Queridos Padres/Guardiánes,

¡Bienvenidos! *Es nuestra comprensión que usted es el padre/guardián de un estudiante de kindergarten prospectivo. Por favor, lea esta lista de preguntas frecuentes, le ayudará mediante el proceso de proceso de registro.*

¿Es mi hijo elegible para kindergarten?
La ley de Connecticut requiere que las escuelas públicas de estar abierto a todos los niños que llegan a la edad de 5 años en o antes del primero de enero de cualquier año escolar. [C.G.S. * Sec. 10-15c]. Para que su hijo sea elegible para el kindergarten, él / ella debe haber nacido en o antes del 01 de enero 2013.

Qué mi niño necesita un examen físico?
Su hijo necesitará un examen físico. Los exámenes físicos son aceptables si están dentro de un año de la fecha de entrada. Favor de traer el Estado de Departamento de Educación de Connecticut, Registro de Evaluación de Salud con usted al médico y devolver el formulario completado a la escuela con su aplicación. Este formulario debe ser recibida y revisada antes del primer día de clases.

¿Qué documentos necesito traer a registro?
• Tamaño completo Certificado de nacimiento del niño (niño debe ser de cinco a más tardar el 01 de enero 2018)
• I.D. Imagen de Padres (Licencia de conducir, de no conductor Foto ID, Pasaporte válido con foto)
• Salud Records (Completado Registro de Evaluación de Salud, Completado Formulario HAR 3, completo registro de vacunas) del niño
• Prueba de Residencia: (un documento del grupo A y dos documentos del grupo B)

A. Uno de los siguientes documentos: escritura de hipoteca o notariada Contrato de alquiler
B. Dos de los siguientes documentos: Propiedad Bill fiscal, Hipoteca Nota, actual Utilidad Bill- IU, Gas, Teléfono de la casa, agua, actualizado Credencial de Elector. No se aceptan facturas de teléfonos celulares. Todos los documentos deben tener la misma dirección de su casa y deben tener la dirección de la residencia en el documento.

¿EXISTE UNA ORIENTACION PARA NUEVOS ESTUDIANTES DE KINDER?
Los padres y los estudiantes tendrán la oportunidad de visitar el jardín de niños antes del inicio del nuevo año escolar. Nuestro programa de orientación se ofrecerá en el verano. Los detalles estarán disponibles en una fecha posterior.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN?
Los formularios de inscripción pueden obtenerse en cualquiera de nuestras escuelas primarias y en el sitio web de las Escuelas Públicas Hamden 'www.hamden.org.

¿CUÁNDO Y DÓNDE ESTÁ EL REGISTRO?
Los padres pueden obtener y presentar la información de registro en la escuela primaria designada de su hijo. Horario de matrícula y las fechas son las siguientes.

○	Wednesday, April 5th,	5:30 PM – 7:30 PM at Hamden Middle School
○	Thursday, March 16th,	5:30 PM – 7:30 PM en la escuela primaria designada de su hijo
○	Friday, March 17th,	1:30 PM – 3:00 PM en la escuela primaria designada de su hijo
○	Monday, March 20th	1:30 PM – 3:00 PM en la escuela primaria designada de su hijo
○	Tuesday, March 21st,	1:30 PM – 3:00 PM en la escuela primaria designada de su hijo

La inscripción tendrá aproximadamente una media hora. Si no está seguro, que la escuela de su hijo va a asistir, por favor llame a la oficina central (203) 407-2000 o una escuela primaria en su vecindario.

¿Qué formularios necesita para completar?
Los siguientes formularios deberán completarse para el registro de kindergarten. Usted puede utilizar esta lista de verificación para ayudar a mantener un registro de todos los requisitos de registro.

1. ☐ Formulario de Inscripción: Para ser llenado por el padre / guardián
2. ☐ Formulario de emergencia: Para ser llenado por el padre / guardián
3. ☐ Idioma de Casa Encuesta: Para ser llenado por el padre / guardián
4. ☐ Hamden Escuelas Públicas de Internet Use el Formulario Política: Para ser llenado por el padre / guardián
5. ☐ permiso para fotografiar / Formulario Videotape: Para ser llenado por el padre / guardián
6. ☐ Pre Formulario de observación de la escuela: Para ser llenado por el proveedor de Preescolar / Cuidado de Niños
7. ☐ Salud Historia Forma: Para ser llenado por el padre / guardián
8. ☐ Residencia Declaración Jurada: Para ser llenado por el padre / guardián
9. ☐ Estado del Departamento de Formulario de Evaluación de Educación para la Salud de Connecticut (HAR 3): Para ser llenado por el médico

Esperamos que usted y su familia la bienvenida a la comunidad de las Escuelas Públicas Hamden '. Es nuestra creencia que todos los estudiantes van a prosperar y estar preparados para un mundo en constante cambio, cuando los estudiantes, las familias, los maestros y los formularios de la comunidad y las relaciones respetuosas, asociaciones activas fuertes. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Hamden Public Schools
Elementary Registration Card
2017 - 2018

Nombre de Estudiante: _____ Apodo:_____, Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Feminina Ciudadano de EEUU? ☐ Sí ☐ No

Dirección actual: _____
(Incluye el piso/número del apartamento)

El/la estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madtrastra ☐ Padrastro ☐ Otra Persona (Por favor, especifique):_____

Identidad Racial y Etinca: Marque una, por favor: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino

elecciona una o más (independientemente del grupo étnico)
☐ White, ☐ Asiano, ☐Negro o Afroamericano, ☐ Indoamericano o native de Alaska
☐ Nativo de Hawai u otras isals del Pacífico

Nombre de Padre/Guardián: _____ Relación con estudiante: _____

Dirección (si es diferente): _____ Empleado:_____

Información Del Contacto:
Número de teléfono de casa: _____ Teléfono Cellular:_____ Número del teléfono del trabajo: _____

