ESCUELAS PÚBLICAS DE ZEELAND
LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Las siguientes piezas de información se recogen en el momento de la inscripción.

Nombre de Estudiante: _____

REQUIERE DOCUMENTACIÓN PARA ACOMPAÑAR FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (PARA TODOS LOS EDIFICIOS):

- ☐ **Certificado de nacimiento** – Un certificado ORIGINAL del estado de nacimiento que se han consultado y verificado por ZPS.
- ☐ **PRUEBA DE RESIDENCIA O ESCUELAS DE APROBACIÓN DE ELECCIÓN:**
  - Escuela personal debe tener una copia de una declaración de impuestos de propiedad/evaluación, contrato de alquiler o factura de utilidad (licencias de conducir, facturas de teléfono celular o registro de los votantes no se aceptan tarjetas)
  - O aprobado de la escuela del distrito de la forma de elección
- ☐ **INMUNIZACIONES:**
  - La ley requiere que las inmunizaciones de su estudiante **debe** estar al día o su estudiante **NO puede** ingresar a la escuela.
- ☐ **Formulario de registros de solicitud para escuela –** Primer al Décimo grado solamente
- ☐ **FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE TRANSPORTE**
- ☐ **FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD:**
  - Los estudiantes de Kinder y cualquier primeros inscritos de tiempo en una escuela de Michigan, independientemente del grado, deben su audición y visión probado junto con actualizaron las vacunas. Utilizar un formulario de evaluación de la salud – este es un requisito del estado y aparece en la parte inferior de la forma.
  - Una forma de evaluación de salud que ha sido llenada por el médico de su hijo
  - Salud fecha evaluación forma **debe** haberse completado dentro de los últimos dos años de kindergarten/Y5 solamente
- ☐ **DOCUMENTACIÓN DE CORTE EN CASO DE PROBLEMAS DE CUSTODIA**
- ☐ **IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL**
- ☐ **CONMOCIÓN CEREBRAL PRIMARIO Y RECONOCIMIENTO DE FORMAS**
- ☐ **PORTAL DE PADRES DEL INFINITE CAMPUS**
- ☐ **FORMULARIO DE NO CONSENTIMIENTO** → *completar es opcional*
- ☐ **DOCUMENTACIÓN adicional requerida por nivel de grado:**
  - Nivel de Kinder/primaria- De la prueba de visión y audición; la ley estatal requiere que visión y audición de su hijo deben haber revisado en los últimos dos años.
  - Nivel secundaria – 6to y 7th grados, 8th grados
  - High School/nivel secundria– hoja de información del curso, estudiante transferir información nueva (atlético), transcripción de la escuela anterior por 10th th-12 grados sólo

CONTACT INFORMATION:

Early Childhood Center
140 W. McKinley
Ph: 748-3275 Fax: 748-1428

Adams Elementary
7447 Adams
Ph: 748-3475 Fax: 748-3495

Lincoln Elementary
60 E. Lincoln
Ph: 748-3350 Fax: 772-7374

New Groningen Elementary
10542 Chicago Drive
Ph: 748-3375 Fax: 772-7389

Quincy Elementary
10155 Quincy
Ph: 748-4700 Fax: 748-4705

Roosevelt Elementary
175 W. Roosevelt
Ph: 748-3050 Fax: 748-3054

Woodbridge Elementary
9110 Woodbridge
Ph: 748-3400 Fax: 748-1436

Zeeland Quest
175 W. Roosevelt
Ph: 748-3050 Fax: 748-3054

Cityside Middle School
320 E. Main
Ph: 748-3200 Fax: 748-3210

Creekside Middle School
179 W. Roosevelt
Ph: 748-3300 Fax: 748-3325

East HS
3333 96th Avenue
Ph: 748-3100 Fax: 748-3198

West HS/Venture/ ZPS@Home
3390 100th Avenue
Ph: 748-4500 Fax: 748-4559

(Revised 1/2017)

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA LAS PUBLICAS de ZEELAND

___ Marque aquí si es una aplicación para el programa de Inmersión en Español (grados K - 5, 9-10)

___ Marque aquí si es una aplicación para el programa ZQuest (K-8)

___ Marque aquí para una aplicacion a la Academic Venture o ZPS @ Casa (HS)

FECHA_____RESIDENTE DE ZEELAND ESCUELA QUE PERTENECE_____ Si no, que distrito _____

