

APLIKASYON POU PWOGRAM* PRE-K DEMI JOUNEN NAN SANT EDIKASYON POU DEBITAN VIL NOUYÒK (NEW YORK CITY EARLY EDUCATION CENTER, NYCEEC) POU ANE LEKÒL 2018- 2019

EKSPLIKASYON:

Tanpri ekri byen klè avèk plim ble oswa nwa sèlman. Tanpri sonje se sèl Paran oswa Responsab legal timoun ki abite nan Vil Nouyòk ki ka voye yon fòm enskripsyon. Siyen fòm enskripsyon an epi voye l tounen dirèkteman nan chak NYCEEC kote ou vle enskri yo. Sonje pou fè kopi fòm aplikasyon sa a lè w fin ranpli l epi kenbe l pou dosye w. Pou jwenn yon lis NYCEEC, tanpri gade anyè Pre-K a ki disponib nan lekòl ou a, nan NYCEEC ki bò lakay ou a oswa sou entènèt nan nyc.gov/prek.

NON NYCEEC KOTE W AP ENSKRI A: _____

Seksyon A : ENFÒMASYON ELÈV LA – Tanpri pran yon plim pou ekri klè ak lèt enprimri			
SIYATI ELÈV LA	NON ELÈV LA	DAT NESANS (mwa/jou/ane)	SÈKS (pa obligatwa)
		/ / 2014	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRÈS ELÈV LA KOUNYE A (# kay la, Ri, Apatman Vil, Eta, Kòd postal)		DIDTRI LEKÒL ELÈV LA YE KOUNYE A (pa obligatwa)	

Seksyon B : ENFÒMASYON OCHWA – Tanpri ekri klè ak plim –
ASIRANS SANTE Èske elèv la gen asirans sante? <input type="checkbox"/> Wi Si l genyen, ki tip asirans li genyen? <input type="checkbox"/> Asirans sante prive <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B <input type="checkbox"/> Non Si l pa genyen, èske w ta renmen yo kontakte w sou opòtinite pou jwenn youn? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non
LANG OU PALE LAKAY OU Nan ki lang ou ta renmen resevwa mesaj alekri ak/oswa aloral konsènan pwosesis admisyon nan Pre-K? Tanpri tcheke tout lang ou vle resevwa dokiman ladan yo: <input type="checkbox"/> Anglè <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chinwa <input type="checkbox"/> Fransè <input type="checkbox"/> Kreyòl Ayisyen <input type="checkbox"/> Koreyen <input type="checkbox"/> Ris <input type="checkbox"/> Panyòl <input type="checkbox"/> Oudou <input type="checkbox"/> Lòt lang, tanpri presize: _____

Seksyon C : ENFOMASYON sou PARAN – Tanpri pran yon plim pou ekri byen klè ak lèt enprimri		
Mwen konpran yo mande pou timoun nan prezan chak jou alè. Mwen dwe aranje m pou m fè yon adilt ki responsab mennen pitit mwen an lekòl epi pase chèche l chak jou. Mwen konprann yo pa ofri transpò.		
<u>SIYATI PARAN/RESPONSAB</u>	<u>NON PARAN/RESPONSAB</u>	<u>LYEN AK ELÈV LA</u>
<u>NIMEWO TELEFÒN LAJOUNEN</u>	<u>NIMEWO TELEFÒN ASWÈ</u>	<u>ADRÈS IMÈL PARAN AN/RESPONSAB LEGAL</u>
Siyati Paran/Responsab	Dat	

*Fòm aplikasyon sa a se pou pwogram NYCEEC mwaye jounen oswa pwogram 5 èdtan sèlman.
Pou aplike pou pwogram Pre-K tout jounen NYCEEC, tanpri ale nan nyc.gov/prek oswa rele 718-935-2009.

Pou Paran/Gadyen:

Lwa federal egzije pou Depatman Edikasyon Vil Nouyòk kolekte ak anrejistre idantite etnisite ak ras elèv lekòl leta. Yo itilize enfòmasyon sa a pou yo bay lekòl ou a finansman, pami lòt bagay, epi yo kenbe enfòmasyon an konfidansyèl ak an sekirite.

