

Housatonic Valley Regional High School

Regional District No. 1

246 Warren Turnpike Road
Falls Village, Connecticut 06031

Telephone (860) 824-5123

Fax (860) 824-5419

Lista de verificación de registro nuevo:

Asegúrese de enviar lo siguiente antes de su cita de registro / selección de cursos.

- ___ 1. Complete el formulario de inscripción y envíelo electrónicamente.
- ___ 2. Declaración jurada completa y certificada ante notario para fines de residencia y una copia del contrato de alquiler o hipoteca. Puede ocultar toda la información financiera.
- ___ 3. Documentación de la identificación del estudiante. Adjunte una copia del acta de nacimiento oficial, pasaporte, acta de bautismo oficial u otra documentación oficial emitida por el gobierno.
- ___ 4. Documentación de la identificación del padre / tutor. Adjunte una copia de la licencia de conducir, pasaporte u otra identificación oficial con fotografía emitida por el gobierno.
- ___ 5. Encuesta sobre el idioma del hogar completada.
- ___ 6. Formularios de divulgación de información firmados, tanto de FERPA como de HIPAA. Esto permite que la escuela obtenga registros educativos y de salud de la escuela anterior.
- ___ 7. Formulario de registro médico del estudiante, examen físico actual y registro de vacunas. Todas las transferencias nuevas dentro del estado pueden enviar el formulario actual siempre que se realicen dentro del año calendario. Todas las transferencias nuevas fuera del estado deben obtener un examen físico actual (dentro del año calendario) de un médico de CT o de un médico limítrofe de NY / MA.
- ___ 8. Copia del IEP o Plan 504 si corresponde.
- ___ 9. Copia del horario actual del estudiante que muestre las clases en las que se inscribió en la escuela anterior.
- ___ 10. Transcripción oficial de todos los créditos obtenidos de la escuela anterior.

El Registrador debe obtener las siguientes firmas lo antes posible para verificar la recepción de todos los requisitos de registro:

- 1) Consejero escolar del estudiante _____
- 2) Enfermera de la escuela _____
- 3) Coordinador de TI _____
- 4) Administrador de la escuela _____
- 5) Presidente de educación especial (si corresponde) _____

*** DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE DEBEN SER PROPORCIONADOS AL MOMENTO DE
LA INSCRIPCIÓN *
DISTRITO ESCOLAR REGIÓN UNO ESCUELA
SECUNDARIA REGIONAL HOUSATONIC VALLEY**

Para finalizar el proceso de inscripción, se requiere prueba de tutela, prueba de la edad del estudiante y prueba de residencia. Envíe los siguientes documentos al registro de la escuela o a la oficina principal. El registro no está completo hasta que se reciban todos los documentos requeridos.

Prueba de tutela:

- padre (s) del estudiante
 1. Licencia de conducir o identificación con foto emitida por el estado / gobierno
 2. Certificado de nacimiento del estudiante o presentación del pasaporte (también prueba de edad)
- Tutores legales
 1. Licencia de conducir o identificación con foto emitida por el estado / gobierno
 2. Documento judicial que indique la custodia o tutela
- Custodio (s) designado por el
 1. estado Identificación de trabajo emitida por la agencia estatal
 2. Documento de notificación del DCF (es decir, formulario DCF 603)

Comprobante de edad:

- estudiante Acta de nacimiento oficial del, pasaporte, certificado oficial de bautismo u otra documentación emitida por el gobierno

Comprobante de residencia:

Padre / tutor (s) deben proporcionar una

- ante ***declaración jurada notario para propósitos de residencia***

Y -

Proporcionar 1 de los siguientes documentos principales a nombre del padre / tutor (s)

- Declaración de hipoteca
- actual Contrato de arrendamiento actual

Si no puede proporcionar 1 de los documentos principales -

Proporcione 2 de los siguientes documentos secundarios a nombre del padre / tutor (es)

- Factura actual (electricidad, gas, agua, cable o teléfono)

Si el padre / tutor no puede proporcionar prueba de residencia debido a que vive con un miembro de la familia o un amigo, se una ***Declaración Jurada de Residencia del Anfitrión*** debe completar y certificar ante notario. Todos los formularios de prueba de residencia deben ser proporcionados por el residente de la Región 1 con quien reside el estudiante.

