



WELCOME TO COLLINS ELEMENTARY

Student Name: _____

Registration Date: _____

The following is a list of information that will be needed to enroll your child in our school. These items are needed in addition to the registration forms provided:

_____ *Student Enrollment Packet

- Enrollment/emergency card
- Records Release
- Transportation form
- Permission To Videotape/Photograph/Publish Release Form
- Home Language Survey
- Adjudication/Expulsion Affidavit
- Kindergarten Prior Setting Date form

_____ Certified Birth Certificate (within 30 days)

_____ *Immunization Certificate

_____ Preventative Health Care Examination Form (within 30 days)

_____ Kentucky Eye Exam (first time entering a public school, ages 3 -6)

_____ Kentucky Dental Screening Form (first time entering a public school, ages 5-6)

_____ *Legal Custody Papers (if applicable)

_____ *Proof of Residency at enrolling address in parent/guardians name

- a. Lease, contract, mortgage, etc.
- b. Utility bill (water or electric bill)

_____ Copy of parent/guardians driver license

_____ Social Security Card or waiver

****Required at time of enrollment***

If you have any questions please call the office at 859-282-2350.

Écoles du comté de Boone

Inscription d'élève et informations en cas d'urgence

Réservé à un usage interne
 École : _____
 Date de début : _____
 Enseignant : _____

Nom légal de l'élève (EN MAJUSCULES S'IL VOUS PLAÎT) _____ Suffixe _____
(Nom) (Prénom) (Deuxième prénom) (I, II, etc.)

Année scolaire : _____ Date de naissance : _____ Sexe de l'enfant Masculin Féminin

Numéro de sécurité sociale (facultatif) : _____

Votre enfant a-t-il déjà redoublé une classe ? Oui Non. Si oui, laquelle ? _____

Lieu de naissance : (Pays) _____ (Comté) _____ (État) _____ N° de téléphone : (_____) _____

Adresse de l'élève : (Rue) _____ (N° appart.) _____ (Ville) _____ (État) _____ (Code postal) _____

(Cochez seulement s'il y a lieu*) Refuge Motel Maison/Appartement partagé(e) avec des amis ou des membres de la famille

*S'il y a lieu, veuillez remplir un questionnaire sur la résidence (704 KAR 7:090)

Amis/Membres de la famille (autre qu'un parent/tuteur)

Adresse postale de l'élève : (si différente) _____ (Ville) _____ (État) _____ (Code postal) _____
(Rue ou boîte postale et numéro d'appart.)

L'adresse et le numéro de téléphone de l'élève n'ont pas changé.

Parents/Tuteurs, veuillez inscrire vos initiales ici _____

Origine ethnique : votre enfant est-il hispanique/latino : Oui Non

Race de l'élève : (Cochez tout ce qui s'applique) Blanc Noir ou afro-américain Asiatique Amérindien ou autochtone d'Alaska
 Hawaïen ou originaire d'une autre île du Pacifique

Citoyen américain : Oui Non Si non, pays de résidence : _____ Migrant Immigrant Réfugié : (Pays) _____

Dernière école fréquentée : _____ École du Kentucky : Oui Non

Dernière date de présence : _____ N° téléphone de l'école : (_____) _____

Adresse de l'école : (Ville) _____ (Pays) _____ (État) _____

Écoles du comté de Boone précédemment fréquentées et années : _____

Race/Groupe ethnique
Catégories :

- Blanc (non hispanique). Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Europe, d'Afrique du Nord ou du Moyen-Orient.
- Noir/Afro-américain (non hispanique). Une personne ayant des origines dans l'un des groupes raciaux noirs d'Afrique.
- Hispanique/Latino. Une personne d'origine mexicaine, portoricaine, cubaine, ou originaire d'Amérique centrale ou du Sud, ou d'une autre culture espagnole, quelle que soit sa race.
- Asiatique. Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Extrême-Orient, d'Asie du Sud-Est ou du sous-continent indien.
- Polynésien. Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Hawaï, de Guam, de Samoa ou d'autres îles du Pacifique.
- Amérindien ou autochtone d'Alaska. Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Amérique du Nord ou du Sud et qui entretient une identification culturelle par le biais d'une affiliation tribale ou d'un attachement communautaire.

