

**EARLY CHILDHOOD CENTER
FREEPORT PUBLIC SCHOOLS
COLUMBUS AVENUE SCHOOL
150 NORTH COLUMBUS AVENUE
FREEPORT, NEW YORK 11520
PHONE 867-5254
FAX (516) 867-5207**

PROCEDIMIENTO PARA LAS INSCRIPCIONES (MATRÍCULA) DE PRE-K 2023-2024

El registro de Pre-K para 2023-2024 comenzará el lunes 27 de febrero de 2023. El registro se realizará a través de la Central Oficina de verificación de registro, 59 W. Seaman Ave., Freeport solo con cita previa. El horario de atención será de lunes a jueves de 8:15 a.m. a 3:00 p.m. y los viernes de 8:15 a.m. a 2:00 p.m. Las citas para registrarse se pueden hacer llamando a la Oficina Central de Registro de Verificación al 516-867-5254.

La colocación de los estudiantes en los programas de pre-k de medio día a tiempo completo será determinado por sorteo. Los registros deben estar completos para participar en el sorteo.

REQUISITOS DE INSCRIPCION

Cuando inscriban a sus hijos(as) los padres, encargado(a) legal o padres adoptivos (foster) **TIENEN** que traer lo siguiente:

- Certificado de nacimiento original (niños tienen que haber nacido antes del primero de diciembre 1, 2019 o antes)
- Prueba del encargado(a) legal o los papeles de adopción (foster parents), si es applicable
- Físico y record de vacunas completo: sellado y firmado por el medico (necesitaran resultado del plomo, PPD, BMI)
- Certificado del dentista
- Información completa de la niñera (nombre, dirección, y numero de teléfono), si es applicable
- Pruebas de domicilio (vea la lista abajo). No mas de 45 - 60 dias de haber sido emitidos
- Identificación de los padres o encargado legal (licencia de manejo, pasaporte o identificación de trabajo).
- Escritura de casa o arrendamiento notariado

Estos documentos **DEBEN** ser presentados cuando se inscriban, o la inscripción no será aceptada. Además, todas las pruebas, el contrato de arrendamiento, la escritura y las declaraciones juradas deben estar a nombre del padre / tutor que se registra; **NO HABRÁ EXCEPCIONES**

!!! NO EXCEPCIONES!!!

(Pruebas tienen que ser de distintas oficinas o establecimientos)

PRUEBAS DE DOMICILIO ACEPTABLES

Los Documentos a Continuacion son pruebas aceptables de domicilio en el Distrito de Freeport:

Escritura (**Deed**) o contrato notariado (**Lease**) de renta actual si la Escritura o el Contrato de renta no esta a su nombre, una declaracion firmada y notariada (**Affidavits**) del dueño donde vive y una para el Inquilino debe ser presentada. Un minimo de tres (3) pruebas de domicilio mas recientes no mas de 45 - 60 días:

- | | |
|--|--|
| * Cuenta de Agua de Freeport | * Correspondencia de Seguro Social |
| * Cuenta del Servicio Electrico | * Correspondencia del Departamento de Servicios Sociales |
| * Cuenta del Gas (LIPA/ Keyspan) | * Correspondencia de Desempleo |
| * Cuenta de telefono | * Correspondencia del Gobierno Federal/Estatal |
| * Carta de una Agencia de Foster Care o Adopcion | * Verificacion del cambio de direccion (enviado) |
| * Estado de cuenta de tarjeta de credito | * Colilla de cheque de empleo con direccion actual |
| * Estado de cuenta del banco (enviado) | * Seguro de casa/ apartamento/auto/vida/salud |
| * Licencia de Conducir (Nueva York) | * Facturas de doctor/hospital |
| * Tarjeta de identificacion de DMV | |

Pruebas de domicilio enviadas a un apartado postal (P.O. Box) NO SON aceptables.

**EARLY CHILDHOOD CENTER
FREEPORT PUBLIC SCHOOLS
COLUMBUS AVENUE SCHOOL
150 NORTH COLUMBUS AVENUE
FREEPORT, NEW YORK 11520
PHONE (516) 867-5254
FAX (516) 867-5207**

PROCEDURES FOR 2023-2024 PRE-K REGISTRATION

Pre-K registration for 2023-2024 will begin on Monday, February 27, 2023. Registration will take place through the Central Registration Verification Office, 59 W. Seaman Ave., Freeport by appointment only. The office hours will be Monday through Thursday from 8:15 a.m. until 3:00 p.m. and on Fridays from 8:15 a.m. until 2:00 p.m. Appointments to register can be made by calling the Central Registration Verification Office at 516-867-5254.

