

إرشادات تعبئة الطلب:

المرجو الكتابة بخط واضح بالحبر الأزرق أو الأسود فقط. نرجو الانتباه إلى أنه يجوز فقط للآباء أو أولياء الأمور المقيمين في مدينة نيويورك تقديم استمارة التسجيل لأطفالهم. الرجاء إكمال استمارة التسجيل هذه وتوقيعها واعادتها مباشرة إلى كل مركز من مراكز تعليم الطفولة المبكرة لمدينة نيويورك (NYCEEC) التي ترغبون بالتسجيل بها. كما نرجو الحرص على طبع نسخة من استمارة التسجيل هذه والاحتفاظ بها في سجلاتكم. للحصول على قائمة مراكز الطفولة المبكرة لمدينة نيويورك (NYCEEC)، الرجاء مراجعة دليل برنامج ما قبل الروضة المتوفر في مدرستكم المحلية، أو في مركز الطفولة المبكرة لمدينة نيويورك (NYCEEC)، على الرابط nyc.gov/3k.

اسم مركز الطفولة المبكرة لمدينة نيويورك (NYCEEC) الذي تطلبون تسجيل طفلكم فيه:

القسم أ: بيانات التلميذ(ة) - الرجاء الكتابة بالحبر بخط واضح	الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول للتلميذ(ة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس (اختياري)
			2016 / /	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
العنوان الحالي للتلميذ(ة) (رقم المنزل، الشارع، رقم الشقة المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	المنطقة التعليمية للتلميذ(ة) (اختياري)			

القسم ب: بيانات اختيارية - نرجو الكتابة بالحبر بوضوح
التأمين الصحي هل لدى التلميذ(ة) تأمين صحي؟ نعم <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم ما هو نوع التغطية الصحية التي يقدمها التأمين؟ <input type="checkbox"/> تأمين صحي خاص <input type="checkbox"/> تأمين (Medicaid) <input type="checkbox"/> تأمين (Child Health Plus B) لا <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب لا، هل ترغبون بأن يتم الاتصال بكم من أجل الحصول على تأمين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اللغة المستخدمة في البيت بأي لغة/ لغات ترغبون في استلام الاتصالات الكتابية و/ أو الشفوية فيما يتعلق بعملية القبول ببرنامج التعليم للطفولة المبكرة (K3)؟ الرجاء وضع علامة على كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> الانكليزية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> البنغالية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> كريول هايتي <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الأوردية <input type="checkbox"/> لغة أخرى، يرجى التحديد: _____

القسم ج: بيانات الوالد(ة) - الرجاء الكتابة بالحبر بشكل واضح		
أدرك أن المواظبة والحضور في الموعد المحدد أمران مطلوبان. يتعين عليّ اتخاذ الترتيبات الضرورية لكي يقوم شخص بالغ ومسؤول بإحضار طفلي إلى المدرسة واستلامه منها يومياً. أفهم أنه لن يتم توفير المواصلات.		
الاسم الأخير للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	الاسم الأول للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	العلاقة بالتلميذ(ة)
رقم الهاتف خلال النهار	رقم الهاتف خلال المساء	عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر
توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	التاريخ	

إدارة التعليم لمدينة نيويورك
الاستمارة الفيدرالية لتحديد الوالدة) أو ولي(ة) الأمر للأصل العرقي للتمييز(ة)

إلى الآباء/أولياء الأمور:

يتطلب القانون الفيدرالي من إدارة التعليم لمدينة نيويورك جمع وتسجيل الهوية الإثنية والعرقية لتلاميذ المدارس العامة. يتم استخدام هذه المعلومات لتحديد المخصصات المالية لمدرستك من ضمن قضايا أخرى، وتبقى هذه المعلومات آمنة وسريّة.