Parents/Tuteurs vivant dans le même ménage que l'élève

Nom légal : _____ Suffixe : _____ <small>(Nom) (Prénom) (2e prénom)</small> Lien avec l'élève : _____ Téléphone fixe : (_____) _____ Travail : (_____) _____ Téléphone portable : (_____) _____ Adresse e-mail : _____	Nom légal : _____ Suffixe : _____ <small>(Nom) (Prénom) (2e prénom)</small> Lien avec l'élève : _____ Téléphone fixe : (_____) _____ Travail : (_____) _____ Téléphone portable : (_____) _____ Adresse e-mail : _____
---	---

Frères et sœurs vivant dans le même ménage que l'élève

Nom légal : _____ Suffixe : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Année scolaire : _____ Nom de l'école du comté de Boone : _____	Nom légal : _____ Suffixe : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Année scolaire : _____ Nom de l'école du comté de Boone : _____
Nom légal : _____ Suffixe : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Année scolaire : _____ Nom de l'école du comté de Boone : _____	Nom légal : _____ Suffixe : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Année scolaire : _____ Nom de l'école du comté de Boone : _____

Parents/Tuteurs vivant à une adresse différente de celle de l'élève

Ce parent/tuteur a-t-il la garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ce parent/tuteur doit-il recevoir des informations relatives à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Cette personne a-t-elle un accès légalement restreint à cet élève ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Une copie de l'ordonnance du tribunal DOIT être fournie à l'école.) Nom légal : _____ Suffixe : _____ Lien avec l'élève : _____ Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Téléphone fixe : _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____	Ce parent/tuteur a-t-il la garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ce parent/tuteur doit-il recevoir des informations relatives à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Cette personne a-t-elle un accès légalement restreint à cet élève ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Une copie de l'ordonnance du tribunal DOIT être fournie à l'école.) Nom légal : _____ Suffixe : _____ Lien avec l'élève : _____ Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Téléphone fixe : _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____
---	---

Services spéciaux

Cet élève a-t-il des besoins particuliers, ou reçoit-il des services d'éducation spécialisée ? Oui Non
Cet élève a-t-il un plan 504 ? Oui Non Cet élève reçoit-il des services de Titre I ? Oui Non
Cet élève bénéficie-t-il de prestations pour la parole ? Oui Non
Cet élève a-t-il été officiellement identifié comme surdoué ou talentueux ? Oui Non

Transports

Principal moyen de transport pour se rendre à l'école (cochez tout ce qui s'applique) : En voiture À pied En bus scolaire
N° bus : _____ (attribué par le personnel du district scolaire)

Transport par les écoles du comté de Boone : Matin Après-midi Matin et après-midi Plus d'un mile (1,6 km)
 Moins d'un mile Garderie : _____

Langue

L'anglais est-il la langue la **plus fréquemment** parlée à la maison ? Oui Non, quelle est la langue parlée ? _____
Votre enfant a-t-il appris l'anglais quand il a **commencé** à parler ? Oui Non, quelle était la langue parlée ? _____
Votre enfant parle-t-il le **plus souvent** en anglais à la maison ? Oui Non, quelle est la langue parlée ? _____
Est-ce que l'anglais est la langue la **plus fréquemment** utilisée pour s'adresser à l'enfant à la maison ? Oui Non, quelle est la langue parlée ? _____

(Si au moins l'une des réponses ci-dessous n'est pas l'anglais, veuillez remplir le « Sondage sur la langue parlée à la maison ».)

