

## REQUISITOS DE ENTRADA PARA ESTUDIANTES NUEVOS

**Jardín de infancia** - Estudiante se han alcanzado su 5 cumpleaños en o antes de septiembre de 30 de <sup>a</sup> de la actual escuela de año.

**Pre-Kinder** - Estudiante se han alcanzado su 4 cumpleaños en o antes de septiembre de 30 de of la actual escuela de año.

**Oficial Nacimiento Certificado** (Una fotocopia será no cumplir con este requisito)

**Válido de identificación de tarjeta** (State o gobierno - identificación emitida por el padre/tutor)

**Corte - ordenó la custodia de documentación** (si es aplicable)

**Verificación de dirección (solo se requiere 1 elemento de la lista a continuación)**-*La tarjeta de identificación del DMV o la licencia de conducir no son una forma aceptable de verificación de dirección*

**Actual utilidad factura** ( A Potencia, G como, W ater , o S anitation factura debe listar el padre (s) / legal guardian (s) nombre y la dirección de residencia)

### **Declaración de hipoteca o contrato de arrendamiento actual**

(debe incluir el nombre y la información de contacto del propietario, la dirección de la propiedad, la fecha de ocupación o la fecha actual , el monto del alquiler pagado, el nombre del inquilino (padre (s) / tutor (es) legal (es) y información de contacto en papel con membrete de la empresa .

*<sup>11</sup>Es un delito menor de Clase 4 para hacer una declaración falsa en relación con la residencia de un niño en una zona de asistencia división particular de la escuela o la escuela si el propósito es evitar la matrícula o para inscribir a un estudiante en una escuela fuera de la asistencia a la zona en la que la estudiante reside.*

**Examen físico** ( completado dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de ingreso a la escuela)

**Registros de vacunación actuales**

- o 4-DTaP (difteria, tétanos y tos ferina) - 1 después del 4 cumpleaños
- o 4-0PV (Polio) - 1 después del 4 cumpleaños
- o 2MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- o 3-HepB (hepatitis B)
- o 2-Varicela (Varicela)

Visite el siguiente sitio para obtener más detalles:

<https://www.npsk12.com/Page/16148>

**Primaria Tanners Creek**

1335 Longdale Drive

Norfolk, VA 23513

757-852-4555 (PH) 757-852-4553 (FX)

Principal - Sra. Rhonda Harris

**Tanners Creek**



**Koalas  
CLIMB**



# Formulario de registro de estudiantes

Padre/madre en servicio militar activo:     Madre     Padre     Ninguno

**Responda si corresponde:**

**Información relacionada con los servicios uniformados**

La Asamblea General de Virginia de 2015 aprobó la legislación (HB 2373 y SB 1354) que dispone que el Departamento de Educación debe establecer un proceso para la identificación de estudiantes recién inscritos relacionados con los servicios uniformados por parte de las divisiones escolares locales. Norfolk Public Schools recopila esta información solicitándole que complete la siguiente información para cada uno de los padres.

<b><u>Rama de servicio</u></b>	<b><u>Madre</u></b>	<b><u>Padre</u></b>
Servicio activo en el Ejército de los EE.UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en la Marina de los EE.UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en la Fuerza Aérea de los EE.UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en el Cuerpo de Marines de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en la Guardia Costera de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en la Guardia Nacional de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en el Cuerpo Comisionado de la NOAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio activo en el Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva del Ejército de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva de la Marina de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva de la Fuerza Aérea de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva del Cuerpo de Marines de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva de la Guardia Costera de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reserva de la Guardia Nacional de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sólo para uso de la oficina**