إننا بحاجة لمساعدتكم لإنجاز هذه المهمة. نرجو الإجابة على أسئلة تحديد الهوية الإثنية والعرقية على ظهر هذه الصفحة. يعطيكم السؤال الأول الفرصة لتوضيح ما إذا كان طفلكم إسباني أو لاتيني أو من أصول إسبانية؛ ويعطيكم السؤال الثاني فرصة الإشارة إلى عرق (أعراق) طفلكم. نرجو الحرص على الإجابة على كلا السؤالين. سيتم تصنيف التلاميذ الذين تم تحديدهم بأكثر من عرق ضمن فئة "عرقين أو أكثر". وسيتم احتساب التلاميذ الأسبان من جميع الأعراق ضمن فئة الأسبان.

تدرك إدارة التعليم لمدينة نيويورك الطبيعة الحساسة لهذه العملية. ربما لا تعطي الخيارات المقدمة من قبل الحكومة الفيدرالية وصفاً دقيقاً أو كاملاً لتحديد الخلفية الإثنية أو الأصل العرقي لأسرتك. إننا نشجعكم على تقديم الإجابات مستخدمين أفضل تقديراتكم. في حال رفضتم الإجابة على أي من السؤالين، فإن التوجيهات الفيدرالية تلزم موظفي إدارة التعليم بمدينة نيويورك بتحديد الهوية الإثنية لطفلكم نيابة عنكم.

إن المعلومات الإثنية والعرقية الخاصة بالتلاميذ محمية بتعليمات السريّة المذكورة أسفل هذه الصفحة.

ولكم جزيل الشكر على تعاونكم.

الآباء/أولياء الأمور: نرجو تعبئة الاستمارة الموجودة على ظهر هذه الصفحة وإعادتها إلى مدرسة طفلكم.

موظفو المدرسة: يجب حفظ هذه الاستمارة في ملف السجل التراكمي للتمييز كمعلومات سريّة.

تعليمات وإجراءات الحفاظ على السرية

قانون الحقوق التعليمية للعائلة وضمن سرّيّتها (Family Educational Rights and Privacy Act) (عام 1974) وتعليمات المستشار رقم (A-820) يمنعان الاطلاع غير المرخص على سجلات التلميذ والنشر غير المرخص لأي معلومات في سجل التلميذ يمكن التعرف على هوية صاحبها إما عن طريق اسم التلميذ أو رقم تعريفه.

¹ يتم وضع الأصل العرقي بعين الاعتبار عند القيد بالمدارس فقط في حالة طلبه بأمر قضائي؛ ويتم أخذ النوع الجنسي-الجنس بعين الاعتبار في حالة المدارس المخصصة لجنس واحد فقط.

- يمتلك كافة التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم من 5 إلى 21 سنة الحق في التعليم العام المجاني.
- يتطلب القانون الفيدرالي من إدارة التعليم لمدينة نيويورك جمع وتسجيل الهوية الإثنية والعرقية لتلاميذ المدارس العامة.
- لا يمكن رفض قبول الأطفال في المدارس العامة بناءً على العرق، أو اللون، أو العقيدة، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو الهوية الجنسية، أو حالة الحمل، أو حالة الهجرة/ المواطنة، أو الإعاقة، أو التوجه الجنسي، أو الدين أو الخلفية الإثنية.¹

اللغة الانكليزية فقط

موظفو المدرسة: نرجو تعبئة هذا القسم

اسم المدرسة الثانوية/ المدرسة الصغيرة/ الملحق	<input type="text"/>	المدرسة	<input type="text"/>	المنطقة التعليمية	<input type="text"/>	الحي	<input type="text"/>
رقم تعريف التلميذ في مدينة نيويورك	<input type="text"/>	رمز الفصل	<input type="text"/>	رمز الصف	<input type="text"/>		
تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر)	<input type="text"/>	(أربعة أرقام بالنسبة للمدرسة الثانوية فقط)	<input type="text"/>				

اسم التلميذ(ة): الأول، الأوسط

الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: نرجو تعبئة هذا القسم

نرجو الإجابة على السؤالين (1) و(2). نرجو قرائتهما قبل الإجابة.
للسؤال الأول (1)، ضع علامة (√) على المربع الذي يمثل طفلك بأفضل صورة.

