



BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, NJ 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org



Adjunto encontrara el paquete de inscripcion escolar de Bedminster. Imprima el paquete **A UNA SOLA CARA** y devuelvalo por correo electronico at kjohnsen@bedminsterschool.org

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Requisitos de vacunas | REQUERIDO |
| • Preguntas frecuentes | REQUERIDO (Gr. 1 through 8) |
| • Formulario de registro (2 páginas) | OPCIONAL |
| • Publicación de registros | REQUERIDO |
| • Formulario de cuestionario McKinney-Vento | REQUERIDO |
| • Registro Universal de Salud Infantil (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Historial de salud (3 páginas) | REQUERIDO |

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Nos comunicaremos con usted para concertar una cita y proporcionar los originales de estos documentos.

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE / TUTOR :

- pasaporte
- Licencia de conducir
- Identificación militar

PRUEBA DE NACIMIENTO ORIGINAL (Una de las siguientes opciones) :

- pasaporte
- Acta de nacimiento

PRUEBA (S) ORIGINAL (S) DE RESIDENCIA (Una de cada categoría) :

Categoría A

- Factura de impuestos inmobiliarios
- Hipoteca
- Alquiler

Categoría B

- Factura de servicios públicos
- Extracto de cuenta

FÍSICO DE ESTADOS UNIDOS ESTAMPADO POR UN MÉDICO DE EE. UU.

INMUNIZACIONES ACTUALIZADAS DE UN MÉDICO DE EE. UU.

Una vez que el registrador haya visto los originales, se copiarán y se le devolverán directamente.

Haga una cita para completar el proceso de registro. Para contactar a Karna Johnsen, Registradora de la escuela, por correo electrónico: kjohnsen@bedminsterschool.org . O puede comunicarse con ella por teléfono al 908-234-0768, Extensión 202.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER REGISTRO DE KINDERGARTEN PREGUNTAS FRECUENTES



¿La escuela de Bedminster es un "distrito escolar único"?

Sí. Somos un distrito escolar de pre-K a octavo grado y un distrito emisor de Bernards High School, Bernardsville, NJ en el distrito escolar de Somerset Hills.

¿Cuál es el horario de la escuela?

La escuela comienza a las 8:50 a.m. y termina a las 3:20 p.m. Ningún estudiante debe llegar antes de las 8:40 de la mañana a menos que esté inscrito en una actividad que requiera que esté aquí antes del comienzo de la escuela, o a menos que esté inscrito en el programa de cuidado-antes que comience la escuela. Ningún estudiante permanecerá en las instalaciones después del cierre de la escuela a menos que participe en una de nuestras actividades después de la escuela o esté inscrito en el programa de cuidado.

¿Tienen un programa de cuidado antes y después de la escuela?

¡Sí! Está en las instalaciones de la escuela, pero administrado de forma autónoma por Somerset Hills YMCA. La información sobre este programa se puede encontrar en nuestro sitio web mencionado anteriormente en la pestaña "Información". Luego haga clic en "Cuidado de Niños".

¿Mi hijo recibirá transporte escolar?

Todos los estudiantes que residen en el municipio de Bedminster recibirán transporte de cortesía.

¿Cómo funciona el transporte de autobús con asunto a los diferentes grados dentro de la escuela?

La escuela de Bedminster se enorgullece de manejar nuestras diferencias de edad. Por lo tanto, asignamos asientos en nuestros autobuses, por lo que los niños de Jardín Infantil (kindergarden) están cerca del frente y los niños mayores se sientan hacia atrás. No tenemos un monitor que viajen en el autobús con los estudiantes, pero sí tenemos monitores que toman asistencia todos los días para nuestros estudiantes de Jardín Infantil, Grado 1 y Grado 2, así como también imponen las asignaciones de asientos.

¿Mi hijo tiene que viajar en el autobús?

No. Tenemos opciones para el cuidado - después de la escuela y la recogida de los estudiantes por los padres o tutores. Puede establecer un acuerdo permanente para el año por escrito con nuestra recepcionista u ocasionalmente cambiar el lugar donde va a estar su hijo. Este cambio se debe hacer por escrito una sola vez y antes de las 2:00 de la tarde. Consulte los procedimientos de llegada y salida que figuran en nuestro sitio web en "Información" y los "Documentos relacionados con la verificación de los padres".