Correo Electronico:_____ Ciudadano de los EEUU : ☐ Sí ☐ No

Nombre de Padre/Guardián: _____ Relación con estudiante: _____

Dirección (si es diferente): _____ Empleado:_____

Información Del Contacto:
Número de teléfono de casa: _____ Teléfono Cellular:_____ Número del teléfono del trabajo: _____

Correo Electronico:_____ Ciudadano de los EEUU : ☐ Sí ☐ No

El Lugar de nacimiento de estudiante (Ciudad y Estado):_____

Dirección anterior (si procede): _____

La escuela anterior:_____ Ciudad y Estado: _____

Grados que asistó: _____ Las fechas de asistencia: _____

Información de Pre-Kindergarten: ¿Su hijo alguna vez evaluado por nacimiento de CT a Tres programa? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo asiste a escuela preescolar programa / cuidado de los niños? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo alguna vez evaluado por nacimiento de CT a Tres programa? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor, indique el programa asistido: _____ ciudad y estado: _____

Este programa fue en un ☐Home ☐ centro

_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

Hamden Public Schools
Emergency Information
2017- - 2018

For Office Use Only

☐ Legal Restrictions on the release of child to non-custodial parent

☐ Child has a medical condition

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____ Número de teléfono principal: _____

Fecha de nacimiento: _____Género: ☐ Masculino ☐ Feminina Correo eletronico: _____

Dirección Actual:

_____

(Incluye el piso de apartamento/el número del apartamento)

El/la estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madtrastra ☐ Padrastro ☐ Otra Persona (Por favor, especifique):_____

Nombre de padre/guardián de la custodia: _____

En caso de enfermedad o accidente es vital que nuestra oficina tiene un número de teléfono disponible donde se le pueda localizar durante el día. POR FAVOR NOTIFICARNOS DE LOS CAMBIOS DURANTE EL AÑO.

Nombre de Madre / Guardián: _____ Empleador: _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono de la casa: _____ Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de Padre / Guardián: _____ Empleador: _____

Dirección (si es diferente):

_____

Teléfono de la casa: _____ Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lista de dos personas que podamos contactar durante el día escolar y para quienes su hijo puede ser liberado a si no puede ser localizado. Las dos personas que se indican a continuación serán autorizadas para recoger a su hijo. Puede añadir más nombres a la otra cara de la página.

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Existen restricciones legales a la liberación de su hijo o su / sus registros a los padres sin custodia?

☐Sí ☐ No **En caso afirmativo, sírvase dar detalles y proporcionar documentación al director.**

☐ En caso de accidente o enfermedad, solicito a la escuela para ponerse en contacto conmigo. Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo a la escuela para llamar al médico se indica a continuación y seguir sus / sus instrucciones. Si no es posible ponerse en contacto con el médico, la escuela podrá tomar las medidas necesarias.

El Hospital de preferencia: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ _____ Teléfono: _____

¿Hay algún problema médico que deberíamos ser alertados? _____

Firma del padre / guardián: _____ Fecha: _____

Hamden Public Schools
Hamden School Health Services
Health History Questionnaire

Revised 8/27/12

Estimado padre / guardián,

Por favor llene la siguiente información historial médico si su hijo es un nuevo participante en las escuelas primarias en Hamden y volver a la enfermera de la escuela. Si esto es parte del paquete de jardín de infantes, por favor traiga el formulario completo a la enfermera de la escuela cuando su registro para la escuela junto con los registros de vacunación de su hijo.

1. Información de Identificación
Nombre del estudiante: _____ Entrando Grado: _____ Correo Electronico: _____

Dirección actual: _____ Número de Teléfono: _____ Celular: _____
(Incluya el piso/ número del apartamento)

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Feminina

Nombre del padre / guardián (s): _____

Escuela anterior que asistió: _____

2**. Salud temprana e Historia del Desarrollo**
Peso al Nacer: _____
A tener en cuenta ningún tipo de complicaciones del embarazo, parto o el parto, como una enfermedad, infección, trabajo de parto prolongado, la prematuridad, etc:.
_____

_____

¿Usted o su proveedor de atención primaria de la salud identificado problemas o preocupaciones de desarrollo?
☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor explique:
_____

_____

3. Información Médica

Nombre del Médico Primaria: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de la última examen física: _____

FINDINGS: _____
_____

¿Es su hijo en la medicación regular? ☐ Sí ☐ No es así, por favor nombrar y explicar:

_____

_____

¿Tiene su hijo de vez en cuando necesita medicación por cualquier motivo? ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor nombrar y explicar:

_____

_____

¿Su hijo tiene una alergia a:
Comida ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____
Insectos ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____
Medicación ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____
Medio Ambiente ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____
Látex ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____
Otro: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

4. Revisión de los Sistemas
Si su hijo tiene / tenía ninguna de las siguientes dentro de los últimos 12 meses, por favor verifique y describir brevemente.

Cabeza: ☐Nunca / Sin incidentes ☐ Pérdida de la conciencia ☐del dolor

_____

Ojos: ☐NONE / Sin incidentes ☐ entrecerrando los ojos desgarrantes ☐Cruz Ojos ☐ Pérdida / discapacidad visual

_____

Orejas: ☐NONE / Sin incidentes ☐ exceso de cera ☐ Infecciones frecuentes ☐ PE Tubos ☐ Pérdida / discapacidad auditiva

_____

Nariz: ☐NONE / No hay incidentes ☐ frecuentes resfriados ☐ hemorragias nasales Alergias (explicar el tipo)

_____

Garganta: ☐ NONE / No hay incidentes ☐ Frecuente Infecciones ☐ Estreptococo ☐ dificultad para tragar
_____

Boca y dientes: ☐NONE / Sin incidentes ☐ dolor de dientes/ Cavidades ☐ acidez de la boca ☐ Problemas del habla
_____