La Ley Federal de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento proporciona protecciones legales especiales para niños y jóvenes sin hogar, incluidos los "jóvenes no acompañados" sin hogar que no están bajo

la custodia de un padre o tutor. Los niños sin hogar o desplazados tienen derecho a matricularse en la escuela incluso si sus familias no pueden presentar la documentación de matriculación. La asistencia está disponible en el momento de la inscripción.

DECLARACIÓN JURADA PARA FINES DE RESIDENCIA

Solicito la inscripción en la escuela de (nombre del estudiante)
_____ y atestigo que actualmente resido en la dirección
que se indica a continuación.

Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Número de teléfono de casa: _____

La residencia

1. Tiene la intención de ser: permanente () temporal ()

Duración: _____

2. Se está proporcionando: sin paga () con paga ()

Describe: _____

3. Es () No es () con el único propósito de asistir a la escuela.

Explicar: _____

Entiendo que la información falsa en esta declaración jurada puede hacerme responsable de los costos totales de matrícula y todos los costos relacionados con las adaptaciones escolares según lo determine el distrito escolar. También acepto pagar todos los costos asociados con el cobro de estas deudas.

Firma del padre / tutor residente # 1

Firma del padre / tutor residente # 2

Suscrito y juramentado ante mí, el día _____ de _____ de 20__.

Notario Público / Juez de Paz Fecha de vencimiento de la comisión

SELLO OFICIAL

DECLARACIÓN JURADA DEL ANFITRIÓN PARA RESIDENCIA Distrito Escolar de la Región 1

Encumplimiento con el Estatuto General de Connecticut 10-253 (d), el Distrito Escolar de la Región 1 requiere que este formulario se complete para cualquier estudiante que resida con otra (s) persona (s) (en adelante, el "Anfitrión") dentro del Distrito Escolar de la Región 1. La Declaración Jurada de Residencia del Anfitrión debe ser completada por la (s) persona (s) con quien reside el estudiante, sin importar si el padre / tutor también puede residir con la familia Anfitriona en la misma dirección. De acuerdo con los requisitos de residencia del Distrito Escolar de la Región 1, también se requieren documentos adicionales de Prueba de Residencia que confirmen la residencia permanente del Anfitrión en el Distrito Escolar de la Región 1.

Por la presente certifico que _____ (nombre legal completo del estudiante)

es mi _____ (relación del estudiante con el Anfitrión) y que residen legalmente conmigo en

_____ (dirección de residencia completa).

Además, certifico que esta pretende ser una dirección permanente de buena fe, que este estudiante está viviendo conmigo ___ days y ___ nights por semana, y que estoy no recibiendo el pago por tener esta residen estudiante conmigo y / o con el único propósito de asistir escuela en el Distrito Escolar de la Región 1.

Certifico que este niño reside conmigo porque: _____

Si usted es el tutor del estudiante mencionado anteriormente, indique la fecha y la fuente de autoridad legal del estudiante. Se debe proporcionar una copia de los documentos de tutela para el archivo del estudiante.

Documento con fecha: _____ Fuente de autoridad legal: _____

Si un menor de edad no reside con un padre / tutor, se debe reconocer la siguiente declaración:

- Yo, el Anfitrión abajo firmante, entiendo que tengo plena responsabilidad por el estudiante mencionado arriba en el ausencia de su padre / tutor con respecto a todos y cada uno de los asuntos disciplinarios, administrativos y médicos de la escuela.

Firma del anfitrión: _____ Fecha: _____

Entiendo que esta Declaración jurada de residencia del anfitrión es válida solo para el año escolar actual y debe renovarse anualmente para continuar la inscripción en el Distrito Escolar de la Región 1. Como anfitrión del estudiante mencionado anteriormente y como residente del Distrito Escolar de la Región 1, el estudiante es elegible para los privilegios gratuitos de las escuelas públicas del Distrito Escolar de la Región 1. Estoy de acuerdo en notificar a los funcionarios de la escuela de inmediato sobre la terminación de la residencia permanente del estudiante en el Distrito Escolar de la Región 1. Finalmente, entiendo que si se determina que el estudiante asiste ilegalmente al Distrito Escolar de la Región 1, el Distrito Escolar de la Región 1 se reserva el derecho de recuperar los costos de dicha educación de mi parte, el abajo firmante. Además, entiendo que una declaración falsa puede dar lugar a la cancelación de la inscripción del estudiante mencionado anteriormente y puede dar lugar a un enjuiciamiento en virtud de los estatutos penales del estado de Connecticut. También entiendo que este documento se puede utilizar en un tribunal de justicia como prueba en mi contra.