Nou bezwen èd ou pou nou kapab reyalize travay sa a. Tanpri reponn kesyon idantifikasyon etnisite ak ras yo ki nan do paj sa a. Premye kesyon an bay opòtinite pou fè konnen si pitit ou a se ispanik, latino, oswa orijin panyòl; dezyèm kesyon an bay opòtinite pou fè konnen ki ras pitit ou a. Tanpri sonje reponn toude kesyon yo. Y ap mete elèv yo idantifye avèk plis pase yon ras nan kategori " de oswa plis ras". Y ap konte elèv ispanik tout ras yo nan kategori Ispanik.

Depatman Edikasyon Vil Nouyòk konprann pwosesis sa a delika. Opsyon gouvènman federal bay yo gen dwa pa reprezante yon deskripsyon konplè oswa presi sou idantifikasyon pwòp etnisite w oswa ras fanmi w. Nou ankouraje w pou itilize bon sans ou pou reponn kesyon yo. Si gen nenpòt nan kesyon yo ou pa reponn, règleman federal mande pou estaf lekòl Depatman Edikasyon Vil Nouyòk idantifye pitit ou a nan plas ou.

Enfòmasyon sou ras ak etnisite elèv jwenn pwoteksyon anba règleman sou konfidansyalite yo mete anba paj sa a.

Mèsi pou koperasyon w.

Paran/Gadyen: Tanpri ranpli fòm ki nan do paj sa a epi voye l tounen nan lekòl pitit ou a.

Estaf lekòl la: File the completed form in the student's Cumulative Record folder as confidential information.

Pwosedi konfidansyèl ak règleman

Lwa Edikasyon sou Dwa ak Respè vi *Prive Fanmi Family Educational Rights and Privacy Act (1974)* ak Règleman Chanselye A-820 entèdi aksè nan dosye elèv san otorizasyon epi entèdi pou yo pibliye enfòmasyon ki pèmèt yo idantifye elèv swa avèk non yo swa avèk nimewo idantifikasyon elèv yo san otorizasyon.

¹ Yo ka konsidere ras kòm yon faktè pou yo pran yon elèv nan yon lekòl dapre lòd tribinal sèlman; sèks (fi/gason) se yon faktè sèlman nan lekòl ki pa mik.

- Tout elèv ki gen ant 5 ane ak 21 ane gen dwa pou yo jwenn edikasyon leta gratis.
- Lwa federal egzije pou Depatman Edikasyon Vil Nouyòk kolekte ak anrejistre idantite etnisite ak ras elèv lekòl leta.
- Yo pa ka refize pou yo pran yon timoun nan yon lekòl leta akòz ras li, koulè li, kwayans li, orijin nasyonalite li, sèks li, idantifikasyon sèks li, li ansent, kondisyon imigrasyon/sitwayènte li, andikap li, oryantasyon seksyèl li, relijyon li, oswa etnisite li.¹

Anglè Sèlman

ENFÒMASYON KI NAN ANTÈT DOKIMAN AN

Borough Distri Lekòl

Non lekòl segondè a/
Ti lekòl /Anèks

Kòd klas

Kòd kou

(4-DIJIT LEKÒL SEGONDÈ A SÈLMAN)

Nimewo Idantifikasyon elèv NYC

Dat Nesans (Mw/Jou/An)

Non elèv: Siyati, Non, dezyèm non

PARAN/GADYEN: TANPRI RANPLI SEKSYON SA A

TANPRI REPONN NI KESYON (1) NI KESYON (2). TANPRI LI YO AVAN W REPONN.

Pou kesyon (1) tcheke (√) kazye ki dekri pitit ou a pi byen an.

1. Èske elèv la se ispanik, latino, oswa orijin panyòl? Ispanik, latino oswa orijin panyòl vle di yon moun ki soti Kiba, Meksik, Pòtoriko, Amerik Santral Oswa Amerik Sid, oswa lòt kilti orijin panyòl, kelkeswa ras li.

WI, Ispanik

NON, pa Ispanik

Pou kesyon (2) tcheke (√) **tout** kazye ki valab pou pitit ou a.

