



Clark Early Learning Center

Dokiman Enfòmasyon sou
Lekòl Matènèl



Clark Early Learning Center Fòm Enskripsyon

Nouvo enskripsiyan nan lekòl matènèl nou an _____ oubyen wap retounen nan klas _____
Non Elèv la: _____ Gason _____ oubyen Fi _____

Dat Elèv la fèt (mete li sou fom 9/30/20) _____ Laj 3 zan _____ 4 tran

Paran / Responsab: _____

Adrès: _____

Nimewo Telefòn: _____

Adrès Imèl: _____

Preferans Pwofesè: _____

Fòmasyon sou fason pou sevi nan Twalèt : Wi Non

Èske w gen kèk enkyetid sou pitit ou a? _____

Paran / Responsba èske nou se yon anplwaye nan Springfield City School District? Wi Non

Si wi, tanpri endike pos ou okipe ak ki kote: _____

Pati sa rezeve pou biwo a sèlman

Sal klas ki deziye: _____

Sesyon: AM PM Jou Ekstra Jou Konplè

Zòn Lekòl Lementary/ Middle: _____

ATIK POU RANPLI NAN PAKE SA A

- Fòm Enskripsiyan Timoun nan
- Fòm Istwa Sante
- Zouti Depistaj Sibvansyon

ATIK POTE POU ENSKRIPSYON AN

- Ak de nesans
- Dosye vaksinasyon
- Prev adres
- Foto idantifikasiyon
- Prèv Revni pou Zouti Depistaj Grant,
- Rapò medikal
- Egzamen dan
- Pyès pou gad timoun lan

Enfomasyon sou Enskripsiyan Timoun yo

Non Timoun nan _____ Dat li fêt / /
 Paran/Responsab _____ Nimewo Selilè _____
 Adrès lakay la _____ Nimewo telefòn kay la _____
 Non ak adrès Travay la _____ Nimewo telefòn travay la _____
 Silvouple ansèkle ki nimewo ki ap premye, kiyès ki ap dezyèm e kiyès ki ap twazyèm nimewo pou yo jwenn
 ou pandan pitit ou a nan pwogram lan
 Selilè 1 2 3 Telefòn kay 1 2 3 Telefòn travay 1 2 3

Paran/Responsab _____ Nimewo Selilè _____
 Adrès lakay la _____ Nimewo telefòn kay la _____
 Non ak adrès Travay la _____ Nimewo telefòn travay la _____
 Silvouple ansèkle ki nimewo ki ap premye, kiyès ki ap dezyèm e kiyès ki ap twazyèm nimewo pou yo jwenn
 ou pandan pitit ou a nan pwogram lan
 Selilè 1 2 3 Telefòn kay 1 2 3 Telefòn travay 1 2 3

Bay 2 moun ki pa nan kay la ke nou ka kontakte si genyen yon ijans epi nou pa ka kontakte paran yo

Kontak 1	Kontak 2
Non	Non
Adrès ak non Ri a	Adrès ak non Ri a
Vil	Vil
Eta	Zip Code
Lyen paran ak timoun lan	Lyen paran ak timoun lan
Nimewo telefòn kay la	Nimewo telefòn kay la
Nimewo telefòn selilè	Nimewo telefòn selilè
Nimewo telefòn Travay la	Nimewo telefòn Travay la

Dokte	Dantis
Non	Non
Adrès ak non Ri a	Adrès ak non Ri a
Vil,Eta, Zip Code	Vil, Eta, Zip Code
Nimewo telefòn	Nimewo telefòn

PSR-3

LIS KLAS LA POU ANE A

Chak ane nou prepare yon lis pou chak gwoup timoun nan pwogram nou an.
 Lis sa a pa pral founi bay okenn moun ki pa paran timoun ki enskri nan pwogram nou an.

Mwen otorize bagay sa yo se yo ki pou dwe nan lis paran yo: Tanpri sèkle "Wi" oswa "Non" nan

chak ranje

Non pitit mwen an	Wi	Non
Non Paran / Responsab	Wi	Non
Nimewo telefòn	Travay Selilè Kay	Non

Dat _____

Siyati Paran oubyen responsab timoun nan

PWOBLÈM FIZIK KRONIK (YO)

RAPO SOU TOUT LE LI TE ENTENE

MALADI TIMOUN SA A TE GEN:

ALÈJI AK TRETMAN

MEDIKAMAN, SIPLEMAN MANJE, REJIM MODIFYE OUBYEN SIPLEMAN FLIYÒ

Lis Moun yo ka remèt timoun lan: (Tanpri ekri an lèt detache)