Escuela de inscripción _____	Fecha de registro _____ / _____ / _____
Escuela responsable _____ (Completar sólo si es diferente de la escuela de inscripción)	Grado _____
Escuela de servicio _____ (Completar sólo si es diferente de la escuela de inscripción)	Aula _____
Escuela concurrente _____	Distrito de servicio _____
Requisitos de ingreso _____ Satisfechos _____ / _____ / _____ Físico Vac. BC Verificación de dirección	NO SATISFECHOS _____ / _____ / _____
ID de estudiante _____ Código de inscripción _____	Fecha de inscripción _____ / _____ / _____
Fuera del distrito <input type="checkbox"/> DSSS <input type="checkbox"/> Educ. Esp. <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Estudiante no NPS SECEP inscrito en una escuela de NPS <input type="checkbox"/> Admin. <input type="checkbox"/> Ed. alternativa <input type="checkbox"/> Programa escolar (IB, EVMS, GM, YS, ...)	
Transporte <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Minibús <input type="checkbox"/> Bus con elevador <input type="checkbox"/> Transporte privado <input type="checkbox"/> Ninguno _____ N.º de autobús	
Estatus del Procedimiento de uso aceptable (AUP): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Iniciales del miembro del personal _____

**Sólo para uso de Educación especial**

Discapacidad _____	PEI recibido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificado por Educ. Esp. _____
Asignado para los servicios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Verificación de la oficina**    (PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)

Ayude al tutor legal a completar estos formularios para que se pueda obtener la información más precisa. Asegúrese de que la persona que complete los formularios comprenda la importancia de marcar la casilla de autorización en la página de CONTACTO DE EMERGENCIA. No se puede exigir una orden judicial o una constancia de la custodia a un(a) padre/madre biológico(a) para la inscripción de un estudiante que vive con él/ella. NO envíe un tutor legal al Edificio de Administración Central (CAB, por sus siglas en inglés) para verificar la custodia legal, si esto puede ser manejado en el edificio de la escuela. (Comuníquese con el Departamento de Servicios de Apoyo al Estudiante al (757) 628-3931 para obtener asistencia inmediata.)

Registro aceptado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Datos del registro de nacimiento del estudiante

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID de estudiante \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

### **Registro de nacimiento certificado presentado**

Número de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de emisión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Nombre del padre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

### **Declaración jurada (si no se presenta el registro de nacimiento certificado, se requiere una declaración jurada)**

Fecha de creación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Funcionario de la escuela \_\_\_\_\_  
Firma

Cargo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año



# Formulario de dirección del estudiante/tutor

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Identificación de estudiante \_\_\_\_\_

## Dirección del estudiante

\_\_\_\_\_  
Calle Apto./lote  
\_\_\_\_\_  
Ciudad/condado Estado Código postal  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono residencial Código de área Teléfono celular  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono del trabajo

**Firma del padre/madre/tutor** (La información proporcionada en este paquete de registro es exacta a mi leal saber y entender)

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Tutor legal

**Dirección**  
o la misma

\_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo  
\_\_\_\_\_  
Calle Apto./lote  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono residencial Código de área Teléfono celular  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico

### Marque todas las que correspondan

Se permite el contacto  Derechos educativos  Tiene la custodia  Vive con  
 Se permiten los envíos por correo  Padre/madre que realiza la inscripción  Entregar a

## Tutor legal

**Dirección**  
o la misma

\_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo  
\_\_\_\_\_  
Calle Apto./lote  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono residencial Código de área Teléfono celular  
\_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico

### Marque todas las que correspondan

Se permite el contacto  Derechos educativos  Tiene la custodia  Vive con  
 Se permiten los envíos por correo  Padre/madre que realiza la inscripción  Entregar a

### **Para uso de la oficina**

Aceptado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Formulario de dirección de contacto de emergencia

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Identificación de estudiante \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

## Verificación de la oficina (PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)

Ayude al tutor legal a completar estos formularios para que se pueda obtener la información más precisa. Asegúrese de que la persona que complete los formularios comprenda la importancia de marcar la casilla de autorización en la página de CONTACTO DE EMERGENCIA. No se puede exigir una orden judicial o una constancia de la custodia a un(a) padre/madre biológico(a) para la inscripción de un estudiante que vive con él/ella. NO envíe un tutor legal al Edificio de Administración Central (CAB, por sus siglas en inglés) para verificar la custodia legal, si esto puede ser manejado en el edificio de la escuela. (Comuníquese con el Departamento de Servicios de Apoyo al Estudiante al (757) 628-3931 para obtener asistencia inmediata.)

