



School District of Osceola County, Florida
2019-2020 School Enrollment Information

The following documentation is required to register your student in an Osceola County school.

Verification of Legal Name and Guardianship of Student A parent must have 50% custody or more to register a student in Osceola County

- Birth Certificate
- Photo ID of Person Registering

Verification of Age

- Birth Certificate – A certified Birth Certificate is required for Pre-K, Kindergarten and First Grade
To enter Pre-K, a child must be 4 years old on or before September 1.
To enter Kindergarten, a child must be 5 years old on or before September 1.
To enter First Grade, a child must be 6 years old on or before September 1.

Verification of Immunization and Physical Exam

- Florida Certification of Immunization, Florida Form 680 which can be obtained at the Osceola County Health Department located in Kissimmee or Poinciana or at a doctor's office.
- Proof of physical examination by a U.S. doctor within 12 months prior to the anticipated first day of school enrollment (i.e. the first day the student attends school)
 - 30 day exemption will be granted for students who are previously enrolled in a Florida school

Verification of Academic History

- Last Report Card or
- Most current transcript
- Verification of Special Education Information (if applicable)
 - Current IEP
- Current 504 Plan (if applicable)

Verification of address in Osceola County (one document from each category)

- Category 1: Mortgage document, current **properly executed*** rental or lease agreement, property tax records
- Category 2: Current utility bill or receipt of utilities turned on or income tax records or proof of receipt of government benefits.
 - If you do not have a lease or deed in your name a Verification of Address must be obtained. (Information available on District website or on Proof of Address Information sheet)

If person registering is not on the birth certificate, one of the following must be provided:

- Court Custody Documentation Signed by a Judge (this includes divorce decree)
- Department of Children and Families Placement Letter
- Educational Guardianship (given only when parents or custodial parent lives outside of Osceola County or adjacent counties of Polk, Orange, Lake or Brevard). This document is available at Student Services. Supporting documentation is required.

*A Properly Executed Rental Agreement or Lease will include the name, signature and contact information of both the leasee and the leaser, contain all pages and be current at the time of registration



School District of Osceola County, Florida

Información sobre Matrícula Escolar 2019-2020

Se requiere la siguiente documentación para matricular a su estudiante en una escuela del Condado de Osceola .

Verificación del Nombre Legal y Tutela de un Estudiante Un padre debe tener 50% o más de custodia para poder matricular a un estudiante en el Condado de Osceola.

- Certificado de Nacimiento
- Identificación con Foto de la Persona Haciendo la Matrícula

Verificación de Edad

- Certificado de Nacimiento – Se requiere un Certificado de Nacimiento certificado para Pre-K, Kindergarten y Primer Grado
Para entrar Pre-K, un niño debe tener 4 años de edad en o antes del 1 de septiembre.
Para entrar Kindergarten, un niño debe tener 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre.
Para entrar Primer Grado, un niño debe tener 6 años de edad en o antes del 1 de septiembre.

Verificación de Inmunización y Examen Físico

- Certificado de Inmunización de la Florida, Folmulario 680 de la Florida, que se puede obtener en el Departamento de Salud del Condado de Osceola localizado en Kissimmee o Poinciana o en una oficina de un médico.
- Prueba de examen físico por un doctor en los Estados Unidos dentro de los 12 meses previos al día anticipado de matrícula (el primer día que el estudiante asiste a la escuela)
 - Se otorgará una exención de 30 días a estudiantes previamente matriculados en una escuela en la Florida

Verificación de Historial Académico

- Última Tarjeta de Calificaciones o
- Transcripción de créditos más reciente
- Verificación de Información sobre Educación Especial (si aplica)
 - PEI Corriente
- Plan 504 Corriente (si aplica)

Verificación de dirección en el Condado de Osceola (un documento de cada categoría)

- Categoría 1: Documento de la hipoteca, contrato corriente de alquiler o arrendamiento correctamente ejecutado*, registro de impuestos de la propiedad
- Categoría 2: Factura corriente o recibo de servicios públicos activados o impuestos sobre los ingresos o prueba de que recibe beneficios del gobierno
 - Si no tiene un contrato o escritura a su nombre debe obtener una Verificación de Dirección (Información disponible en la página cibernética del Distrito Escolar o en el formulario de Información sobre Prueba de Dirección.)

