesario que uno de los padres o tutores legales asista a esta sesión. Los niños tienen que venir a la cita de inscripción, ya que serán evaluados por el personal del jardín de niños, mientras que los padres se reunirán con nuestro personal clínico y de oficina.

Durante la inscripción inicial, el personal de la oficina recogerá los formularios de inscripción y las pruebas de domicilio. También, usted se reunirá con nuestra enfermera, la Sra. Nancy Pritz, y con nuestra trabajadora social, la Sra. Heather Cayanan. Todo el proceso debe tomar de 30 a 60 minutos.

*Con el fin de acelerar el proceso de inscripción y para ayudarnos a mantener nuestro horario, por favor complete todos los formularios de inscripción ANTES de llegar a su cita de inscripción. Estos formularios están disponibles, para ser descargados, en nuestra página de internet de la escuela - <http://davis.nred.org>.*

En el momento de la inscripción inicial, deberá presentar la siguiente documentación con el fin de determinar domicilio y elegibilidad:

- Certificado original de nacimiento de su hijo/a (o una copia certificada) o pasaporte
- Registro de inmunización de su hijo/a (vacunas)
- Tres (3) comprobantes de dirección (factura de servicios, recibo de teléfono, de agua, de impuestos, contrato de arrendamiento, etc.) que muestren su nombre y dirección actual
- Una identificación con fotografía del padre/tutor legal

A las copresidentas de Davis PTA, a los maestros del jardín de niños, y a mi nos complace invitar a su familia a asistir a la reunión de orientación el miércoles 18 de abril a las 9:30 a. m. con el fin de conocer acerca de nuestros programas en el jardín de niños y del proceso de inscripción en general. Nuestros maestros les proporcionarán una visión general de su trabajo, también les ofreceremos un recorrido de la escuela guiado por nuestros estudiantes.

Si sabe de otras familias que piensan unirse a Davis en el otoño de 2018, ¡Por favor recuérdelos que se comuniquen con nuestro personal de oficina para concertar su cita!

Por años la escuela Davis ha apreciado con orgullo a cada uno de nuestros alumnos y se ha esforzado por adaptar nuestra instrucción a las necesidades y capacidades individuales de cada niño/a. Nuestros maestros y el personal se preocupan profundamente por nuestra escuela y su trabajo. Esperamos con interés reunirnos en breve con otro grupo de entusiastas alumnos del jardín de niños, y esperamos dar la bienvenida a su familia a nuestra comunidad escolar.

Atentamente

*Anthony Bambrola*  
Director



GEORGE M. DAVIS JR. ELEMENTARY SCHOOL  
80 ISELIN DRIVE  
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10804

BRIAN OSBORNE, Ed.D.  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

MAGDA PARVEY, Ed.D.  
ASSISTANT SUPERINTENDENT AND CHIEF ACADEMIC OFFICER

ANTHONY BAMBROLA  
PRINCIPAL

LAURIE MARINARO  
ASSISTANT PRINCIPAL

PHONE: 914-576-4421  
FAX: 914-576-4225

1ero de febrero de 2018

A la familia de \_\_\_\_\_:

¡Bienvenidos a Davis! Gracias por concertar una cita de inscripción para su hijo/a.

Su cita de inscripción se ha programada para: \_\_\_\_\_

Por favor, complete todos los formularios adjuntos ANTES de su cita con el fin de ayudar a mantener un proceso eficiente y rápido cada día. También recuerde que en el momento de la inscripción, tendrá que presentar la siguiente documentación con el fin de determinar domicilio y elegibilidad:

- Certificado original de nacimiento de su hijo/a (o una copia certificada) o pasaporte
- Registro de inmunización de su hijo/a (vacunas)
- Tres (3) comprobantes de dirección (factura de servicios, recibo de teléfono, de agua, de impuestos, contrato de arrendamiento, etc.) que muestren su nombre y dirección actual
- Una identificación con fotografía del padre/tutor legal

Si surge una pregunta con respecto a su domicilio, el Distrito Escolar le pedirá que proporcione documentación adicional de su domicilio. Si después de proporcionar dicha prueba, la cuestión no se resuelve, el Distrito Escolar llevará a cabo una investigación formal de domicilio. El Distrito puede pedirle que proporcione más pruebas de domicilio, incluyendo el nombre y dirección de su empleador, y/o se le puede pedir que asista a una reunión. Durante esta reunión, un representante del Distrito le presentará las evidencias que hemos recopilado con respecto a su domicilio, y se le dará la oportunidad de responder.