Pulmones: ☐NONE / Sin incidentes ☐ Dificultad para respirar Sibilancias ☐ Asma Tos persistente ☐ Infecciones (Bronquitis / neumonía)
_____

Corazón: ☐NONE / Sin incidentes ☐Murmur dolores en el pecho ☐ cansa fácilmente 0 falta de aliento
☐ de alta presión arterial elevada ☐ Heart Rate
_____

Estómago y intestinos: ☐NONE / Sin incidentes ☐ Vómitos Diarrea ☐Constipation ☐estómago frecuente

_____

Vejiga y riñones: ☐NONE / No hay incidentes ☐Dolor al orinar Infecciones ☐Bed Wetting

_____

Huesos y Músculos: ☐NONE / Sin incidentes ☐dolor articular Inflamación articular ☐Limp Dolor de rodilla
_____

Crecimiento: ☐NONE / Sin incidentes ☐ El sobrepeso peso inferior al normal ☐Anemia (glóbulos rojos) ☐ Demasiado corto ☐ Más alto

_____

Piel y linfáticos: ☐NONE / Sin incidentes ☐Erupciones Hives ☐Infections ☐Ganglios inflamados ☐avergüenzo fácilmente ☐ Eczema

_____

Hospitalización (explicar): _____

Lesiones graves / Accidentes (explicar): _____

Cirugía (por favor, expliqué)_____

5. Comportamiento y Desarrollo actual
Actividades de la vida diaria: Describa brevemente:

Patrón de sueño habitual (incluye ningún problema): _____

_____

Patrón de alimentación habitual (incluir las posibles restricciones dietéticas):

_____

_____

Patrón de eliminación (indicar cualquier problema con la micción o defecación): _____

_____

Hábitos de ejercicio: _____

Comportamientos Verifique y explican en su caso. Mi hijo ...

es demasiado activo ? ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
se distrae fácilmente ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
es muy tranquilo ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
tiene miedos inusuales ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
tiene rabietas ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
juega regularmente con otros niños ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____
puede cooperar con otros niños ☐ Sí ☐ No ☐A veces: _____

Habilidades Puede su hijo usar ...
lápices? ☐ Sí ☐ No
lápices de colores? ☐ Sí ☐ No
tijeras? ☐ Sí ☐ No

Idioma
¿Pueden los extranjeros entender fácilmente el habla de su hijo? 0Yes 0No
Es el niño a cargo para el habla? 0Yes 0No

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

6. Información de la Familia
Su familia ha tenido cambios significativos recientes? (muerte, divorcio, mover)
En caso afirmativo, por favor explique:

_____

_____

¿Algún miembro de su familia inmediata o pariente tener ningún problema médico significativo (s)?
En caso afirmativo, por favor explique:

_____

Por favor proporcione la siguiente información para otros niños de su familia:

Nombre	Edad	Género	¿cualquier problema de salud?	Escuela (si todavía está en la escuela)

Seguro médico: _____

(por favor indique compañía de seguros)

7. Historia de Salud

Si su hijo ha tenido uno de los siguientes problemas de salud, por favor verifica la edad apropiada (s) y proporcionar detalles

Type of Health Problem (Please Check)	Unsure	Never	0-6 Months	7-12 Months	13-18 Months	19-24 Months	2 years	3 years	4 years	5-7 years	8-12 years	Explain (please use back of page to provide more information)
Skin Problem – Rash												
Headache/Migraine												
High Fever(s) –Over 103º												
Loss of Consciousness												
Meningitis												
Seizures/Spells												
Tic/Tremors												
Eye Problems												
Wears Glasses/Contacts												
Allergies												
Ear Problem-Chronic												
Cleft lip or palate												
Asthma												
Pneumonia/bronchitis												
Heart or Blood problem												
Stomach or Intestinal problem												
Diarrhea –Chronic												
Constipation- Chronic												
Intestinal Parasite												
Type of Health Problem (Please Check)	Unsure	Never	0-6 Months	7-12 Months	13-18 Months	19-24 Months	2 years	3 years	4 years	5-7 years	8-12 years	Explain (please use back of page to provide more information)
Nutritional Problem												
Overweight/ Underweight												
Urinary or genital tract problem												
Arthritis												
Fractures												
Musculoskeletal Problems/deformity												
Diabetes												
Growth Problems												
Thyroid Problem												
Depression												
Suicidal Gesture												

Type of Health Problem (Please Check)	Unsure	Never	0-6 Months	7-12 Months	13-18 Months	19-24 Months	2 years	3 years	4 years	5-7 years	8-12 years	Explain (please use back of page to provide more information)
Ear Problem/Infection												
Anemia (low blood count)												
Cancer/Leukemia												
Other Serious Condition												
Surgery												
Lead Poisoning												
Serious Injury/Accident												
Hospitalization												

8. Ajuste de la Escuela

¿Cómo cree que su hijo va a reaccionar en el primer día de clases?

_____

_____

¿Hay algo que podamos hacer o deberíamos saber que podría ayudar a su hijo en el ajuste de forma positiva en la escuela?

_____

_____

¿Qué hace su hijo a disfrutar? _____

_____

Por favor escriba los intereses de su hijo:

_____

_____

¿Qué no les gusta a su hijo?

_____

_____

Gracias por su tiempo y colaboración. Esta información me ayudará a proporcionar servicios de salud apropiados para su niño en el entorno escolar. Por favor mantenerme informado sobre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo.

Me pueden contactar en: _____

Sinceramente,

_____ _____

Enfermera Escolar Fecha

La información anterior es exacta al mejor de mi conocimiento:

_____ _____

Padre / Guardián Fecha

Encuesta sobre idiomas en el hogar

¡Bienvenidos a nuestra escuela! Tenemos algunas preguntas acerca de los idiomas que se hablan en el hogar. El Departamento de Educación de EE. UU. nos exige preguntar esta información porque nos ayudará a saber la mejor forma de apoyar a su hijo/a. La información sobre idiomas también nos ayuda a saber la mejor forma de comunicarnos con usted. Cuéntenos por favor acerca del o los idiomas que habla su familia y en su hogar.