Si la persona haciendo la matrícula no está en el certificado de nacimiento, debe proveer uno de los siguientes:

- Documentación de Custodia por Corte Firmado por un Juez (esto incluye decreto de divorcio)
- Carta de Colocamiento del Departamento de Niños y Familia
- Tutela Educativa (dado solo cuando los padres o padre de custodia viven fuera del Condado de Osceola o condados adyacentes de Polk, Orange, Lake or Brevard). Este documento está disponible en Servicios Estudiantiles. Se requiere documentación de apoyo.

*Un Contrato de Alquiler o Arrendamiento Correctamente Ejecutado debe incluir el nombre, la firma e información de contrato para ambos, el arrendador y el arrendatario, contener todas las páginas y estar corriente al momento de la matrícula

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

STUDENT REGISTRATION / MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE

Please Print, COMPLETE BOTH SIDES, then sign form.
 Por favor escriba en letra de molde, COMPLETE AMBOS LADOS, luego firme el formulario.

Date of Registration _____
 Fecha de matrícula _____

Please check here if your child has ever attended an Osceola County school. If yes, please list the name of the last school attended in Osceola County.
 Favor de marcar si su hijo ha asistido alguna vez a una escuela en el condado Osceola. Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la última escuela a la que el estudiante asistió en el condado

<i>School Use Only</i>	
Entry Date	_____
Student ID#	_____
School Name and Number	_____
Class	_____
Grade	_____ Bus Rt. _____
Enrollment Code	_____

Student's Legal Name _____
 Nombre legal del estudiante First (Nombre) _____ Middle (Segundo Nombre) _____ Last (Apellido) _____

Student's Date of Birth _____ Age _____ Student's Social Security (Optional) _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de Seguro Social (opcional) _____

Residential Address _____ Apt. _____ City, State Zip _____
 Dirección residencial _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Mailing Address _____ Apt. _____ City, State Zip _____
 Dirección postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Student resides at the above address with: Both Parents Mother Father Other*
 El estudiante reside en la dirección antes mencionada con Ambos padres Madre Padre Otro* (Appropriate guardianship documents MUST be on file with the Student Services Department)
 *Explain _____ (Los documentos apropiados de custodia TIENEN que estar en el archivo del Departamento de Servicios Estudiantiles)
 *Explique _____

Do you have court documents regarding custody? Yes/Sí No/No
 ¿Tiene usted documentos de corte relacionados a la custodia del estudiante?

Parents/Tutores: First and Last Name _____ Relationship to student: Mother Father Legal Guardian
 Nombre y apellido _____ Parentesco con el estudiante: Madre Padre Tutor legal

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____
 Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Email: _____
 Correo electrónico _____

Parents/Guardians: First and Last Name _____ Relationship to student: Mother Father Legal Guardian
 Nombre y apellido _____ Parentesco con el estudiante: Madre Padre Tutor legal

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____
 Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Email: _____
 Correo electrónico _____

The above listed numbers will be used for automated communications from the schools and/or School District.
 Los números mencionados arriba serán usados para comunicaciones automáticas de las escuelas y/o del Distrito Escolar.

List four emergency contacts authorized to pick-up and assume responsibility for student if the parent cannot be reached:
 Enumere a cuatro personas a contactar en una emergencia que estén autorizados a recoger el estudiante y asumir la responsabilidad de éste si el padre no puede ser localizado:

Name Nombre	Relationship Parentesco	Work Phone Teléfono del trabajo	Home Phone Teléfono de la casa	Cell Phone Celular

Please Print

Escriba en letra de molde

Student's legal name (first, middle, last) _____
Nombre legal del estudiante (nombre, segundo nombre y apellido)

Brother(s)/Sister(s) in Osceola County Schools
Hermano(s)/Hermana(s) en las escuelas del condado Osceola

Name / Nombre	Grade / Grado	Name / Nombre	Grade / Grado

Is your child Hispanic or Latino? (Please, check only one) Yes / Si No / No
¿Es su niño hispano o latino? (Favor de marcar solo una opción)