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Otro Nombre Usado

Dirección _____ **Ciudad** _____**Código Postal** _____

Género: ___ Masculino ___ Femenino **Fecha de nacimiento** _____ **GRADO Entrante** _____

Y5 Considerado _____Medio día _____Día entero

EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN TEMPRANA (Y5/K solamente) Preescolar ___ No ____ Si, Si si, donde? _____

Raza y origen étnico: tenga en cuenta ambas partes de esta pregunta deben ser contestadas:

Grupo étnico: ¿Es el estudiante Hispano/Latino? (Seleccione uno solo)

___ No, no es hispano o Latino

___ Sí, es hispano o Latino () *(una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sur o América Central u otra cultura española, sin importar la raza)*

Raza: La pregunta anterior es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que haya seleccionado, por favor continúe responder a las siguientes marcando una o más opciones para indicar lo que se considera la raza del estudiante (necesaria para cumplir con directrices estatales).

___ Indígena Americano o nativo de Alaska

___ Asiático

___ Negro o afroamericano

___ Nativo Hawaiano u otras islas del Pacífico

___ Blanco

¿ Es el idioma nativo de su hijo/a un idioma otro de inglés? ___ Sí ___ No

¿Es el idioma principal hablado de su hijo en casa un idioma diferente al inglés? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____ ¿Tiene sus servicios de ESL/ELL niño recibido anteriormente? ___ Si ___ No …Si sí, dónde? _____

¿Si su hijo nació fuera de Estados Unidos, él o ella es un refugiado? ___ sí ___ No ….. ¿Si sí, país de inmigración? ___

¿Cuándo él/ella llegó en los Estados Unidos? ¿___ / ___ / ___ Cuando él/ella primero asistió a una escuela de Estados Unidos? ____ / ____ / ____

NOMBRES DE PADRES/GUARDIANES LEGALES:

Apellido/Nombre de HOGAR PRIMARIO **correo electrónico**	**Apellido/Nombre de HOGAR PRIMARIO** **correo electrónico**
Nombre de Empleador **teléfono de trabajo**	**Nombre de Empleador** **teléfono de trabajo**
Teléfono de hogar **teléfono celular**	**Teléfono de hogar** **teléfono celular**
Dirección	**Ciudad/Código postal**
Apellido/Nombre de HOGAR SECUNDARO **correo electrónico**	**Apellido/Nombre de HOGAR SECUNDARO** **correo electrónico**
Nombre de Empleador **teléfono de trabajo**	**Nombre de Empleador** **teléfono de trabajo**

_____ _____

Teléfono de hogar **teléfono celular** **Teléfono de hogar** **teléfono celular**

_____ _____

Dirección **Ciudad/Código postal**

¿Es que cualquiera de los padres activamente sirviendo en el ejército? ¿___ Sí ___ No que rama? _____

Información de hermanos: Por favor liste los hermanos en la familia que viven en casa (0-19 años)

Nombre	**Fecha de Nacimiento**	**Genero**	**Grado**	**Edificio Escolar**
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PROGRAMAS y Servicios:

El objetivo de las escuelas públicas de Zeeland de proporcionar servicios adecuados a todos los estudiantes en el distrito. Por lo tanto, es importante identificar las necesidades de los estudiantes recién matriculados tan pronto como sea posible.

Abajo está una lista de servicios. Revise esta lista y compruebe si su hijo ha recibido alguna vez cualquiera de estos servicios. Se comunicará con usted antes de que los servicios se implementan en las escuelas públicas de Zeeland.

Por favor, marque todas las que aplican:

Programa/Servicios	**Recibiendo Actualmente**	**Recibido en el Pasado**	**Programa/Servicios**	**Recibiendo Actualmente**	**Recibido en el Pasado**
Inglés como segundo idioma (ESL)			Lectura / Ayuda para leer		
Talentoso(a)/dotado(a)			Matemáticas / Ayuda para Matemáticas		
Plan de Educación Individual (IEP) o Educación Especial • Salón de Resource • Programa de Categoría • Lenguaje / Ayuda para hablar • Trabajo social/ servicios sociales • Terapia física e ocupacional			Otro		

INFORMACIÓN MÉDICA:

Médicamente diagnosticado, el médico trata las siguientes condiciones: *(incluye sólo aquellos bajo cuidado de un médico)* _____