Student placement in the full time or half day pre-k programs will be determined by lottery. Registrations must be complete to participate in the lottery.

REGISTRATION REQUIREMENTS

At the time of registration – parents, legal guardians, or foster parents **MUST** bring the following:

- * Child's original birth certificate (child must be born on or before Dec. 1, 2019)
- * Proof of guardianship or the appropriate foster care papers if applicable
- * Child's up-to-date immunization records stamped and signed by physician
- * A completed and current physical by his/her doctor or clinic including Lead Level, PPD, Pneumonia Vaccine and BMI results (stamped & signed by physician)
- * Dental Certificate
- * Complete name, address, and telephone number of babysitter, if applicable
- * Proof of residency (see below) no more than 45 - 60 days old
- * Picture I.D. (Driver's license, passport, employee I.D. for verification purposes)
- * Notarized Lease/Deed or Notarized Affidavits

These documents **MUST** be presented at the time of registration or the registration **WILL NOT** be accepted. In addition all proofs, lease, deed and affidavits must be in the name of the registering parent/guardian there will be **NO EXCEPTIONS**.

NO EXCEPTIONS!!!!

ACCEPTABLE PROOFS OF RESIDENCY

The following items are acceptable proofs of residency in the Freeport School District:

**** Deed or current notarized lease** if the deed or notarized lease is **NOT** in your name a **signed, Notarized affidavit** of residency from your landlord as well as a notarized affidavit from the registering parent or legal guardian must be presented **plus a minimum of three (3) of the following no more than 45 - 60 days old.**

PROOFS MUST BE FROM DIFFERENT AGENCIES OR ESTABLISHMENTS

- | | |
|--|--|
| * Freeport Water Bill | * Mailed Post Office change of address |
| * Freeport Electric Bill | * Social Security Correspondence |
| * LIPA/Keyspan Gas Bill | * Unemployment Correspondence |
| * Foster Care Agency Letter | * Pay stub w/current address |
| * Telephone Bill | * Mailed Bank Statement |
| * Credit Card Statement | * N.Y. drivers license |
| * Medical Bill/Letter | * Mortgage Statement |
| * I.D. From DMV(45-60 days old) | * Federal/State Mail w/address |
| * Home/Tenant/Car/Life/Health Insurance Bill | * D.S.S. Correspondence |

Proofs of residency addressed to a P.O. Box number is **NOT** acceptable.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

Registracion del Estudiante

- Niño Desamparado
- Niño Escuela de Especial
- STAC 202

Inscripción para matrícula:	
<input type="checkbox"/> Declaraciones Juradas	
<input type="checkbox"/> Tutela	
<input type="checkbox"/> Carta de la Villa	
Inscripción para Servicios Solamente:	
<input type="checkbox"/> Transportación	
<input type="checkbox"/> Libros	
<input type="checkbox"/> Evaluación	

Asistido Previamente Si Cuando _____ Numero del Estudiante _____

Escuelas de Freeport No Escuela _____ Escuela: _____

Re-Entrada _____

FECHA			FECHA DE ENTRADA			FECHA DE NACIMIENTO			PRUEBAS DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	ACTA DE NACIMIENTO	OTRAS	

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO M F	INCAPACITADO SI NO
-------------------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------

# DE CASA	NOMBRE DE LA CALLE	# DE TELEFONO	ANOS EN CASA	HOGAR	TRANSPORTACION	GRADO ACTUAL
# DEL APT.				<input type="checkbox"/> DUEÑA/O <input type="checkbox"/> RENTA	<input type="checkbox"/> BUS <input type="checkbox"/> CAMINAR	

NOMBRE DE ESCUELA ANTERIOR/DIRECCION	FECHA DE ENTRADA EN LA ESCUELA DE ESTADOS UNIDOS Y EL ESTADO DE N.Y.	
	FECHA EN U.S.A.	FECHA EN EL ESTADO DE N.Y.