Aceptado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Formulario de dirección de contacto de emergencia

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Identificación de estudiante \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Calle Apto./lote

Ciudad Estado Código postal

Relación con el estudiante Código de área Teléfono residencial

Código de área Teléfono celular Código de área Teléfono del trabajo

Marque aquí si el estudiante puede ser entregado a esta persona de contacto. Si NO está marcado, esta persona NO PUEDE recoger al estudiante.

## Verificación de la oficina (PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)

Ayude al tutor legal a completar estos formularios para que se pueda obtener la información más precisa. Asegúrese de que la persona que complete los formularios comprenda la importancia de marcar la casilla de autorización en la página de CONTACTO DE EMERGENCIA. No se puede exigir una orden judicial o una constancia de la custodia a un(a) padre/madre biológico(a) para la inscripción de un estudiante que vive con él/ella. NO envíe un tutor legal al Edificio de Administración Central (CAB, por sus siglas en inglés) para verificar la custodia legal, si esto puede ser manejado en el edificio de la escuela. (Comuníquese con el Departamento de Servicios de Apoyo al Estudiante al (757) 628-3931 para obtener asistencia inmediata.)

Aceptado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







# Declaración de educación especial



Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de inscripción \_\_\_\_\_ ID de estudiante \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Para poder atender a su hijo de manera efectiva, se necesita la siguiente información:**

1. Mi hijo recibió servicios de educación especial: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Mi hijo estaba participando en un programa de educación especial al momento de retirarse de la escuela anterior: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Si el niño estaba recibiendo servicios, ¿cuál era su categoría de discapacidad?  
\_\_\_\_\_  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene una copia del PEI actualizado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Recibía el niño alojamiento a través de un plan §504 al momento de retirarse de la escuela anterior? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. Si el niño no recibía servicios en la escuela anterior, ¿estaba en proceso de ser examinado/evaluado para recibir servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaración de los padres:**

Como padre/madre/tutor legal de este niño, certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

## Definiciones

### Dominio limitado del inglés:

El término 'dominio limitado del inglés', cuando se utiliza respecto a una persona, se refiere a una persona—

- A. Que tiene de 3 a 21 años de edad;
- B. Que está matriculada o está preparándose para matricularse en una escuela primaria o una escuela secundaria;
- C. Que no nació en Estados Unidos o cuyo idioma materno no es el inglés;
  - a. Que es un nativo americano o un nativo de Alaska, o un nativo residente en zonas alejadas que proviene de un entorno en el que un idioma que no es el inglés ha tenido un impacto significativo en el nivel de dominio del idioma inglés de la persona; o
  - b. Que es migrante, cuyo idioma materno no es el inglés y que proviene de un entorno en el cual el idioma dominante no es el inglés; y
- D. Cuyas dificultades para hablar, leer, escribir o entender el idioma inglés podrían ser suficientes como para impedir que la persona tenga—
  - a. La aptitud para cumplir con el nivel competente de rendimiento del estado en las evaluaciones estatales;
  - b. La aptitud para lograr un rendimiento exitoso en los salones de clase en los que el idioma de enseñanza es el inglés; o
  - c. La oportunidad de participar plenamente en la sociedad.

### Niños y jóvenes inmigrantes

Los "niños y jóvenes inmigrantes" que reúnen los requisitos incluyen a personas que—

- A. Tienen de 3 a 21 años de edad;
- B. No nacieron en Estados Unidos; y
- C. No han asistido a una o más escuelas en uno o más de los estados del país durante más de tres años académicos completos.

