

**CENTRE POUR LA PETITE ENFANCE DE LA VILLE DE NEW YORK (NYCEEC)  
FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME 3-K EN JOURNÉE COMPLÈTE  
POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020**

**DIRECTIONS :**

**Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie**, à l'encre bleue ou noire uniquement. Notez, SVP, que seuls les formulaires d'inscription remplis par les parents/tuteurs domiciliés dans la Ville de New York seront traités. Signez puis remettez directement ce formulaire d'inscription au centre NYCEEC où vous souhaitez inscrire votre enfant. Assurez-vous d'avoir fait une photocopie de votre formulaire rempli et de la conserver dans vos archives. Pour accéder à une liste des centres NYCEEC, veuillez-vous référer à l'Annuaire des pré-Kindergarten (Pre-Kindergarten Directory) consultable dans l'école de votre quartier, dans les centres NYCEEC eux-mêmes, ou en ligne à [nyc.gov/3k](http://nyc.gov/3k).

**NOM DU CENTRE NYCEEC OÙ VOUS INSCRIVEZ VOTRE ENFANT :**

<b>Section A : RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE – Écrivez clairement en caractères d'imprimerie avec un stylo à encre</b>			
NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE	PRÉNOMS DE L'ÉLÈVE	DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	SEXE (facultatif)
		/ / 2016	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE ACTUELLE DE L'ÉLÈVE (N° de bâtiment/maison, rue, n° d'apt., Ville, État et Code postal)		DISTRICT DU DOMICILE DE L'ÉLÈVE (facultatif)	

<b>Section B : RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS – Prière d'écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie, au stylo à encre</b>
<b>ASSURANCE MALADIE</b>
L'élève a-t-il une assurance maladie ?
<input type="checkbox"/> Oui Si oui, de quel type de couverture santé s'agit-il ? <input type="checkbox"/> Assurance maladie privée <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B
<input type="checkbox"/> Non Si non, voudriez-vous qu'on vous contacte pour vous informer sur la manière dont vous pouvez bénéficier d'une couverture de vos dépenses de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>LANGUE PARLÉE À LA MAISON</b>
Dans quelle langue(s) souhaiteriez-vous qu'on communique avec vous, à l'écrit et/ou oralement, au sujet de la procédure d'admission en 3-K ? Prière de cocher toutes les réponses qui conviennent :
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Créole haïtien <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Ourdou
<input type="checkbox"/> Autre, précisez SVP : _____

<b>Section C : RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT D'ÉLÈVE – Prière d'écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie, au stylo à encre</b>		
<b>J'ai compris que mon enfant doit être présent(e) et à l'heure tous les jours. Je suis tenu(e) de prendre les dispositions nécessaires pour que, tous les jours, un adulte responsable amène mon enfant à l'école et revienne le(la) chercher. Je sais que le transport domicile-école n'est pas pris en charge.</b>		
<u>NOM DE FAMILLE DU PARENT/TUTEUR</u>	<u>PRÉNOMS DU PARENT/TUTEUR</u>	<u>LIEN AVEC L'ÉLÈVE</u>
<u>TÉL. (JOIGNABLE EN JOURNÉE)</u>	<u>TÉL. (JOIGNABLE EN SOIRÉE)</u>	<u>EMAIL DU PARENT/TUTEUR</u>
<b>Signature du Parent/Tuteur</b>	<b>Date</b>	

致家長/監護人：

聯邦政府規定紐約市教育局收集公立學校學生的種族和族裔資料並且將這些資料記錄在案。該資料的用途包括確定您的子女所在的學校是否可以獲得撥款，該資料屬於保密資料並會被妥善保管。

我們需要您幫助我們完成這項工作。請回答本頁另一面的關於種族和族裔的問題。第一個問題是讓您說明您的子女是否屬於西語裔、拉美裔、或者西班牙血統；第二個問題讓您說明子女的族裔（可復選）。請務必兩個問題都回答。被確認為有超過一種族裔血統的學生將被納入「兩個或更多族裔」的類別。各種族裔的西語裔學生都將被納入「西語裔」的類別。

紐約市教育局了解這一程序的敏感性。由聯邦政府提供的這些選項可能不一定準確、完整地代表您的家人對於自身的種族和族裔的認同。所以我們鼓勵您根據自己的最佳判斷力來回答問題。如果您拒絕回答其中任何一個問題，聯邦政府的條例規定紐約市教育局的學校教職員必須代您選擇您的子女的種族和族裔認同。

