

**Items Needed For Enrollment
Daleville City Schools**

Name: _____ Grade: _____

_____ Birth Certificate

_____ Social Security Card

_____ Current Alabama Immunizations Certificate
(Exception: migrants and victims of disaster rendering the student homeless)* Must be obtained ASAP

_____ Withdrawal Papers from former school to include most recent report card or progress report/transcript and discipline records

_____ Legal Child Custody Papers

_____ Special Education Paperwork (provide copies of IEP, 504, Gifted Plan, EL Plan)

_____ 2 Proofs of Residency

Daleville City School Board policy 5.20- The following items are the acceptable forms of proof of residency needed for enrollment:

- Utility bills or deposit receipts
- Mortgage Documents or property deed
- Residential Lease

_____ Picture ID of parent /guardian

**Upon completion of the enrollment packet,
please call Mrs. Chappell at 334-598-4466 to schedule an
appointment to complete the enrollment process.**

Daleville City School District
APPLICATION FOR STUDENT ENROLLMENT

PLEASE PRINT

Must be completed by Parent/Legal Guardian

PLEASE PRINT

DATE: _____ SCHOOL: _____ GRADE: _____

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____ SEX - Circle One: MALE FEMALE HOME PHONE: _____

PHYSICAL ADDRESS: _____ CITY: _____ ZIP CODE: _____

MAILING ADDRESS: _____ CITY: _____ ZIP CODE: _____

STUDENT LIVES WITH - Circle One: PARENTS MOTHER FATHER GUARDIAN RELATION _____

*SOCIAL SECURITY NUMBER (voluntary): _____

PARENT(S) / GUARDIAN: (verification shall be in accordance with local school board policy)

MOTHER/GUARDIAN: _____ Address: _____

Email Address: _____ Cell Phone: _____

EMPLOYER: _____ Work Phone: _____

FATHER/GUARDIAN: _____ Address: _____

Email Address: _____ Cell Phone: _____

EMPLOYER: _____ Work Phone: _____

SPECIAL INFORMATION ABOUT CUSTODY: _____

EMERGENCY CONTACTS: (PLEASE LIST NUMBERS OTHER THAN YOUR OWN)

EMERGENCY #1

Contact _____

Relation: _____ Phone: _____

EMERGENCY CONTACT #2

Contact _____

Relation: _____ Phone: _____

THESE PEOPLE HAVE PERMISSION TO CHECK MY CHILD OUT OF SCHOOL

(In accordance to school system check-out procedures)

1. _____ Relation: _____ Phone: _____

2. _____ Relation: _____ Phone: _____

3. _____ Relation: _____ Phone: _____

NAME AND ADDRESS OF LAST SCHOOL ATTENDED: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____

**Disclosure of your child's Social Security Number (SSN) is voluntary. If you elect not to provide a SSN, a temporary identification number will be generated and utilized instead. Your child's SSN is being requested for use in conjunction with enrollment in school as provided in Ala. Admin. Code §290-3-1.02(2)(b)(2). It will be used as a means of identification in the statewide student management system.*

Daleville City School District Ethnicity and Race

Student's Name: _____ Grade: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Please answer BOTH Question 1 AND Question 2

Question 1: Is this student Hispanic/Latino? CHOOSE ONLY ONE ETHNICITY:

- NO, not Hispanic/Latino
- YES, Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

**The above question is about ethnicity not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following Question 2 by marking one or more boxes to indicate what you consider your student's race to be.*

Question 2: What is the students race? CHOOSE ONE OR MORE:

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE. A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
- ASIAN. A person 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.
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN. A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER. A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- WHITE. A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Office use only:

Office use only:	
Ethnicity - Choose only one: <input type="checkbox"/> NOT Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	Race - Choose one or more: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White
Date:	Staff Signature:

**Daleville City School District
Additional Requested Information**

MILITARY

Student connected to an Active Duty Military Family	Circle One:	Yes	No
Student connected to a Guard or Reserve Military Family	Circle One:	Yes	No