**** Debe estar firmado en presencia de un Notario Público con sello o sello del oficial abajo firmante ****

Nombre del Anfitrión: _____

Firma del Anfitrión: _____ Suscrito y usado para mí en esta fecha:

Firma del Notario Público: _____ Comisión expira: _____

Sello de funcionario de notario público o sello pegado:

Housatonic Valley Regional High School

Region One School District

Encuesta sobre el Idioma Natal

¡Bienvenidos a nuestra escuela!

Tenemos algunas preguntas acerca de los idiomas que se hablan en el hogar. El Departamento de Educación de EE.UU. no exige pedir esta información porque nos ayudará a saber la mejor forma de ayudar a su hijo. La información sobre los idiomas también nos ayuda a saber la mejor forma de comunicarnos con ustedes. Por favor compartan con nosotros el o los idiomas que habla su familia y en su hogar.

Información del alumno

Nombre del alumno: _____ Apellido del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Niño o Niña: _____

Grado actual: _____

1) ¿Cuál es el principal idioma que se usa en el hogar, independientemente del idioma que habla el alumno?	
2) ¿Qué idioma habla con mayor frecuencia el alumno?	
3) ¿Cuál fue el primer idioma que adquirió el alumno?	
4) ¿Qué idioma prefieren para las comunicaciones escritas de la escuela?	
5) ¿Necesitarán interpretación/traducción en las reuniones entre padres y maestros?	

Nombre del padre/madre/tutor
(por favor en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor

Fecha: _____

Gracias por contestar las preguntas. Estamos deseosos de trabajar con su hijo.

ESCUELA SECUNDARIA REGIONAL HOUSATONIC VALLEY
DISTRITO ESCOLAR REGIONAL UNO
246 WARREN TURNPIKE ROAD
FALLS VILLAGE, CT 06031 Teléfono:
(860) 824-5123 Fax: (860) 824-0130
Ian Strever, director
Steven Schibi, subdirector

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE
LEY DE PRIVACIDAD Y DERECHOS EDUCATIVOS FAMILIARES (FERPA)

De conformidad con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), por la presente autorizo a Housatonic Valley Regional High School a obtener y / o liberación (marque con un círculo) los siguientes registros confidenciales sobre mi hijo:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad / estado / código postal: _____

Padre (s) / tutor (es): _____

Marque todo lo que corresponda:

Archivo acumulativo

Servicios para alumnos / Educación especial

Disciplinario

*Salud y Medicina

Otros (especificar) _____

Obtener

Liberación

*Si esta autorización se utiliza para obtener información médica protegida del médico de un niño u otra entidad cubierta por la HIPAA, un Transferencia de Información médica confidencial del estudiante: Información médica protegida También se debe completar el formulario.

Hacia / Desde: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Entiendo que la información que se divulgará está protegida como un "expediente educativo" según FERPA, y que dicha información no se volverá a divulgar a menos que lo permita FERPA. Además, entiendo que los funcionarios, empleados y agentes de cualquier parte que reciba información protegida bajo FERPA pueden usar dicha información solo para los fines para los cuales se realizó la divulgación.

Firma de los padres / tutores _____

Fecha: _____

fecha de formulario: 2/5/2020



ESCUELA SECUNDARIA REGIONAL HOUSATONIC VALLEY
DISTRITO ESCOLAR REGIONAL UNO
 246 WARREN TURNPIKE ROAD
 FALLS VILLAGE, CT 06031 Teléfono:
 (860) 824-5123 Fax: (860) 824-0130
 Ian Strever, *Principal*
 Steven Schibi, *Asistente principal*

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Nombre de los padres / tutores: _____

	Obtener	Liberación
Salud y Medicina*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (especifique a continuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hacia / Desde: _____
 Nombre

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

* Si esta autorización se utiliza para obtener información médica protegida del médico de un niño u otra entidad cubierta por la HIPAA, se debe completar la siguiente sección:

Yo, el abajo firmante, autorizo específicamente a _____ a divulgar la información médica de mi hijo, como se especifica anteriormente, a la escuela de mi hijo, Housatonic Valley Regional High School, en la dirección anterior para los fines descritos a continuación (es decir, evaluación de salud para el ingreso a la escuela, educación especial evaluación, etc.):

Al firmar a continuación, acepto que una fotocopia de esta autorización será válida como el original. Esta autorización será válida por un período de un año a partir de la fecha a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al consultorio del médico por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes por el médico antes de recibir dicha revocación.