¿Mi hijo tiene que traer el almuerzo todos los días?

No. Tenemos una cafetería con almuerzo caliente y bocadillos que su hijo puede utilizar. Puede enviar a su hijo con el dinero o abrir una cuenta que usted pueda recargar durante el año escolar.

¿A qué hora almorzaré mi hijo?

Tenemos tres sesiones de almuerzo de la siguiente manera:

K, 1 y 2	-	11:07 a.m. - 11:37 a.m.
3, 5 y 6	-	11:50 a.m. - 12:20 p.m.
4, 7 y 8	-	12:33 p.m. - 1:03 p.m.

¿Podemos hacer una cita para una visita por la escuela de Bedminster?

Las visitas durante el año no están disponibles. Como nuevo estudiante o estudiante de Jardín Infantil que se registra durante el verano, usted y su hijo podrán ver la escuela el día de orientación en septiembre, justo antes del comienzo del año escolar.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER



FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE (escriba en letra de molde y complete TODAS las secciones)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Ano Escolar / Grado:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Nombre de nacimiento del estudiante (si es diferente al nombre actual):

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Numero de telefono de la casa del estudiante:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal (si es diferente de la direccion fisica):

Etnicidad (si es multiracial, marque todos los que correspondan):

Sexo de nacimiento del estudiante (si es diferente del sexo actual):

Ciudad, Estado y Pais de nacimiento:

Ciudad

Estado

Pais

Si el pais de nacimiento NO es Estados Unidos:

Fecha de Entrada a los Estados Unidos:

Fecha del Primer Dia de entrada:

Idioma Principal que se Habla en Casa:

¿Tiene el estudiante seguro medico? (Por favor marque con un circulo):

NO

SI

En caso afirmativo, indique el proveedor de seguro:

¿Esta el padre/tutor del estudiante en servicio militar activo, en la Guardia Nacional o en el componente de reserva de los servicios militares de los Estados Unidos?

NO

SI

(encima)

INFORMACION PARA PADRES/TUTORES

Marque con un circulo Padre/Tutor Residente de Bedminster Madre Padre Ambos

¿La custodia de este niño esta limitada por orden judicial o acuerdo legal? NO SI

SE ES SI - EL DOCUMENTO LEGAL ORIGINAL QUE DECLARA LA CUSTODIA RESIDENCIAL DEBE SER PROPORCIONADO A LA ESCUELA AL HACER LA INSCRIPCION

INFORMACION DE MADRE: NOMBRE

Domicilio: Ciudad, Estado y _____

Codigo postal: _____ Direccion Ciudad Estado /Codigo postal

Telefono de la casa: _____ Telefono Celular: _____

Direccion de correo electronico: _____

INFORMACION DEL PADRE: NOMBRE

Domicilio: Ciudad, Estado y _____ Direccion Ciudad

Codigo postal: _____ Estado /Codigo postal

Telefono de la casa: _____ Telefono Celular: _____

Direccion de correo electronico: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA E INFORMACION DE HERMANOS

Contacto #1 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TRABAJO: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

Contacto #2 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TRABAJO: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

Contacto #3 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TRABAJO: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

Contacto #4 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TRABAJO: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DE HERMANOS: 1) NOMBRE: _____ EDAD: _____

2) NOMBRE: _____ EDAD: _____

3) NOMBRE: _____ EDAD: _____

SPECIAL PROGRAMS

¿Ha estado su hijo alguna vez en un programa de necesidades especiales? NO SI (En caso afirmativo, marque con un circulo

¿Está su hijo actualmente en un programa de necesidades especiales? NO SI todo lo que corresponda):

IEP 504 I & RS

¿Su hijo recibe servicios del habla? NO SI

¿Su hijo ha estado alguna vez o está actualmente en un programa de dominio limitado del inglés / inglés como segundo idioma (ESL)? NO SI

POR FAVOR ESTE SEGURO DE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA

FIRMA DE PADRES / TUTOR: _____ FECHA: _____

BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, New Jersey 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org