PRESCHOOL

Head Start	Circle One: Yes No	FirstClass Funded Preschool	Circle One: Yes No
Center-Based Child Care	Circle One: Yes No	Home-Based Child Care	Circle One: Yes No
Home Visitation Program	Circle One: Yes No	Other Preschool	Circle One: Yes No
No Preschool - Check if no Preschool		Special Education Funded	Circle One: Yes No

Daleville City Schools

Daleville, Alabama

Parent Notification of Equal Rights / Access

By law, if parents are legally separated or divorced, each parent has equal rights and access to the child at school, including the right to attend school functions and receive information and records regarding the student, UNLESS one parent has a court order that indicates the other parent's rights have been restricted regarding access to the child.

The school MUST HAVE A COPY OF THE ORDER on file; otherwise, both parents will have equal access to the student's school records and will be granted the same privileges of access to the student while on school property as other parents.

I have read the above statement pertaining to _____

Student's Printed Name

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

Affidavit of Residence

1. My name is _____
2. I am over the age of 19, and competent to testify to the matters discussed in this affidavit.
3. I have personal knowledge of all of the matters discussed in this affidavit.
4. My legal residence is _____, which lies within the Daleville City School District, or on post at Ft. Rucker.
5. I reside there with the following student(s) who seek(s) enrollment in the Daleville City School _____.
6. I am the _____ (natural parent, adoptive parent, legally appointed custodian, court appointed foster parents) of the student(s) at issue.
7. This residence is our fixed, permanent, full-time and primary domicile. It further meets the definition of "residence" set out in the schools' enrollment policy, a copy of which I have reviewed.
8. The matters in this affidavit are true and correct.

Signature

Date

Sworn to and subscribed before me this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Republic

My Comm'n expires: _____

Former School Name: _____

Former School Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

State of Alabama
Department of Education

Official Request for Student Records

Date requested: _____ Faxed: _____ Emailed: _____
2nd request: _____ Faxed: _____ Emailed: _____

The Alabama Department of Education and Windham Elementary School/Daleville Middle School/Daleville High School request that you transmit the following student records as soon as possible. If the student is currently receiving special education and related services, the records must be transferred to the requesting school. (Alabama Administrative Code 290-080-090.03)

Last	First	MI	Grade
------	-------	----	-------

Last	First	MI	Grade
------	-------	----	-------

Please fax or email the checked information:

- All records listed below
- Birth certificate
- SSN
- Immunization Certificate
- Legal custody papers
- Report card or withdraw papers
with grades
- Attendance Records
- Discipline records
- Progress Monitoring Data
- IEP/504 Plan/Eligibility/Referral
- Standardized Testing
- WIDA/Access reports

Ashley Chappell
School Counselor/Registrar
Daleville City School
A.M. Windham Elementary School

p: (334) 598-4466 ext 3311
f: (334) 598-4467
e: chappella@daleville.k12.al.us
a: 200 Heritage Drive
Daleville, AL 36322

Daleville City Schools--Residency Questionnaire

Homeless Liaison: Christy Kearley E-mail: kearleyc@daleville.k12.al.us

List All School-Aged Children (oldest to youngest child)

Student First Name/Last Name	Birth Date	Student Support Services (IEP/ELP-- Yes/No)	School	Grade	Gender (M/F)
1					
2					
3					
4					
5					
List Non-School Aged Children	Birth Date	Early Intervention Services (Y/N)	Day Care/Service Provider (If Any)	Male	Female

Student's Previous Address:
Student's Current Address:
Student/Contact Phone Number:
Name of Contact:

Answers to these questions can help determine student(s) eligibility for services under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435.	Yes	No
Is the student's home address a temporary living arrangement?		
Is this temporary arrangement due to a loss of housing or an economic hardship?		
Is the student in or awaiting a Foster Care Placement?		
Is the student living with friends or family (other than the parent or legal guardian)?		
Is the student living in a shelter?		
Is the student living in a motel, car, park, or campsite?		
Is the student in transitional housing (through a public agency)?		
Is the student moving from place to place?		
The student lives with --mother, father, relative, friend--please list all:		

Name of Parent/Legal Guardian:
Parent Signature:
Parent Phone Number:

School Use Only--Do Not Write in this space

Determination:	_____	
___ Yes ___ No ___ Further investigation needed	Principal's Signature	Date

Escuelas de la Ciudad de Daleville – Cuestionario de Residencia

Christy Kearley

Email: Kearlevc@daleville.12.al.us

Enumere todos los niños en edad escolar (mayor a menor)

Nombre/Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento	Servicios de apoyo estudiantil (IEP/ELP – Si/No)	Escuela	Grado	Género (M/F)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Lista de niños sin edad escolar	Fecha de nacimiento	Servicios de Intervención temprana (S/N)	Proveedor de servicios/cuido (si corresponde)	Masculino	Femenino

Dirección anterior del estudiante:
Dirección actual del estudiante:
Número de teléfono del estudiante/contacto:
Nombre del contacto:

Las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a determinar la elegibilidad de los estudiantes para recibir servicios bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435	Si	No
¿El domicilio del estudiante es un arreglo de vivienda temporal?		
¿Este arreglo temporal se debe a la pérdida de una vivienda o una dificultad económica?		
¿Está el estudiante en o esperando una colocación en cuidado de crianza?		
¿Vive el estudiante con amigos o familiares (que no sean los padres o tutor legal)?		
¿Vive el estudiante en un refugio?		
¿Vive el estudiante en un motel, automóvil, parque ó campamento?		
¿Está el estudiante en una vivienda de transición (a través de una agencia pública)?		
¿Se está moviendo el estudiante de un lugar a otro?		
El estudiante vive con: madre, padre, pariente, amigo – Enumere todos:		
Nombre del padre/tutor legal:		
Firma del padre:		
Número de teléfono del padre:		

Solo para uso escolar: no escribe en este espacio		
Determinación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se necesita más investigación	Firma del Director	Fecha



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

Parent Survey

for Newly Enrolled Students



SCHOOL SYSTEM

SCHOOL NAME

DIRECTIONS

Please complete the following survey. Your child may be eligible for FREE additional educational services. If you answer yes to any of the questions below, an education representative may contact you to find out whether you, your child, or any member of your family is eligible for the migrant education program. All information will be kept confidential.

Please return the completed questionnaire to your child's school.

RELOCATION HISTORY

Have you ever traveled in or out of Alabama to work or find work in any of the pictures below in the past three (3) years? Yes No

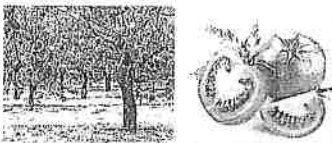
Are you or your spouse currently working in agriculture, farming, fishing or any of the pictures below? Yes No

Mark all pictures of agriculture, farming, or fishing where you have worked in the past 3 years. See pictures below. Yes No

Other work you have done that is not shown in a picture below: _____

Fruit or Tomato Farms

Yes



Fish or Shrimp Farms

Yes



Nursery, greenhouse, sod farm

Yes



Planting / Harvesting Crops

Yes



Cattle Farms; Milk Products

Yes



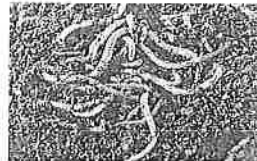
Hatchery; feeding, processing chickens, gathering eggs

Yes



Working on a worm farm

Yes



Growing, tending, felling trees

Yes



PARENT INFORMATION

PARENT / GUARDIAN

ADDRESS

CITY

STATE

ZIP

PHONE NUMBER

PLACE OF EMPLOYMENT

NUMBER OF CHILDREN IN HOME

DATE OF MOVE



Encuesta para padres de nuevos estudiantes inscritos

SISTEMA ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA

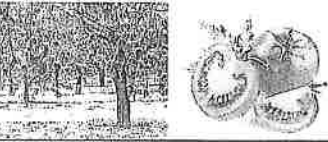



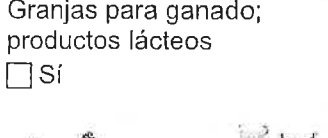
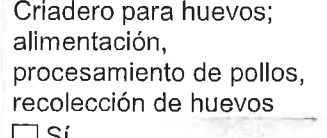
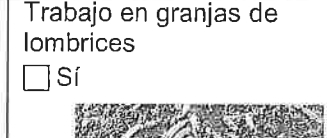
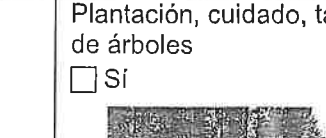
INDICACIONES