Entiendo que bajo la ley aplicable, la información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a mayor divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento de mi hijo o el tratamiento continuo con cualquier proveedor de atención médica o la inscripción o la elegibilidad para los beneficios con cualquier plan de salud no pueden estar condicionados a si firmo o no esta autorización y que puedo negarme a firmarla.

Cualquier información recibida por la escuela de conformidad con esta autorización está sujeta a todas las leyes de confidencialidad estatales y federales que rigen el uso y la divulgación de dicha información.

Firma de los padres / tutores: _____

Fecha: _____

fecha de formulario: 2/5/2020





State of Connecticut Department of Education

Health Assessment Record



To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part 1) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the medical evaluation (Part 2) and the oral assessment (Part 3).

State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or registered nurse, licensed pursuant to chapter 378, a physi-

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

Please print

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

* If applicable

Part 1 — To be completed by parent/guardian.

Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

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

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

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

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

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

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

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

Signature of Parent/Guardian

Date

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

Part 2 — Medical Evaluation

HAR-3 REV. 1/2022

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

Student Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____

I have reviewed the health history information provided in Part 1 of this form

Physical Exam

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

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

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

Screenings

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

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

*IMMUNIZATIONS

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

*Chronic Disease Assessment:

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

Anaphylaxis No Yes: Food Insects Latex Unknown source
Allergies If yes, please provide a copy of the *Emergency Allergy Plan* to School

History of Anaphylaxis No Yes Epi Pen required No Yes

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

Seizures No Yes, type: _____

This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.
 Explain: _____

Daily Medications (specify): _____

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

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

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

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

Part 3 — Oral Health Assessment/Screening

Health Care Provider must complete and sign the oral health assessment.

To Parent(s) or Guardian(s):

State law requires that each local board of education request that an oral health assessment be conducted prior to public school enrollment, in either grade six or grade seven, and in either grade nine or grade ten (Public Act No. 18-168). The specific grade levels will be determined by the local board of education. The oral health assessment shall include a dental examination by a dentist or a visual screening and risk assessment for oral health conditions by a dental hygienist, or by a legally qualified practitioner of medicine, physician assistant or advanced practice registered nurse who has been trained in conducting an oral health assessment as part of a training program approved by the Commissioner of Public Health.

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	Date of Exam
School	Grade	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Home Address		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone

Dental Examination Completed by: <input type="checkbox"/> Dentist	Visual Screening Completed by: <input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> APRN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Dental Hygienist	Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Abnormal (Describe) _____ _____ _____ _____	Referral Made: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Risk Assessment <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High	Describe Risk Factors <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____ </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____ </td> <td style="width: 34%; border: none;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____					

Recommendation(s) by health care provider: _____

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

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Signature of health care provider	DMD / DDS / MD / DO / APRN / PA / RDH	Date Signed	Printed/Stamped <i>Provider</i> Name and Phone Number
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------	---

Immunization Record

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

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

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*				Required 7th-12th grade	
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*			Required K-12th grade	
Measles	*	*			Required K-12th grade	
Mumps	*	*			Required K-12th grade	
Rubella	*	*			Required K-12th grade	
HIB	*				PK and K (Students under age 5)	
Hep A	*	*			See below for specific grade requirement	
Hep B	*	*	*		Required PK-12th grade	
Varicella	*	*			Required K-12th grade	
PCV	*				PK and K (Students under age 5)	
Meningococcal	*				Required 7th-12th grade	
HPV						
Flu	*				PK students 24-59 months old – given annually	
Other						

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

<p>Religious Exemption: _____</p> <p>Religious exemptions must meet the criteria established in Public Act 21-6: https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Digest/2020-21/CSDE-Guidance---Immunizations.pdf.</p>	<p>Medical Exemption: _____</p> <p>Must have signed and completed medical exemption form attached. https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DPH/dph/infectious_diseases/immunization/CT-WIZ/CT-Medical-Exemption-Form-final-09272021fillable3.pdf</p>
---	---

- KINDERGARTEN THROUGH GRADE 6**
- DTaP: At least 4 doses, with the final dose on or after the 4th birthday; students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine.
 - Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
 - MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
 - Hib: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
 - Pneumococcal: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
 - Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See "HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES" column at the right for more specific information on grade level and year required.
 - Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
 - Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.**

- GRADES 7 THROUGH 12**
- Tdap/Td: 1 dose of Tdap required for students who completed their primary DTaP series; for students who start the series at age 7 or older a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccines are required, one of which must be Tdap.
 - Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
 - MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
 - Meningococcal: 1 dose
 - Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
 - Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.**
 - Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See "HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES" column at the right for more specific information on grade level and year required.

- HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES**
- August 1, 2017: Pre-K through 5th grade
 - August 1, 2018: Pre-K through 6th grade
 - August 1, 2019: Pre-K through 7th grade
 - August 1, 2020: Pre-K through 8th grade
 - August 1, 2021: Pre-K through 9th grade
 - August 1, 2022: Pre-K through 10th grade
 - August 1, 2023: Pre-K through 11th grade
 - August 1, 2024: Pre-K through 12th grade
- ** Verification of disease:** Confirmation in writing by an MD, PA, or APRN that the child has a previous history of disease, based on family or medical history.
- Note:** The Commissioner of Public Health may issue a temporary waiver to the schedule for active immunization for any vaccine if the National Centers for Disease Control and Prevention recognizes a nationwide shortage of supply for such vaccine.

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

HVRHS OTC Medication Permission

Name _____ DOB: _____

Allergies (medication, environmental):

Medication:

Please administer the following over the counter medications as prescribed by the school physician, Suzanne Lefebvre, MD, to the named student as directed below:

- **Bacitracin ointment or triple antibiotic ointment for cuts, abrasions, other superficial wounds**
- **Benadryl for allergic reactions**
- **Calamine lotion for poison ivy, poison oak, poison sumac**
- **Chloraseptic spray for sore throat**
- **Cool gel for minor burns**
- **Cough drops (Hall's, for example) for cough, cold, sore throat**
- **Heating Pad or hot water bottle for cramps or muscle pain**
- **Hydrocortisone 1% cream for itchy skin rash**
- **Hydrogen Peroxide for wound cleaning as necessary; most wounds are cleaned with just plain soap and water**
- **Ibuprofen 400mg for mild to moderate pain, headache, fever**
- **Maalox for upset stomach, heartburn, or stomach pain**
- **Medicine swab for insect bites**
- **TUMS 1-2 tabs for upset stomach, heartburn, stomach pain**
- **Tylenol 650mg for headache, mild to moderate pain, fever**
- **Vaseline or medicated lip balm for chapped lips/skin**

* Please **CROSS OFF** and **INITIAL** any medication you do not want administered to your child.

* Generic forms may be used.

* Manufacturer dosing recommendations will be followed.

By signing below, I permit the school nurse or other appropriate personnel to administer to my student child the above medications for the 2021-2022 school year.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

School Medical Advisor _____ Date 6/22/21

Suzanne Lefebvre, MD

**AUTHORIZATION FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICINES BY SCHOOL
PERSONNEL**

The Connecticut State Law requires a written order of a physician licensed to practice medicine in this state and the written authorization of a parent or guardian of such child for a school nurse, or, in the absence of such nurse, the principal or any teacher to administer medicinal preparations to any student. Medication must be in a prescription vial with the name and strength of the medicine and the child's name on the label.

Physician's Name _____ Tel. # _____
(type or print)

Address _____

PHYSICIAN'S ORDERS

Name of child _____ Date _____

Address _____ D.O.B. _____

Condition for which drug is administered during school hours _____

Drug: Name, dose and method of administration _____

Is this a controlled drug? Yes _____ No _____ Time of administration _____

Medication shall be administered from _____ to _____
(Dates)

Relevant side effects to be observed, if any _____

If there are any side effects, plan for management _____

(Signature) _____

**AUTHORIZATION OF PARENT OR GUARDIAN CONCERNING THE ADMINISTRATION OF THE
ABOVE MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL**

To _____ Date _____

I hereby request the above medication ordered by the physician for my child.

(Name of child) _____ to be administered by:

School personnel Yes _____ No _____ Self-administered Yes _____ No _____

I hereby give permission to destroy the medication (or I understand that this medication will be destroyed) if not picked up within one week after notification.

(Signature) _____ Tel. # _____

(Address) _____

This is a double-sided form requiring signatures on both pages. Thank you.