Después de la reunión, el Distrito Escolar llegará a una conclusión en cuanto a su residencia actual. Si nuestra investigación revela que usted no reside en el distrito y que no ha cedido la custodia y la autoridad de su hijo/a a una persona que viva en New Rochelle, su hijo/a no podrá inscribirse en las escuelas de Nueva Rochelle.

Por favor, firme la parte baja de esta carta para confirmar que ha leído y entendido nuestros requisitos y procesos descritos en esta carta de domicilio, y para afirmar que sus hijos efectivamente residen en el Distrito Escolar de la Ciudad de New Rochelle.

Atentamente,

*Anthony Bambrola*

Anthony Bambrola  
Director

Nombre del alumno:	_____
Firma del Padre/Tutor legal:	_____
Fecha:	_____

CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

**Información sobre la inscripción**

Sólo podrá inscribirse en nuestros distritos escolares los estudiantes cuyos padres o custodios legales residan en New Rochelle. Los estudiantes concurrirán a la escuela que corresponda a su área de residencia, salvo los que asistan a una escuela "Magnet". Las pruebas de residencia se suministrarán con arreglo a la práctica del distrito. Si la persona que inscribe al alumno no es padre o la madre, deberá presentar al momento de inscribirlo copia de la orden judicial que lo o la designe: padre adoptivo, "tutor legal" o una "orden de custodia".

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA:

Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **sexo:** M  F   
**Ciudad y país donde nació :** \_\_\_\_\_ **Identidad étnica / cultural (opcional))** \_\_\_\_\_  
**¿Fue a la escuela en su país?:** Sí  No  **En caso afirmativo ¿qué grado(s) curso?** \_\_\_\_\_  
**Idioma que se habla en casa:** \_\_\_\_\_

**Grado que cursa el estudiante:** \_\_\_\_\_ **Último grado que curso:** \_\_\_\_\_ **¿Cuándo?** \_\_\_\_\_  
**Nombre y dirección de la última escuela:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese):** \_\_\_\_\_  
**El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle?:** ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ **Dónde?** \_\_\_\_\_  
**Domicilio de estudiante:** \_\_\_\_\_  
calle y no. ciudad estado código postal  
**No. (s) de teléfono particular(es):** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio del padre:** \_\_\_\_\_  
calle y no. ciudad estado código postal  
**Email:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_  
**Profesión :** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil** Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

**Nombre de la madre (primer nombre y apellido de soltera):** \_\_\_\_\_  
**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio de la madre:** \_\_\_\_\_  
calle y no. ciudad estado código postal  
**Email:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_  
**Profesión :** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil** Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda

**Nombre del tutor o custodio (si no es uno de los padres):** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
calle y no. ciudad estado código postal  
**Parentesco con el estudiante:** \_\_\_\_\_  
**Email :** \_\_\_\_\_  
**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_  
**Profesión :** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_

CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
 GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

Indique más abajo los nombres COMPLETOS de todos los demás hijos

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela la que asiste	Grado

**Domicilio anterior del estudiante:** \_\_\_\_\_  
 calle y no. ciudad estado código postal

**Teléfono anterior del estudiante:** \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe un plan especial de enseñanza (I.E.P.) de Educación Especial? Sí  No

Indique a qué escuelas asistió su hijo cuando :

GRADO	ESCUELA/LOCALIDAD	FECHAS DE ASISTENCIA
Preescolar		
Jardín de infantes		
grado		
2° grado		
3° grado		
4° grado		
5° grado		
6° grado		
7° grado		
8° grado		
9° grado		
10° grado		
11° grado		
12° grado		

SERVICIOS	*	GRADO(S) EN QUE SE RECIBIERON ESOS SERVICIOS
Inglés como Segundo idioma	<input type="checkbox"/>	
Clase bilingüe	<input type="checkbox"/>	
Ayuda /lab. de lectura	<input type="checkbox"/>	
Aula de recursos	<input type="checkbox"/>	
Dicción / lenguaje	<input type="checkbox"/>	
Terapia física / ocupacional	<input type="checkbox"/>	
Enseñanza especial	<input type="checkbox"/>	
Grupo de ayuda y socialización	<input type="checkbox"/>	
Repito un grado	<input type="checkbox"/>	
Recomendación de repetir un grado	<input type="checkbox"/>	
Otros servicios (describir)	<input type="checkbox"/>	

Opcional-Marque lo que corresponda:		
Padre		Madre
<input type="checkbox"/>	Indígena de los EE.UU.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hispano or Latino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Afroamericano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Caucásico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