Complete la siguiente encuesta. Puede que su hijo(a) sea elegible para recibir servicios educativos adicionales GRATIS. Si responde que sí a cualquiera de las preguntas de abajo, un representante de educación se podrá comunicar con usted para averiguar si usted, su hijo(a) o cualquiera de sus familiares es elegible para el programa de educación para migrantes. Toda la información se mantendrá bajo confidencialidad.

Complete este cuestionario y entréguelo a la escuela de su hijo(a).

ANTECEDENTES DE REUBICACIÓN

¿Ha viajado alguna vez dentro o fuera de Alabama para trabajar o buscar trabajo en cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo en los últimos tres (3) años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se dedica usted o su cónyuge actualmente a la agricultura, el trabajo en granjas, la pesca o cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marque todas las imágenes de agricultura, granjas o pesca donde haya trabajado en los últimos 3 años. Consulte las imágenes de abajo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro tipo de trabajo que haya hecho y que no aparezca en las imágenes de abajo: _____		

<p>Granjas de frutas o tomates</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Criaderos de peces o camarones</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Vivero, invernadero, granja de césped</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Plantación/cosecha de cultivos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 
<p>Granjas para ganado; productos lácteos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Criadero para huevos; alimentación, procesamiento de pollos, recolección de huevos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Trabajo en granjas de lombrices</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 	<p>Plantación, cuidado, tala de árboles</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> 

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE

PADRE/MADRE/TUTOR

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO		LUGAR DE EMPLEO	
CANTIDAD DE NIÑOS EN EL GRUPO FAMILIAR		FECHA EN QUE SE MUDARON	

Daleville City Schools
 626 North Daleville Avenue
 Daleville, AL 36322
 334-598-2456

Home Language Survey

In order to comply with state and federal guidelines, we are required to have a Home Language Survey on file for each student. The parent(s) or the legal guardian(s) should complete this form. Students are not permitted to complete this form.

Print the following information.

School: _____ Grade: _____ Daleville Entry Date: _____

Student's Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Birthday: _____ Age: _____ Gender: Male _____ Female _____ Parent/Guardian Name: _____

Was your child born in the U.S.? Please check (✓) Yes No If yes, city and state: _____

If no, what country: _____ Date child entered the USA : _____

Has the student attended any U.S. schools? Please check (✓) Yes No If yes, School: _____

Location: _____ From _____ to _____ How long? _____

Has the student previously participated in a Bilingual or ESL program in the U.S.? Please check (✓) Yes No

If yes, where? _____ From _____ to _____

Questions for Parents/ Guardians	Response
What is the native language of the student?	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other (Specify) _____
What language does the student speak most often?	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other (Specify) _____
Which language is most often spoken at home?	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other (Specify) _____

**If the answer to any of the above three questions is a language other than English, send a copy of this form to your school level identified ESL Facilitator.*

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

- Place the ORIGINAL in the Permanent Record
- Place a COPY in the ESL Folder

Daleville City Schools
626 North Daleville Avenue
Daleville, AL 36322
334-598-2456

Encuesta Sobre el Idioma en el Hogar

Para cumplirse con las pautas federales y del estado, nos requieren tener una Encuesta del Idioma del Hogar en el archivo para cada estudiante. Esta forma debe ser actualizada cada año. El padre o el guardián(es) legal debe llenar esta forma. No se permite a los estudiantes llenar esta forma.

Escriba la siguiente información.