Informations médicales

Énumérez et identifiez les problèmes de santé* (comme les allergies graves, les problèmes médicaux chroniques et/ou les allergies aux médicaments) : _____

*Selon la réglementation de l'État, tout élève ayant un problème de santé (asthme, allergie, diabète, épilepsie, etc.) doit avoir un régime de soins de santé dans son dossier. Pour plus d'informations, veuillez contacter l'infirmière ou le responsable santé de l'école.

Prise régulière de médicaments : _____ Posologie : _____
Un formulaire « Autorisation d'administrer des médicaments » doit être joint au dossier pour tout médicament à administrer à un élève pendant la journée scolaire.

Nom du médecin : _____ N° téléphone : _____

Je donne aux autorités scolaires l'autorisation de contacter le fournisseur de soins de santé désigné : _____
(Signature du parent/tuteur)

Informations en cas d'urgence

Si nécessaire, à quel hôpital cet élève doit-il être conduit ? _____

EN CAS D'URGENCE, si le parent/tuteur ne peut être contacté, veuillez appeler et/ou confier mon enfant à l'une des personnes suivantes :

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ N° téléphone : _____

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ N° téléphone : _____

Dans le cas où une personne ne serait **PAS AUTORISÉE** à entrer en contact avec cet élève, indiquez son nom et son lien avec l'élève :
(La documentation juridique **DOIT** être fournie à l'école.)

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____

L'école n'est pas responsable des élèves autorisés par leurs parents à quitter l'école pendant les heures de classe ou des élèves de l'école élémentaire et des niveaux de scolarité intermédiaire (middle school) autorisés par leurs parents à rentrer chez eux seuls après l'école.

Si ces informations venaient à changer en cours d'année, veuillez contacter IMMÉDIATEMENT le secrétariat de l'école

Signature du parent/tuteur _____

Date : _____

Réservé à un usage interne	
Nouvelle inscription	_____
Inscription révisée	_____
Personnel du secrétariat	_____
Date	_____

Veillez remplir
en anglais

Boone County Schools
SONDAGE DE LANGUES PARLÉES À DOMICILE

French
Home Language Survey

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin

Nom du parent/tuteur: _____

Adresse: _____

Téléphone du domicile: _____ Téléphone professionnel: _____

École: _____ Classe: _____ Date: _____

1. Quelle langue vous et votre famille parlez-vous chez vous la plupart du temps? _____

2. Quelle langue votre enfant a-t-il apprise lorsqu'il a commencé à parler? _____

3. Quelle langue votre enfant parle-t-il le plus souvent à la maison? _____

4. En quelle langue préféreriez-vous recevoir les communications de l'école si elles étaient disponibles en cette langue? _____

5. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à votre enfant? (Père) _____

(Mère) _____

6. Veuillez décrire la langue comprise par votre enfant. (Cochez une seule réponse)

- A. Comprend seulement la langue parlée à domicile et pas d'anglais.
- B. Comprend surtout la langue parlée à domicile et un peu d'anglais.
- C. Comprend aussi bien l'anglais que la langue parlée à domicile.
- D. Comprend plus l'anglais et un peu la langue parlée à domicile.
- E. Comprend seulement l'anglais.

Signature du parent ou du gardien

Date

OFFICE USE ONLY

Student ID #	Date Distributed	Date Received	



Commonwealth of Kentucky
Kentucky Department of Education
Boone County Board of Education
Adjudication/Expulsion Affidavit

K.R.S. 158.000 requires that a parent or guardian of a child who has been adjudicated guilty or previously expelled for homicide, assault, or violation of state law or school regulations relating to weapons, alcohol or drugs notify a new school of that fact by a sworn statement given to the school at the time of registration.