2. Chwazi youn oswa plis ras nan senk gwoup ras sa yo.

ENDYEN AMERIKEN OSWA NATIF ALASKA: Yon moun ki gen orijin nan nenpòt nan premye moun ki t ap viv ann Amerik Nò ak Amerik Sid (ladan Amerik Santral). (Kòd ATS: B)

AZIATIK: Yon moun ki gen orijin nan nenpòt nan premye moun ki t ap viv nan Ekstrèm-Oryan, Azi Sidès, oswa sou-kontinan Endyen ladan pa egzanz Kanbò, Lachin, End, Japon, Kore, Malezi, Pakistan, Filipin, Tayland, ak Vyetnam. (Kòd ATS: C)

NATIF AWAYI OSWA MOUN LÒT IL PASIFIK: yon moun ki gen orijin nan nenpòt nan premye moun ki t ap viv nan Hawaii, Guam, oswa moun lòt il Pasifik. (Kòd ATS: D)

NWA: Yon moun ki gen orijin nan nenpòt nan group ras Nwa Afrik yo. (Kòd ATS: E)

BLAN: Yon moun ki gen orijin nan nenpòt nan premye moun ki t ap viv ann Ewòp, Afrik Nò, oswa Mwayèn-Oryan. (Kòd ATS: F)

Siyati Paran/Gadyen/Lòt moun/Estaf lekòl la ki prezan:

Dat:

Relasyon avèk elèv la:

Paran

Gadyen

Lòt relasyon
(Espesifye):

(Non) Estaf lekòl la ki prezan:

KESYONÈ SOU LOJMAN

Paran/Responsab/Elèv

Fòm sa a la pou konsidere Lwa McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435, epi yo dwe ranpli l pou chak elèv. **Enfòmasyon w bay yo rete konfidansyèl.** Yo pa p fè okenn diskriminasyon kont pitit ou a akoz enfòmasyon w ap bay yo.

Tanpri reponn kesyon sa yo konsènan kay kote elèv la rete a pou yo ka decide ki sèvis elèv la ta ka kalifye pou resevwa.

Remak pou lekòl yo/Lyezon nan lojman pou ti bout tan : Tanpri ede elèv ak fanmi yo ranpli fòm sa a. Pa sèlman mete fòm sa a nan pake dokiman enskripsyon an paske si elèv la kalifye kòm yon moun ki abite nan yon lojman tanporè, **elèv la pa p oblije soumèt prèv adrès** ak lòt dokiman obligatwa ki ta ka nan pake dokiman enskripsyon an. Distri a pa ka divilge okenn enfòmasyon sou kondisyon lojman elèv san konsantman paran.

Non elèv la			
Siyati	Non	Inisyal	
# OSIS	Dat nesans (mwa/jou/ane)	Sèks	Lekòl

Tanpri fè konnen kijan elèv la ap viv aktyèlman. **Tanpri tcheke yon kazye:**

Tcheke(v)	Chwa kesyonè sou lojman	Kòd ATS	Pati sa a rezève pou moun nan lekòl la sèlman
	Abite ak yon moun <i>Doubled-up</i> Avèk yon lòt fanmi oswa yon lòt moun poutèt li pèdi kay li oswa poutèt li gen pwoblèm lajan	D	
	Shelter Shelter pou ka ijans oswa shelter pou tranzisyon annatandan li jwenn yon kay pou abite	S	
	Otèl/motèl Ap viv yon kote ki PA yon shelter pou ka ijans ni shelter pou tranzisyon epi sa enplike peman	H.	
	Lòt sitiyasyon lojman tanporè Anplasman pou karavan, teren pou kan, machin, pak, plas piblik, bilding abandone, lari, oswa nenpòt lòt kote moun pa ta sipoze ap viv	T	
	Lojman pèmanan Elèv ki abite nan yon kay fiks, regilye ak sitiyasyon lojman ki ok	P	

Si elèv la PA abite nan yon lojman pèmanan, fè konnen tou si sitiyasyon pi ba yo konsène l:

		Pati sa a rezève pou moun nan lekòl la sèlman
	Jèn k ap viv poukont yo Jèn ki pa sou responsablite yon paran oswa yon responsab	Mete "Y" si se sa

Non paran/responsab (enprime)

Siyati paran/responsab

Dat

Tanpri voye fòm sa a tounen nan lekòl pitit ou a jan yo mande sa a.

Sonje: Repons ou bay pi wo a pral ede yo decide ki sèvis oumenm oswa pitit ou a ta kalifye pou resevwa dapre Lwa McKinney-Vento. Elèv ki sou pwoteksyon Lwa a, gen dwa pou yo enskri yo imedyatman lekòl menmsi yo pa gen dokiman yo ta bezwen genyen nòmalmman, tankou prèv sou kote yo abite, dosye lekòl, dosye vaksinasyon, oswa batistè. Aprè elèv la fin enskri, nouvo lekòl la dwe kontakte lekòl elèv la te ye avan an pou mande dosye edikasyon l paegzanp dosye vaksen, epi lyezon pou elèv nan lojman tanporè (STH) la(yo) dwe ede elèv la jwenn tout lòt dokiman nesèsè yo oswa dosye vaksen yo. Elèv ki sou pwoteksyon Lwa McKinney-Vento ka gen dwa tou pou jwenn mwayen transpò gratis ak lòt sèvis. Tanpri li CR A-780.