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Entrada Daleville: _____

Nombre del padre o guardián: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Genero: Masculino _____ Femenino _____

¿Nació su niño a en los EE.UU.? Por favor de marcar (✓) Sí No. Si sí, ciudad y estado: _____

Si no, cuál país: _____ Fecha que entró el niño a los EE.UU.: _____

¿Ha asistido el niño algunas escuelas en los EE.UU.? Por favor de marcar (✓) Sí No. Si sí, Escuela: _____

Lugar: _____ De _____ a _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha participado antes el estudiante en un programa Bilingüe o del inglés como Segundo Idioma en los EE.UU.?

Por favor de marcar (✓) Sí No Si sí, ¿Donde? _____ De _____ a _____

Preguntas para Padres/ Guardianes	Respuesta
¿Cuál es el idioma principal del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra (especifique) _____
¿Que idioma habla con frecuencia el/la estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra (especifique) _____
¿Que idioma se habla con frecuencia en el hogar?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra (especifique) _____

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha: _____

- Place the ORIGINAL in the Permanent Record
- Place a COPY in the ESL Folder

**Para la oficina: If the answer to any of the above three questions is a language other than English, send a copy of this form to your school level identified ESL Facilitator.*

Daleville City Schools

PERMISSION FORM FOR PUBLISHING

This form is completed to give permission to publish student pictures, names, information, and work on the school website, or in the newspaper.

Student Name _____

Our faculty and staff have the opportunity to publish student information so that it can be viewed electronically or in print by others in the larger community.

<p>I understand that my student's work, photo, information or name may be published on the schools' Facebook page or websites, which is part of the Internet. I understand that the following may be published only with this permission.</p>	<p>Check all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Student name <input type="checkbox"/> Student work <input type="checkbox"/> Student photo <input type="checkbox"/> Student information (i.e. college scholarships, awards, other school related news.)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>I understand that my student's work, photo, or name may be published in the local newspaper. I understand that the following may be published only with this permission.</p>	<p>Check all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Student name <input type="checkbox"/> Student work <input type="checkbox"/> Student photo <input type="checkbox"/> Student information (i.e. college scholarships, awards, other school related news.)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

_____ I **grant** permission for the publication of my child's photograph, information, work and/or name *as checked above*, as long as my child is attending Daleville City Schools or until I choose to withdraw my permission in writing.

_____ I **do not grant** permission at this time for the publication of my child's photograph, student work, information, or name.

Signature of parent or guardian

Date

Windham Elementary School
OFFICE OF THE SCHOOL NURSE

Dear Parents/Guardians,

Welcome back! Please take a moment and read this reminder of some of the health policies from our local school board and the State Dept. of Education.

First, if your child has been sick, whether it is **FEVER, VOMITING, DIARRHEA**, or any other **ILLNESS**, **KEEP THEM HOME**. It is unfair to your child and the others in their classroom to be sent to school sick. It is **MANDATORY** that they be without **FEVER or VOMITING for 24 hours** before returning to school. We know that this is often inconvenient, but this will keep a virus from sweeping through our students.

Also, we **MUST** have a phone number where either you or someone you have assigned authority may be reached if your child becomes sick or is hurt at school. I do not have the facilities to care for several children at one time and the only other option is to return the sick child to the classroom. **If your numbers change, please call or send a note to the Front Office.**

If your child should ever need to take medication during the school day, I will be happy to help. We have very strict guidelines as to how these medications are handled and dispensed. EVERY medication given, whether by a physician or over the counter, **MUST** have a signed permission on file before it can be given. All prescribed medications must have the form signed by both you and the doctor. All prescribed medications must be counted and signed in. All of these forms are available at school. **UNDER NO CIRCUMSTANCES ARE STUDENTS ALLOWED TO TRANSPORT MEDICATION ON THE BUS.** The exception to this is inhalers. A student may lose their bus privileges if medication is sent on the bus. Medication **cannot** be received without the paperwork.

If your child has any **NEW** medication, they **MUST** stay home with you the first day this medication is given. This way you can make sure they tolerate the medication and have no reaction to it.