_____

¿Medicamentos recetados serán necesarios en la escuela? ___ Sí ___ No *(formas pueden obtenerse en la oficina de la escuela y deben ser completadas por el médico del estudiante)*

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Por favor liste contactos de emergencia adicional en orden si los padres no se pueden contactar:

Nombre de contacto	**Relación a estudiante**	**Teléfono de casa**	**Teléfono de trabajo**	**Teléfono celular**
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Por favor lea y firme - información se mantendrá confidencial y lanzado solamente según la ley de privacidad y los derechos de la familia. En orden para un estudiante a matricularse en las escuelas públicas de Zeeland, los padres o tutores deben cumplir con el estado de Michigan leyes generales, que requieren que los estudiantes asistir a la escuela en el vecindario en que viven, con la excepción de aprobaron de las familias del distrito escolar de elección.

Si se encuentra que los documentos del estudiante han sido falsificados para establecer residencia en el distrito de escuelas públicas de Zeeland, que los alumnos inmediatamente saldrán de la escuela, según la política del distrito. Para afirmar la residencia de este estudiante en el distrito de escuelas públicas de Zeeland, declaro que este estudiante reside físicamente en la dirección indicada. He presentado documentos a las escuelas públicas de Zeeland confirmando el padre o tutor nombre y dirección dentro de los límites del distrito de Zeeland. Declaro que estos documentos son verdaderos. Autorizo al distrito de Zeeland que de información médica a los empleados de la escuela que mantienen contacto con mi estudiante.

_____

Firma (Padre/Tutor Legal) **Relación con estudiante** **Fecha**

2020-21
Escuelas Públicas de Zeeland
Información de transporte de estudiantes

Póliza del distrito: Las rutas de bus serán establecidas para que una parada de autobús autorizada está disponible a distancia razonable a pie de la casa de cada estudiante residente que tiene derecho a servicios de transporte. Cada estudiante podrá tener un lugar de recoger y un lugar de entregar 5 días a la semana, ya sea casa o un cuidador y no se podrá utilizar cualquier otro bus sin permiso previo por escrito del Director de transporte.

Para obtener información adicional de buses visite www.zps.org/transportation

- Nuevas formas deben completarse cada nuevo año escolar para todos los estudiantes
- Estudiante debe tener 5 años de edad en o antes del 01 de diciembre de 2020 para poder ser elegible para el transporte
- Las escuelas públicas de Zeeland no proporciona transporte de mediodía
- **Buses no son disponible entre todos los edificios de Zeeland.**
- Devuelva el formulario de transporte completado a su secretaria de la escuela **o** Escuelas públicas de Zeeland, centro de transporte, 720 Main Ave, Zeeland MI 49464

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido_____ Primer Nombre _____

2020-21 escuela _____ **2020-21** grado _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono de casa (_____) _____

- **A.M.** *recoger* en la parada de autobús más cercana (circule uno) **o * alternativo** *o* **busing no necesarios**
- **P.M.** *dejar* en la parada de autobús más cercana (circule uno) **o * alternativo** *o* **busing no necesarios**

* INFORMACIÓN ALTERNATIVO

(guardería, abuelos, otros)

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono (_____) _____

Firma del padre/tutor _____ De fecha_____

Utilice el reverso de este formulario si usted tiene información adicional que debe ser compartido en relación con el transporte de su hijo.

Zeeland Public Schools

Portal de Padres del Infinite Campus

Las Escuelas Públicas de Zeeland se complace en anunciar una herramienta de comunicación para padres conocida como Portal de Padres (Infinite Campus). El Portal de Padres permitirá a los padres ver los registros escolares de sus propios hijos en cualquier lugar, en cualquier momento a través de un navegador web seguro. Permitirá a los padres más información para ayudar a promover la excelencia educativa y mejorar la comunicación con los maestros.