Lis Moun yo pa dwe remèt timoun sa a (Tanpri ekri an lèt detache)

	Mete Papye kontrent oswa dekrè Divòs la
	Wi Non
	Wi Non

ENPOTAN : Ajoute yon kopi rapò/kat vaksinasyon timoun nan

Egzante de Vaksen	Seke yonn
Akoz relijyon	Wi Non

Siyati Paran/ responsab timoun pou egzante pran vaksen

Lòt rezon



CLARK EARLY CENTER FOMILE BILAN SANTE

Non Timoun nan _____ Dat li fèt _____ / _____ / _____
 Lekòl _____
 Asirans Medikal : Prensipal _____ Segondè _____

Swen Anvan Akouchman

Pwa lèw fèt : ____ lbs ____ oz
 9mwa Anvan jè Apre lè
 Eske ou te jwenn swen nan vant
 le 2èm 3e trimès gwo sè
 Laj manmanw lèl te fèw _____
 Eske yo te sevi ak drog/alkol pandan
 assent lan Wi Non
 Bebe te bezwen oksijèn Wi Non
 Pwoblèm pou li manje Wi Non
 Te fè alètman pou li Wi Non
 Te gen jonis nan je Wi Non
 panomal/pwoblèm lèl fèt Wi Non
 Si se wi ekri yo silvoule

Eske timoun lan genyen yon mak
espesyal, yon anvi ? Wi Non

Developman

A kilaj timoun lan te
 Rale Chita poukонт li _____
 Mache Kanpe poukонт li _____
 Pale klè
 Kite bibwon
 Eske timoun nan ka twalet pou kol
 Wi Non Si wi a ki laj _____
 Timoun nan gen diaper oswa
 pullups ?
 Wi Non
 Chak kile konsa timoun lan ka twalèt
 sou li pa aksidan? _____

Doktè/Dantis

Doktè/Klinik _____
 Adrès _____
 Telefon _____
 Non Dantis/Klinik _____
 Adrès _____
 Telefon _____
 Eske timoun lan gen yonn nan sa yo
 Manke dan Wi Non
 Bouchon dan Wi Non
 Dan lach Wi Non
 Twou nan dan Wi Non
 Pwoblèm pou l manje Wi Non
 Lot pwoblèm anko Wi Non
 Di kisa
 Chak kilè timoun lan bwose dan ? _____

Bilan Sante

Eske timoun nan te janm wè yon doktè
 yon fwa ?
 Eske li te genyen yonn nan sa yo
 Alèji Wi Non
 Anemi Wi Non
 Asmatik /Opresyon Wi Non
 Renmen senyen Wi Non
 Pwoblèm zo/jwenti Wi Non
 Zo kase Wi Non
 Chedegouj Wi Non
 Retan an devlopman Wi Non
 Dyabèt/sik Wi Non
 Pwoblèm zorèy3 fwa+
 Tèt fè mal Wi Non
 Pwoblèm poul tande Wi Non
 Pwoblèm kè Wi Non
 Epatit Wi Non
 Mennenjit Wi Non
MRSA Wi Non
 Renmen enève Wi Non
 Gwo anpil Wi Non
 Bagay li pè Wi Non
 Fyèv rimatis Wi Non
 Kriz Wi Non
 Selil foule Wi Non
 Gratèl/enfeksyon po Wi Non
 Pwoblèm poul pale klè Wi Non
 Operasyon amigdal Wi Non
 Pwoblèm poul domi Wi Non
 Tibèkiloz Wi Non
 Enfeksyon pipi Wi Non
 Touse souvan Wi Non
 Pwoblèm emosyonel Wi Non
 Si wi eksplike

Renmen kraze sal jwen Wi Non
 Si wi, eksplike _____

Operasyon/entènè lopital Wi Non
 Si wi, eksplike _____

Eske timoun nan te fè gwo aksidan ak zo
 kase, frap nan tèt, tonbe e/ou blese ?
 Wi Non

Si wi eksplike _____
 Ekri nenpot lot maladi oswa kondisyon
 ki pat nan lis la

M konprann si timoun mwen an genyen yon bezwen pou yon rejim espesyal
 akoz lopital oubyen reliyion, mwen dwe remet fom ki la pou sa a anvan
 timoun nan ka komanse lekol.