DIRECCION/TELEFONO ANTERIOR	# DE TABLILLAS 1ST CARRO	# DE TABLILLAS 2ND CARRO
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

APELLIDO, NOMBRE (Madre, Encargado/Adoptivo, Madrastra/Si Mismo)	APELLIDO, NOMBRE (Padre, Encargado/Adoptivo, Pa drastra/Si Mismo)
--	---

DIRECCION	NÚMERO DE TRABAJO	NÚMERO DE TRABAJO
	CELULAR	CELULAR

DIRECCION ELECTRONICA	DIRECCION ELECTRONICA
-----------------------	-----------------------

CUSTODIA <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> COMPARTIDA	DOCTOR	DIRECCION	TELEFONO
--	--------	-----------	----------

NOMBRES EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO			
			Tipo	Area	Numero	Ext.

HIJOS/AS MENORES DE 21 AÑOS EN LA ESCUELAS DE FREEPORT	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	INCAPACITADO	ESCUELA	GRADO
	MES	DIA	AÑO				

LA SIGUIENTE INFORMACION ES REQUERIDA. POR FAVOR MARQUE AMBAS OPCIONES ORIGEN Y RAZA:

SI, HISPANO/A NO, HISPANO/A
 AFRO-AMERICANO/A INDIA-AMERICANO/A OR NATIVO DE ALASKA ASIATICO/A O ISLAS PACIFICAS BLANCO/A

LOS ALUMNOS QUE NO RESIDEN DENTRO DEL LIMITE DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE FREEPORT NO TIENEN DERECHO DE RECIBIR SERVICIOS EDUCATIVOS. CON MI FIRMA OTORGO MI AUTORIZACION PARA QUE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE FREEPORT INVESTIGUEN CUALQUIER INFORMACION PROVEIDA EN ESTA FORMA. CUALQUIER PERSONA O PERSONAS, ADEMAS DE LOS PADRES O ENCARGADOS QUE PROVEAN INFORMACION FALSA CON EL PROPOSITO DE ASISTIR A LAS ESCUELAS PUBLICAS DE FREEPORT PODRIAN SER ENJUICIADOS POR LA LEY. EL DISTRIC TO RESERVA EL DERECHO DE TOMAR ACCION LEGAL PARA COLECTAR COSTOS QUE EXCEDAN \$10,000 POR AÑO, SI EL ALUMNO ESTA ILEGALMENTE INSCRITO. LA INFORMACION SOBRE LA RESIDENCIA ES CHEQUEADA AL AZAR REGULARMENTE.

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROVEIDA ES CORRECTA SEGUN MI, CONOCIMIENTO NOMBRE DEL QUE ENTREVISTA _____

(MARQUE UNO) FIRMA _____

ENCARGADO PADRE/MADRE/SI MISMO _____



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS
Contacto en Caso de Emergencia

Auto Bus No. _____

Fecha _____

Grado _____

Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Estudiante _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección _____ Teléfono _____

A LOS PADRES O GUARDIANES: Para poder servirle a su hijo/a en caso de un accidente o enfermedad de momento; es necesario que Ud. provea la siguiente información para ser utilizada en casos de emergencia.

Nombre

Teléfono de empleo

Teléfono celular

Madre _____

Padre _____

MENCIONE DOS VECINOS O PARIENTES LOS CUALES PUEDAN ASISTIR A SU HIJO/A EN CASO QUE NO SE LE PUEDA CONTACTAR A USTEDES:

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Tel. _____ Dirección _____ Tel. _____

HISTORIAL DE SALUD: Anote cualquier condición de salud; tales como: enfermedad del corazón, diabetes, epilepsia, alergías severas, problemas de la vista u oídos, o cualquier condición crónica, etc.

Explicación: _____

Fecha de vacuna contra el tetano _____ Alergias _____ Medicinas que toma actualmente _____

Doctor de Familia _____ Dirección _____ Teléfono _____

Yo, el que firma, por este medio autorizo a los oficiales del distrito escolar de Freeport, a contactar directamente a las personas mencionadas en esta tarjeta. En caso de que yo no pueda ser contactado/a si mi hijo/a se encuentra herido o enfermo. Usted tiene mi consentimiento para llevarle al doctor/hospital por medio de cualquier medio de transportacion incluyendo un auto privado, para que reciba el tratamiento adecuado y autorizo al doctor/hospital a proveer el mismo.

Firma del Padre/Madre o Guardian



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolar¹

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma que se habla en el hogar:
Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?