Con una contraseña a través de Internet, los padres pueden acceder al horario de clases de sus hijos, informes de progreso actualizados, historial de disciplina, boletas de calificaciones y otra información. Si bien confiamos en que la información contenida en el Portal para Padres será segura, se espera que los padres actúen de manera responsable, ética y legal. Se les pedirá a los padres que se adhieran a la siguientes instrucciones de uso aceptable:

1. Los padres no compartirán sus contraseñas con nadie, incluidos sus hijos.
2. Los padres no intentarán acceder a los datos ni a ninguna cuenta propiedad de otro padre.
3. Los padres no intentarán dañar o destruir los datos de sus propios hijos, de otro usuario, de la escuela o red del distrito de Internet
4. Los padres que son identificados como un riesgo de seguridad para el Portal de Padres será negado el acceso a la Portal

Si usted está interesado en acceder el Portal, necesitará la siguiente tecnología:

- Computadora con conexión a Internet (módem mínimo de 56K)
- Windows 98 o superior o Mac OS9 o superior
- Firefox 1.4 o superior
- Internet Explorer 5.0 o superior (Portal principal no funciona bien con Netscape)
- Acrobat Reader (el programa de descarga gratuita que muchas computadoras ya tienen)

Si está interesado en aprovechar esta tecnología, deberá seguir los pasos a continuación:

1. Complete el formulario que se encuentra a continuación. Envíelo a la oficina de la escuela de su hijo. Puede enviarlo por correo, dejarlo o dejar que su hijo lo deje en la oficina
2. Luego le enviaremos la URL del Portal para padres, junto con su Clave de activación única. Solo necesitará esta clave de activación la primera vez que acceda al portal. Tenga en cuenta que puede verificar a continuación si desea recibir esta información por correo electrónico o por correo postal.
3. También le enviaremos instrucciones para iniciar sesión en el Portal de Padres por primera vez, donde podrá establecer su propio nombre de usuario y contraseña.

---------- ----------CORTA AQUÍ---------- ----------

NOTA : Solo se necesita una forma por familia. Tendrá acceso hasta que cada niño se gradúe o se transfiera afuera de las Escuelas Públicas de Zeeland.

Por favor **escriba** el nombre (s) de su hijo (s) que asisten a las Escuelas Públicas de Zeeland:

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del Estudiante	Grado	Nombre del Estudiante	Grado	Nombre del Estudiante	Grado

Me gustaría que la información sobre el Portal de Padres sea enviada a mí por: _____ correo electrónico _____ correo

He leído las instrucciones de uso aceptable del portal para padres y acepto cumplir y apoyar estas reglas. Entiendo que si violo algún término de estas instrucciones, puedo perder mi privilegio de usar el Portal de Padres.

_____	_____	_____	_____
Escriba el nombre del padre # 1	Firma del padre legal / tutor	Fecha	Dirección de correo electrónico
_____	_____	_____	_____
Escriba el nombre del padre # 2 ***(si es necesario)*** Firma del padre / tutor legal		Fecha	Dirección de correo electrónico

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de la escuela y solicite el enlace del portal para padres.

(Revisado 01/2016)

Escuelas Públicas de Zeeland
Forma de No Consentimiento 2020-2021

Estimado padre o tutor,

Las Escuelas Públicas de Zeeland, regularmente promueven los logros de nuestros estudiantes y empleados. Esto puede incluir, pero no se limita a la clase de proyectos, obras de arte, actividades atléticas, lista de honores, premios especializados y acontecimientos de la escuela.

Para mantener al público informado de las personas positivas y eventos en nuestro distrito, ZPS utiliza en todo el distrito boletines, presentaciones de vídeo, notas de prensa y en línea en zps.org y sitios de medios sociales ZPS incluyendo Facebook y Twitter.

Si usted como padre o tutor se siente incómodo que el nombre, fotografía o trabajos de formato impreso o electrónico de su estudiante sean publicado por las Escuelas Públicas de Zeeland, usted tiene el derecho a pedir que la información no sea hecha pública. Bajo la ley de privacidad y derechos educativos de la familia, dicha solicitud debe ser por escrito.

A continuación, está una forma que proporciona la oportunidad de retener la información de su estudiante. Por favor devuelva este formulario a la oficina de la escuela de su estudiante tan pronto como sea posible. Este formulario sólo es necesario si desea tener información de su hijo retenida y no hecha públicamente. Al no enviar este formulario, usted acepta el uso responsable del distrito de nombres, fotos y trabajos de su estudiante.

Esta solicitud sólo es aplicable para el año 2020-2021. Las solicitudes deben hacerse cada año para asegurar la exactitud.

Gracias.

Como padre o tutor de un estudiante en las Escuelas Públicas de Zeeland:

___ **No** doy consentimiento a la utilización de nombre o foto en cualquier forma de impresión o electrónico por las Escuelas Públicas de Zeeland de mi estudiante durante el año académico del 2020-2021.