SOLICITUD DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

NA ME Y DIRECCION DE ESCUELA ANTERIOR

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

N. DE FAX: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

GRADO

FECHA DE NACIMIENTO

(Por favor imprimir)

El alumno mencionado anteriormente se ha inscrito recientemente en nuestra escuela. **Envie todos los registros academicos, de salud y CST a:**

BEDMINSTER TOWNSHIP SCHOOL
234 SOMERVILLE ROAD
BEDMINSTER, NJ 07921
ATTENTION: SCHOOL SECRETARY

Por la presente autorizo la divulgacion de los registros academicos / de salud / CST relacionados con el alumno mencionado anteriormente a la escuela Bedminster Township School.

Padre / tutor Firma Da te

Fecha

English translation is on the form attached.

Bedminster Township School
234 Somerville Road, Bedminster, NJ 07921
908-234-0768

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Número de teléfono del estudiante: _____

Question 1: ¿Cuál fue el primer idioma que utilizó el alumno? _____

Question 2: En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 3: ¿El estudiante comprende otro idioma que no sea el inglés?

Circle one: Yes No

Question 4: Al interactuar con sus padres o tutores, ¿el estudiante usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 5: Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el estudiante usa otro idioma además del inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 6: ¿Se ha mudado el estudiante recientemente de otro distrito escolar / escuela autónoma donde estaba identificado como un aprendiz del idioma inglés?

Circle one: Yes No

Si la respuesta a las preguntas 2, 3, 4, 5 o 6 es "sí", indique el idioma del hogar del estudiante para completar la encuesta:

Firma del Padre / Tutor

Fecha



FORMULARIO DE CUESTIONARIO MCKINNEY-VENTO

(OPCIONAL Y CONFIDENCIAL)

Escuela del Municipio de Bedminster



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos a través de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar de McKinney-Vento. La elegibilidad puede determinarse respondiendo este cuestionario. **LA INFORMACION QUE PROPORCIONA ES CONFIDENCIAL.** Si ese legible, los estudiantes deben inscribirse de inmediato de acuerdo con la Ley de Asistencia McKinney-Vento.

1. ¿Vive usted / su estudiante en alguna de las siguientes situaciones?

- En caso de emergencia o refugio de transición o programa
- Comparte la vivienda de otras personas debido a:
 - Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (es decir, desalojado)
 - Arreglo de vivienda cooperativa a largo plazo
 - Otro (por favor especifique): _____
- En un vehículo de cualquier tipo, parque, espacio, público, edificio abandonado, vivienda deficiente, estación de autobús o tren o ambiente similar
- En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a: (seleccione uno)
 - Falta de alojamientos alternativos adecuados
 - Un arreglo de vivienda conveniente (es decir, esperando que el apartamento / casa esté listo)
 - Otro (favor de especificar): _____
- Ninguno de los anteriores

1. ¿Cuál es su situación de vida o la de su estudiante? Por favor, marque una casilla:

- Vivir con su padre/madre o tutor legal
- Vivir solo
- Vivir con un adulto que no es un padre o tutor legal

La persona que firma abajo certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta:

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO ESTE FORMULARIO:

FIRMA: _____

FECHA: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O NUMERO DE MANSAJE: _____

Escuela del municipio de Bedminster
Historia de salud

Nombre completo del niño:

(Apellido Nombre) (Segundo nombre) (Apodo)

_____ Grado _____

(Fecha de nacimiento) (País de nacimiento)

Complete el siguiente historial médico. **Da fechas**, si es posible.

¿Ha tenido su hijo alguna vez lo siguiente? **En caso afirmativo, explique** :

1. Accidente (s) _____

2. Reacciones alérgicas (incluyen picaduras de abejas, alimentos o medicamentos, etc.)
Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

¿Alguna vez su hijo necesitó medicamentos o atención médica en el pasado por una reacción a una picadura de abeja o alergia a los alimentos? Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, proporcione detalles** : _____