學生的種族和族裔資料受到本頁底部引述的保密規定的保護。

謝謝您的合作。

各位家長和監護人：請填寫本頁反面的表格，然後交給子女的學校。

學校教職員：把本表格作為保密資料存入學生的「累積檔案」文件夾。

#### 保密程序與條例

「家庭教育權與隱私權法案」（1974）和「總監條例A-820」禁止擅自接觸學生檔案，以及禁止擅自透露任何可以根據學生姓名或者學生身分證號碼進行辨識的學生檔案資料。

<sup>1</sup> 只有在法庭指令的要求下，種族才可以作為入學考慮因素；只有在單一性別的學校，性別才可以作為考慮因素。

- 所有年齡在5歲和21歲之間的學生都有權獲得免費的公立教育。
- 聯邦法律規定紐約市教育局必須收集公立學校學生的種族與族裔資料並將這些資料記錄在案。
- 禁止因孩童的種族、膚色、信仰、原國籍、性別、性別認同、懷孕與否、移民/公民身分、殘障、性傾向、宗教或族裔而拒絕讓其入讀公立學校。<sup>1</sup>

只用英文填寫

學校教職員：請填寫這部分 / SCHOOL STAFF: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

行政區	<input type="text"/>	學區	<input type="text"/> <input type="text"/>	學校	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	高中 名稱/ 小型學校/附屬大樓	-----
年級代碼	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	班級代碼	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	紐約市學生身分證號碼	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	出生日期 (月/日/年)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4位數——只限高中)							

學生姓名： 姓氏、名字、中間名

家長/監護人：請填寫這部分

問題(1)和(2)都要回答。請在回答之前先閱讀說明。

回答問題(1)時，請在最恰當描述您的子女的情況的相應方格裏打勾(√)。

1. 學生是否是西語裔、拉美裔、或者是西班牙血統？ 西語裔、拉美裔、或者西班牙血統指的是來自古巴、多米尼加、墨西哥、波多黎各、中美洲或南美洲、或其他西班牙文化或原籍的學生，無論其屬於什麼種族。

是的，是西語裔

不是，不是西語裔

回答問題(2)時，請在適合您的子女的所有類別旁邊打勾(√)。

2. 從下面五個種族類別中選擇一項或多項。

美洲印第安人或阿拉斯加土著：學生的原籍屬於北美洲和南美洲（包括中美洲）原住民中的任何一個群體。(ATS代碼：B)

亞裔：學生的原籍屬於遠東、東南亞或印度次大陸原住民中的任何一個群體，這些地區包括諸如柬埔寨、中國、印度、日本、韓國、馬來西亞、巴基斯坦、菲律賓群島、泰國和越南等國家和地區。(ATS代碼：C)

夏威夷原住民或其他太平洋島民：學生原籍屬於夏威夷、關島或其他太平洋島嶼。(ATS代碼：D)

黑人：學生原籍屬於非洲的任何黑人種族類別。(ATS代碼：E)

白人：學生原籍屬於歐洲、北非、或者中東。(ATS代碼：F)

家長/監護人/其他人/學校教職員觀察員簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

與學生的關係：

父母       監護人       其他（請說明）：       學校教職員觀察員（姓名）：

**QUESTIONNAIRE SUR LE LOGEMENT**

Aux parents, tuteurs et élèves :

Ce formulaire est fait pour appliquer la Loi *McKinney-Vento* (référence : McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435). Il faut le remplir pour chaque élève. **Les informations que vous fournissez sont confidentielles.** Il n'y aura aucune discrimination à l'encontre de votre fils(fille) suite à votre transmission de ces données.

Veillez renseigner les tableaux suivants sur le logement de l'élève. Cela nous aidera à déterminer les appuis et l'aide auxquels il(elle) pourrait avoir droit.

**Note aux responsables Logement provisoire/des établissements scolaires :** **Veillez aider les élèves et familles à remplir ce formulaire.** Ne mettez pas ce formulaire dans le dossier d'inscription tel quel. En effet, si l'élève peut être considéré(e) comme domicilié(e) en logement temporaire, **il(elle) n'a pas à fournir de justificatifs de domicile** ni d'autres pièces obligatoires qui pourraient faire partie de ce dossier. Le district ne peut divulguer l'information sur le statut de logement sans consentement parental.