Nota: Si está de acuerdo a permitir que se publique el nombre o foto de su estudiante, puede ignorar este formulario.

_____ _____

Nombre del estudiante Grado (2020-2021)

_____ _____

Nombre del profesor Fecha

_____

Firma del padre o tutor

(Revisado 1/2017)

ESCUELAS PÚBLICAS DE ZEELAND
183 W ROOSEVELT
ZEELAND, MI 49464

Consentimiento para información de inmunización a los departamentos de salud locales y estatales

Inmunizaciones son una parte importante para mantener a nuestros niños saludables. Las escuelas y los departamentos de salud estatales y locales deben supervisar los niveles de inmunización para garantizar que todas las comunidades estén protegidas contra enfermedades potencialmente mortales y, si es necesario, responder con prontitud a una amenaza emergente para la salud pública. Es importante que las amenazas de enfermedades se minimicen a través del monitoreo de los estudiantes que están siendo inmunizados.

El intercambio de vacunas e información de identificación personal, incluido el nombre de los estudiantes, la fecha de nacimiento, el sexo y la dirección con los departamentos de salud locales y estatales ayudará a mantener a su hijo a salvo de enfermedades prevenibles por vacunación. La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), 20 USC § 1232g, requiere el consentimiento por escrito de los padres antes de que la información de identificación personal de los registros educativos de su hijo se divulgue al departamento de salud. Si su hijo tiene 18 años o más, él o ella es un "estudiante elegible" y debe dar su consentimiento para la divulgación de información de sus registros de educación.

Puede retirar su consentimiento para compartir esta información por escrito en cualquier momento.

Autorizo a __ZEELAND PUBLIC SCHOOLS, ZEELAND MICHIGAN__ a entregar el registro de vacunación de mi hijo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y al Departamento de Salud Local. Entiendo que esta información se utilizará para mejorar la calidad y puntualidad de los servicios de inmunización y para ayudar a las escuelas a cumplir con la Ley de Michigan. Esto incluye cualquier información de inmunización e información personal de identificación limitada de la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela de Estudiante: _____

Firma del padre / guardián o estudiante elegible: _____ Fecha: _____

Nombre escrito de padre / guardián: _____

Michigan Department of Community Health

MDCH

PARENT & STUDENT CONCUSSION INFORMATION SHEET

"IT'S BETTER TO MISS ONE GAME THAN THE WHOLE SEASON"

HEADS UP CONCUSSION

WHAT IS A CONCUSSION?

A concussion is a type of traumatic brain injury that changes the way the brain normally works. A concussion is caused by a bump, blow, or jolt to the head or body that causes the head and brain to move quickly back and forth. Even a "ding,""getting your bell rung," or what seems to be a mild bump or blow to the head can be serious.

DID YOU KNOW?

- Most concussions occur without loss of consciousness.
- Individuals who have, at any point in their lives, had a concussion have an increased risk for another concussion.
- Young children and teens are more likely to get a concussion and take longer to recover than adults.

CONCUSSION DANGER SIGNS

In rare cases, a dangerous blood clot may form on the brain in a person with a concussion and crowd the brain against the skull. An injured individual should receive immediate medical attention if after a bump, blow, or jolt to the head or body s/he exhibits any of the following danger signs:

- One pupil larger than the other
- Is drowsy or cannot be awakened
- A headache that gets worse
- Weakness, numbness, or decreased coordination
- Repeated vomiting or nausea
- Slurred speech
- Convulsions or seizures
- Cannot recognize people or places
- Becomes increasingly confused, restless, or agitated
- Has unusual behavior
- Loses consciousness (even a brief loss of consciousness should be taken seriously)

WHAT ARE THE SIGNS AND SYMPTOMS OF CONCUSSION?

Signs and symptoms of concussion can show up right after the injury or may not appear or be noticed until days or weeks after the injury.

If a student reports one or more symptoms of concussion after a bump, blow, or jolt to the head or body, s/he should be kept out of play the day of the injury. The student should only return to play with permission from a health care professional experienced in evaluating for concussion.