1. هل التلميذ(ة) من أمريكا اللاتينية، أو من أصل لاتيني، أو من أصل إسباني؟ من أمريكا اللاتينية، أو من أصل لاتيني، أو من أصل إسباني يعني شخص تنحدر أصوله من كوبا، أو الدومينيكان، أو المكسيك، أو بورتوريكو، أو أمريكا الوسطى أو الجنوبية، أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر بغض النظر عن العرق.

نعم، من أصل إسباني

لا، ليس من أصل إسباني

للسؤال الثاني (2)، ضع علامة (√) جميع المربعات الذي تمثل طفلك بأفضل صورة.

2. اختر واحدة أو أكثر من المجموعات العرقية الخمس التالية.

من هنود أمريكا الأصليين أو سكان الاسكا الأصليين: شخص تنحدر أصوله من أي من السكان الأصليين لأمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية (بما فيها أمريكا الوسطى) (الرمز B في نظام ATS)

آسيوي: شخص تنحدر أصوله من أي من السكان الأصليين للشرق الأقصى، أو جنوب شرق آسيا، أو شبه القارة الهندية. وتشمل هذه الفئة على سبيل المثال: كامبوديا، الصين، الهند، اليابان، كوريا، ماليزيا، الباكستان، جزر الفلبين، تايلاند، فيتنام. (الرمز C في نظام ATS)

من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر أخرى بالمحيط الهادي: شخص تنحدر أصوله العرقية من أي من جزر هاواي أو غوام أو جزر أخرى بالمحيط الهادي. (الرمز D في نظام ATS)

أسود: شخص تنحدر أصوله من المجموعات العرقية السوداء الإفريقية. (الرمز E في نظام ATS)

أبيض: شخص تنحدر أصوله من أوروبا، أو شمال إفريقيا، أو الشرق الأوسط. (الرمز F في نظام ATS)

التاريخ

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر / غير ذلك/مراقب من موظفي المدرسة

العلاقة بالتلميذ(ة):

الوالد(ة) ولي(ة) الأمر غير ذلك (حدد) موظف المدرسة المراقب (الاسم):

انظر الصفحة الخلفية للاطلاع على رسالة هامة موجهة للأباء وأولياء الأمور، وعلى تعليمات وإجراءات السرية

استبيان السكن

عزيزي الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر/ التلميذ(ة):

إن الغرض من هذه الاستمارة هو معالجة ما يتعلق بقانون ماكيني- فينتو (McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435)، ويتعين استكمالها لكل تلميذ(ة). إن المعلومات التي **تقدمها سرية**. ولن تتم ممارسة التمييز ضد طفلك بسبب المعلومات التي قدمتها. نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية التي تتعلق بمحل إقامة التلميذ لكي تتمكن من المساعدة في تحديد الخدمات التي قد يكون التلميذ مؤهلاً للحصول عليها.

Please assist students and families in filling out this form. Do not simply include this form in the registration packet, because if the student qualifies as residing in temporary housing, the **student is not required to submit proof of residency** and other required documents that may be part of the registration packet. The district cannot disclose housing status information without parental consent

اسم التلميذ(ة)			
الأوسط		الأول	الأخير
رقم التعريف المدرسي (OSIS):	تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر)	الجنس	المدرسة

نرجو تحديد ترتيبات المعيشة الحالية الخاصة بالتلميذ. نرجو التعليم على مربع واحد:

School Use لاستخدام المدرسة فقط	وضع علامة (√)	خيار استبيان تحديد محل الإقامة
D		إقامة مزدوجة مقيماً مع عائلة أخرى أو شخص آخر بسبب فقدان السكن أو بسبب مصاعب اقتصادية
S		الملجأ مقيماً في ملجأ طوارئ أو ملجأ انتقالي
H		فندق/ لوكاندة الإقامة في مكان ليس ملجأ طوارئ أو ملجأ انتقالي ويتضمن مدفوعات نقدية نظير الإقامة
T		وضع معيشي مؤقت آخر مقيماً في حديقة أكشاك، أو معسكر، أو سيارة، أو منتزه، أو مكان عام، أو مبنى مهجور، أو في الشارع، أو أي مكان آخر غير مناسب للمعيشة
P		سكن دائم التلميذ الذي يعيش وضع سكني ثابت ومعتاد وكاف.