If you have any questions, please do not hesitate to ask. Please complete both the **FRONT** and **BACK** of the attached **HEALTH** form and return to your child's teacher **TOMORROW**. We are required to have a new one each year on file for each student, along with any other medical paperwork you may have provided the school last year. If you list any **Food Type Allergy**, please make sure we have a signed form from your child's Doctor (Eating and Feeding Evaluation: Children with Special Needs Form).

Respectfully, Nurse Carter



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION



HEALTH ASSESSMENT RECORD

School Year: _____

To Parent or Guardian:

The purpose of this form is to provide the school nurse with additional information regarding your child's health needs. The school nurse may contact you for further information. The information requested is essential for the school nurse to meet the health needs of your child.

This information will be kept confidential.

PLEASE complete both sides of this form (Return to the School Nurse)

Name of Student (Last, First, Middle) | Birth Date | Sex | School

Address (Street)

Home Telephone Number: | Cell Phone Number: | Additional Phone Number: | Grade | Teacher/Homeroom

Name of Parent/Guardian (Last, First Middle) | Work Phone Number:

Transportation
 Bus Rider Bus Number: Car Rider Special Needs Bus After School

Part I - Health Information

Place your child receives health care: Physician's Name: Address: Phone:
 Community Health Center
 Health Department
 Hospital Clinic
 No Regular Place
 Private Doctor /HMO
Preferred Hospital:
Your child's Insurance Information:
 ALL KIDS
 Medicaid
 No Insurance
 Other
 Private Insurance
Place your child receives dental care: Dentist's Name: Address: Phone:
 Community Health Center
 Health Department
 Hospital Clinic
 No Regular Place
 Private Dentist /HMO

Part II - Medical History Medical Equipment /Procedures Required at School

Catheter Gastric Tube Nebulizer Treatments Oxygen Supplement Tracheostomy
 Vagal Nerve Stimulator (VNS) Ventilator Wheelchair Walker
 Other Please explain:

Medications and Procedures at School require a Prescriber/Parent Authorization Form (one for each medication or procedure) Please see your school nurse.

Please Complete Back of Form (Signature Required)





ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION



HEALTH ASSESSMENT RECORD

School Year: _____

Name of Student _____

Part III – Medical History

<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	KNOWN HEALTH PROBLEMS If NO, go directly to the bottom of the page and provide parent/guardian signature If YES, and diagnosed by a physician, answer each question below.
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Attention Deficit Disorder (ADD)
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Requires medication <input type="checkbox"/> At school <input type="checkbox"/> At Home
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Allergies: <input type="checkbox"/> Food _____ <input type="checkbox"/> Insects _____ <input type="checkbox"/> Environmental _____ <input type="checkbox"/> Medications _____ <input type="checkbox"/> Hives/rash <input type="checkbox"/> Medications <input type="checkbox"/> Breathing difficulty <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Asthma <input type="checkbox"/> Uses an inhaler at school <input type="checkbox"/> Uses an inhaler at home
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Blood/Bleeding Problems: <input type="checkbox"/> Hemophilia, <input type="checkbox"/> Von Willebrand's, <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Requires medication <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Frequent Nose Bleeds: <i>Please explain</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cancer/Leukemia: <i>Please explain</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cerebral Palsy: <i>Please explain</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cystic Fibrosis: <i>Please explain</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Dental Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Monitors Blood Sugars at school <input type="checkbox"/> Requires Insulin at school <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Managed with diet <input type="checkbox"/> Insulin pump <input type="checkbox"/> Oral medication <input type="checkbox"/> Glucagon order
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Emotional/Behavioral/Psychological: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Gastrointestinal/Stomach Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Genetic / Rare Disorders: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Headaches: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hearing Problems: <input type="checkbox"/> Right Ear <input type="checkbox"/> Left Ear <input type="checkbox"/> Both ears <input type="checkbox"/> Hearing loss <input type="checkbox"/> Hearing aid <input type="checkbox"/> Tubes <input type="checkbox"/> Cochlear Implant
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Heart Condition: <input type="checkbox"/> Activity restrictions: <input type="checkbox"/> Medications taken at home: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hypertension (High Blood Pressure): <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Juvenile Arthritis/Bone-Joint Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Kidney/ Bladder/ Urinary Problems: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Scoliosis: <input type="checkbox"/> No Treatment <input type="checkbox"/> Wears Brace <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Family History
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Seizures/Convulsions: Type of seizure: _____ Medications: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medication taken at home <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Sickle Cell: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trait
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Shunt: <input type="checkbox"/> VP shunt <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Spina Bifida:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Special Diet: <i>Please explain:</i>
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Vision Problems: <input type="checkbox"/> Wears glasses <input type="checkbox"/> Wears contacts <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Other Medical Conditions: <i>Please include any medications taken at home only.</i>