NEW YORK STATE EDUCATION DEPARTMENT
Emergent Multilingual Learners Language Profile for
Prekindergarten Students¹

*Dear Parent or Guardian,
 Thank you for completing the Emergent Multilingual Learners Language Profile. This survey will assist your new school with valuable information about your child's experience with languages. Information gathered will assist Prekindergarten educators in delivering academically and linguistically relevant instruction that strengthens the language and literacy of all students.*

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY AND MAINTAINED ON FILE
Date Profile Completed:
Student Name:
Gender:
Date of Birth:
District or Community Based Organization Name:
Student ID (if applicable):
Name of Person Administering Profile:
Title:

Parent or Person in Parental Relation Information

Name of parent or person in parental relation:

Relationship (to student) of person providing information for this profile: mother father other _____

In what language(s) would you like to receive information from the school? English other home language:

Language in the Home

1. In what language(s) do you (parents or guardians) speak to your child at home?

2. What is/are the primary language(s) of each parent/guardian in your home? (List all that apply.)

3. Is there a caretaker in the home? yes no

If yes, what language(s) does the caretaker speak most frequently?

4. What language(s) does your child understand?

5. In what language(s) does your child speak with other people?

6. Does your child have siblings? yes no

If yes, in what language(s) do the children speak with each other most of the time?

<p>7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?</p> <p>¿En qué idioma?</p> <p>7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?</p> <p>¿En qué idioma?</p>
<p>8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?</p>
<p>9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?</p>
<p>Idioma fuera del hogar/dé la familia</p>
<p>10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?</p> <p>¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?</p>
<p>11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?</p>
<p>Objetivos de idioma</p>
<p>12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?</p>
<p>13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué idioma?</p>
<p>Alfabetización emergente</p>
<p>15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?</p> <p>¿En qué idioma le leen estos libros?</p>
<p>16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

7a. At what age did your child begin to speak in short sentences?

In what language?

7b. At what age did your child begin to speak in full sentences?

In what language?

8. In what language does your child pretend play?

9. How has your child learned English so far (television shows, siblings, childcare, etc.)?

Language Outside the Home/Family

10. Has your child attended any nursery, Head Start or childcare program? yes no

If yes, in what language was the program conducted?

In what language does your child interact with other people in the nursery or childcare setting?

11. How would you describe your child's language use with friends?

Language Goals

12. What are your language goals for your child? For example, do you want child to become proficient in more than one language?

13. Have you exposed your child to more than one language to ensure that he or she is bilingual or multilingual? yes no

14. Does your child need to speak a language other than English in order to communicate with your relatives or extended family?

yes no

If yes, in what language(s)?

Emergent Literacy

15. Does your child have books at home or does he or she read books from the library?

In what language(s) are these books read to him or her?

16a. Can your child name any letters or sounds in English? yes no

16b. Can your child recognize letters or symbols in another language? yes no

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? Sí No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

If yes, in what language(s)?

17a. Does your child pretend to read? yes no unsure

If yes, in what language(s)?

17b. Does your child pretend to write? yes no unsure

If yes, in what language(s)?

18. Does your child tell the stories from his/her favorite books or videos? yes no

If yes, in what language(s)?

19. Does your child's childcare or nursery program describe goals for his or her learning? yes no

If so, what goals do they describe?

20. Please describe anything special you did to prepare your child to begin Prekindergarten.

For more information contact: the New York State Education Department Office of Early Learning at (518) 474-5807 or email OEL@nysed.gov or the New York State Education Department Office of Bilingual Education and World Languages at (518) 474-8775 or (718) 722-2445 or email OBEWL@nysed.gov.