Paran/Responsab
 Staff

Identifikasiyon Alèji

Eske timoun nan aleji ak yonn nan sa
 yo ?
 Medikaman
 Plant/animal

Eske timoun nan pran medikaman
 kont aleji a ?
 Non medikaman yo

Chak kile li pran yo

Bilan Manje

Eske timoun nan ap swiv yon rejim
 espesyal? Wi Non
 Si wi eksplike

Eske timoun nan aleji ak yon manje ?
 Wi Non si wi eksplike

Eske timoun pravitamin ? Wi Non
 Si wi eske se preskripsiyan Wi Non
 Eske li resevwa WIC Wi Non

Medikaman/Tretman

Lis medikaman ou pran chai jou
 oswa souvan _____

Chak kile yo pran ?

Si timoun nan resevwa terapi ki
 kalite epi ki kote ?

Eske li itilize yon EpiPen Wi Non

Lot enfomasyon

Eske timoun nan genyen yonn nan sa
 Linet Wi Non
 Tib nan zorey Wi Non
 Dwat Goch ou 2

Dat _____
 Dat _____



ETA SANTE TIMOUN NAN

Se biwo Early Learning and school readiness ki bezwen |

Non Timoun nan _____

Seksyon 1: Gwosè fanmi an: Tcheke tout sa ki valab

- Tout paran / gadyen timoun nan ap viv nan kay la (ki gen ladan lòt frè ak sè / timoun)
- Yon bopè/bèlmè nan kay la ki gen ladan timoun
- Granparan timoun nan ap viv nan kay la; SÈLMAN si paran timoun lan se yon minè
- Paran ki pa marye nan nenpòt timoun ki abite nan kay pami yo timoun minè
- Timoun nan ap viv ak fanmi adoptif oswa fanmi paran li (yo dwe gen papye gad timoun nan)

Seksyon 2: Revni Fanmi an

- Tout grammoun ap travay deyò kay la
- Youn nan grammoun yo ap travay deyò nan kay la lòt grammoun nan non
- Pa gen moun nan kay la k ap travay-Ale nan Seksyon 4

Retrèt Sekirite Sosyal
Seksyon 3: Prèv Revni: Tcheke tout sa ki aplike (Dokiman yo dwe tache ladanl)

- Mwen/nou ka bay 2 souch peyman (ki pi resan)
- Mwen/nou ka bay yon fòm W2
- Mwen/nou se travayè endepandan EPI ka bay souch peman oswa W2 (oswa ka siyen)
- Mwen/nou se travayè endepandan epi mwen/nou PA KAPAB bay souch peman oswa W2
 - Mwen ka bay prèv estimé revni brit ki baze sou dosye biznis aktyèl la

Mwen/nou PEYE Child Support hay yon lòt moun
Seksyon 4: Prèv ke Paran / responsab timoun nan pa genyen (lòt) revni :

(menm si gen moun ki ap travay ki ap viv nan kay la)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> O.W.F. Asistans Lajan Kach | <input type="checkbox"/> Map viv nan Abri |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Maket gratis |
| <input type="checkbox"/> Benefis pou moun ki nan chomaj | <input type="checkbox"/> kwizin soup / repa gratis |
| <input type="checkbox"/> Child Support | <input type="checkbox"/> Pandri Rad |
| <input type="checkbox"/> SNAP Asistans (koupon pou manje) | <input type="checkbox"/> Woulib zanmi oubyen fanmiy |
| <input type="checkbox"/> Aşistans Lojman | <input type="checkbox"/> Transpò Lokal / Koupon Taksi |
| <input type="checkbox"/> Asistans sèvis piblik (PIPP) | <input type="checkbox"/> Kado Lajan Kach |
| <input type="checkbox"/> Mwen ap viv lwaye gratis ak yon moun ki pa
<u>paran byolojik okenn nan pitit mwen yo</u> | <input type="checkbox"/> Kado nan Episri ak Lòt atik pèsonèl |
| <input type="checkbox"/> Mwen ap viv avèk yon moun ki pa paran byolojik pitit mwen an / pitit mwen yo men yo asire depans nou pou nou viv. | <input type="checkbox"/> Lòt : _____ |

Tanpri, fè moun sa a ranpli pati anba sa a pou

Mwen, _____, mwen kouvri depans sa yo (fe yon wonn nan depans
bu kouvri yo) Kay, detay chak jou, manje, transpo pou _____
Ak fammiy li.