إذا كان التلميذ غير مقيم في سكن دائم، حدد أيضاً ما إذا كان ينطبق عليه ما يلي:

School Use لاستخدام المدرسة فقط	الشباب المنفرد
ضع "Y" إذا كان ينطبق	الطفل الذي ليس تحت حضانة والدة(ة) أو ولي(ة) أمر

التاريخ

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر

الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر (أكتب بخط واضح)

نرجو إعادة هذه الاستمارة إلى مدرسة طفلك كما هو مطلوب.

ملاحظة: سوف تساعدنا الإجابة التي أعطيتموها أعلاه في تحديد نوعية الخدمات التي قد تكون أنت وطفلك مؤهلين للحصول عليها في ظل قانون ماكيني- فينتو (McKinney-Vento). يعتبر التلاميذ المحميون في ظل هذا القانون مؤهلين للقيود الفوري في المدرسة حتى لو لم تتوفر لديهم المستندات المطلوبة عادة في هذه الحالة، مثل إثبات محل الإقامة، أو السجلات المدرسية، أو سجل التطعيمات، أو شهادة الميلاد. بعد تسجيل التلميذ، يتعين على المدرسة الجديدة الاتصال بأخر مدرسة داوم بها التلميذ لطلب السجلات التعليمية للتلميذ، بما في ذلك سجلات التطعيمات، ويتعين على منسق شؤون التلاميذ في السكن المؤقت (STH) أن يساعد التلميذ في الحصول على أية مستندات أو تطعيمات ضرورية أخرى. كما أن التلاميذ المحميون في ظل قانون ماكيني- فينتو (McKinney-Vento) قد يكونوا أيضاً مؤهلين للحصول على خدمات النقل المجاني وغيرها من خدمات الوقاية. نرجو الرجوع إلى تعليمات مستشار التعليم رقم (A-780). هذه الاستمارة مرفقة بملحق من صفحة واحدة تحت عنوان، "قانون ماكيني- فينتو لمساعدة المشردين - دليل الآباء والشباب للتلاميذ في السكن المؤقت".

إدارة التعليم لمدينة نيويورك استبيان حول الاحتياجات اللغوية لتلاميذ صف ما قبل الروضة

السيد(ة) الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر، (enter student name here)
هذا الاستبيان عنصر مهم من عناصر ملف قيد طفلك بصف ما قبل الروضة حيث أنه يقدم لمدرسة طفلك الجديدة معلومات حول الاحتياجات اللغوية لأسرتك. سنقدر لك تقديراً كبيراً مساعدتك في الإجابة على الأسئلة أدناه. المرجو إعادة هذه الاستمارة إلى إداري مدرسة طفلك، _____، وإذا كانت لديك أسئلة، اتصل بـ _____ على الرقم _____.

مع جزيل الشكر هوية التلميذ:

الجزء الأول: الاحتياجات اللغوية: ستحدد هذه المعلومات اللغة المستخدمة في المنزل واللغة التي تطلب الأسرة أن يتم التدريس بها (إن توفرت).

1. ما هي اللغة أو اللغات التي تتحدثون بها بالمنزل؟ ضع علامة (√) على جميع ما ينطبق:	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> البنغالية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> كريول هايتي <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> اللغة الأخرى، المرجو التحديد _____
2. ماهي اللغة التي <u>يفهمها</u> الطفل؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
3. ماهي اللغة التي <u>يتحدث</u> بها الطفل؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
4. ماهي اللغة التي <u>يقرأها</u> الطفل؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/> لا يستطيع القراءة بعد <input type="checkbox"/>
5. ماهي اللغة التي <u>يكتب</u> بها الطفل؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/> لا يستطيع الكتابة بعد <input type="checkbox"/>
6. ماهي اللغة المتحدث بها في منزل الطفل أو مكان إقامته في <u>معظم الأوقات</u> ؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
7. ماهي اللغة التي يتحدثها الطفل مع والديه أو أولياء أمره في <u>معظم الأوقات</u> ؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
8. ماهي اللغة التي يتحدثها الطفل مع الإخوة والأخوات أو الأصدقاء في <u>معظم الأوقات</u> ؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
9. ماهي اللغة التي يتحدثها الطفل مع أقرباء أو مربين آخرين (مثل جليس(ة) الطفل) في <u>معظم الأوقات</u> ؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أو لغات أخرى مستخدمة في المنزل <input type="checkbox"/>
10. هل ترغب في يتلقى طفلك التدريس باللغة المستخدمة في المنزل (إن توفرت):	<input type="checkbox"/> في كل الأوقات <input type="checkbox"/> في معظم الأوقات <input type="checkbox"/> في بعض الأوقات