**\*MARQUE LO QUE CORRESPONDA**

(signa en la página 3)

CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_

**Otro adulto designado (Relación con el estudiante):** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_

**PADRES : Es importante para usted para proporcionar a la escuela con sus números de teléfono actual para que usted pueda ser alcanzado en el CASO DE EMERGENCIA**

**FIRME EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA ESCUELA EN LA REGISTRACION :**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir Nombre del padre o tutor que llena el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor que llena el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





Lissette Colon-Collins, Assistant 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

**Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)**

*Estimados padres o tutores:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.*

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección:**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

**FECHA DE NACIMIENTO:**

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

**GÉNERO:**

Masculino  
 Femenino

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

**CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR**

**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?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

**TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED**

**SCHOOL DISTRICT INFORMATION:**

**STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:**

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO.

## 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. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido 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 ("IEP" por sus siglas en inglés)?  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 del padre/madre o de la persona en relación paternal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante:  Madre  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:



**NEW ROCHELLE CITY SCHOOL DISTRICT**

Office of Transportation

515 North Avenue, New Rochelle, NY 10801

AM BUS: _____	TIME: _____	AM STOP: _____
PM BUS: _____	TIME: _____	PM STOP: _____
BUS COMPANY: _____		START DATE: _____

Parents/Guardian: Complete one application for each student being registered. The transportation office staff will identify and notify students by mail at the end of August those who meet the 1.5 mileage requirement necessary to receive bussing.

**2018-2019 Transportation Application  
New Rochelle Public Elementary Schools**

1. New Student: \_\_\_\_\_ 2. Address Change: \_\_\_\_\_ 3. School Change: \_\_\_\_\_

4. Magnet \_\_\_\_\_ CILA \_\_\_\_\_ Kaleidoscope \_\_\_\_\_ Previous School \_\_\_\_\_  
(circle one)

School: \_\_\_\_\_ Grade (circle one): PA PP K 01 02 03 04 05

Student ID#: (REQUIRED) \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

**STUDENT DATA INFORMATION**

Student Name: \_\_\_\_\_  
LAST Name FIRST Name Middle

Student Home Address:

Street: \_\_\_\_\_ Apt No.: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

**Parent OR Legal/Custodial Guardian Information**

Title: (circle) Dr. Mr. Mrs. Ms. Mr. & Mrs. (print) Other \_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_  
Last name First name Last name First name

Primary Phone# \_\_\_\_\_ Mother Cell# \_\_\_\_\_ Father Cell# \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Signature of Mother or Father or Legal/Custodial Guardian \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
(mother, father, other)

**Emergency Contact (other than parent or legal/custodial guardian)**

Mother \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_



Dr. Brian Osborne, Superintendent of Schools  
 Dr. Magda Parvey, Assistant Superintendent

**City School District of New Rochelle**  
**Dismissal and Contact Form**  
**Despido y Contacto**



2017-2018

Please Print

ID:

<i>Student's Name / Nombre del estudiante</i>	<i>Date of Birth / fecha de nacimiento</i>	<i>Teacher / Maestro(a)</i>
<i>Home Address / dirección</i>	<i>City / ciudad</i>	<i>State / estado</i> <i>Zip / código de zip</i>

**Emergency Early Dismissal / Despido de Emergencia**

In the event of an early dismissal due to an emergency (weather, etc.), please indicate how you child should go home.

En caso de que las escuelas despachen los estudiantes temprano debido a una emergencia (clima, etc.), favor de indicar cómo niño(a) debe irse a su casa.

Please check ALL boxes that apply:

- Contact by phone any of the adults listed below in case of emergency / En caso de emergencia contacte a cualquier adulto nombrado en este documento abajo.
- My child who normally walks has my permission to walk home. / Mi niño(a) que usualmente camina puede caminar a casa.
- My child who normally is bused has my permission to be bused home. / Mi niño(a) que usualmente toma el autobús puede ir en autobús.
- My child may be dismissed to any one of the adults listed below. / Mi niño(a) puede ser recogido (a) por uno de los adultos nombrado abajo.
- My child may not be dismissed to anyone. / Mi niño (a) puede NO DEBE ser despachado con nadie.

All students dismissed to an adult must be met and signed out at the Principal's Office.

Todo estudiante despachado a un adulto se debe presentar al personal de la escuela ya tiene que firmar para recoger el estudiante en la oficina del director de la escuela.