Required Signatures

(Electronic or Written) Parent(s) or Guardian Signature: _____ Date: _____

(Electronic or Written) School Nurse Signature: _____ Date: _____

Windham Elementary School
Oficina de la enfermera de la escuela

Queridos Padres/Guardianes:

Bienvenidos de nuevo! Por favor, tómese un momento y lea este recordatorio de algunas de las pólizas de salud de su escuela local y del Departamento de Salud del estado.

Primero, si su niño está enfermo con **fiebre, vómitos, diarrea** o alguna otra **dolencia o enfermedad** por favor déjelo en casa. Es injusto para su hijo y para los otros niños del salón de clase que usted lo envíe enfermo a la escuela. Es obligatorio que por lo menos esté sin fiebre ni vómitos por las primeras 24 horas antes de ser enviado a la escuela nuevamente. Nosotros sabemos que esto es un inconveniente a menudo, pero esto evitará que nuestros estudiantes sean expuestos a cualquier virus.

También necesitamos tener un número de teléfono donde usted ó cualquier otra persona que usted haya asignado, pueda ser contactada en caso de que su hijo se enferme ó sufra algún accidente en la escuela. Yo no tengo la facilidad de cuidar a varios niños al mismo tiempo y la única otra alternativa es enviar a su hijo enfermo de vuelta al salón de clase. Es por esto que **si su número ha cambiado por favor, notifíquelo ó envíe una nota a la oficina.**

Si su niño necesita tomar algún medicamento durante el día en la escuela, yo estaré mas que contenta de ayudarlo. Nosotros tenemos una guía sumamente estricta de como estos medicamentos serán manejados y administrados. Cada medicamento dado si es por un médico o el medicamento es "over the counter" tiene que tener la autorización por escrito en el expediente antes de que pueda ser administrado. Todos los medicamentos prescritos tienen que tener la forma firmada por ambos, por el médico y por usted. Todos los medicamentos prescritos tienen que ser firmados y registrados .

Todas estas formas están disponibles en la escuela. **Bajo ninguna circunstancia los estudiantes están autorizados a transporter medicamentos en el transporte escolar.** Con la excepción de los inhaladores. Un estudiante puede perder el privilegio del transporte escolar si el medicamento fue enviado en el mismo. Los medicamentos no pueden ser recibidos sin antes llenar la documentación requerida. Si su hijo tiene algún medicamento **nuevo** tiene que permanecer en casa con usted el primer día que sea administrado; de esta manera usted sabrá si el medicamento es tolerado y si no tiene alguna reacción alérgica.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar. Favor de completar ambas la parte de al frente y atrás de este formulario de salud que ha sido adjuntado y devuélvalo con su hijo a la maestra **mañana**. Nosotros estamos requeridos a tener una nueva cada año escolar en el expediente de cada estudiante. Según con cualquier otro papeleo médico, usted deberá proveer a la escuela el del año anterior. Si usted marca cualquier tipo de **alergia a la comida** por favor asegúrese de que tengamos una forma firmada del doctor de su hijo. (Evaluación de alimentación y comida: Forma para niños con necesidades especiales)

Respetuosamente,

Enfermera Carter



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
 Año Escolar: _____ - _____



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Para ser rellenado por el padre/tutor.