INTERNET ACCEPTABLE USE POLICY HOUSATONIC VALLEY REGIONAL HIGH SCHOOL

In addition to local resources, the Housatonic Valley Regional High School network provides access to the Internet. In order to gain access to the Internet, students and their parents must sign this agreement indicating their acceptance of the responsibilities listed below.

Internet users enjoy certain right and privileges, which include:

Safety: To the greatest extent possible the students will be protected from harassment and unwanted contact. Users are instructed not to give out their home address, phone number, credit card information or password. However, making the Internet available to students carries with it the potential that users may encounter information that some have identified as controversial and of potential harm. The school's focus is on providing the understanding and skills needed to use the Internet in ways appropriate to students' educational needs rather than on controlling the environment.

Privacy: Not all users of the Internet have an expectation of privacy. E-mail provided by the school district is public and subject to monitoring. Anything you write can be read by your supervisor and/or administrator. E-mail communication is considered public. Also, there are no rights to privacy in web surfing when using a school district's Internet connection.

Intellectual Freedom: Within the framework of responsibilities listed below, this is free and open forum for expression, including viewpoints that are unorthodox or unpopular. Considerate and respectful disagreement is welcome.

With these rights and privileges come certain responsibilities:

1. Use of appropriate language is required. Profanity or obscenity in written communication over the Internet is inappropriate, as it is in all areas of school life.
2. Accessing or downloading offensive or sexually explicit material is prohibited, as is behavior that is harassing, antisocial and unethical. If you accidentally encounter a web site that may be of questionable nature, you need to report this to the school's Network Administrator immediately.
3. Downloading is limited to materials for school use only.
4. The use of gaming, chat room or messaging software is prohibited.
5. Adherence to the laws of copyright is required. Users are expected to respect copyright issues regarding downloading and use of software, retrieval and citing of information and attributing authorship.
6. Use of the Internet for any illegal activities is prohibited. Illegal activities include libel, unauthorized entry into computers, or deliberate vandalism or destruction of computer files.
7. Work only on the account assigned to you and take responsibility for the activity on your account. Violations of this policy that can be traced to an individual account will be treated as the responsibility of the owner of that account. Be sure to "log off" of a computer after each use.
8. Impersonation and anonymity are not permitted. Users must take responsibility for their actions and words.
9. Exemplary behavior is expected on "virtual field trips". When "visiting" locations on the Internet, students must act according to all the guidelines in the Housatonic Valley Regional High School Student Handbook.

To obtain an Internet account students and their parents/guardians are asked to sign below, indicating their acceptance of all the above responsibilities. Failure to follow them will result in the loss of Internet privileges and/or disciplinary action. Internet access will be activated after the school receives this signed document.

Student Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

This is a double-sided form requiring signatures on both pages. Thank you.

COMPUTER NETWORK USE AGREEMENT FOR STUDENTS HOUSATONIC VALLEY REGIONAL HIGH SCHOOL

This agreement is intended to protect the rights of all the network users and maintain appropriate use of computers, including laptops borrowed for individual use and computer areas. Gaining access to the Internet through the school network will require signing another, different contract.

- Before using any computer, notify the monitoring teacher if anything is damaged or missing.
- Use only the applications available through the school's network. (The student's personal software may not be loaded into the network.)
- Use the computers and printers for educational purposes. (Responsible consumption of computer supplies must be observed. A school assignment has an educational purpose. Other reasons for consuming supplies, such as printer paper, must be approved by the monitoring teacher.)
- Use only your own account and password for all computer work. Do not share your account and password with others. (Damage or loss of personal files, even sabotage, can result from allowing others to use your account and password.)
- Adhere to copyright laws. (Users are expected to respect copyright laws, which govern the use, copying of software, citing of information and attributing authorship.)
- Save all school work and important files to your Google Drive. Files can also be saved to network servers when directed to do so by a teacher. Files saved on a classroom or lab computer will be deleted for the purposes of maintaining the systems. It is the students responsibility to take the necessary precautions to prevent data loss
- For security, exit all applications and log off the computer properly. (Logging off improperly may – under some conditions – prevent subsequent logging in.)
- When you finish, clean up the area, set the computer as it was, push in the chair, and be sure the printer area is cleaned up. (Cleanup is everyone's responsibility.)

I understand that school policies state that students are financially responsible for any purposeful damage to the computer network or computer equipment. If reasonable suspicion exists that the student has violated this agreement, or any school rules, the administration reserves the right to inspect my computer files. Violation of this agreement may result in removal from the network and/or disciplinary action. I agree to comply with the regulations listed above in connection with the use of computers, including laptops borrowed for individual use and computer areas at Housatonic Valley Regional High School.