Hamden School (al que ingresa) _____ Fecha _____

Información del alumno

Nombre del alumno _____ Apellido del alumno _____

Fecha de nacimiento _____ País de nacimiento _____ Masculino [ ] Femenino [ ]

Teléfono _____ Fecha de ingreso de su hijo/a a EE. UU._____

Fecha de ingreso de su hijo/a a escuelas de EE. UU. _____ Grado en la escuela anterior_____

Coloque una X en los grados que su hijo/a asistió en escuelas de EE. UU.:

Pre-K	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Idiomas

1) ¿Cuál es el principal idioma usado en el hogar? _____
(El o los idiomas que usted usa para hablar con su hijo/a)

2) ¿Cuál es el idioma que habla con mayor frecuencia el alumno? _____
(El o los idiomas que su hijo/a usa para hablar con usted)

3) ¿Cuál fue el primer idioma que el alumno adquirió? _____
(El o los idiomas que su hijo/a aprendió primero)

4) ¿Qué **idioma** prefiere para las comunicaciones escritas de la escuela?

5) ¿Necesitará interpretación o traducción en las reuniones de maestros y padres?

6) Nombre y teléfono de un contacto que habla inglés, si se necesita

7) ¿Estuvo su hijo/a en un programa bilingüe o de ESL/ESOL? Sí [ ] No [ ]
Fecha completado _____ No completado _____ No está seguro_____
Ciudad y escuela _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Hamden escuela primaria Escuelas Públicas
Política de Uso Aceptable (AUP) Acuerdo Anual

Su escuela tiene una gran cantidad de tecnología! Las computadoras y otras tecnologías están en su escuela para ayudarle a aprender y desarrollar nuevas habilidades.

Es importante que usted utiliza toda la tecnología de una manera que es seguro y respetuoso, tanto dentro como fuera de la escuela. Esta AUP se enumeran algunas de las acciones importantes por ser seguro y respetuoso con la tecnología.

Coloque una marca junto a cada elemento y luego firmar su nombre en la parte inferior. Esto demuestra que usted entiende y acepta que cada elemento.

RESPETO

- ❑ Voy a manejar toda la tecnología con cuidado y tratar de no dañarlo.
- ❑ Sólo voy a usar los nombres de usuario y contraseñas que son mías. No voy a usar la cuenta de otra persona.
- ❑ No voy a cambiar cualquier configuración de la computadora sin el permiso del maestro.
- ❑ No voy a descargar música, juegos, aplicaciones u otros archivos sin permiso de un profesor.
- ❑ Me comunicaré en formas que son amables y respetuosos cada vez que use la tecnología. No voy a escribir, publicar o transmitir cualquier cosa que pueda herir a otro. Esto incluye los mensajes de texto y multimedia desde un ordenador, teléfono u otro dispositivo.

SEGURIDAD

- ❑ Voy a reportar a un maestro nada que veo en el equipo que podría ser malo o peligroso.
- ❑ No voy a dar o poner información privada sobre mí o cualquier otra persona en Internet.
- ❑ Sé que todo lo que hago en la computadora puede ser visto ni registrado por otro.
- ❑ Sólo voy a tratar de acceder a sitios web que están relacionadas con mi trabajo de la escuela.

IMPARCIALIDAD

- ❑ No voy a hacer copias ilegales de música, juegos o videos,
- ❑ No voy a copiar y pegar palabras de otros y dicen que son mi propia (plagio).
- ❑ No voy a copiar y pegar fotos o videos hechos por otros y reclamar ellos son mi propia (plagio).

Estoy de acuerdo en usar la tecnología como se ha dicho. Entiendo que si no lo hago, puedo perder mis privilegios para usar la tecnología en la escuela o recibir otras sanciones de los maestros, directores, mis padres, u otros funcionarios.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

DECLARACIÓN JURADA EN APOYO DE LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES

STATE OF CONNECTICUT)
) ss: New Haven
COUNTY OF NEW HAVEN)

Yo, _____, por la presente declaro y declaro que:

1. Soy mayor de la edad de dieciocho años y creo en las obligaciones de un juramento.

2. Actualmente resido en la ciudad de Hamden. Mi dirección de residencia es _____, Hamden, Connecticut. He residido en esta dirección desde _____.

3. Los siguientes niños (en adelante, el "Estudiante (s)") asisten a las Escuelas Públicas de Hamden y residir conmigo en mi dirección de residencia identificada en el párrafo anterior:

_____	_____
Nombre de Estudiante	Escuela de asistir
_____	_____
Nombre de Estudiante	Escuela de asistir
_____	_____
Nombre de Estudiante	Escuela de asistir
_____ _	_____
Nombre de Estudiante	Escuela de asistir
_____	_____
Nombre de Estudiante	Escuela de asistir

Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de la página.

4. El estudiante (s) ha / han residido en esta dirección desde _____.

5. Presento esta declaración con el fin de acreditar que el estudiante (s) es / son residiendo conmigo en mi dirección de residencia en Hamden, Connecticut y, por lo tanto, el estudiante (s) es / son legalmente derecho a asistir a las escuelas públicas de Hamden . Doy fe, además, que estoy proporcionando el estudiante (s) con residencia en mi dirección en Hamden sin pago o compensación a mi o cualquier otro miembro de mi familia (directa o indirectamente) y que no se presta ese residencia en mi dirección para el único propósito de asistir a Hamden Escuelas Públicas.

6. Si me mudo fuera de Hamden, o el estudiante (s) ya no resido (s) conmigo en mi residencia Hamden, estoy de acuerdo en informar de ello a las Escuelas Públicas de Hamden inmediatamente.

7. Entiendo y por este medio reconocer que las declaraciones en este documento son ciertos y que pueden estar sujetos a sanciones civiles y penales si he proporcionado deliberadamente información inexacta.