Fòm sa a vini ak yon dokiman siplemantè yon paj ki gen tit, Lwa McKinney-Vento pou ede elèv zanzabri – Gid pou paran ak jèn sou elèv ki nan lojman tanporè. ”.

Depatman Edikasyon Vil Nouyòk

Sondaj sou sa elèv Prematènèl bezwen onivo lang

Chè Paran, Chè Gadò _____ (enter student name here)

Sondaj sa a se yon dokiman enpòtan nan pake enskripsyon pou prematènèl nou ba w la etandone li bay nouvo lekòl pitit ou prale a enfòmasyon osijè sa moun nan fanmiy ou bezwen onivo lang yo pale. N ap apresye èd ou anpil lè w reponn kesyon pi ba yo. Tanpri voye fòm sa a tounen ba administratè lekòl pitit ou prale a, _____, epi si w gen kesyon, tanpri pale avèk _____ nan _____.

Mèsi _____ ID elèv la: _____

IYE PATI. BEZWEN ONIVO LANG : Enfòmasyon sa a ap etabli ki lang elèv pale lakay yo ak ki lang fanmi an mande pou yo itilize lè y ap anseye elèv la lekòl la (si enstriksyon nan lang lan diponib nan lekòl la).

1. Ki lang ou pale lakay ou? Tanpri mete yon tchèk (✓) pou tout lang ki aplikab :			
<input type="checkbox"/> angle	<input type="checkbox"/> oudou		
<input type="checkbox"/> panyòl	<input type="checkbox"/> fransè		
<input type="checkbox"/> chinwa	<input type="checkbox"/> koreyen		
<input type="checkbox"/> bengali	<input type="checkbox"/> albanè		
<input type="checkbox"/> arab	<input type="checkbox"/> pounjabi		
<input type="checkbox"/> kreyòl ayisyen	<input type="checkbox"/> polonè		
<input type="checkbox"/> ris	<input type="checkbox"/> lòt lang, tanpri espesifye _____		
2. Ki lang pitit ou a konprann ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
3. Ki lang pitit ou a pale ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
4. Ki lang pitit ou a li ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	: Li pa ko konnn li <input type="checkbox"/>
5. Ki lang pitit ou a ekri ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	: Li pa ko konn ekri <input type="checkbox"/>
6. Ki lang yo pale pi souvan lakay timoun lan?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
7. Ki lang timoun lan pale avèk paran l /gadò li pi souvan ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
8. Ki lang timoun lan pale avèk frè, sè, oswa zanmi li yo pi souvan ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
9. Ki lang timoun lan pale ak lòt moun nan fanmiy lan oswa ak moun k ap okipe l (paegzanp, babysitters) pi souvan ?			
angle <input type="checkbox"/>	Lòt lang li pale lakay li	<input type="checkbox"/>	:
10. Èske w ta renmen yo anseye pitit ou a nan lang ou pale lakay ou (si nou genyen adisiposyon nou pwofesè ki pale lang lan):			
<input type="checkbox"/> Tout tan	<input type="checkbox"/> Pifò tan	<input type="checkbox"/> Kèk fwa	

Depatman Edikasyon Vil Nouyòk

Sondaj sou sa elèv Prematènèl bezwen onivo lang

2YÈM PATI. PLAN POU ANSÈYMAN : N ap itilize repons pou rès kesyon sa yo pou planifye ansèyman. Mete repons kòrèk pou chak kesyon sa yo ki konsène pitit ou a.