In compliance with that requirement, I swear or affirm that I am the parent or legal guardian of _____ who:

Student Name

1. Was adjudicated guilty and/or
2. Was previously expelled from _____ private or public school, either in state or out-of-state and/or
3. Was disciplined for a violation of state law or school regulation relating to weapons, alcohol or drugs.
4. Has never been adjudicated guilty or previously expelled or disciplined for violation of K. R. S. 158.000 as mentioned above.

The facts are as follows:

(Please attach a separate sheet as needed.)

I swear or affirm that, to the best of my knowledge and belief, the statements and information contained herein are true, factual and complete.

Affiant, Parent/Guardian

Date

Écoles du comté de Boone

Formulaire pour le transport de l'élève 2021-2022

École : _____ Code de l'école : _____ Code T : _____ Année scolaire : _____

Sexe : _____ Année scolaire : _____ Numéro d'étudiant : _____ Enseignant : _____

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

ENTOUREZ CE QUI CONVIENT : K = TOUTE LA JOURNÉE KA = MATERNELLE LE MATIN KP = MATERNELLE L'APRÈS-MIDI

Tous les élèves seront conduits à leur domicile, sauf si une autre adresse est fournie.

Adresse du domicile : _____

Ville/État/Code postal : _____

Parent/Tuteur : _____ Numéro de téléphone : _____

Parent/Tuteur : _____ Numéro de téléphone : _____

TRANSPORT EN BUS NÉCESSAIRE OUI__ OU NON __. SI OUI, CHOISISSEZ L'UNE DES OPTIONS CI-DESSOUS :

- TRANSPORT EN BUS JUSQU'À L'ÉCOLE (MATIN) UNIQUEMENT ;
- TRANSPORT EN BUS DEPUIS L'ÉCOLE (APRÈS-MIDI) UNIQUEMENT ;
- TRANSPORT EN BUS À ET DEPUIS L'ÉCOLE (MATIN ET APRÈS-MIDI).*

AUTRES LIEUX DE RAMASSAGE ET DE DÉPÔT

Selon la politique du district, les élèves ne peuvent être ramassés et déposés qu'UNE FOIS LE MATIN et UNE FOIS L'APRÈS-MIDI.

****PAS D'AUTRES JOURS****

AUTRE LIEU DE RAMASSAGE ET/OU DE DÉPÔT NÉCESSAIRE (doit se trouver dans le secteur de l'école).

Dans le cas où vous utilisez une autre adresse, veuillez fournir les informations suivantes :

Lieu de ramassage : _____

Lieu de dépôt : _____

Ne remplissez pas cette zone si votre enfant doit être conduit à l'adresse du domicile ou si aucun transport n'est nécessaire.

Informations sur le transport de l'élève À remplir par la direction de l'école

Informations sur le ramassage du matin :

N° du bus _____ Lieu de l'arrêt : _____

Informations sur le ramassage de l'après-midi :

N° du bus _____ Lieu de l'arrêt : _____

Numéro du conducteur _____ Nom de la garderie et numéro assigné _____



Statement of Non-Disclosure
Of
Social Security Number

Date: _____

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

School Attending: _____

Student Name: _____ DOB: _____

In signing this waiver, I acknowledge that I am refusing to provide a copy of my child's Social Security Card to the Boone County School District. By signing this waiver your child **will not be eligible** for the **Kentucky Educational Excellence Scholarship funds** for their college education.

I also understand that any programs requiring my child's SS# for participation, within the Boone County School District and/or the Kentucky Department of Education, will not be available to my child.

Parent Signature _____

DATE: _____



Boone County Schools Permission to Videotape/Photograph/Publish

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SUBMIT IT TO THE SCHOOL.

Dear Parent/Guardian:

At some time during the school year, school/District personnel or other District-authorized persons may videotape or photograph classroom activities or special projects in which your child participates during or after the school day for staff/student evaluative, educational, or public awareness or fund raising purposes. Such videotapes or photographs may be viewed by peers, faculty, or administrators. On special occasions such as a videotape or photograph of a class or school play or of an academic or athletic event, the film or photograph may be viewed by a general audience including, but not limited to, publication on the school or District Web site, event programs and newsletter and in school yearbooks,

Please review this form carefully, sign and date the form, and submit the form to the school. Although we will make efforts to comply with your request, bear in mind that we cannot monitor all adults at all times, especially during the special occasions when other parents may take pictures or may tape the event.