What is your child's race? (Please, check all that apply) ¿Cuál es la raza de su hijo? (Favor de marcar todas las opciones que correspondan)

- American Indian or Alaska Native Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asian Asiático
- Black or African American Afroamericano o norteamericano de raza negra
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
- White Blanco

Gender Male Masculino Female Femenino Place of Birth (City, State and Country) Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado y País)

Answering yes to one or more of the Home Language Survey questions, will require your child to be screened for English Language proficiency. Si usted contesta "sí" a una o más preguntas de la Encuesta de Idiomas en el Hogar, será un requisito que su hijo sea evaluado para la habilidad del idioma inglés.

Is a language other than English used in the home? Yes Si No No If yes, language _____ (HL)
¿Se habla en el hogar otro idioma que no es inglés? Si la respuesta es sí, escriba el idioma

Does the student have a first language other than English? Yes Si No No If yes, language _____ (NL)
¿Tiene el estudiante otro idioma natal que no es inglés? Si la respuesta es sí, escriba el idioma

Does the student most frequently speak a language other than English? Yes Si No No If yes, language _____ (DL)
¿Habla el estudiante más frecuentemente un idioma que no es inglés? Si la respuesta es sí, escriba el idioma

Former/Other name(s) student has used _____
Nombre(s) anterior(es) u otro(s) usado(s) por el estudiante

Date student entered first U.S. school _____
Fecha en que entró por primera vez a una escuela en los Estados Unidos

Is the student a child of a military family? Yes Si No No
¿Es el estudiante hijo de una familia militar?

Is the student a child of a migratory agricultural worker? Yes Si No No
¿Es el estudiante hijo de trabajadores agrícolas migratorios?

Select the correct code that pertains to the student. Seleccione el código correcto que corresponde al estudiante.
 Single Parent, not pregnant (S) Padre soltero o madre soltera no embarazada
 Single Pregnant Woman (W) Mujer soltera embarazada
 Not Applicable (Z) No aplicable
 The Student is both a single parent and a single pregnant woman (B) La estudiante es tanto una madre soltera como una mujer embarazada

Does the student have any physical disabilities? Yes Si No No
¿Tiene el estudiante alguna discapacidad física?

Has student been in any of the following programs? ¿Ha estado el estudiante en cualquiera de los siguientes programas?
 Spec. Ed. / ESE Educación Especial / ESE
 ESOL ESOL
 Title I Título I

§504 §504
 Gifted Superdotado
 Other Otro

Does your child have an Individual Education Plan (IEP)? Yes Si No No (Please attach a copy) (Favor de incluir una copia)
¿Tiene su hijo un Plan Individualizado de Educación (PIE)?

Please Print

Escriba en letra de molde

Student's legal name (first, middle, last) _____
Nombre legal del estudiante (nombre, segundo nombre y apellido)

If registering for KINDERGARTEN, complete the questions in this box, otherwise skip these questions.

Did your child attend a preschool program last year? Yes No If yes, check type of program:
Para la matrícula en el JARDÍN DE INFANTES, complete las preguntas en este cuadro. De otro modo, ignore estas preguntas.

¿Asistió su hijo a un programa pre-escolar el año pasado? Sí No Si respondió sí, favor de indicar el tipo de programa:

- School District Pre-K (F) Migrant Pre-K (M) Teenage Parent Program Pre-K (T)
- Pre-K del Distrito Escolar (F) Pre-K de emigrantes (M) Pre-K para el Programa de Padres Adolescentes (T)*
- Head Start (H) Title 1 Pre-K (C) Voluntary Pre-K (V)
- Programa "Head Start" (H) Título 1 de Pre-K (C) Pre-K voluntario (V)*
- Pre-K Disabilities ESE (D) Private Preschool (P)
- ESE de Pre-K con discapacidades (D) Escuela pre-escolar privada (P)*

Name of Last School Attended _____ When _____
Nombre de la última escuela a la que asistió Cuándo

Address of Last School Attended _____ Public Private
Dirección de la última escuela a la que asistió Pública Privada