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

235 No. Ocean Avenue Freeport. New York 11520 516-867-5200

Historia Clínica

Para ser llenado por uno de los padres* y devuelto a la enfermera o maestra de la escuela

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: M ___ F ___

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

*Padre: _____ Número de Teléfono del trabajo: _____

Número del Celular: _____

*Madre: _____ Número de Teléfono del trabajo: _____

Número del Celular: _____

Si los padres no están disponible en una emergencia, llame a: _____

Médico que se llamará en una emergencia: _____

HISTORIA

Marque si lo ha tenido

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tos Ferina | <input type="checkbox"/> Viruela |
| <input type="checkbox"/> Nefritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Contacto con Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | <input type="checkbox"/> Operaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Heridas Serias | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes y Dolores de garganta | | | |

Enfermedades de gravedad u otras de la ya mencionadas? Detalles: _____

Tiene este niño(a) un defecto físico de nacimiento? ___ Cual? _____

Tiene el niño(a) alguna limitación física que deba saber la escuela? _____

Toma el niño(a) otra medicina que no sean vitaminas? _____

Tiene su hijo(a) algún problema especial? (comiendo, durmiendo, vistiéndose, dificultades al ir al baño o miedo a algo en específico)

Como le llaman al niño(a) en casa? _____

Idioma que se habla en la casa: ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____

Escriba cualquier otra información que pueda ayudar al maestro _____

___ Vacunas completas

Firma de la Enferma

Firma de uno de los Padres

* El padre se define para incluir a cualquier persona que tiene el control parental legal del niño(a) incluyendo, pero sin limitaciones, un padre adoptivo, un cónyuge de un padre natural, un guardián legal, padre adoptivo, una agencia gubernamental que tiene la custodia y el control parental del niño(a), tribunal o concesionario del control parental de las declaraciones juradas.



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

235 No. Ocean Avenue Freeport, New York 11520 516-867-5200

Health History

To be filled out by child's parent/guardian and returned to the school nurse

Date: _____

Student's Name: _____ Sex: M ___ F ___

Address: _____ Telephone: _____

Date and Place of Birth: _____

*Father: _____ Bus. Phone: _____ Cell#: _____

*Mother: _____ Bus. Phone: _____ Cell#: _____

If parent is not available in an emergency, call: _____

Physician to be called in an emergency: _____

HISTORY

Check if YES

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Whooping Cough | <input type="checkbox"/> Chicken Pox |
| <input type="checkbox"/> Nephritis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Frequent colds & sore throats |
| <input type="checkbox"/> Rubella | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> Operations | <input type="checkbox"/> Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Serious injuries | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Contact w/ TBC |

Any serious illness other than the above? If yes, what is it? _____

Does this child have a congenital (birth) defect? If yes, what is it? _____

Is there a physical limitation the school should know about? _____

Does your child receive any medication other than vitamins? _____

Does your child have any special problems? (e.g., eating, sleeping, dressing, toilet difficulties or specific fears) _____

What name do you use at home for this child? _____

Language spoken at home: English Spanish Other

Is there any other information you can give which would be helpful to the teacher? _____

Immunizations complete

Nurse's Signature

Parent's Signature

- Parent is defined to include any person who has legal parental control of the child including, but without limitations, an adoptive parent, a spouse of a natural parent, a legal guardian, foster parent, a governmental agency having custody and parental control of the child, a court or grantee of parental control of affidavits.



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

235 No. Ocean Avenue Freeport, New York 11520 516-867-5200

El distrito escolar de Freeport tiene la obligación de coleccionar y reportar la identidad étnica de los estudiantes de Freeport según las categorías y definiciones federales. Necesitamos de su ayuda para llevar a cabo esta tarea. Por favor revise las definiciones raciales / étnicas a continuación. Marque la caja que mejor describe la categoría o categorías racial de su hijo(a). Toda la información se mantendrá en la más estricta confidencia según las leyes y regulaciones federales de privacidad estudiantil. Si usted no provee la información que solicitamos acerca de su hijo(a), un oficial a cargo de la asistencia escolar del distrito tendrá que identificar el grupo racial al cual parezca pertenecer el/la estudiante, o según cómo el/ella sea percibido/a dentro de la comunidad. Gracias por su colaboración.

Nombre: _____

Grado: ____ Número de identificación del/la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/REPRESENTANTE: POR FAVOR RESPONDA A LAS PREGUNTAS (1) Y (2).

(Para la pregunta (1) marque la caja que mejor describe a su hijo(a).) Marque solo **UNA** caja.

1. ¿Es el estudiante hispano(a), latino(a) o de origen español? La definición de hispano(a), latino(a) de origen español se refiere a las personas de cultura cubana, mejicana, puertorriqueña, centroamericana, sudamericana o de cualquier otra cultura u origen españoles sin importar la raza.

SI, si es hispano(a)

NO, no es hispano(a)

2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales:

Marque todos los grupos que describen a su hijo(a). Marque por los menos **UNA** caja.

INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo a América Central), y que mantiene la afiliación tribal o lazos en la comunidad.

ASIÁTICO : Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas y Tailandia y Vietnam.

NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico.

NEGRA O AFRO AMERICANA: Una persona que proviene de los pobladores originarios de los grupos negros raciales de Africa.

BLANCA: Una persona que proviene de los pobladores originarios de Europa, Africa del norte, o el Medio Oriente.

Firma del padre/tutor/otra persona

Fecha

Cómo está relacionado/a con el/la estudiante? (por favor marcar una de las cajas abajo):

Madre Padre Tutor Otra forma (Especificar): _____

E D U C A T I O N A L E X C E L L E N C E



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

235 No. Ocean Avenue Freeport, New York 11520 516-867-5200

The Freeport Public School District is required to collect and report the ethnic identity of students in the Freeport Public School District in accordance with the federal categories and definitions. We need your help in order to accomplish this task. Please review the Racial/Ethnic definitions below. Put a check in the box for the category or categories which best describe your child. All information will be kept secure and confidential in accordance with all State and Federal student privacy laws and regulations. If the information requested is not provided on this form on behalf of your child, a student records officer from the school or district will be required to identify the group to which the student appears to belong, identifies with, or is regarded in the community as belonging. Thank you for your cooperation.

Name: _____

Grade: ____ Student ID Number: _____

Date of Birth: _____

DIRECTIONS TO PARENT/GUARDIAN: PLEASE ANSWER QUESTIONS (1) AND (2).

(For questions (1) check the box that best describes your child.) Check only ONE box.

1. Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin? Hispanic, Latino or Spanish origin means a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

YES, Hispanic NO, not Hispanic

2. Select one or more races from the following five racial groups:
Check all groups that apply to your child. Check at least ONE box:

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE:** A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
- ASIAN:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand and Vietnam.
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN:** A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.
- WHITE:** A person with origins in the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East.

Signature of Parent/Guardian/Other

Date

Relationship to Student (please check one box below):

Mother Father Guardian Other (Specify): _____

E D U C A T I O N A L E X C E L L E N C E



**ESCUELAS PÚBLICAS DE FREEPORT
OFICINA CENTRAL DE VERIFICACIÓN DE REGISTROS**

Por favor lea lo siguiente y firme abajo antes de inscribir a su hijo(a).

Los estudiantes que no viven dentro de los límites del Distrito de las Escuelas Públicas de Freeport no califican para ningún servicio educativo.

Con mi firma concedo mi permiso a las Escuelas Públicas de Freeport para que investiguen cualquier información proveída en este formulario y hacer visitas al hogar para verificar domicilio. Cualquier persona o personas, además de los padres o tutores que den información falsa con el propósito de asistir a las Escuelas Públicas de Freeport serán enjuiciadas con todo el peso de la ley. Hacer declaraciones en falso en cualquier formulario de inscripción constituye un delito de "Clase A".

AVISO

SECCION 210.05 DE LA LEY PENAL: Una persona es culpable de perjurio en tercer grado cuando jura falsamente. El perjurio en tercer grado es in delito menor de Clase A. Un delito menor de Clase A se castiga hasta con seis meses de cárcel o una multa hasta de \$1,000. Todas las convicciones menores portan un recargo de \$60, adicional a cualquier otra penalidad o multa impuesta.

El Distrito reserva el derecho a tomar acción legal para cobrar el cargo de inscripción el cual puede ser más de \$10,000 por ano si el estudiante está inscrito ilegalmente. La información de domicilio es investigada al azar regularmente.

(Marque uno) Padre o tutor legal

Firma

Fecha



**FREEPPORT PUBLIC SCHOOLS
CENTRAL REGISTRY VERIFICATION OFFICE**

Please read the following and sign below before registering your child.

Students not residing within the Freepport Public School District boundary are not entitled to any educational services.

Permission is granted by my signature to Freepport Schools to investigate any information provided on this form and to make home visits in order to verify residency. Any person or persons, in addition to parents or legal guardians who provide false information for the purpose of attending Freepport Public Schools will be prosecuted to the fullest extent of the law. The making of a knowingly false statement on any registration form constitutes a "Class A" misdemeanor.