Once signed and dated, this form shall remain in effect for your child's enrollment in the District schools. However, at any time during the school year, you may amend this form only for future uses/preferences by notifying the Principal in writing of your request.

As the parent(s)/guardian(s) of _____, I/we give the
Student's Name

Boone County School District permission to release my/our child's name, photograph, and/or audio/video reproduction for publication concerning school functions and activities, including academic and athletic activities.

Name of Parent(s)/Guardian(s) (**Please print.**) _____

Parent/Guardian's Signature

Date

Parent/Guardian's Signature

Date

Principal/Designee's Signature

Date

Kindergarten Prior Setting Data

Dear Parent/Guardian;

School readiness for all children is critical to the success of students. Through an initiative begun by then-Gov. Steve Beshear in 2010, Kentucky is focused on ensuring that all young children who enter kindergarten are ready to grow, ready to learn and ready to succeed. One way that our district can support our families, stakeholders and community partners with promoting school readiness is by learning more about the early care settings our children have experienced before they enter school.

Our district is required, as part of 704 KAR 5:070, to collect information about where your child received early care services for the **12 months** prior to coming to kindergarten. There are five basic categories that children may receive care before entering kindergarten:

State-funded preschool: Children who attend the state-funded preschool program, which, as defined in 704 KAR 3:410, provides preschool services to at-risk 4-year-olds and 3- and 4-year-olds with identified special needs.

Head Start: Children who attend Head Start, which provides early childhood services to 3- and 4-year-old children who are at risk.

Child care: Children who attend any child care or private preschool setting that is licensed by the Division of Regulated Child Care. This includes Type 1, Type 2 and Family Certified Homes.

Home: A child who is at home with a parent/guardian before entering school.

Other: A child receiving care from one of the following:

- a family member, such as a grandparent, aunt, uncle, sibling
- a private sitter, who is not certified, such as a neighbor, nanny or other
- other early childhood setting that does not meet the above definitions

On the attached form, please provide the following information in the fields that are applicable to your child's **previous 12 months**. There may only be one prior setting your child participated in, or there may be multiple settings. If you need more space than is provided for any category, please provide the information on the back of the document.

1. Child's name: last, middle initial, first name
2. Child's date of birth (month, day, year)
3. Child's street address, including city, state, zip code
4. Prior Setting Information: Where has the child received early care services within the last 12 months? You may choose more than one option, if necessary. For example, your child may have had a change in care within the last 12 months. You would also need to choose more than one setting if your child attended a half-day program, then spent the other half-day at a child care facility, babysitter or at home.

If you have questions about prior setting information, please ask your child's teacher or office manager for clarification. We look forward to working with your family to ensure your child's success throughout kindergarten and beyond.

Sincerely,
District/School Staff

Kindergarten Enrollment Prior Setting Data

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Please provide information about every early care setting your child attended during the year prior to kindergarten. **Fill out a new box for each location.**

<p>Setting 1:</p> <p>State-funded preschool Head Start Child Care Home Other (circle one)</p> <p>Facility/School Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Start Date: _____ End Date: _____</p>
<p>Setting 2:</p> <p>State-funded preschool Head Start Child Care Home Other (circle one)</p> <p>Facility/School Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Start Date: _____ End Date: _____</p>
<p>Setting 3:</p> <p>State-funded preschool Head Start Child Care Home Other (circle one)</p> <p>Facility/School Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Start Date: _____ End Date: _____</p>
<p>Setting 4:</p> <p>State-funded preschool Head Start Child Care Home Other (circle one)</p> <p>Facility/School Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Start Date: _____ End Date: _____</p>
<p>Setting 5:</p> <p>State-funded preschool Head Start Child Care Home Other (circle one)</p> <p>Facility/School Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Start Date: _____ End Date: _____</p>