Please check here if your child has ever attended any other Florida school.
Favor de marcar si su hijo alguna vez ha asistido a cualquier otra escuela en Florida. When _____
Cuándo

School Name _____ County _____ Public Private
Nombre de la escuela Condado Pública Privada

Has the student been expelled or referred to an alternative program for disciplinary reasons? Yes No
¿Ha sido el estudiante expulsado o referido a un programa alternativo por razones disciplinarias? Sí No

When _____ Reason _____
Cuándo Razón

Has the student been arrested, charged, convicted or pled guilty to a felony? Yes No
¿Ha sido el estudiante arrestado, acusado, sentenciado o se ha declarado culpable de un delito grave? Sí No

When _____ County _____ State _____
Cuándo Condado Estado

Has the student been referred for mental health services? Yes No
¿Ha sido referido el estudiante para servicios de salud mental? Sí No

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES, THEN SIGN BELOW. / FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS, LUEGO FIRME A CONTINUACIÓN

As the custodial (custody at least 50% of the time)/enrolling parent, I verify that the information provided on pages 1 & 2 is true and correct, and understand that The School District of Osceola County will rely upon this information as true and correct. Parent acknowledges that there are legal penalties, including possible criminal penalties, for intentionally providing false information to the School District. I further understand that providing false or misleading information may result in my child being excluded from school.

Como guardián (por lo menos con custodia de 50% del tiempo)/padre que matricula, verifico que la información provista en las páginas 1 y 2 es verdadera y correcta y entiendo que el Distrito Escolar del Condado Osceola confiará que esta información es verdadera y correcta. El padre reconoce que hay consecuencias legales, incluyendo posibles cargos criminales por proporcionar intencionalmente información falsa al Distrito Escolar. Además, entiendo que proveer información falsa o engañosa podría resultar en que mi hijo sea excluido de la escuela.

PARENT SIGNATURE (Enrolling Parent) _____ Date / Fecha _____
FIRMA DEL PADRE (Padre que matricula)

PARENT SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE _____ Date / Fecha _____

THIS SECTION IS FOR DISTRICT USE ONLY

ADMISSION REQUIREMENTS

1. PROOF OF RESIDENCE

- Mortgage doc., rental/lease agrmt., Property tax docs.
- Current Utility bill
- Income Tax records
- Proof of receipt of government benefits
- Verification of Residency form

1A. EXCEPTIONS

- Homeless Individual
- Migratory agricultural worker
- Military personnel on active duty
- Other: _____

2. SCHOOL RECORDS

- Requested _____
- Received _____

3. HEALTH RECORDS ON FL FORM

- Immunizations up-to-date
- Physical

4. PROOF OF BIRTH

- Birth Certificate (Certified for K - 1)

Verified by _____

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Parent/Guardian: Please complete both sides, sign and return form to the school. The information you provide will be kept confidential in accordance with state and federal law. This form is valid for the current school year.

Padre/Tutor: Favor de llenar ambos lados, firmar y devolver el formulario a la escuela. La información que usted provea, se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Este formulario es válido para el año escolar actual.

SECTION 1 / Sección I -

Student Name _____
 Nombre del estudiante Last/Apellido First/Primer nombre M/Inicial ID#/ No. de ID

Male Female Date of Birth _____
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: Mo/ Mes Day/ Día Year/ Año School/Escuela Grade/Grado

List below the parent/guardian with whom the student lives: *Anote a continuación el padre/tutor con quien vive el estudiante:*

Parent/Guardian Full Name _____ Relationship _____
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco
 Phone: Home _____ Work _____ Ext. _____ Cell/Other _____
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

Parent/Guardian Full Name _____ Relationship _____
 Nombre completo del padre/ tutor Parentesco
 Phone: Home _____ Work _____ Ext. _____ Cell/Other _____
 Teléfono: casa trabajo Ext. celular/otro

List two emergency contacts, (if the parent/guardian cannot be reached), authorized to pick-up and assume responsibility for student:
Escriba el nombre de dos personas a contactar en caso de una emergencia (si el padre/tutor no se puede localizar), que estén autorizadas para buscar y asumir la responsabilidad del estudiante:

Name/Nombre	Relationship/Parentesco	Work Phone/Teléfono del trabajo	Home Phone/Teléfono de la casa	Cell Phone/Teléfono celular
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Does student have health insurance? Yes/Sí - _____
 ¿Tiene el estudiante seguro médico? No Company / Provider Name Compañía / Nombre del proveedor Policy / Group # Póliza / #. de Grupo

Is student currently in an ESE (Exceptional Student Education) program or does student have an IEP (Individual Education Plan)? Yes/Sí No
 ¿Está el estudiante actualmente en un programa de ESE (Educación de Estudiantes Excepcionales) o tiene el estudiante un IEP (Plan de Educación Individual)?

Student's Primary Physician / Médico Primario del Estudiante _____ Office Phone # / Teléfono de oficina _____ Office Fax # / No. de Fax de oficina _____

Office Address / Dirección de la oficina _____

Student's Specialist Physician / Médico Especialista del Estudiante _____ Office Phone # / Teléfono de oficina _____ Office Fax # / No. de Fax de oficina _____

Office Address / Dirección de la oficina _____

Children attending Osceola County Schools participate in the School Health Services Program. This means your child will receive health appraisal at school, which includes vision, hearing, scoliosis screenings, height, weight measurement. To request an exemption for your child, submit written letter to the school.

Los niños que asisten a las Escuelas del Condado Osceola participan en el Programa de Servicios de Salud de la Escuela. Esto significa que su hijo recibirá una evaluación médica en la escuela, que incluye exámenes de la vista, del oído, de escoliosis, medidas de estatura y peso. Para pedir una dispensa para su hijo, presente una carta escrita a la escuela.

Does student have a medical condition you would like the school to be aware of?

¿Tiene el estudiante alguna condición médica sobre la que usted desearía que la escuela tuviese conocimiento?

Yes/Sí – complete sections 2 & 3
 complete las secciones 2 y 3

No – complete section 3
 complete la sección 3

Continued on reverse - (Continúa al dorso)

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

SECTION 2 - Health Condition(s) / Sección 2 - Condición(es) de Salud

List any of your child's health problems or conditions: / Enumere cualquiera de los problemas o condiciones de salud de su hijo:

	<u>Date of last episode</u> <i>Fecha del último episodio</i>	<u>Observed symptoms</u> <i>Síntomas que se observaron</i>
<input type="checkbox"/> Seizures / Convulsiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asthma / Asma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other health / Otra condición	_____	_____

Does the student take medications for health condition(s) listed? / ¿Toma el estudiante medicamentos para la(s) condición(es) de salud enumerada(s)?
 Yes/Sí - list medications below / enumere abajo los medicamentos No

<u>Name of Medication</u> <i>Nombre del medicamento</i>	<u>Dosage</u> <i>Dosis</i>	<u>Time Taken</u> <i>Hora a que se toma</i>	<u>Taken at school?*</u> <i>¿Se toma en la escuela?*</i>	<u>Reason for Medication</u> <i>Razón por la cual toma el medicamento</i>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____

<input type="checkbox"/> <u>Allergy / Alergia</u>	<u>Type of</u> <i>Tipo de</i>	<u>Date of last episode</u> <i>Fecha del último episodio</i>	<u>Observed symptoms</u> <i>Síntomas que se observaron</i>
Food / Comida	_____	_____	_____
Insect / Insecto	_____	_____	_____
Medication / Medicamento	_____	_____	_____
Other / Otro	_____	_____	_____

* A Medication Authorization Form must be obtained from the school health room and completed before medications can be dispensed at school. / Se debe obtener un Formulario de Autorización de Medicamento de la clínica de la escuela y completarlo antes de que se puedan dispensar las medicinas en la escuela.

If emergency treatment is required, emergency care will be coordinated through the local emergency system (911).
 Si se requiere un tratamiento de emergencia, el tratamiento será coordinado por medio del sistema de emergencia local (911).