8. . Si se determina que el estudiante (s) es / no están residiendo legalmente en Hamden y / o está / no está legalmente facultado para alojamiento escuela en Hamden, yo reconozco y entiendo que la Junta de Educación de Hamden me puede evaluar la matrícula para el período de tiempo que el estudiante (s) fue / no fueron legalmente derecho a asistir a las Escuelas Públicas de Hamden. Por el presente acuerdo en renunciar a cualquier defensa o reclamo que pueda tener en cualquier procedimiento administrativo, legal o de otro presentado por las Escuelas Públicas de Hamden para recoger la matrícula para el período de tiempo que el estudiante (s) asistió ilegalmente Hamden Escuelas Públicas.

Fecha:,_____ Connecticut _____

_____ 201 _____

De: _____

Este documento debe ser testigo y firmado por otra persona mayor de 18 años:

_____
Testigo

Hamden Escuelas Públicas
Permiso para fotografiar / cinta de video

En relación con los programas de educación en nuestro edificio de la escuela, las oportunidades pueden ocurrir a fotografiar o grabar en video su hijo. Estas fotografías y / o videos pueden ser utilizados en las escuelas o la PTA boletines, sitios web de la escuela, anuarios, tablones de anuncios, en los periódicos locales o regionales, en la televisión, para capacitar a los miembros del personal, o como parte de una actuación pública.

Para conceder el permiso al distrito escolar para fotografiar y / o filmar su hijo los padres / guardiánes de todos los estudiantes deben completar y enviar el formulario a continuación.

Yo doy permiso para que mi hijo _____ ser fotografiado, grabado en video, audio-grabado, llamado en la radio, con nombre o en la televisión, con nombre o la foto en un periódico, y / o aparecer en una ejecución pública (que puede ser fotografiado o grabado en video).

_____
Nombre del Padre / Guardián (letra de imprenta)

_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

A tener en cuenta: Según la política de Hamden Escuelas Públicas del Sitio Web (6141.311), ninguna información personal y / o identificación de cualquier estudiante (que no sea el nombre y la inicial del apellido) puede estar contenido en un sitio web de la escuela, ya sea en conjunto con publicadas fotografiar o no.

HAMDEN PUBLIC SCHOOLS
HEALTH ASSESSMENT AND IMMUNIZATION REQUIREMENTS

Estimado padre / guardián:

La ley de Connecticut requiere que cada estudiante que entra en un sistema de educación pública debe cumplir con ciertos requisitos de salud antes de poder comenzar la escuela. Hamden Escuelas Públicas compila con estos requisitos, incluyendo vacunas y evaluaciones de salud requeridos por el estado.

Los mismos requisitos se aplican a todos los estudiantes que ingresan a las escuelas privadas y religiosas que reciben los servicios de enfermería a través de Hamden Escuelas Públicas.

Ningún estudiante puede ingresar a la escuela hasta que estos requisitos se han satisfecho.

HEALTH ASSESSMENTS

Hamden Public Schools requires physical examinations before a student may enter Pre-School, Kindergarten, Seventh Grade, Eleventh Grade or the first time a student enters Hamden Public Schools from outside of Connecticut.

A physical exam is also required for a student re-entering Hamden Public Schools who has not received the grade appropriate required state physical.

Physical examinations must be recorded on the current Connecticut Form HAR-3**. The first page of the form must be completed and signed by the parent/guardian**. Pages two and three must be completed and signed by the primary health care provider.

Students transferring from out of state who do not have the required physical examination on the current Connecticut Form HAR-3 must submit an equivalent examination and form completed in another state by a physician, PA or APRN, performed within one year of the date of entry into school.

REQUIRED PHYSICAL EXAMINATIONS:

Pre-School Students: A physical examination must be performed within one year before the date of entry into school, and yearly while in pre-school.

Kindergarten Students: A physical examination must be performed within one year before the date of entry into school (This is in addition to the Pre-School physical examination).

First through Sixth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Kindergarten physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school.

Seventh through Tenth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Sixth Grade physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school.

Eleventh and Twelfth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Tenth Grade physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school

Additional Health Assessments may be required of any entering student if the School Medical Advisor determines it is necessary for the protection of the student or others in school.

IMMUNIZATIONS

Students must show proof of completing Connecticut State Immunization Requirements before entering school.

Students who have not yet completed these requirements may enroll in school only if they have received at least the first dose of each required vaccine and continue on the recommended schedule to complete the remainder of these immunizations.

Students entering Hamden Public Schools from an area of high risk for tuberculosis, as determined by the World Health Organization, are required to have a recent PPD, and show proof of the results, or provide results of an interferon-gamma release assay (a blood test) prior to entering school.

The only acceptable proof of immunizations is a document listing the immunizations administered and the dates received (mm/dd/yr). This document must be signed by the student's primary health care provider or an authorized Department of Health Official.

Documented proof of immunity is only acceptable for Measles, Mumps, Rubella, Varicella, Hepatitis A and Hepatitis B. Verification of disease, by history, from an MD, PA, or APRN, is acceptable only for Varicella.

Exemptions from Connecticut State Immunization Requirements for medical or religious reasons are valid only with appropriate documentation. Formularios de solicitud de exención pueden encontrarse en el siguiente enlace desde el Departamento de salud de Connecticut.

http://www.ct.gov/dph/cwp/view.asp?a=3136&Q=467374&PM=1

NEGAR LA ADMINISTRACIÓN DEL PERMISO
De EPINEFRINA DE EMERGENCIA DE PRIMEROS AUXILIOS

La ley de Connecticut exige a la enfermera de la escuela y al otro personal escolar cualificado para mantener el cartucho(s) (EpiPens) con el propósito de administrar en una emergencia (Ejemplo-cuando el estudiante sufre una reacción alérgica) y no tiene una autorización previa por escrito de un padre o un tutor o una orden previa por escrito de un profesional médico calificado para la administración de epinefrina. La ley estatal permite al padre o al tutor de un estudiante que presente una notificación por escrito a la enfermera de la escuela y al Director de Servicios de Personal del Alumno informándoles que la epinefrina no sea administrada por el personal escolar calificado para tal estudiante en situaciones de emergencia .