### Niños y jóvenes refugiados

El estudiante refugiado es quien--

- A. Se encuentra fuera de su país y no puede o no desea regresar a ese país debido a un temor fundamentado de que será perseguido(a) por motivos de raza, religión, nacionalidad, opinión política o pertenencia a un grupo social en particular.
- B. Esto **no** incluye a personas desplazadas debido a catástrofes naturales; ni
- C. Personas que, aunque desplazadas, no han cruzado una frontera internacional; ni
- D. Personas conocidas comúnmente como "migrantes económicos", cuyo principal motivo de fuga ha sido un deseo de mejora personal y no la persecución.

### Niño migrante

El término "niño migrante" se refiere a un(a) niño(a) que--

- A. Es, o cuyo padre, madre o cónyuge es, un trabajador agrícola migrante, lo cual incluye a los trabajadores migrantes de la industria láctea y los pescadores migrantes; y
- B. En los 36 meses anteriores, a fin de obtener empleo temporal o de estación en trabajos agrícolas o de pesca, o de acompañar a dicho padre, madre o cónyuge para obtener dichos trabajos,
- C. Se ha mudado de un distrito escolar a otro.



Inglés como Segundo Idioma (ESL – English as a Second Language)

## ENCUESTA SOBRE EL PRINCIPAL IDIOMA EN CASA

(Favor de escribir en letra de imprenta)

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

**Teléfono: (Casa)** \_\_\_\_\_ **(Tr)** \_\_\_\_\_ **(Cel)** \_\_\_\_\_  
**Grado** \_\_\_\_\_ **FdN** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_

Para cumplir con los reglamentos tanto estatales como federales, sírvase contestar las preguntas siguientes:

### Parte A:

\*1. ¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?

\_\_\_\_\_

\*2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla con más frecuencia fuera de la escuela?

\_\_\_\_\_

\*3. ¿Cuál es el idioma que los miembros del hogar hablan con más frecuencia en casa?

\_\_\_\_\_

4. ¿De qué país proviene el primer idioma? \_\_\_\_\_

### Parte B:

5. ¿En qué país nació el estudiante? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es la situación del estudiante? (Véanse las definiciones adjuntas)

(Marque uno) Ciudadano de EE.UU. Residente extranjero Inmigrante Refugiado  
 Migrante Otro: \_\_\_\_\_ (Favor de especificar)

7. Fecha de ingreso a EE.UU. (Si corresponde) \_\_\_\_\_ (Datos del plan SOL/LEP)

8. ¿Estaba el estudiante recibiendo servicios de apoyo del idioma inglés (ESL, ESOL) en una escuela anterior?

Sí No

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Estado/País: \_\_\_\_\_ Años en la escuela: \_\_\_\_\_

**\*Si la respuesta a las Preguntas 1 a 3 (Parte A) es un idioma que no es el inglés y/o si no se identifica al estudiante como ciudadano estadounidense (Parte B Pregunta 6), el estudiante reúne los requisitos y se le debe dar la oportunidad para ser evaluado(a) para recibir el servicio de Inglés como Segundo Idioma (ESL – English as a Second Language).**

\_\_\_\_\_  
 (Firma del padre/madre/tutor[a])

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

Para más información, llame a la Oficina de ESL/FL (Inglés como Segundo Idioma y Lenguajes Extranjeros) (757) 852-4630, extensión 3514.





# Formulario de registro de la certificación de expulsión

La ley de Virginia dispone que, antes de la admisión a cualquier escuela pública del Estado, una junta escolar deberá exigir al padre, madre, tutor u otra persona que tenga el control o la responsabilidad de un niño en edad escolar, que proporcione, al momento de la inscripción, una declaración jurada o confirmación que indique si el alumno ha sido expulsado de alguna escuela privada o de alguna división de escuelas públicas del Estado, o de otro estado, por algún delito que infrinja las políticas de la junta escolar en relación con armas, alcohol o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra persona. Cualquier persona que haga una declaración o afirmación materialmente falsa será culpable de un delito menor de clase I. Los documentos de registro deberán conservarse como parte del expediente escolar del estudiante.