Collins Elementary School

Thomas W. Loring Jr., Principal
Norma Lawless, Assistant Principal
Amy Maiden, Assistant Principal



Elizabeth Nordman, Guidance Counselor
Ashley Jacobs, Guidance Counselor

9000 Spruce Drive • Florence, KY 41042 • 859.282.2350 • 859.282.2356 Fax

BOONE COUNTY SCHOOLS PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF RECORDS

To the Principal of:

(Name of School)

(Address)

(City, State, Zip)

(Phone #)

(Fax #)

You are authorized to release records on: _____ DOB: _____ Grade: _____
(Student's Name)

Release all the checked information

Release all information

- 1. Cumulative Records
- 2. General identifying data (Name, Address, DOB, Grade Level Completed Grades, Class Standing, Attendance Record)
- 3. Standardized Achievement and Aptitude
- 4. Medical/Health Records
- 5. Special Education Due Process File

- 6. Gifted File
- 7. Title I File
- 8. ESS File
- 9. Limited English Proficiency/
English as Second Language
- 10. Record of Extra Curricular
Activities
- 11. Other (Specify) _____

SEND TO: COLLINS ELEMENTARY SCHOOL
9000 SPRUCE DRIVE PHONE: 859-282-2350
FLORENCE, KY 41042 FAX: 859-282-2356

The reason for this request is:

- Transfer to school due to change in residence
- Other

Signature of Parent or Legal Guardian

Address

Date

Telephone Number

PREVENTATIVE HEALTH CARE EXAMINATION FORM

All local boards of education shall require a preventative health care examination of each child first entering a Kentucky public school within a period of twelve (12) months prior to initial admission to school and within one (1) year prior to entry to sixth grade. Local school boards may extend this time not to exceed two (2) months. (702 KAR 1:160)

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION AND RECORDS

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____ Gender: M F Grade: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ yrs _____ months Preferred Language: _____

Parent or Guardian Name: _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS TO BE REPORTED ON IMMUNIZATION CERTIFICATE FORM, EPID 230.

MEDICAL HISTORY

Allergies: _____

Current Prescribed Medications to be taken daily at school: _____

Significant Historical Information: _____

SCREENING RESULTS:

BP: _____ Height: _____ (ft.) _____ (inches) Weight _____ lbs. BMI _____ BMI% _____

Vision	Right 20/ _____	Passed <input type="checkbox"/>	Hearing - Right	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
	Left 20/ _____	Failed <input type="checkbox"/>		Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
		Referred <input type="checkbox"/>	Hearing - Left	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>

Optional: Hct/HGB: _____ Lead: _____ Urinalysis: _____

General appearance Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Gross dental (teeth and gums) Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Head/scalp/skin Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Eyes/Ears/Nose/Throat Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Chest/Lungs/Heart Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Abdomen/Genitalia Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Extremities/back Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Neuro Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision
- Hearing
- Speech/Language
- Physical
- Social/Behavioral
- Cognitive

Specify: _____

- This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.

Recommendations (Attach additional sheet if necessary): _____

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
- This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.

(Specify reason and restriction) _____

ANTICIPATORY GUIDELINES

Discussed and/or handout given

SCHOOL READINESS

- Establish routines
- After-school care/activities
- Friends
- Bullying
- Communicate with teachers

MENTAL HEALTH

- Family time
- Anger management
- Discipline for teaching not punishment
- Limit TV, computer

NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY

- Healthy weight
- Well-balanced diet, including breakfast
- Fruits, vegetables, whole grains, dairy