Siyati _____

Dat _____

Non Timoun nan

Non	MI	Siyati	
Adrès			Dat jodia
Vil	Eta	Peyi	Zip Code
Telefòn	Lot Telefòn		Adrès e-mail

Pale nou de moun ki lakay ou

Non Konple (Siyati a an denye)	Relasyon ak ou (mari/madanm, pitit, zanmi etc)	Ras moun	Panyol (Wi ou Non)	Lang li pale	Dat li fet	Fi ou Gason	Ameriken Wi ou non
	Mwen menm	<input type="checkbox"/> Ameriken Nwa <input type="checkbox"/> Natif natal Alaska <input type="checkbox"/> /Endyen Ameriken <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Moun Hawai oubyen zile pasifik					
		<input type="checkbox"/> Ameriken Nwa <input type="checkbox"/> Natif natal Alaska <input type="checkbox"/> /Endyen Ameriken <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Moun Hawai oubyen zile pasifik					
		<input type="checkbox"/> Ameriken Nwa <input type="checkbox"/> Natif natal Alaska <input type="checkbox"/> /Endyen Ameriken <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Moun Hawai oubyen zile pasifik					
		<input type="checkbox"/> Ameriken Nwa <input type="checkbox"/> Natif natal Alaska <input type="checkbox"/> /Endyen Ameriken <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Moun Hawai oubyen zile pasifik					
		<input type="checkbox"/> Ameriken Nwa <input type="checkbox"/> Natif natal Alaska <input type="checkbox"/> /Endyen Ameriken <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Moun Hawai oubyen zile pasifik					

Pâlenou de savor bezwen pou timoun opai (yo)

Premye timoun lan	Non founise a ak Adrès li	Sa timoun nan bezwen	Ki lè/jou ou bezwen sèvis la ? Egz child care) Chwazi sa ki ale a
Non konplè		Ou gen enkyetid pou jan timoun nan ap grandi/devlope ? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Di kisa :	<input type="checkbox"/> Dim <input type="checkbox"/> Len <input type="checkbox"/> Mad <input type="checkbox"/> Mek <input type="checkbox"/> Jed <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Sam <input type="checkbox"/> Maten <input type="checkbox"/> Apremidi <input type="checkbox"/> Aswè <input type="checkbox"/> Wikenn
Non jèn fi manman timoun nan			Nan Ki distri eskole timoun nan ye dapre Adrès li?
Vil timoun nan fèt			
Dezyèm timoun lan	Non founise a ak Adrès li	Sa timoun nan bezwen	Ki lè/jou ou bezwen sèvis la ? Egz child care) Chwazi sa ki ale a
Non konplè		Ou gen enkyetid pou jan timoun nan ap grandi/devlope ? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Di kisa :	<input type="checkbox"/> Dim <input type="checkbox"/> Len <input type="checkbox"/> Mad <input type="checkbox"/> Mek <input type="checkbox"/> Jed <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Sam <input type="checkbox"/> Maten <input type="checkbox"/> Apremidi <input type="checkbox"/> Aswè <input type="checkbox"/> Wikenn
Non jèn fi manman timoun nan			Nan Ki distri eskole timoun nan ye dapre Adrès li?
Vil timoun nan fèt			
Twazyèm timoun lan	Non founise a ak Adrès li	Sa timoun nan bezwen	Ki lè/jou ou bezwen sèvis la ? Egz child care) Chwazi sa ki ale a
Non konplè		Ou gen enkyetid pou jan timoun nan ap grandi/devlope ? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Di kisa :	<input type="checkbox"/> Dim <input type="checkbox"/> Len <input type="checkbox"/> Mad <input type="checkbox"/> Mek <input type="checkbox"/> Jed <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Sam <input type="checkbox"/> Maten <input type="checkbox"/> Apremidi <input type="checkbox"/> Aswè <input type="checkbox"/> Wikenn
Non jèn fi manman timoun nan			Nan Ki distri eskolè timoun nan ye dapre Adrès li?
Vil timoun nan fèt			

Pale nou de lajan ou

Eske ou menm oubyen moun ki lakay ou ap ratre lajan mwa sa a ? Wi Non

Lajan ratre vle di tout kob ou menm oubyen moun lakay ou resevwa tankou travay ak tet ou, si po medikal, benefis pou enkapasite, benefis rewel, konpansasyon travay, sekirite sosyal, SSI, Benefis pou Veteran, elatriye