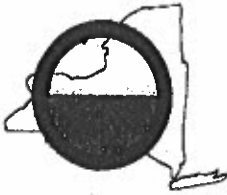
NOTICE

PENAL LAW SECTION 210.05: A person guilty of perjury in the third degree when he swears falsely. Perjury in the third degree is a Class A misdemeanor. A Class A misdemeanor is punishable by up to six months in prison or a fine up to \$1000. All misdemeanor convictions carry a \$60 surcharge in addition to any other penalty or fine imposed.

The District reserves the right to take legal action to collect tuition charges which may exceed \$10,000 if the student is illegally registered. Residency information is investigated randomly on a regular basis.

(Circle One) Parent or Legal Guardian

Signature Date



**NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM
IDENTIFICATION & RECRUITMENT OFFICE
PARENT SURVEY**

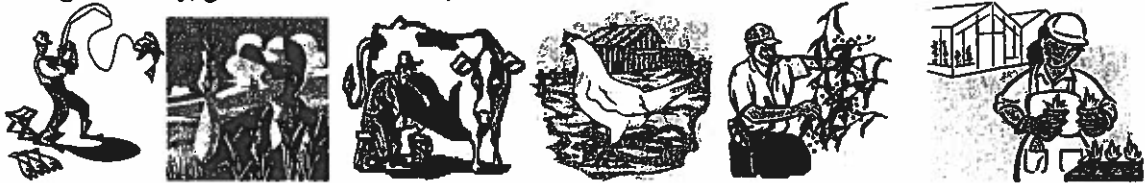
The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provides a variety of educational services to families who work in agriculture, **regardless of their nationality** or legal status. This program is **free of charge** to all eligible families and may include tutoring, free lunch eligibility, educational field trips, summer programs, parent involvement activities, emergency needs and referrals to other services as needed.



Please take few minutes to complete this questionnaire.

1. Has anyone in your family worked, or looked for work at the following occupations within the last three (3) years? _____ Yes _____ No

2. Any agricultural or farm work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, other)? _____ Yes _____ No



3. Work related to logging, timber growing or harvesting? Work at food processing plant, (such as vegetable or poultry processing plants packing apples or vegetables)?
_____ Yes _____ No



If you answered YES to all 3 questions, please provide contact information below

Parent/Guardian/Eligible Person's Name: _____

Home address: _____

Telephone number: (____)-____-____ Best Time to be reached _____ AM/PM

Previous Address: _____

Student name: _____ Age _____ Grade _____

Student name: _____ Age _____ Grade _____

To submit this referral please contact *Julia Schnurman* - ESBOCES - (631) 548-7700,
Or fax to (631) 369-4126: email - migranteducation@esboces.org or send by mail to:
LONG ISLAND – METRO MIGRANT EDUCATION PROGRAM,
969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY 11901

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No	Type:	
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other :
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No	Type:	Date of last seizure:
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m²

Percentile (Weight Status Category): <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 µg/dL				
<input type="checkbox"/> System Review and Abnormal Findings Listed Below				
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:			DOB:	
SCREENINGS				
Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>
Notes				
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.				Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Notes				
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> Other Restrictions:				
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Age of First Menses (if applicable) : _____				
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
MEDICATIONS				
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached				
IMMUNIZATIONS				
<input type="checkbox"/> Record Attached		<input type="checkbox"/> Reported in NYSIS		
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature:				
Provider Name: <i>(please print)</i>				
Provider Address:				
Phone:		Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.				



Certificado de Salud Dental

Padre / Encargado: La ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud bucal al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Su hijo puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista / higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico o a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Sección 1. Para ser completado por el Padre o Encargado (Por Favor Imprima)

Nombre del Estudiante: Apellido Nombre Segundo Nombre

Fec. Nac.: / / Sexo: Masculino Esta es la primera evaluación de salud bucal de su hijo? Sí No
 Mes Día Año Femenino

Escuela: Nombre Grado

Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares?
 Sí No

Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño mencionado reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para la salud dental del estudiante, y que necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud oral.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación nueva, continua o constante entre el médico y el paciente. Además, no responsabilizaré al dentista ni a los que realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que figuran a continuación.

Firma de Padre/Encargado Fecha

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address Dentist's/Dental Hygienist's Signature
(please print or stamp)

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least 1/4 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].
- Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.



Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last		First		Middle	
Birth Date: / / Month Day Year	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Will this be your child's first oral health assessment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
School: Name					Grade

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? Yes No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature _____ Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

--	--

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes No Caries Experience/Restoration History – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes No Untreated Caries – Does this child have an open cavity? [At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].
- Yes No Dental Sealants Present

Other problems (Specify): _____

II. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS
Central Registry Verification Office
59 W. Seaman Avenue
Freeport, New York 11520
(516) 867-5254

(VALID FOR ONE YEAR)

AFFIDAVIT OF RESIDENCY

STATE OF NEW YORK

COUNTY OF NASSAU

_____, attests that each of the following
 (Print name)
 statements are true:

1. I am the (tenant) of a (home) (apartment building) located at:

 (Address)

2. The residence listed in item 1 above is a (one-family) (two-family) (multi-family) residence.

3. I certify that I live at _____
 (Complete Address, City/Town, Zip)

4. My telephone number is _____

5. My social security number is _____

6. The following persons reside at the residence listed in item 1 above:

NAME	RELATIONSHIP TO OWNER
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. The residence listed in item 1 above has: _____ bedroom(s)
_____ bathroom(s)
_____ kitchen(s)

8. I understand that the statements made within this document are for the purpose of registration and/or enrollment into the Freeport Public Schools and attest to their accuracy to the best of my knowledge. I understand that verification of residence as stated herein may be conducted by the District or a third party, and that information written herein meant to enable unentitled attendance in the District may be subsequent to suspension of enrollment and/or billing for tuition.

Signature

Sworn to before me this

_____ day of _____ 20_____

Notary Public



FREEPORT PUBLIC SCHOOLS

**Central Registry Verification Office
59 W. Seaman Avenue
Freeport, New York 11520
(516) 867-5254**

LANDLORD/OWNER AFFIDAVIT OF RENTAL OF RESIDENCE

STATE OF NEW YORK

COUNTY OF NASSAU

_____, attests that each of the following
(Print name)
statements are true:

1. I am the (owner) (landlord) (superintendent) of a (home) (apartment building) located at:

(Address)

2. The residence listed above has been leased or rented to the following:

(Name of renter(s) or lessee(s))

who have identified the following children who will also be residing at the above-named address:

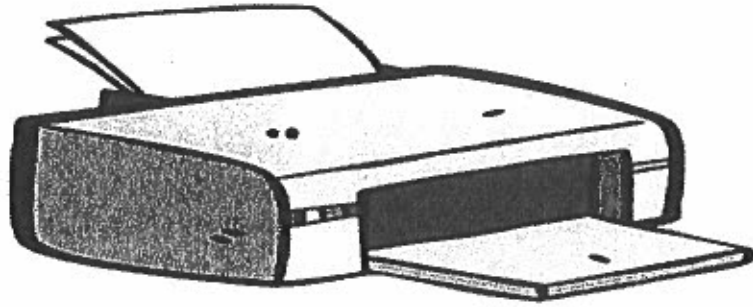
3. I understand that the statements made within this document are for the purpose of registration and/or enrollment into the Freeport Public Schools and attest to their accuracy to the best of my knowledge. I understand that verification of residence as stated herein may be conducted by the District or a third party to ensure the validity of the statements above.

Signature

Sworn to before me this

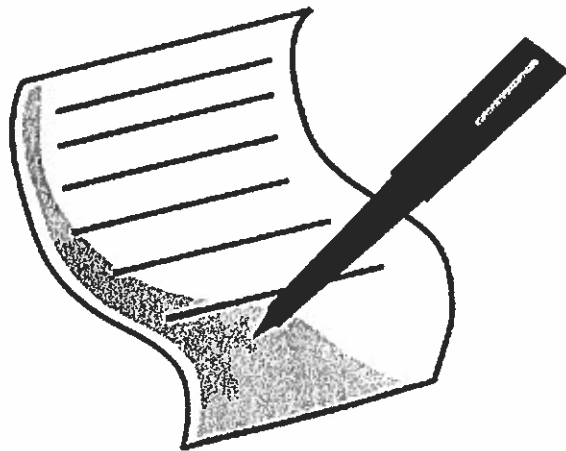
____ day of _____ 20__

Notary Public



Please make copies of all documentation before submitting.

Por favor haga copias de toda la documentación antes de enviar



Please fill out ALL forms completely.

Por favor llene TODOS los formularios completamente.