SECTION 3 - Authorization: I authorize designated Osceola County School District Personnel and Osceola County Health Department School Health Personnel to provide emergency care for my child and to exchange medical information as necessary to support the continuity of care of my child. If my child is covered under Medicaid insurance and receives exceptional student education services, including health services, under an Individual Education Plan (IEP), I consent for the Osceola County School District to bill Medicaid for those services. I authorize the School District of Osceola County to release and exchange my child's confidential student information to Florida State agencies, which would allow Osceola County Public Schools to receive Medicaid funding for services it provides my child while at school. I understand that my child will continue to receive services referenced on his/her IEP whether or not I give consent. By my signature below, I acknowledge the above and the Physician(s) named above is authorized to provide the information requested to the appropriate representative by: (1) hand delivery to the representative, (2) regular delivery via US Postal Service, (3) faxing the information directly to the representative. I understand that these records will not be released to any other agency without prior approval of the Parent/Guardian.

Sección 3 - Autorización: Autorizo al Personal designado del Distrito Escolar del Condado Osceola y al Personal de Salud Escolar del Departamento de Salud del Condado Osceola a proporcionar cuidados médicos de emergencia a mi hijo y a intercambiar información médica a medida que sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo. Si mi hijo tiene cobertura bajo el seguro de Medicaid y recibe servicios de educación para estudiantes excepcionales, incluyendo servicios médicos, bajo un Plan de Educación Individual (IEP), doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado Osceola le facture a Medicaid por estos servicios. Autorizo al Distrito Escolar del Condado Osceola a divulgar e intercambiar la información estudiantil confidencial de mi hijo con las agencias del Estado de Florida, lo cual permitiría que las Escuelas Públicas del Condado Osceola puedan recibir fondos de Medicaid por los servicios que le proporcione a mi hijo cuando esté en la escuela. Entiendo que mi hijo continuará recibiendo los servicios referidos en su formulario IEP, con o sin mi consentimiento. Con mi firma abajo, reconozco lo anterior, y el(los) Médico(s) arriba mencionado(s) está(n) autorizado(s) para proporcionar la información que requiera el representante apropiado al: (1) entregar personalmente al representante, (2) enviar de forma regular por el Servicio Postal de E.E.U.U., (3) enviar por fax la información directamente al representante. Entiendo que estos archivos o información no serán divulgados a ninguna otra agencia sin la aprobación previa del Padre/Tutor.

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____
 Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

FOR RN USE ONLY / Sólo para uso del enfermero:
 Care Plan: Yes No Update Nurse Signature _____ Date _____
 Original: Health Care Assistant/Nurse / Ayudante de Atención Médica/Enfermero

Celebration High School
Exceptional Student Education (Special Education)
Information Form
(Forma de Informacion de Education Especial)

Date/Fecha: _____

Student Name/Nombre del estudiante: _____

Grade/Grado: _____

Transferring from/Transferencia de: _____

City/Ciudad, State/Estado, Country/Pais

Previous School/Escuela anterior: _____

School Phone/Fax Number/Numero de Telefono/Fax de la escuela: _____

Does your child have an Individual Education Plan (IEP) or a Gifted Education Plan (EP)? Tiene su hijo(a) un Plan de Educacion Individualizado (PEI) actualizado o Plan Dotado Educativo (EP)?