SYMPTOMS REPORTED BY INJURED INDIVIDUAL:

- Headache or "pressure" in head
- Nausea or vomiting
- Balance problems or dizziness
- Double or blurry vision
- Sensitivity to light
- Sensitivity to noise
- Feeling sluggish, hazy, foggy, or groggy
- Concentration or memory problems
- Confusion
- Just not "feeling right" or is "feeling down"

SIGNS OBSERVED BY STAFF:

- Appears dazed or stunned
- Is confused about assignment or position
- Forgets an instruction
- Is unsure of game, score, or opponent
- Moves clumsily
- Answers questions slowly
- Loses consciousness (even briefly)
- Shows mood, behavior, or personality changes
- Can't recall events prior to hit or fall
- Can't recall events after hit or fall

WHY SHOULD A STUDENT REPORT THEIR SYMPTOMS?

If a student has a concussion, his/her brain needs time to heal. While a student's brain is still healing, s/he is much more likely to have another concussion. Repeat concussions can increase the time it takes to recover. In rare cases, repeat concussions can result in brain swelling or permanent damage to their brain. They can even be fatal.

WHAT SHOULD YOU DO IF YOU THINK YOUR STUDENT HAS A CONCUSSION?

1. If you suspect that a student has a concussion, remove the individual from play and seek medical attention. Do not try to judge the severity of the injury yourself. Keep the student out of play the day of the injury and until a health care professional, experienced in evaluating for concussion, says s/he is symptom-free and it's OK to return to play.

2. Rest is key to helping an individual recover from a concussion. Exercising or activities that involve a lot of concentration, such as studying, working on the computer, and playing video games, may cause concussion symptoms to reappear or get worse. After a concussion, returning to sports and school is a gradual process that should be carefully managed and monitored by a health care professional.

3. Remember: Concussions affect people differently. While most individuals with a concussion recover quickly and fully, some will have symptoms that last for days, or even weeks. A more serious concussion can last for months or longer.

TO LEARN MORE ... WWW.CDC.GOV/CONCUSSION

ZEELAND PUBLIC SCHOOLS
LEARNING FOR LIFE!

ZEELAND PUBLIC SCHOOLS
CONCUSSION ACKNOWLEDGMENT FORM

I acknowledge that I have received and read the parent and student concussion information sheet.

_____ _____
Student Name Printed Student Signature

_____
Date

_____ _____
Parent/Guardian Name Printed Parent/Guardian Signature

_____
Date

Please keep the information sheet for reference and return this acknowledgment to your child's school ASAP. A form must be filled out for each child.

HEALTH APPRAISAL

Dear Parent or Guardian: The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section I. Section III may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse and dentist. (**BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION**.)

PERSONAL

CHILD'S NAME (Last, First, Middle)			DATE OF BIRTH (mm/dd/yy) / /
ADDRESS (Number & Street)	(City)	(ZIP Code) MI	TODAY'S DATE (mm/dd/yy) / /
PARENT/GUARDIAN (Last, First, Middle)			HOME TELEPHONE NUMBER ( )
ADDRESS (Number & Street)	(City)	(ZIP Code) MI	WORK TELEPHONE NUMBER ( )

SECTION I - HEALTH HISTORY

Yes	No	Resolved	# Is your child having any of the problems listed below?
☐	☐	☐	1 Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)
☐	☐	☐	2 Hay Fever, Asthma, or Wheezing
☐	☐	☐	3 Eczema or Frequent Skin Rashes
☐	☐	☐	4 Convulsions/Seizures
☐	☐	☐	5 Heart Trouble
☐	☐	☐	6 Diabetes
☐	☐	☐	7 Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)
☐	☐	☐	8 Trouble with Passing Urine or Bowel Movements
☐	☐	☐	9 Shortness of Breath
☐	☐	☐	10 Speech Problems
☐	☐	☐	11 Menstrual Problems
☐	☐	☐	12 Dental Problems: Date of Last Exam / /
☐	☐	☐	Other (please describe): _____
☐	☐		Does your child take any medication(s) regularly?
Reason for Medication			

Birth History:

Are there any current or past diagnosis(es) ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe:

If yes, list medications:

_____ / /

Parent/Guardian Signature Date

Was the health history reviewed by a health professional?