Hay un formulario disponible en la oficina de la enfermera para los padres/tutores que no quieren que se administre la epinefrina a su hijo/a. La denegación es válida sólo para el año escolar 2017-2018.

Usted debe presentarse en la escuela para firmar el formulario con la presencia de la enfermera del colegio. Si tiene Ud. alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela.about these requirements.

Revised
1/14/13

HAMDEN PUBLIC SCHOOLS
HEALTH ASSESSMENT AND IMMUNIZATION REQUIREMENTS

Dear Parent/Guardian:

Connecticut law requires that every student entering a public school system must meet certain health requirements before being allowed to begin school. Hamden Public Schools compiles with these requirements including immunizations and state mandated health assessments.

The same requirements apply to all students entering private and parochial schools that receive nursing services through Hamden Public Schools.

NO STUDENT MAY ENTER SCHOOL UNTIL THESE REQUIREMENTS HAVE BEEN SATISFIED.

HEALTH ASSESSMENTS

Hamden Public Schools requires physical examinations before a student may enter Pre-School, Kindergarten, Seventh Grade, and Eleventh Grade or the first time a student enters Hamden Public Schools from outside of Connecticut.

A physical exam is also required for a student re-entering Hamden Public Schools who has not received the grade appropriate required state physical.

Physical examinations must be recorded on the current Connecticut Form HAR-3**. The first page of the form must be completed and signed by the parent/guardian**. Pages two and three must be completed and signed by the primary health care provider.

Students transferring from out of state who do not have the required physical examination on the current Connecticut Form HAR-3 must submit an equivalent examination and form completed in another state by a physician, PA or APRN, performed within one year of the date of entry into school.

REQUIRED PHYSICAL EXAMINATIONS:

Pre-School Students: A physical examination must be performed within one year before the date of entry into school, and yearly while in pre-school.

Kindergarten Students: A physical examination must be performed within one year before the date of entry into school (This is in addition to the Pre-School physical examination).

First through Sixth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Kindergarten physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school.

Seventh through Tenth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Sixth Grade physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school.

Eleventh and Twelfth Grade Students: Each student must show proof of either a Connecticut Tenth Grade physical examination or a physical examination performed within one year before the date of entry into school

Additional Health Assessments may be required of any entering student if the School Medical Advisor determines it is necessary for the protection of the student or others in school.

IMMUNIZATIONS

Students must show proof of completing Connecticut State Immunization Requirements before entering school.

Students who have not yet completed these requirements may enroll in school only if they have received at least the first dose of each required vaccine and continue on the recommended schedule to complete the remainder of these immunizations.

Students entering Hamden Public Schools from an area of high risk for tuberculosis, as determined by the World Health Organization, are required to have a recent PPD, and show proof of the results, or provide results of an interferon-gamma release assay (a blood test) prior to entering school.

The only acceptable proof of immunizations is a document listing the immunizations administered and the dates received (mm/dd/yr). This document must be signed by the student's primary health care provider or an authorized Department of Health Official.

Document proof of immunity is only acceptable for Measles, Mumps, Rubella, Varicella, Hepatitis A and Hepatitis B.
Verification of disease, by history, from an MD, PA, or APRN, is acceptable only for Varicella.

Exemptions from Connecticut State Immunization Requirements for medical or religious reasons are valid only with appropriate documentation. Exemption application forms are available from the School Nurse or at

http://www.ct.gov/dph/cwp/view.asp?a=3136&q=388416

Students transferring from another Connecticut school system should obtain a copy of their immunizations and last state-required health assessment from their previous school. This will simplify the process of enrolling the student in Hamden Public Schools.

Please call your school's Nurse or Hamden School Health Services at 203- 407- 2084 if you have any questions about these requirements.

State of Connecticut Department of Education
Health Assessment Record

To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the medical evaluation (Part II).

State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or registered nurse, licensed pursuant to chapter 378, a physician assistant, licensed pursuant to chapter 370, a school medical advisor, or a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or a physician assistant stationed at any military base prior to school entrance in Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a and 10-206). An immunization update and additional health assessments are required in the 6th or 7th grade and in the 9th or 10th grade. Specific grade level will be determined by the local board of education. This form may also be used for health assessments required every year for students participating on sports teams.

Please print

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	❑ Male ❑ Female
Address (Street, Town and ZIP code)		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone
School/Grade	Race/Ethnicity ❑ American Indian/ Alaskan Native ❑ Hispanic/Latino	❑ Black, not of Hispanic origin ❑ White, not of Hispanic origin ❑ Asian/Pacific Islander ❑ Other
Primary Care Provider		
Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*		
Does your child have health insurance? Y N Does your child have dental insurance? Y N	If your child does not have health insurance, call **1-877-CT-HUSKY**	

* If applicable

Part I — To be completed by parent/guardian.
Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

Please circle **Y** if "yes" or **N** if "no." Explain all "yes" answers in the space provided below.