	Name / Nombre	Telephone / Teléfono		
		Home / Casa	Work / Trabajo	Mobile / Móvil
Parent/Guardian #1 Padre/Tutor				
Parent/Guardian #2 Madre/Tutor				
Adult #1 / Adulto #1				
Adult #2 / Adulto #2				

**Emergency Contacts / Información de emergencia**

Two people we can notify in an emergency, if you are not available. Please list a neighbor or relative who lives nearby and who is generally at home.

Dos personas que se pueda llamar por alguna emergencia y que estén en casa.

<b>1</b>	Name / Nombre	Telephone / Teléfono	Home:
	Address / dirección		Cell:
<b>2</b>	Name / Nombre	Telephone / Teléfono	Home:
	Address / dirección		Cell:
Doctor's Name / Nombre del Doctor		Telephone / Teléfono	Home:
Address / dirección			

**ATTENDANCE NOTIFICATION / NOTIFICACION DE ASISTENCIA**

The School District routinely announces school related information by telephone, and also notifies parents of student absences. Please provide your preferred contact information to receive absence notices. / El Distrito Escolar anuncia habitualmente por teléfono información relacionada a las escuelas, incluyendo información sobre falta de asistencia a clases. Le pedimos proporcione el modo en el que desea ser informado sobre las faltas de asistencia.

School Related Calls:

Home / Casa	Work / Trabajo	Mobile / Móvil	Text 9 Digits / Texto	eMail

**Regular Dismissal / Despido Normales**

At Regular Dismissal my child will / Al Despido Regular mi niño(a)

<input type="checkbox"/> Walk home alone / Caminar solo en casa	<input type="checkbox"/> Be picked-up / Va a ser recogido
<b>Persons Authorized to pick-up my child / Personas autorizadas para recoger a mi niño(a)</b>	
1.	2.
3.	4.



**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**

**TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

Name:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

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

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

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

Diabetes  No  Medication/Treatment Order Attached  Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached  
 Yes, indicate type  Type 1  Type 2  HbA1c results: \_\_\_\_\_ Date Drawn: \_\_\_\_\_

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:**  
 Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> Percentile (Weight Status Category):  <5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

Hyperlipidemia:  No  Yes Hypertension:  No  Yes

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Respirations: \_\_\_\_\_

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

System Review and Exam Entirely Normal

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

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

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



CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE  
HEALTH SERVICES DEPARTMENT

### STUDENT HEALTH HISTORY

<b>Name:</b>	<b>DOB:</b>	<b>Age:</b>	<b>Gender:</b>
<b>Parent/Guardian Name:</b>	<b>Grade:</b>	<b>Home Phone:</b>	<b>Cell:</b>
	<b>Email:</b>		<b>Date:</b>

Your Child's Medical History	YES	NO	If Yes, please explain and include date:
Born premature or had complications after birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has an ongoing medical or developmental condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sees a medical specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has severe allergies or anaphylaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Environmental <input type="checkbox"/> Insect <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Other Specify:
Has been hospitalized	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had an operation/required surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had an injury requiring an Emergency Room visit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missed 5 days of school in a row due to illness/injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had a bone/muscle injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passed out, had a concussion or serious head injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had a convulsion, has a seizure disorder, or epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has a vision problem or condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> glasses <input type="checkbox"/> contacts
Has a hearing problem or condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hearing aid <input type="checkbox"/> cochlear implant
Wears a dental bridge, braces or mouthpiece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Have any family members under the age of 50 ever:</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>If Yes, please specify:</b>
Had a heart attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had other serious health problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**CHECK ALL THAT APPLY TO YOUR CHILD:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD           | <input type="checkbox"/> GI Conditions (ulcer, reflux, IBS) | <input type="checkbox"/> Scoliosis/Orthopedic Impairment  |
| <input type="checkbox"/> Allergies      | <input type="checkbox"/> Headaches/migraines                | <input type="checkbox"/> Single Organ ( <input type="checkbox"/> kidney, <input type="checkbox"/> testicle) |
| <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> Heart Condition                    | <input type="checkbox"/> Skin Condition   |
| <input type="checkbox"/> Autism         | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure                | <input type="checkbox"/> Speech Condition   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes       | <input type="checkbox"/> Mental Health Condition            | <input type="checkbox"/> Urinary Condition  |
| <input type="checkbox"/> Ear Infections | (Depression, eating disorder, anxiety, OCD, ODD, etc.)      | <input type="checkbox"/> EI/CPSE/CSE services _____   |

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

Is there any condition that would prevent your child from participating in physical education or sports?

No  Yes: \_\_\_\_\_

Please list any additional concerns: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