إدارة التعليم لمدينة نيويورك استبيان حول الاحتياجات اللغوية لتلاميذ صف ما قبل الروضة

الجزء الثاني: التخطيط للتدريس: ستستخدم الأجوبة على هذه الأسئلة الإضافية في التخطيط للتدريس. علم على الإجابة الصحيحة لكل سؤال من الأسئلة التالية حول طفلك.

1. هل هذه المرة الأولى التي يشارك فيها طفلك في برنامج تدريسي أو برنامج جماعي في الولايات المتحدة الأمريكية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا أجبت بلا:	
أ. أين شارك في برنامج للرعاية النهارية للأطفال أو برنامج للأطفال في سن ما قبل المدرسة أو برنامج لعب جماعي؟	
ب. ما هو التاريخ الذي تم فيه القيد في هذه البرامج؟	
ج. كم استغرقت مدة مشاركته في هذه البرامج؟	
د. ما هي اللغة التي استخدمت في التدريس؟	
2. هل شارك طفلك في برنامج تدريسي أو برنامج جماعي في دولة أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا أجبت بنعم:	
أ. أين شارك في برنامج للرعاية النهارية للأطفال أو برنامج للأطفال في سن ما قبل المدرسة أو برنامج لعب جماعي؟	
ب. كم استغرقت مدة مشاركته في هذه البرامج؟	
ج. ما هي اللغة التي استخدمت في التدريس؟	
3. هل لدى طفلك أية ظروف تستوجب مساعدة خاصة أو اهتماماً خاصاً في المدرسة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا أجبت بنعم، المرجو التعليم على جميع ما ينطبق:	
<input type="checkbox"/> إعاقة سمعية <input type="checkbox"/> إعاقة بصرية <input type="checkbox"/> إعاقة في الكلام <input type="checkbox"/> إعاقة جسدية <input type="checkbox"/> إعاقة انفعالية <input type="checkbox"/> الربو <input type="checkbox"/> معاق من حيث النمو <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)	
إذا أجبت بنعم، ما هو التدخل المبكر الذي تلقاه طفلك، إن كان قد حدث ذلك؟	
4. هل يستخدم الطفل أي شكل من التواصل مثل لغة الإشارة الأمريكية أو جهاز للزيادة في حجم التواصل (مثل: جهاز إلكتروني أو كتيب للتواصل)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا أجبت بنعم: ماهي؟	

الجزء الثالث: بيانات الوالدة(ة): ستستخدم الأجوبة على هذه الأسئلة الإضافية من أجل أن تتواصل معك إدارة التعليم لمدينة نيويورك باللغة التي تختارها.

1. ماهي لغتك الأولى؟	الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر: _____
الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر: _____	اللغة الأولى: _____
2. بأي لغة ترغب في تلقي المعلومات المكتوبة من المدرسة؟	
3. بأي لغة تفضل أن تتواصل شفويًا مع أفراد طاقم المدرسة؟	
توقيع الوالدة(ة) /ولي(ة) الأمر _____ التاريخ _____	

إدارة التعليم لمدينة نيويورك
استبيان حول الاحتياجات اللغوية لتلاميذ صف ما قبل الروضة