Any health concerns	Y	N	Hospitalization or Emergency Room visit	Y	N	Concussion	Y	N
Allergies to food or bee stings	Y	N	Any broken bones or dislocations	Y	N	Fainting or blacking out	Y	N
Allergies to medication	Y	N	Any muscle or joint injuries	Y	N	Chest pain	Y	N
Any other allergies	Y	N	Any neck or back injuries	Y	N	Heart problems	Y	N
Any daily medications	Y	N	Problems running	Y	N	High blood pressure	Y	N
Any problems with vision	Y	N	"Mono" (past 1 year)	Y	N	Bleeding more than expected	Y	N
Uses contacts or glasses	Y	N	Has only 1 kidney or testicle	Y	N	Problems breathing or coughing	Y	N
Any problems hearing	Y	N	Excessive weight gain/loss	Y	N	Any smoking	Y	N
Any problems with speech	Y	N	Dental braces, caps, or bridges	Y	N	Asthma treatment (past 3 years)	Y	N
Family History						Seizure treatment (past 2 years)	Y	N
Any relative ever have a sudden unexplained death (less than 50 years old)				Y	N	Diabetes	Y	N
Any immediate family members have high cholesterol				Y	N	ADHD/ADD	Y	N

Please explain all "yes" answers here. For illnesses/injuries/etc., include the year and/or your child's age at the time.

Is there anything you want to discuss with the school nurse? Y N If yes, explain:

Please list any **medications** your child will need to take **in** school:

*All medications taken in school require a separate **Medication Authorization Form** signed by a health care provider and parent/guardian.*

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

Signature of Parent/Guardian Date

To be maintained in the student's Cumulative School Health Record

Part II — Medical Evaluation

Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation and physical examination

Student Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____

❑ I have reviewed the health history information provided in Part I of this form

Physical Exam

Note: *Mandated Screening/Test to be completed by provider under Connecticut State Law

***Height** _____ in. / _____% ***Weight** _____ lbs. / _____% **BMI** _____ / _____% **Pulse** _____ ***Blood Pressure** _____ / _____

	Normal	Describe Abnormal	Ortho	Normal	Describe Abnormal
Neurologic			Neck		
HEENT			Shoulders		
*Gross Dental			Arms/Hands		
Lymphatic			Hips		
Heart			Knees		
Lungs			Feet/Ankles		
Abdomen			***Postural** ❑ No spinal abnormality ❑ Spine abnormality: ❑ Mild ❑ Moderate ❑ Marked ❑ Referral made		
Genitalia/ hernia					
Skin					

Screenings

***Vision Screening**			***Auditory Screening**			History of Lead level ≥ 5µg/dL ❑ No ❑ Yes	Date
Type:	Right	Left	Type:	Right	Left		
With glasses	20/	20/		❑ Pass	❑ Pass	***HCT/HGB:**	
Without glasses	20/	20/		❑ Fail	❑ Fail	***Speech** (school entry only)	
❑ Referral made			❑ Referral made			Other:	

TB: High-risk group? ❑ No ❑ Yes PPD date read: Results: Treatment:

*IMMUNIZATIONS

❑ Up to Date or ❑ Catch-up Schedule: MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED

***Chronic Disease Assessment:**

Asthma ❑ No ❑ Yes: ❑ Intermittent ❑ Mild Persistent ❑ Moderate Persistent ❑ Severe Persistent ❑ Exercise induced
*If yes, please provide a copy of the **Asthma Action Plan** to School*

Anaphylaxis ❑ No ❑ Yes: ❑ Food ❑ Insects ❑ Latex ❑ Unknown source

Allergies *If yes, please provide a copy of the **Emergency Allergy Plan** to School*
History of Anaphylaxis ❑ No ❑ Yes Epi Pen required ❑ No ❑ Yes

Diabetes ❑ No ❑ Yes: ❑ Type I ❑ Type II **Other Chronic Disease:**

Seizures ❑ No ❑ Yes, type:

❑ This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.
Explain: _____
Daily Medications (*specify*): _____

This student may: ❑ **participate fully in the school program**
❑ participate in the school program with the following restriction/adaptation: _____

This student may: ❑ **participate fully in athletic activities and competitive sports**
❑ participate in athletic activities and competitive sports with the following restriction/adaptation: _____

❑ Yes ❑ No Based on this comprehensive health history and physical examination, this student has maintained his/her level of wellness. Is this the student's medical home? ❑ Yes ❑ No ❑ I would like to discuss information in this report with the school nurse.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number

Student Name: _____ **Birth Date:** _____

Immunization Record

To the Health Care Provider: Please complete and initial below.

Vaccine (Month/Day/Year) Note: *Minimum requirements prior to school enrollment. At subsequent exams, note booster shots only.

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*				Required for 7th grade entry	
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*			Required K-12th grade	
Measles	*	*			Required K-12th grade	
Mumps	*	*			Required K-12th grade	
Rubella	*	*			Required K-12th grade	
HIB	*				PK and K (Students under age 5)	
Hep A	*	*			PK and K (born 1/1/2007 or later)	
Hep B	*	*	*		Required PK-12th grade	
Varicella	*	*			2 doses required for K & 7th grade as of 8/1/2011	
PCV	*				PK and K (born 1/1/2007 or later)	
Meningococcal	*				Required for 7th grade entry	
HPV						
Flu	*				PK students 24-59 months old – given annually	
Other						

Disease Hx of above (Specify) (Date) (Confirmed by)

Exemption

Religious _____ **Medical: Permanent** _____ **Temporary** _____ **Date** _____

Recertify Date _____ Recertify Date _____ Recertify Date _____

Immunization Requirements for Newly Enrolled Students at Connecticut Schools

KINDERGARTEN

- DTaP: At least 4 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.

MMR: 2 doses given at least 28 day apart – 1st dose on or after the 1st birthday.

Hib: 1 dose on or after 1st birthday (Children years and older do not need proof of Hib vaccination).

Pneumococcal: 1 dose on or after 1st birthday (born 1/1/2007 or later and less than 5 years old).

Hep A: 2 doses given six months apart-1st dose on or after 1st birthday.

Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.

Varicella: For students enrolled before August 1, 2011, 1 dose given on or after 1st birthday; for students enrolled on or after August 1, 2011 2 doses given 3 months apart – 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease*.

GRADES 1-6

- DTaP /Td/Tdap: At least 4 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday; students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart-1st dose on or after the 1st birthday.
- Hep B: 3 doses – the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 1 dose on or after the 1st birthday or verification of disease*.