- 60 minutes of exercise/day

ORAL HEALTH

- Regular dentist visits
- Brushing/Flossing
- Fluoride

SAFETY

- Sexual safety
- Pedestrian safety
- Safety helmets
- Swimming safety
- Fire escape plan
- Smoke/carbon monoxide detectors
- Guns
- Sun
- Appropriately restrained in all vehicles

Additional comments or recommendations: _____

Signed: _____
Physician/APRN/PA/EPSTDT Provider

Date: _____

Address: _____

Telephone: _____

Kentucky law, KRS 156.160(j), requires proof of a dental screening or examination by a dentist, dental hygienist, physician, registered nurse, advanced registered nurse practitioner, or physician assistant. This evidence shall be presented to the school no later than January 1 of the first year that a five (5) or six (6) year old is enrolled in public school.

<p>Student Name: _____ Last _____ First _____ Middle _____</p> <p>Birth date: ____/____/____ Gender: <input type="radio"/> 0 Male <input type="radio"/> 1 Female</p> <p>Parent or Guardian: _____ Name _____ Relationship _____</p> <p>Address: _____ City: _____</p> <p>Phone Number: _____ School: _____</p> <p>Date of Exam/Screening ____/____/____</p>		<p>Test Type (check one)</p> <p><input type="radio"/> Screening</p> <p><input type="radio"/> Exam</p> <p>Screener's Name: _____</p> <p>Screener's Address: _____</p> <p>Phone Number: _____ Screening Date: _____</p> <p>Screener's Signature: _____</p> <p>Professional affiliation: (Please check one)</p> <p><input type="radio"/> Dentist <input type="radio"/> Dental Hygienist</p> <p><input type="radio"/> Physician Assistant <input type="radio"/> Registered Nurse with training</p> <p><input type="radio"/> APRN <input type="radio"/> Physician</p>
<p>Untreated Decay: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No untreated cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Untreated cavities</p>	<p>Treated Decay: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No treated cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Treated cavities</p>	<p>Comments:</p>
<p>Pattern of Early Childhood Cavities: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No Early Childhood Cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Early Childhood Cavities Present</p>	<p>Treatment Urgency: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No obvious problem</p> <p><input type="radio"/> 1 Early dental care needed</p> <p><input type="radio"/> 2 Referral for Urgent Care</p> <p>NOTE: Comment required if marked.</p>	

KRS 156.160 (1) (g) requires proof of a vision examination by an optometrist or ophthalmologist. This evidence shall be submitted to the school no later than January 1 of the first year that a three (3), four (4), five (5) or six (6) year old child is enrolled in public school, public preschool, or Head Start program.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION

Date of student's enrollment: _____

Date of Vision Examination: _____

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Parent or Guardian Name: _____

CASE HISTORY

Date of Exam: _____

Ocular History: Normal or Positive for: _____

Medical History: Normal or Positive for: _____

Drug Allergies: NKDA or Allergic to: _____

Family Ocular and Medical History: Amblyopia Strabismus Glaucoma Diabetes

Other: _____

Other Pertinent Information: _____

Refraction with cycloplegic? (Please indicate one.) YES NO

	OD	OS
Unaided Acuity	20/	20/
Best Corrected Acuity	20/	20/

Type of Examination	Normal	Abnormal	Notable to Assess
External Exam (eye and adnexa)			
Internal Exam (media, lens, fundus, etc)			
Neurological Integrity (pupils)			
Binocular Function (stereopsis)			
Accommodation and convergence			
Color Vision			

Diagnosis:

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other: _____

Recommendations:

1 Glasses prescribed: YES NO

2 _____

3 _____

Age appropriate and suggested anticipatory guidance (health assessments):

- Educate (parents/patients) about eye/vision disorders and needed vision care
- Counsel (parents/patients) regarding eye safety
- Stress importance of early, preventative eye care
- Recommend re-examination, as appropriate

Signed: _____
Optometrist/Ophthalmologist

Date: _____

Address: _____

Telephone: () _____