☐ Yes ☐ No ***Examiner's Initials:*** _____

SECTION II - PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

Tests and Measurements

No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care
☐	☐	VISION Date: / /	Visual Acuity			
			Muscle Imbalance			
			Other:			
☐	☐	HEARING Date: / /	Audiometer			
			Other:			
☐	☐	URINALYSIS Date: / /	Sugar			
			Albumin			
			Microscopic			
☐	☐	BLOOD LEAD LEVEL Date: / /	Level _____ ug/dl ⇨			

No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care
☐	☐	HEIGHT & WEIGHT	Height			
			Weight			
		Other: _____	Other			
☐	☐	HEMOGLOBIN / HEMATOCRIT	⇨			
☐	☐	BLOOD PRESSURE	Reading: _____			
☐	☐	TUBERCULIN Date: / /	Type: _____ Neg.: ☐ Pos.: ☐ _____ mm			

NOTE: Blood lead level required for all children enrolled in Medicaid must be tested at one and two years of age, or once between three and six years of age if not previously tested. All children under age six living in high-risk areas should be tested at the same intervals as listed above.

Examinations and/or Inspections

Essential Findings Deviating from Normal:

Exam Date: / /

SECTION III - IMMUNIZATIONS

Statements such as "UP-TO-DATE" or "COMPLETE" will not be accepted. Admission to school may be denied on the basis of this information.*

VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY	
Hepatitis B (HepB)	1	3
	2	
DTaP/DTP/DT/Td	1	4
	2	5
	3	6
Tdap	1	
Haemophilus Influenzae type b (HIB)	1	3
	2	4
Polio (IPV/OPV)	1	3
	2	4
Pneumococcal Conjugate (PCV7/PCV13)	1	3
	2	4
Rotavirus (RV1/RV5)	1	3
	2	
Measles,Mumps, Rubella (MMR)	1	2
Varicella (Chickenpox)	1	2

History of Chickenpox Disease? ☐ Yes ☐ No If yes, date:

VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY	
Hepatitis A (HepA)	1	2
Influenza (IIV/LAIV)	1	3
	2	4
Meningococcal (MCV4 / MPSV4)	1	2
Human Papillomavirus (HPV9/HPV4/HPV2)	1	3
	2	
	Type of Vaccine(s)	Date of Vaccine(s)
OTHER Vaccines Specify Date & Type	1	
	2	
	3	

Indicate and attach physician diagnosis or laboratory evidence of immunity as applicable

*NOTE: According to Public Act 368 of 1978, any child enrolling in a Michigan school for the first time must be adequately immunized, vision tested and hearing tested. Exemptions to these requirements are granted for medical, religious and other objections, provided that the waiver forms are properly prepared, signed and delivered to school administrators. Forms for these exemptions are available at your provider office for medical waiver forms and through your local health department for nonmedical waiver forms.

Parent/Guardian refused immunizations: ☐

I certify that the immunization dates are true to the best of my knowledge

_____ _____ ___/___/___

Health Professional's Signature Title Date

SECTION IV - RECOMMENDATIONS

(Required for Child Care and Head Start/Early Head Start)

No	Yes	
☐	☐	Is there any defect of vision, hearing or other condition for which the school could help by seating or other actions? If yes, please explain:
☐	☐	Should the child's activity be restricted because of any physical defect or illness? If yes, check and explain degree of restriction(s): ☐ Classroom ☐ Playground ☐ Gymnasium ☐ Swimming Pool ☐ Competitive Sports ☐ Other

Other Recommendations

SECTION V - DENTAL EXAMINATION AND RECOMMENDATIONS (OPTIONAL)

I have examined _____ 's teeth. As a result of this examination, my recommendation for treatment is: _____

child's name

_____ ___/___/___

Dentist's Signature Date

PHYSICIAN'S SIGNATURE

_____ ___/___/___ _____ _____

Examiner's Signature Date ***Examiner's Name (Print or Type)*** Degree or License

_____ _____ MI _____ (___) _____

Number & Street City ZIP Code Telephone

Information required for:

Early On - Hearing and Vision Status; Diagnosis; Health Status

Child Care Licensing - Physical Exam, Restrictions, Immunizations

Head Start/Early Head Start - Determination that child is up-to-date on a schedule of age-appropriate preventive and primary health care, including medical, dental, and mental health. The schedule must incorporate the well-child care visit required by EPSDT and the latest immunizations schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention, State, tribal, and local authorities. An EPSDT well-child exam includes height, weight, and blood tests for anemia at regular intervals based on age.

****

Developed in Cooperation with the Department of Health and Human Services, Education, Michigan American Association of Pediatrics, Early Childhood Investment Corporation, Child Care Licensing, Head Start, Michigan State Medical Society, Michigan Association of Osteopathic Physicians and Surgeons.