Nom de l'élève			
Nom de famille		Prénom	2 <sup>e</sup> prénom
N° OS/S	Date de naissance (MM/JJ/AA)	Sexe	Établissement scolaire

Merci de sélectionner les conditions de logement actuelles de l'élève. SVP, cochez une case :

Faites une coche (✓)	Type de logement	Réservé à l'usage de l'école uniquement
		Code du système ATS
	<b>Sous ou colocation</b> Avec une autre famille ou quelqu'un d'autre suite à la perte du logement ou à des difficultés économiques	D
	<b>Foyer ou autre centre d'hébergement</b> Foyer ou centre d'hébergement d'urgence ou provisoire	S
	<b>Hôtel/motel</b> Vivant dans un logement qui NE fait PAS partie d'un centre d'hébergement d'urgence ou provisoire <b>et</b> qu'il faut payer	H
	<b>Autre type d'hébergement provisoire</b> Camping pour tentes ou caravanes, voiture, parc, lieu public, bâtiment abandonné, rue ou tout autre endroit inadapté pour y vivre	T
	<b>Résidence permanente</b> Élève vivant dans un logement fixe, de manière régulière/normale, dans des conditions convenables	P

Si l'élève N'a PAS de résidence permanente, précisez également si ce qui suit s'applique :

	Réservé à l'usage de l'école uniquement
<b>Jeune dit <i>Unaccompanied Youth</i></b> Jeune dont la garde physique n'est assurée ni par le père, ni par la mère, ni par le tuteur	Entrez la lettre « Y » si c'est le cas de l'élève

Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du parent/tuteur

Date

S'il vous plaît, retournez ce formulaire à l'établissement scolaire de votre fils(fille) comme demandé.

**Note :** Les réponses que vous avez données ci-dessus aideront à savoir à quels appuis et aide votre enfant ou vous pouvez avoir droit en vertu de la Loi *McKinney-Vento*. Les élèves tombant sous la protection de cette loi ont le droit d'être inscrits en établissement scolaire sans délai, même s'ils n'ont pas les documents exigés normalement, comme les justificatifs de domicile, les pièces du dossier scolaire, les feuilles de vaccination ou le certificat de naissance. **Après** avoir inscrit l'élève, l'établissement scolaire doit contacter son ancienne école pour obtenir les pièces de son dossier scolaire, feuilles de vaccination incluses. Le ou les responsables des élèves en logement précaire (Students in Temporary Housing Liaisons - STH Liaisons) ont pour mission d'aider l'élève à se procurer tous les documents nécessaires, voire à se faire vacciner si besoin est. Les élèves protégés par la Loi *McKinney-Vento* peuvent aussi, dans certains cas, avoir droit au transport scolaire gratuit ainsi qu'à d'autres services. Veuillez-vous référer à la Disposition réglementaire A-780 du Chancelier.

À ce formulaire est jointe une page intitulée :

« McKinney-Vento Homeless Assistance Act – Students in Temporary Housing Guide for Parents & Youth »  
(La Loi *McKinney-Vento* d'assistance aux sans domicile fixe – Élèves en logement provisoire - Un guide pour les parents & les jeunes)

**Département de l'Éducation de la Ville de New York**  
**Questionnaire sur les besoins de communication**  
**dans une autre langue que l'anglais (Language Needs Survey) - Pré-Kindergarten**

Madame, monsieur, mère/père ou tuteur de \_\_\_\_\_,  
 Ce questionnaire est une pièce importante du dossier d'inscription de votre enfant en pré-Kindergarten parce qu'elle permet à sa nouvelle école de savoir dans quelle mesure votre famille a besoin de documents traduits ou de l'aide d'un interprète dans une autre langue que l'anglais. Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que nous apportent vos réponses aux questions ci-dessous. Retournez, s'il vous plaît, ce formulaire au responsable administratif, \_\_\_\_\_, de l'école de votre enfant. Si vous avez des questions, veuillez en parler avec \_\_\_\_\_ joignable au/à \_\_\_\_\_.

Merci N° d'identifiant de l'élève : \_\_\_\_\_

**PARTIE 1. BESOINS LIÉS À LA LANGUE ÉCRITE ET PARLÉE :** Les informations, recueillies ici, permettront d'identifier la langue utilisée à la maison, et celle demandée par la famille pour l'instruction (dans la mesure des moyens à disposition pour instruire l'enfant dans cette langue).

1. Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ? Prière de cocher (✓) toutes les réponses qui conviennent :		
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Ourdou	
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Français	
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Coréen	
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Albanais	
<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Pendjabi	
<input type="checkbox"/> Créole Haïtien	<input type="checkbox"/> Polonais	
<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Autre, précisez SVP _____	
2. Quelle langue votre enfant <b>comprend</b> -il(elle) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
3. Quelle langue votre enfant <b>parle</b> t-il(elle) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
4. Dans quelle langue votre enfant peut-il(elle) <b>lire</b> ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	Il(elle) ne sait pas encore lire <input type="checkbox"/>
5. Dans quelle langue votre enfant peut-il(elle) <b>écrire</b> ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	Il(elle) ne sait pas encore écrire <input type="checkbox"/>
6. Quelle est la langue <b>la plus souvent</b> parlée dans le ou les logements où l'enfant réside ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
7. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), <b>la plupart du temps</b> , avec sa mère/son père/ses tuteurs ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
8. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), <b>la plupart du temps</b> , avec ses frères et sœurs, ou amis ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
9. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), <b>la plupart du temps</b> , avec les autres membres de la famille ou ceux qui le(la) gardent (ex. : nounou, baby-sitter) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
10. Souhaiteriez-vous que votre enfant ait des cours dans la langue que vous utilisez à la maison (si c'est possible) ? Si oui, dans quelle mesure :		
<input type="checkbox"/> Tout le temps	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Une partie du temps

**Département de l'Éducation de la Ville de New York**  
**Questionnaire sur les besoins de communication**  
**dans une autre langue que l'anglais (Language Needs Survey) - Pré-Kindergarten**

**PARTIE 2. PLANIFICATION DES COURS :** Les réponses à ces questions supplémentaires serviront à planifier l'emploi du temps, la forme et le contenu des enseignements. Choisissez pour chaque question suivante la réponse qui décrit correctement la situation de votre enfant.

1. S'agira-t-il, pour votre enfant, d'une première expérience en collectivité ou de ses premiers cours aux États-Unis ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SI NON :	
a. Dans quelle structure collective a t'il(elle) déjà été accueilli(e) (garderie ou jardin d'enfants/daycare, crèche ou maternelle/preschool, atelier récréatif ou regroupement d'enfants à des fins ludiques/play group) ?	
b. À quelle date y a t'il(elle) été inscrit(e) ?	
c. Durant combien de temps a t'il(elle) fréquenté cette structure ?	
d. Dans quelle langue les cours/activités étaient-ils animés ?	
2. Votre enfant a t'il(elle) déjà été accueilli(e) en collectivité, reçu une instruction dans un autre pays ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SI OUI :	
a. Dans quelle structure collective a t'il(elle) déjà été accueilli(e) (garderie, crèche, maternelle, atelier récréatif, jardin d'enfants ou autre regroupement d'enfants à des fins ludiques) ?	
b. Durant combien de temps a t'il(elle) fréquenté cette structure ?	
c. Dans quelle langue les cours/activités étaient-ils animés ?	
3. L'état de santé de votre enfant requiert-il une assistance ou attention particulière à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SI OUI, veuillez cocher tout ce qui s'applique :	
<input type="checkbox"/> Déficience/troubles auditifs	<input type="checkbox"/> Troubles affectifs
<input type="checkbox"/> Déficience/troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Troubles/retard de développement
<input type="checkbox"/> Handicap/incapacité physique	<input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP) _____
SI OUI, de quelle prise en charge précoce (early intervention) votre enfant a t'il(elle) déjà bénéficié le cas échéant ?	
4. L'enfant communique t'il(elle) par d'autre(s) moyen(s), en langue des signes américaine ou avec un support ou appareil d'aide à la communication (tableau de communication - fait à la main ou sous forme d'appareil électronique) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SI OUI : Lesquels ?	

**PARTIE 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA MERE/LE PERE/LES TUTEURS :** Les réponses à ces questions additionnelles permettront au Département de l'Éducation de la Ville de New York de communiquer avec vous dans la langue de votre choix.