Yes/Si _____

No/No _____

Unsure/Inseguro _____

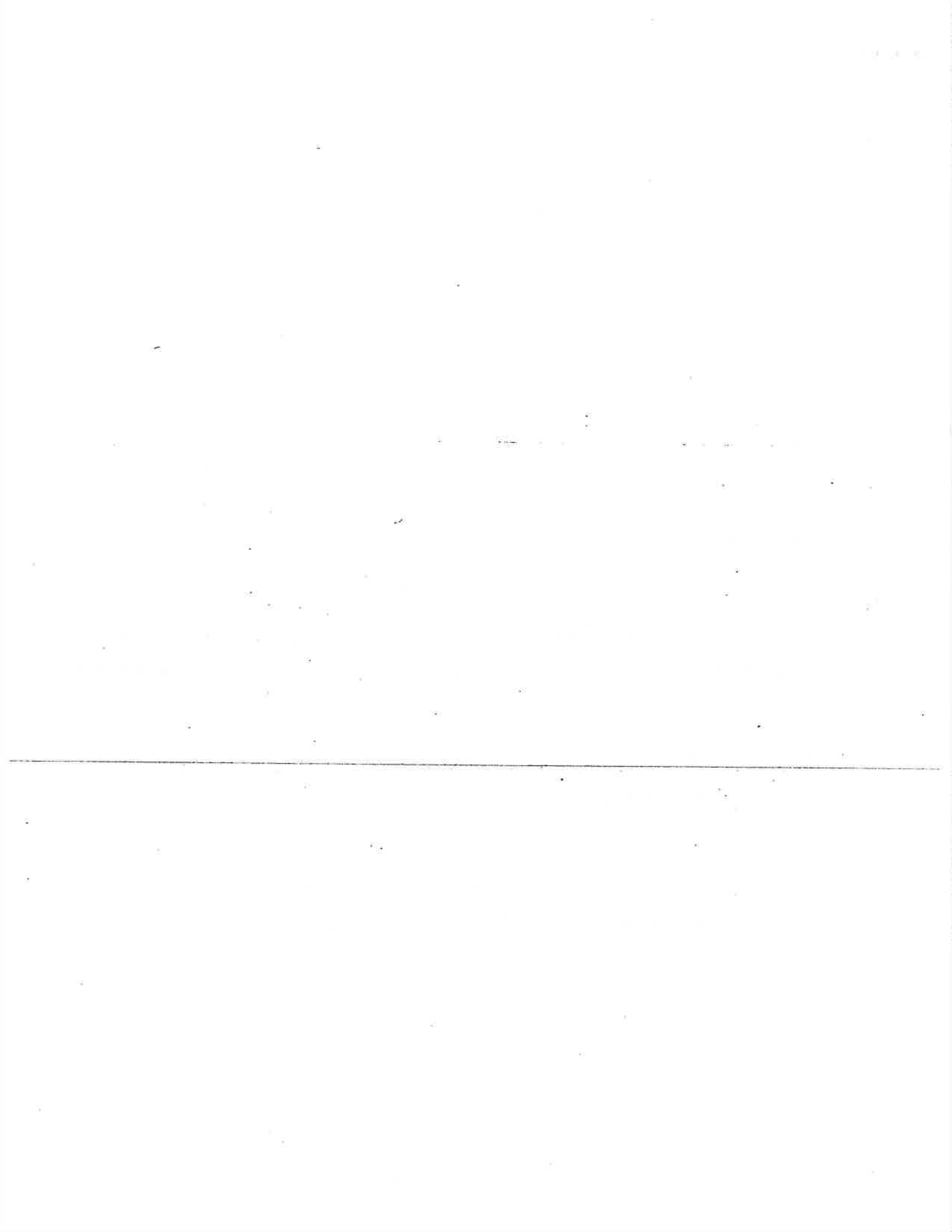
What special education services did your child receive in their last school? / Que tipo de servicios recibio su hijo(a) en la escuela anterior? _____

If your child has an IEP or EP you will be contacted by the RCS in our school to set up a meeting to discuss your child's IEP or EP. How would you like to be contacted?

Si su hijo(a) tiene un PEI o EP, nuestro Departamento de Educacion Especial se comunicara con usted para concertar una cita. Como podriamos contactarlo?

By phone/por telefono? Phone number/numero de telefono: _____

By e-mail/por correo electronico? E-mail: _____





STATE OF FLORIDA
School Entry Health Exam

To Parent/Guardian: Please complete and sign Part I — Child's Medical History.

State law for school entry requires a health examination by a legally qualified professional. Additional requirements may be determined by local school districts.

(Please Print)

Name of Child (Last, First, Middle)		Birth Date	Sex
Address (Street)		School	Grade
City and ZIP Code	Home Telephone Number	Parent/Guardian (Last, First, Middle)	

PART I — CHILD'S MEDICAL HISTORY

To Parent/Guardian: Please check answers to questions 1 through 8 below in the column on the left.

(Please explain any "Yes" answers in the space provided below.)