Utilice sólo letras de Imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)		Raza/Etnia	
(La Ciudad y Código Postal)		<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Angloamericano, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Otra	
Número de Tel. en Casa	Número de Tel. Celular	Escuela	Grado
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			

Transportación

Pasajero de Autobús
 Pasajero de Carro
 Pasajero del Autobús de Incapacitados
 El Programa de Clases Extendidas

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular:	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular:	Tipo de seguro médico de su hijo:
<input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	<input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Segura Privada <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Otra: _____
Nombre del médico: _____	Nombre del Dentista: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Autorizaciones:

Sí, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.

No, no autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.

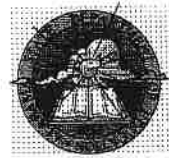
Sí, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.

Sí, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

<small>Ultrared: Por La Oficina de Gobierno</small> <small>Escuela de Acuerdo:</small>			
Nivel A Dependiente de la Enfermería	Nivel B Frágiles de Salud	Nivel C Médicamente Complejo	Nivel D Asuntos de Salud



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
 Año Escolar: _____ - _____



Parte II – Historial Clínico

<input type="checkbox"/> No Sé de Ningún Problema de Salud (Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención (ADD) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) <input type="checkbox"/> Alergias: <i>Por favor especifique :</i> <input type="checkbox"/> Los Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Los Insectos _____ <input type="checkbox"/> Del Medio Ambiente _____ <input type="checkbox"/> Los Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> El Asma:	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i> <input type="checkbox"/> ¿Será administrada en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Urticaria/erupciones? <input type="checkbox"/> ¿Dificultad para Respirar? <input type="checkbox"/> ¿Epi-pen? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i> <input type="checkbox"/> ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? <i>(Requiere autorización del médico)</i>
<input type="checkbox"/> Problemas Sangrantes: <i>(Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)</i> <input type="checkbox"/> Cancer/Leucemia: <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral: <input type="checkbox"/> La Fibrosis Quística : <input type="checkbox"/> Problemas Dentales:	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? Por favor, explique: <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i> Por favor, explique: Por favor, explique: Por favor, explique: <input type="checkbox"/> ¿Frenos? O Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Diabetes: <i>(Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico)</i> <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 2	<input type="checkbox"/> ¿Mide los niveles de azúcar en la sangre en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Requiere Insulina en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Orden de Glucagón? <input type="checkbox"/> ¿Bomba de Insulina? <input type="checkbox"/> ¿Controlada con una dieta?
<input type="checkbox"/> Emocional/de Comportamiento/Psicológico: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales y del estómago: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Genética: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición:	<input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> ¿Pérdida de Audición? <input type="checkbox"/> ¿Audífono? <input type="checkbox"/> Implante Coclear
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca: <i>Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?</i>	
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta):	
<input type="checkbox"/> La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones: <i>Por favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Escoliosis:	<input type="checkbox"/> Ningún Tratamiento <input type="checkbox"/> Utilice Soporte <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones: <i>Por favor, explique:</i>	Tipo de Ataque: _____ <input type="checkbox"/> Orden de Diastat
<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes:	
<input type="checkbox"/> Espina Bífida:	
<input type="checkbox"/> Dieta Especial: <i>Por Favor, explique:</i>	
<input type="checkbox"/> Problemas de Vision:	<input type="checkbox"/> Usa gafas/lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otra, _____
<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Médicas: <i>Por favor incluye cualquier medicamento que se toma en casa solamente.</i>	

Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Sonda Gástrica	<input type="checkbox"/> Tratamientos Nebulizar	<input type="checkbox"/> Suplemento de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Caminante	

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la Enfermera de la Escuela : _____	Fecha: _____

WES Dismissal Form

IMPORTANT: Parents should complete this form for each of their children at Windham Elementary School.

Student Name _____

Grade _____

Teacher Name _____

_____ My child will be a bus rider. Bus Number _____

Home Address _____

(If your child goes to a school approved drop off, list the organization address of drop off.)

_____ My child will be picked up in the afternoon.

Circle One

Walker

or

Car Rider

By signing this form, I understand that if I need to change the method of transportation for my child I cannot call the school to make changes. I understand that I must send a note to the school or go to the school and complete a new Dismissal Form before 2:00 p.m.

Parent Signature

Date

First day of school instructions if different than above.