Si wi ranpli tablo ki pi ba a

Non Timoun nan _____

Non konplè	Ki Lajan ki ratre	Kantite Lajan ki ratre (anvan Taks)	Chak kilè (chak semenn, 2 semenn etc)	Dènye fwa ou resevwa	Orè Travay oswa lekol (mete le yo souple)
					<input type="checkbox"/> Dim _____ <input type="checkbox"/> Jed _____ <input type="checkbox"/> Len _____ <input type="checkbox"/> Van _____ <input type="checkbox"/> Mad _____ <input type="checkbox"/> Sam _____ <input type="checkbox"/> Mek _____
					<input type="checkbox"/> Dim _____ <input type="checkbox"/> Jed _____ <input type="checkbox"/> Len _____ <input type="checkbox"/> Van _____ <input type="checkbox"/> Mad _____ <input type="checkbox"/> Sam _____ <input type="checkbox"/> Mek _____
					<input type="checkbox"/> Dim _____ <input type="checkbox"/> Jed _____ <input type="checkbox"/> Len _____ <input type="checkbox"/> Van _____ <input type="checkbox"/> Mad _____ <input type="checkbox"/> Sam _____ <input type="checkbox"/> Mek _____
					<input type="checkbox"/> Dim _____ <input type="checkbox"/> Jed _____ <input type="checkbox"/> Len _____ <input type="checkbox"/> Van _____ <input type="checkbox"/> Mad _____ <input type="checkbox"/> Sam _____ <input type="checkbox"/> Mek _____
					<input type="checkbox"/> Dim _____ <input type="checkbox"/> Jed _____ <input type="checkbox"/> Len _____ <input type="checkbox"/> Van _____ <input type="checkbox"/> Mad _____ <input type="checkbox"/> Sam _____ <input type="checkbox"/> Mek _____
Eske ou menm oubyen yon lot moun nan kay la ap peye Child support oubyen Spousal Support <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Konbyen ?					

Siyati moun ki aplike a _____



Child Medical Statement

Required by Office of Early Learning and School Readiness

Child's Name _____ Date of Birth ____ / ____ / ____

Height _____ Weight _____

Limitations or health condition (including allergies, medications, dietary restrictions)

Immunizations	Please check one
Complete for age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Immunizations	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Exempt from Immunizations	Please check one
Religious conviction	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Health concern	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other:	

This child has been examined and is in suitable condition to participate in group care.

Signature of examining Physician/Physician's Assistant or Advanced Practice Nurse	Date of Exam
Address:	
Phone:	

Required for children enrolled in an Early Childhood Education Grant Program or Preschool Special Education Program

Assessments/ Screenings	Type of Instrument Used	Date Completed	Pass or Fail	Referral Completed Yes or No
Vision				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hearing				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Lead	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Hemoglobin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

PLEASE INCLUDE IMMUNIZATIONS

Student File Copy

Teacher File Copy

Child's Name _____ Birth Date ____ / ____ / ____

Exam Completed by: DMD RDH Other: Specify _____

Provider Setting: Doctor/Dentist/Clinic School/Center Other: Specify _____

Evaluation Type: Screening Exam

Flossing Frequency: Daily Weekly Occasionally Never

Number of Times per Day Child Brushes Teeth: _____

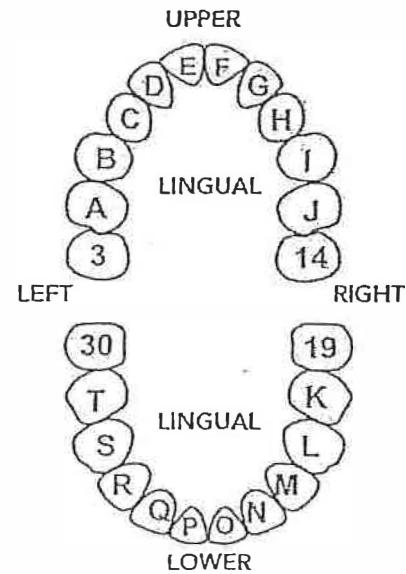
Uses Fluoride Toothpaste: Yes No Takes Fluoride Supplement: Yes No

Gum Condition: Normal Swollen Bleeds Easily Infected

General Comments on Oral Health: _____

Today's Visit:
<input type="checkbox"/> Visual Screening
<input type="checkbox"/> Full Exam
<input type="checkbox"/> X-Rays
<input type="checkbox"/> Cleaning
<input type="checkbox"/> Fluoride Treatment
<input type="checkbox"/> Oral Hygiene Instruction
<input type="checkbox"/> Treatment (specify) _____

Treatment:
<input type="checkbox"/> No Needs
<input type="checkbox"/> Treatment Needed
Next Appointment Date:
____ / ____ / ____
Treatment Plan:



Provider Signature _____	Exam Completion Date ____ / ____ / ____
Printed/Stamped Name/Address of Provider: _____	
Address _____	Phone _____