Quelle est votre première langue ?	
Père/mère/tuteur : _____	Père/mère/tuteur : _____
Première langue : _____	Première langue : _____
Dans quelle langue souhaiteriez-vous recevoir les informations envoyées sous forme écrite par l'école ?	
Dans quelle langue préféreriez-vous échanger oralement avec le personnel scolaire ?	
Signature du parent d'élève	Date (mois/jour/année)

**Département de l'Éducation de la Ville de New York**  
**Questionnaire sur les besoins de communication**  
**dans une autre langue que l'anglais (Language Needs Survey) - Pré-Kindergarten**

À REMPLIR PAR LE PERSONNEL SCOLAIRE OU PAR LES AGENTS CHARGES DE L'INSCRIPTION		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	School:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:
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		
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

<b>Birth history (age 0-6 yrs)</b> <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____		<b>Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?</b> <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) _____ <b>Explain all checked items above.</b> <input type="checkbox"/> Addendum attached.					
<b>Allergies</b> <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) _____		<b>Medications (attach MAF if in-school medication needed)</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)					
<b>Attach MAF in in-school medications needed</b>							

<b>PHYSICAL EXAM</b> Date of Exam: ____/____/____ Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m <sup>2</sup> (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		<b>General Appearance:</b> <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																	
<b>Describe abnormalities:</b>																					

<b>DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs)</b> 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: _____		<b>Nutrition</b> <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 <b>Dietary Restrictions</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		<b>Hearing</b> 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: _____		<b>SCREENING TESTS</b> Date Done ____/____/____ Results <b>Blood Lead Level (BLL)</b> (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) ____/____/____ _____ µg/dL <b>Lead Risk Assessment</b> (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		<b>Vision</b> Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <b>Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years)</b> 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		<b>Hemoglobin or Hematocrit</b> _____ g/dL _____ %		<b>Dental</b> 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:			
<b>IMMUNIZATIONS - DATES</b>				IgG Titers	Date		
DTP/DTaP/DT	_____	_____	_____	Tdap	_____	_____	_____
Td	_____	_____	_____	MMR	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____	Varicella	_____	_____	_____
Hep B	_____	_____	_____	Mening ACWY	_____	_____	_____
Hib	_____	_____	_____	Hep A	_____	_____	_____
PCV	_____	_____	_____	Rotavirus	_____	_____	_____
Influenza	_____	_____	_____	Mening B	_____	_____	_____
HPV	_____	_____	_____	Other	_____	_____	_____

<b>ASSESSMENT</b> <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____		<b>RECOMMENDATIONS</b> <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ <b>Follow-up Needed</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ <b>Referral(s):</b> <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 ____/____/____		<b>DOHMH ONLY</b> PRACTITIONER I.D. _____	
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State		<b>TYPE OF EXAM:</b> <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____	
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)		Date Reviewed: ____/____/____ <b>I.D. NUMBER</b> _____	
Address		City		State Zip	
Telephone		Fax		Email	
				<b>FORM ID#</b> _____	





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

**PERMISSION D'UTILISER, À DES FINS NON-LUCRATIVES,  
L'IMAGE D'UN ÉLÈVE FIGURANT SUR DES PHOTOGRAPHIES, DANS DES FILMS  
OU ENREGISTREMENTS VIDÉO**  
(à des fins pédagogiques, d'intérêt général ou de sensibilisation à des questions de santé par exemple)

Prénoms et nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Je consens, par la présente, à ce que l'élève, susmentionné(e), soit interviewé(e), à ce que des extraits de son discours soient diffusés, et à ce qu'il(elle) soit photographié(e) ou filmé(e), par \_\_\_\_\_.

J'autorise aussi \_\_\_\_\_ à modifier, utiliser plusieurs fois et rediffuser les dits discours, films et photographies, à des fins exclusivement non-lucratives, sous forme d'épreuves, de publications sur Internet ou via tout autre média. Par la présente, je dégage aussi le Département de l'Éducation de la Ville de New York, ses mandataires et employés, de toutes responsabilités, et m'engage à ne rien leur réclamer ni tenter de poursuite à leur encontre, en rapport avec la création ou l'usage des supports indiqués plus haut.

Signature de la mère, du père ou d'un des tuteurs de l'élève (si ce dernier a moins de 18 ans) : \_\_\_\_\_

Date (mois/jour/année) : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur de l'élève : \_\_\_\_\_

**OU**

Signature de l'élève (si âgé(e) de plus de 18 ans) : \_\_\_\_\_ Date (mois/jour/année) : \_\_\_\_\_

Adresse de l'élève : \_\_\_\_\_