GRADE 7

- Tdap/Td: 1 dose of Tdap for students 11 yrs. or older enrolled in 7th grade who completed their primary DTaP series; For those students who start the series at age 7 or older a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccines are needed, one of which **must** be Tdap.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart – 1st dose on or after the 1st birthday.
- Meningococcal: one dose for students enrolled in 7th grade.
- Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses given 3 months apart – 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease*.

GRADES 8-12

- Td: At least 3 doses. Students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine one of which should be Tdap.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart-1st dose on or after the 1st birthday.
- Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: For students <13 years of age, 1 dose given on or after the 1st birthday. For students 13 years of age or older, 2 doses given at least 4 weeks apart or verification of disease*.

* **Verification of disease:** Confirmation in writing by a MD, PA, or APRN that the child has a previous history of disease, based on family or medical history.

Note: The Commissioner of Public Health may issue a temporary waiver to the schedule for active immunization for any vaccine if the National Centers for Disease Control and Prevention recognizes a nationwide shortage of supply for such vaccine.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR HAMDEN

PERMISO PARA LIBERAR E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre / Guardián Nombre Legal: _____

Proveedor de Salud Médica: _____
(Nombre)

_____
(Organización)

_____
(Dirección)

_____
(Número de teléfono)

Por la presente autorizo al proveedor de salud médica que aparece arriba y el personal de los Servicios de Salud Hamden Escuela para liberar e intercambiar información médica (tanto verbalmente como por escrito) con respecto a mi hijo / hija llamada anteriormente. Además, autorizo al personal de Servicios de Salud Hamden Escuela de compartir dicha información de salud de forma confidencial con el personal apropiado que tienen interés educacional legítimo en esa información. Entiendo que esta información puede ser utilizada únicamente para fines tales educativos, y que se mantendrá como confidencial según lo dispuesto por los Derechos Educativos y la Ley de Privacidad, 20 USC, Sección 1232g.

Este consentimiento es efectivo de forma indefinida o de _____ a _____.

Además, este consentimiento está sujeto a revocación por escrito en cualquier momento. Dicha revocación operará para evitar la divulgación de más información por y entre los Servicios de Salud Escolar en Hamden y el proveedor (s) de atención médica nombrado arriba.

Yo soy (marque uno): [ ] Padre [ ] Guardián Legal

_____ _____
Firma del padre / guardián legal Fecha

Hamden Public Schools
Preschool Information Form

Dear Parent/Guardian,

The information we are seeking will assist your child's kindergarten teacher in planning appropriate learning and social activities. Please sign below and **give this form to your child's Preschool/Child Care Provider to complete** and return to the Hamden Public Schools.

I give permission for _____ to complete this form and share the information with the Hamden Public Schools. (Name of Preschool/Child Care Provider)

Name of Student: _____ Phone Number: _____

Date of Birth_____ Parent's/Guardian's Signature: _____ Date: _____

Does your child speak English? □ yes □ no Language(s) your child speaks at home:_____

Please circle the Hamden public elementary school your child will be attending:

Bear Path 10 Kirk Road Hamden, CT 06514	Church Street 95 Church Street Hamden, CT	Dunbar Hill 315 Lane Street Hamden, CT 06514	Helen Street 285 Helen Street Hamden, CT	Ridge Hill 120 Carew Road Hamden, CT 06517	Shepherd Glen Skiff Street Ext. Hamden, CT 06514	Spring Glen School 1908 Whitney Ave Hamden, CT 06517	West Woods 350 W. Todd St. Hamden, CT 06518

If your child will not be attending kindergarten at one of the schools listed above please provide the address of the school where he/she will be attending:

Preschool/Child Care Provider _____ Phone Number: _____

By the time this child enters kindergarten he/she will have attended this program for _____years and ____ months. During this past year this child attended ____ hours _____days/week.

Teacher: Place an ☒ next to those skills/behaviors that the child displays on a consistent basis.

Language and Early Literacy Skills:

☐ Identifies own first name ☐ Points to pictures in a book when asked about the characters or objects
☐ Identifies upper case letters. How many out of 26? _____ ☐ Identifies lower case letters. How many out of 26? ___
☐ Tracks text during a read aloud ☐ Answers questions about stories ☐ Asks questions
☐ Tells about the events of his/her day ☐ Engages in conversation ☐ Retells stories

Listening Skills/Social Emotional Develop:

☐ Socializes/Plays with other children ☐ Shares with others ☐ Knows first and last name
☐ Seeks adult assistance when needed ☐ Maintains self-control ☐ Knows body parts ☐ Takes turns
☐ Appropriate response to authority ☐ Transitions easily ☐ Adjusts to new situations appropriately
☐ Follows simple directions ☐ Expresses self verbally ☐ Participates appropriately during group times
☐ Uses classroom materials appropriately ☐ Follows classroom routines ☐ Cares for own toilet needs

Colors, Shapes, Numbers:

☐ Recognizes basic colors ☐ Identifies numbers to 10 ☐ Recognizes circle, square, triangle, rectangle
☐ Counts objects to 10 ☐ Can sort objects by attribute (color, shape size etc)

Motor Skills:

☐ Is able to complete simple puzzles ☐ Is able to cut with scissors ☐ Is able to control pencil and crayon
☐ Is able to draw some recognizable objects ☐ Is able to build with blocks ☐ Writes own first name

Child's Strengths: _____

Child is working on: _____

Has this child received special support services or were they referred for services? ☐ yes ☐ no If yes, please explain:

_____

Please have this child draw a picture of him/herself or another person, write their name on the paper and attach it to this form

Teacher's Signature:_____ Date: _____

Please put additional information that would be helpful to the kindergarten teacher on the back side. ➔➔➔➔➔➔➔➔➔➔

Preschool Provider: Please send this for directly to the elementary school indicated above by June 1s