1. Èske se premye fwa pitit ou a ap patisipe nan pwogram enstriksyon oswa ap fè eksperyans travay an gwoup Ozetazini? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non	
SI W REPONN NON :	
a. Kote li te ale nan <i>daycare</i> /prematènèl/gwoup timoun pou jwe ?	
b. Ki dat ou te enskri nan pwogram lan ?	
c. Pandan konbyen tan li te ale kote a?	
d. Ki lang yo te itilize pou anseye?	
2. Èske pitit ou a patisipe nan yon pwogram ansèyman oswa fè eksperyans travay angwoup nan yon <u>lòt peyi</u> ? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non	
SI W REPONN WI :	
a. Kote li te ale nan <i>daycare</i> /prematènèl/pou jwe ak timoun angwoup?	
b. Pandan konbyen tan li te ale kote a?	
c. Ki lang yo te itilize pou anseye?	
3. Èske pitit ou a gen okenn kondisyon ki mande èd oswa atansyon espesyal nan lekòl la? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non	
SI W REPONN WI, tanpri tcheke tout sa ki aplikab:	
<input type="checkbox"/> pwoblèm pou tande	<input type="checkbox"/> twoub emosyonèl
<input type="checkbox"/> pwoblèm vizyon	<input type="checkbox"/> opresyon
<input type="checkbox"/> pwoblèm pwononsyasyon	<input type="checkbox"/> andikap nan devlopman li
<input type="checkbox"/> andikap fizik li	<input type="checkbox"/> Lòt pwoblèm (Tanpri espesifye) _____
SI W REPONN WI, ki entèvansyon li te resevwa lè l te tou piti, si sa te fèt?	
4. Èske timoun lan itilize okenn lòt mwayen pou kominike, tankou Lang an siy ameriken <i>American Sign Language</i> (ASL) oswa ekipman pou amelyore kominikasyon <i>Augmentative Communication Device</i> (ACD) (tankou, Kat pou kominike/kat elektwonik pou kominike <i>Communication Board-manual/electronic</i>)? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non	
SI W REPONN WI : Kiyès ladan yo ?	

3YÈM PATI. ENFÒMASYON SOU PARAN : N ap itilize repons pou rès kesyon sa yo pou Depatman Edikasyon Vil Nouyòk *New York City Department of Education* (NYCDOE) ka kominike avèk ou nan lang ou vle.

1. Ki premye lang ou pale? Paran/Gadò : _____ Premye lang: _____	Paran/Gadò: _____ Premye lang: _____
2. Nan ki lang ou ta renmen lekòl la ekri enfòmasyon pou voye ba w?	
3. Nan ki lang ou ta pito pale avèk anplwaye lekòl la?	
Siyati Paran	Dat

Depatman Edikasyon Vil Nouyòk

Sondaj sou sa elèv Prematènèl bezwen onivo lang

SE PÈSONÈL BIWO ENSKRIPSYON AN OUBYEN LEKÒL LA SÈLMAN POU KI RANPLI PATI SA A TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
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 <div style="display: flex; border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> <div style="width: 33%;"></div> <div style="width: 33%;"></div> <div style="width: 33%;"></div> </div>		
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: ____/____/____		General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL NI Abnl <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					
Height _____ cm (____ %ile)	Weight _____ kg (____ %ile)	BMI _____ kg/m ² (____ %ile)	Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)	Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____	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 _____ μg/dL		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	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) _____ <input type="checkbox"/> Not at risk		Dental Screened with Glasses? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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		REVIEWER: _____	
State		Zip		FORM ID# _____	
Telephone	Fax	Email			



Department of
Education

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

KONSANTMAN POU PÈMÈT YO FÈ FOTO, FILME OSWA FÈ VIDEYO YON ELÈV, KE YO PA KA ITILIZE POU FÈ PWOFI

(yo ka itilize yo paegzanp pou objektif edikatif, pou sèvis piblik oswa pou atire atansyon moun sou pwoblèm sante)

Non elèv la : _____ Lekòl : _____

Nan dokiman sa a m ap bay _____ otorizasyon pou l entèvyouwe elèv mwen site pi wo a, pou l itilize deklarasyon elèv sa a fè, epi pou l fè foto l, filme l oswa fè videyo l. M ap bay _____ dwa tou pou l edite, itilize, epi itilize pwodui sa yo plizyè fwa, san motif pou fè lajan, paegzanp li ka itilize yo pou enprime oswa pou fotokopye yo pou distribisyon, sou Entènèt ak nan lòt fòm medya. Nan dokiman sa a tou, mwen pa p rann NYCDOE, moun oswa konpayi ki reprezante l, ak anplwaye l yo responsab pou peye kèlkeswa reklamasyon, egzijans ak dèt ki ta gen rapò ak pwodwi ki site pi wo a.

Siyati paran/responsab (si elèv la poko gen 18 lane) : _____ Dat : _____

Adrès Paran/Responsab la : _____

OSWA

Siyati elèv la (si l gen 18 lane oswa plis) : _____ Dat: _____

Adrès elèv la : _____