يتم ملء هذا الجزء من قبل موظفي القيد أو موظفي المدرسة فقط TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY					
Date:	Name of Student/ID:				
Borough:	District:	Borough:			
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Gender:			
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):					
If an interview is conducted, in what language is it conducted?					
Is a translator/interpreter used?					
OTELE Alpha Code <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Potential English Language Learner?					
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____					

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address				Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____			
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name			District Number _____	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	Parent/Guardian Last Name		First Name		Email			
		<input type="checkbox"/> Foster Parent						

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Explain all checked items above. <input type="checkbox"/> Addendum attached.					
Allergies <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)					
Attach MAF in in-school medications needed							

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____ Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychosocial Development</td> <td><input type="checkbox"/> HEENT</td> <td><input type="checkbox"/> Lymph nodes</td> <td><input type="checkbox"/> Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/> Skin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Language</td> <td><input type="checkbox"/> Dental</td> <td><input type="checkbox"/> Lungs</td> <td><input type="checkbox"/> Genitourinary</td> <td><input type="checkbox"/> Neurological</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Behavioral</td> <td><input type="checkbox"/> Neck</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> Extremities</td> <td><input type="checkbox"/> Back/spine</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine
<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin																	
<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological																	
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine																	
Describe abnormalities:																					

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____		Nutrition <input type="checkbox"/> < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred		
Describe Suspected Delay or Concern:		SCREENING TESTS Date Done ____/____/____ Results Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) ____/____/____ μg/dL Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Hemoglobin or Hematocrit ____/____/____ g/dL %		Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

CIR Number		Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>		Report only positive immunity:					
IMMUNIZATIONS - DATES						IgG Titers	Date		
DTP/DTaP/DT	_____	_____	_____	_____	_____	Tdap	_____	Hepatitis B	_____
Td	_____	_____	_____	_____	_____	MMR	_____	Measles	_____
Polio	_____	_____	_____	_____	_____	Varicella	_____	Mumps	_____
Hep B	_____	_____	_____	_____	_____	Mening ACWY	_____	Rubella	_____
Hib	_____	_____	_____	_____	_____	Hep A	_____	Varicella	_____
PCV	_____	_____	_____	_____	_____	Rotavirus	_____	Polio 1	_____
Influenza	_____	_____	_____	_____	_____	Mening B	_____	Polio 2	_____
HPV	_____	_____	_____	_____	_____	Other	_____	Polio 3	_____

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____		RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____	
--	--	---	--

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____/____/____		DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____	
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State		TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____	
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)		Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____	
Address		City		State Zip	
Telephone		Fax		Email	
				FORM ID# _____	



Department of
Education

Office of Communications and Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

تصريح بالموافقة على التصوير الفوتوغرافي أو السينمائي أو التسجيل بالفيديو لتلميذ للاستخدام في أغراض غير هادفة للربح
(مثلاً، أهداف تعليمية، أو أغراض الخدمة الاجتماعية، أو التوعية الصحية)

اسم التلميذ(ة): _____ المدرسة: _____

أصرح بموجبه بموافقتي على مشاركة التلميذ(ة) المذكور(ة) أعلاه في المقابلات، واستخدام أقواله/ها، وأخذ الصور الفوتوغرافية أو السينمائية أو أشرطة الفيديو له/ها من _____ كما أنني أسمح لـ _____ بتعديل واستخدام وإعادة استخدام العمل المشار إليه من أجل أغراض غير هادفة للربح بما في ذلك الاستخدام في المواد المطبوعة، وعبر شبكة الإنترنت وكافة الأشكال الإعلامية الإعلامية الأخرى. كما أنني أخلي ذمة إدارة التعليم لمدينة نيويورك ووكلائها وموظفيها من جميع الادعاءات والمطالبات والمسؤوليات أياً كانت فيما يتعلق بما تم ذكره أعلاه.

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر (إذا كان سن التلميذ يقل عن 18 عاماً): _____ التاريخ: _____

عنوان الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____

أو

توقيع التلميذ(ة) (إذا كان سنه/ها 18 عاماً أو أكثر): _____ التاريخ: _____

عنوان التلميذ(ة): _____