Student signature: _____ Date: _____

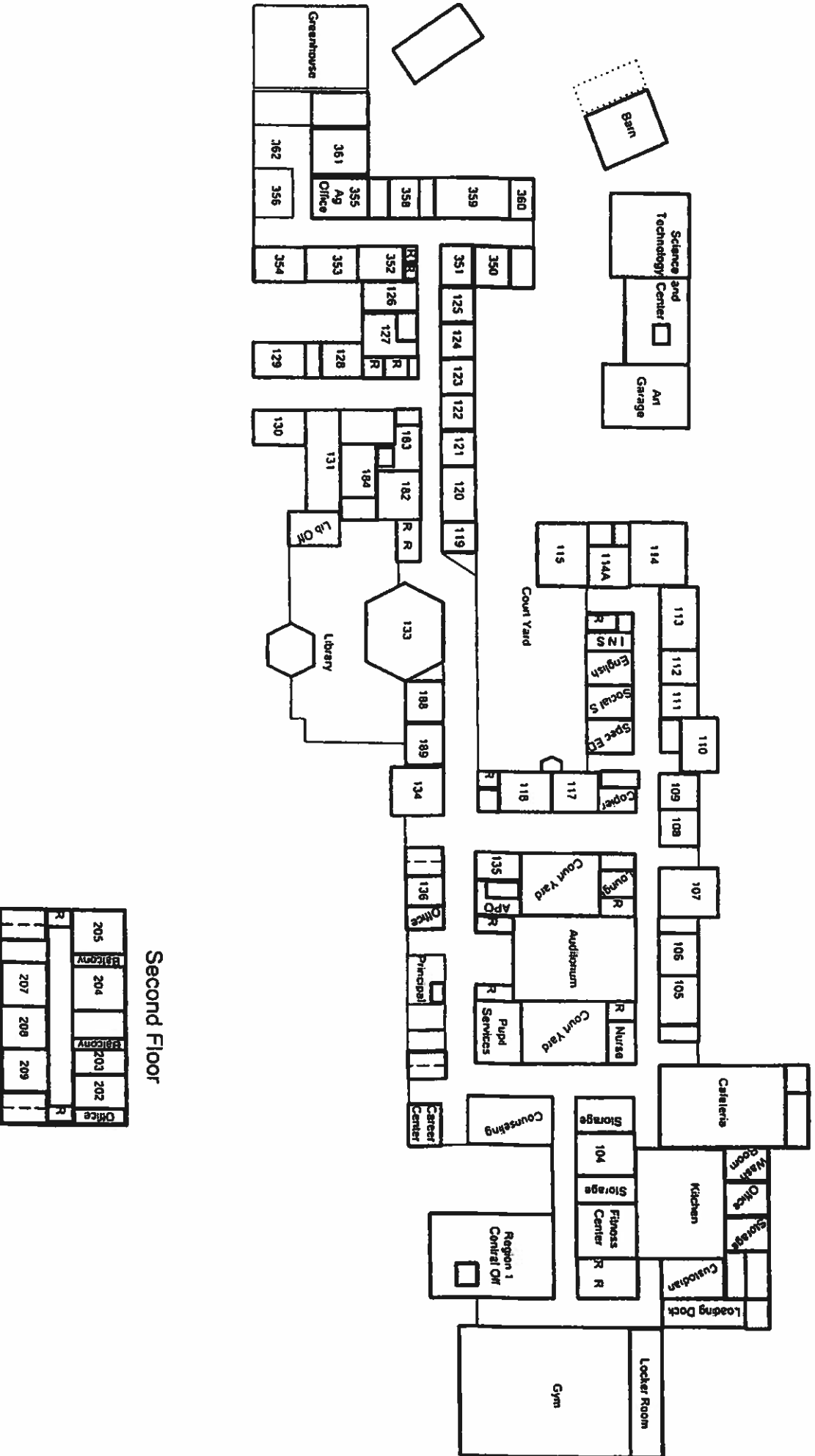
GRADE: _____

FIRST NAME: _____

LAST NAME: _____

PLEASE PRINT LEGIBLY. Thank You.

HVRHS Campus Map



Second Floor

R	205	204	203	202	Office
R	206	207	208	209	