3. Ataque de asma: Sí _____ No _____ Otras infecciones respiratorias: Sí _____ No _____
Explique _____

4. Enfermedad o lesión de los huesos o articulaciones: Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

5. Enfermedades transmisibles (especificar): _____

6. Convulsiones o convulsiones: Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

7. Diabetes: _____

8. Problemas dentales: Sí _____ No _____ **Explique** _____

9. Infecciones de oído: Sí _____ No _____ Tubos de oído: Sí _____ No _____ Fecha _____

¿Su hijo tiene problemas de audición? Sí _____ No _____

¿Su hijo usa audífonos? Sí _____ No _____

¿Su hijo tiene un problema de habla / lenguaje? Sí _____ No _____

10. Accidente (s) Infecciones frecuentes de garganta: Sí _____ No _____

11. Dolores de cabeza frecuentes: Sí _____ No _____

12. Problemas renales o del tracto urinario: Sí _____ No _____ **Explique si es así**

13. Diabetes Problemas cardíacos / soplos / fiebre reumática: Sí _____ No _____

Explique _____

14. ¿Tiene su hijo algún problema de visión? Sí _____ No _____

15. ¿Su hijo usa anteojos? Sí _____ (cuando) _____ No _____

16. ¿Tiene su hijo algún problema o limitación neuromuscular? Sí _____ No _____

Explique si es así _____

17. ¿Su hijo tiene retrasos en el desarrollo o le han diagnosticado algún síndrome?

Sí _____ No _____ **Explique si es así** _____

18. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, indique cuándo y el motivo _____

19. ¿Qué medicamento, si es que toma alguno, toma su hijo? _____

20. ¿Tiene su hijo alguna limitación física actual que pueda requerir modificaciones o restricciones del programa? _____

21. Por favor agregue cualquier otro problema o comentario que le gustaría llamar la atención de la enfermera de la escuela: _____

Nota : No se puede administrar ningún medicamento en la escuela sin un formulario de administración de medicamento completado y firmado por el padre y el médico que prescribe . Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Los medicamentos deben ser entregados personalmente a la enfermera de la escuela por el padre o tutor. Por favor, ver la escuela enfermera o la escuela web o medicamentos administración forma s .

Firma del padre _____ Fecha _____

Nombre completo de la madre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Inicio Phone _____ Trabajo Teléfono _____

Teléfono móvil _____

Nombre completo del padre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Situación del hogar:

_____ Los padres viven juntos

_____ Hogar monoparental

_____ Padres separados

_____ Padre volvió a casarse

_____ Padres divorciados

_____ La madre se volvió a casar

_____ El tutor cuida al niño

_____ Otro _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal (oficial)?

** Los documentos de custodia legal deben entregarse en la oficina principal y almacenarse en la carpeta de registro permanente del niño.

El nombre del niño: _____

Nombre y edad de los hermanos: _____

Última escuela a la que asistió _____ Dirección: _____

Describe la última experiencia escolar del niño : _____

¿Estaba el niño ausente con frecuencia? Si es así, explique _____

Personalidad y desarrollo emocional

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

_____ Feliz _____ Malhumorado _____ Retirado

_____ Triste _____ Fácilmente molesto _____ Hiperactivo

_____ Amistoso _____ Tranquilo

¿Problemas cuando se separa de la familia? Sí _____ No _____

Explique: _____

¿Pérdida de un familiar? Sí _____ No _____ Explique: _____

Interacciones sociales

(Marque donde corresponda)

Compañeros Adultos

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Deficiente

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Deficiente

¿Eventos traumáticos? Si es así, explique: Sí _____ No _____

Explique: _____

Enumere cualquier inquietud, pregunta o problema que el personal de la escuela deba conocer

Por favor firme a continuación si desea que **esta página se** comparta con el maestro de su hijo (si es necesario).

Firma del padre _____

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

*Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health*

SECTION I: TO BE COMPLETED BY PARENT(S)			
Child's Name (Last)	(First)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
Signature/Date		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II: TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination:		Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Abnormalities Noted:		Weight (must be taken within 30 days for WIC)	
		Height (must be taken within 30 days for WIC)	
		Head Circumference (if <2 Years)	
		Blood Pressure (if ≥3 Years)	

IMMUNIZATIONS	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hot			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.

Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.

f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.

- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
- For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
- Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)

- Print the health care provider's name.
- Stamp with health care site's name, address and phone number.