1. Yes No Any concerns about general health (eating and sleeping habits, weight, etc.)?
2. Yes No Any other specific illness or social/emotional or behavioral problems?
3. Yes No Any allergies (food, insects, medication, etc.)?
4. Yes No Any prescription medication (daily or occasionally)?
5. Yes No Any problems with vision, hearing, or speech (glasses, contacts, ear tubes, hearing aids)?
6. Yes No Any hospitalization, operation, or major illness (specify problem)?
7. Yes No Any significant injury or accident (specify problem)?
8. Yes No Would you like to discuss anything about your child's health with a school nurse?

To Parent/Guardian: Please explain any "Yes" answers from above.

I am the parent/guardian of the child named above. I give permission for the information on PARTS I and II of this form provided about my child to be reviewed and utilized only by the staff of this school and any school health personnel providing school health services in the district for the limited purpose of meeting my child's health and educational needs.



Signature of Parent/Guardian

Date

Partnership for School Readiness Recommendations for Prekindergarten and Kindergarten

To Parent/Guardian: Please obtain the services listed below in order to find any problems. Please work with your health care provider to correct or treat any problems that may reduce your child's ability to learn in school. (These services are recommended but not required.)

1. Comprehensive Vision Examination (3-5 years of age) Date of Exam: _____ Results of Exam: _____ Health Care Provider: _____ (check one) Optometrist <input type="checkbox"/> Ophthalmologist <input type="checkbox"/>	Please describe any corrective action for any problems detected and any accommodations required.
2. Comprehensive Dental Examination Date of Exam: _____ Results of Exam: _____ Dentist: _____	Please describe any corrective action for any problems detected and any accommodations required.
3. Hearing Screening Date of Exam: _____ Results of Exam: _____ Health Care Provider: _____	Please describe any corrective action for any problems detected and any accommodations required.



Name of Child (Last, First, Middle)	Birth Date
-------------------------------------	------------

PART II -- MEDICAL EVALUATION

To be completed and signed by the Health Care Provider ONLY:

The child named above has had a complete history and physical exam on the following date:

(Exam must be within one year of enrollment)

_____/_____/_____
Month Day Year

Screening Results:

Height: _____ Weight: _____ BMI%: _____ B/P: _____ Hct/Hgb: _____ Lead: _____ Urinalysis: _____

Vision - Without Glasses	Right 20/____	Left 20/____	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>	Hearing - Right	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
Vision - With Glasses	Right 20/____	Left 20/____	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>		Hearing - Left	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>

Gross dental (teeth and gums)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____
Head/scalp/skin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____
Eyes/Ears/Nose/Throat	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____
Chest/Lungs/Heart	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____
Postural assessment	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	_____	Refer/Tx: _____

TB risk assessment done (Please review Targeted Testing Guidelines listed below.)

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision Hearing Speech/Language Physical Social/Behavioral Cognitive

Specify: _____

This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.

(This form will be stored in the child's Cumulative Health Folder and may be accessed by both school and health personnel.)

Recommendations (Attach additional sheet if necessary): _____

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
 This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.

(Specify reason and restriction) _____

Signature/Title of Health Care Provider	Date	Address (Please print or stamp)
<input checked="" type="checkbox"/>	____/____/____	
Name (Please print or stamp)		

Tuberculosis Targeted Testing Guidelines for Health Care Providers

Tuberculosis Infection Risk:

Review the following risks and administer a Mantoux TB skin test if child is in one or more categories. The TB test is administered confidentially as part of the health examination. Do not record administration of any TB test or related information on this form.

- Recent immigrant (< 5 years), frequent visitor to TB endemic areas
- Close contact to active TB case
- Frequent contact with adults at high-risk for disease, HIV+, homeless, incarcerated, illicit drug user
- HIV+ or have other medical conditions that increase the risk to progress from infection to disease, e.g., chronic renal failure, diabetes, hematologic or any other malignancy, weight loss > 10% of ideal body weight, on immunosuppressive medications

Active TB Disease Risk:

- Does the child exhibit signs/symptoms of tuberculosis (e.g. cough for three weeks or longer, weight loss, loss of appetite)?
- If symptoms are present, work-up or refer for TB disease evaluation.