Código de Virginia 22.1-3.2

=====

**Complete y firme la declaración correspondiente a continuación:**

Yo, (nombre completo del padre/madre/tutor) \_\_\_\_\_

certifico que (nombre completo del estudiante) \_\_\_\_\_

**no ha sido expulsado** de ninguna escuela privada o pública en Virginia, ni en ningún otro estado, por ningún delito que infrinja las políticas de la junta escolar en relación con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otra persona.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Firma del funcionario escolar \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre, tutor,  
persona que tiene el control o la responsabilidad  
del niño o estudiante, de 18 años de edad o más \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Yo, (nombre completo del padre/madre/tutor) \_\_\_\_\_

certifico que (nombre completo del estudiante) \_\_\_\_\_

**fue expulsado** de una escuela privada o pública en Virginia, o en otro estado, por un delito que infringe las políticas de la junta escolar en relación con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otra persona.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Firma del funcionario escolar \_\_\_\_\_

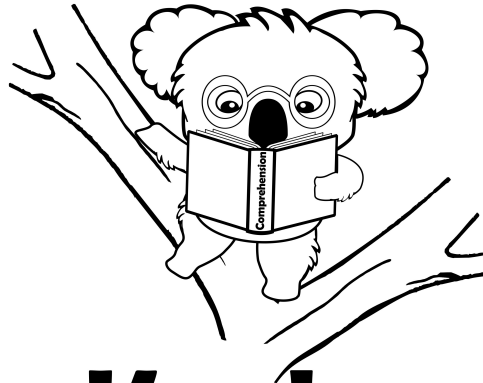
Firma del padre, madre, tutor,  
persona que tiene el control o la responsabilidad  
del niño o estudiante, de 18 años de edad o más \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Identificación de estudiante \_\_\_\_\_



# Tanners Creek



## Koalas **CLIMB**

*FORMULARIO DE SALUD DE  
INGRESO A LA ESCUELA  
A COMPLETAR  
POR PROVEEDOR MÉDICO  
Y REGRESÓ A LA ESCUELA*



**COMMONWEALTH OF VIRGINIA  
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM**

**Part II - Certification of Immunization**

*Section I*

**To be completed by a physician or his designee, registered nurse, or health department official.  
See Section II for conditional enrollment and exemptions.**

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form.  
Only vaccines marked with an asterisk are currently required for school entry. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box.

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
*Last* *First* *Middle* *Mo. Day Yr.*

IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
	1	2	3	4	5
*Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)					
*Diphtheria, Tetanus (DT) or Td (given after 7 years of age)					
*Tdap booster (6 <sup>th</sup> grade entry)					
*Poliomyelitis (IPV, OPV)					
*Haemophilus influenzae Type b (Hib conjugate) *only for children <60 months of age					
*Pneumococcal (PCV conjugate) *only for children <60 months of age					
Measles, Mumps, Rubella (MMR vaccine)					
*Measles (Rubeola)			Serological Confirmation of Measles Immunity:		
*Rubella			Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
*Mumps					
*Hepatitis B Vaccine (HBV) <input type="checkbox"/> Merck adult formulation used					
*Varicella Vaccine			Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Hepatitis A Vaccine					
Meningococcal Vaccine					
Human Papillomavirus Vaccine					
Other					
Other					

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

**Signature of Medical Provider or Health Department Official:** \_\_\_\_\_ **Date (Mo., Day, Yr.):** \_\_\_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Section II**  
**Conditional Enrollment and Exemptions**

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date.

**MEDICAL EXEMPTION:** As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

DTP/DTap/Tdap: [ ] ; DT/Td: [ ] ; OPV/IPV: [ ] ; Hib: [ ] ; Pneum: [ ] ; Measles: [ ] ; Rubella: [ ] ; Mumps: [ ] ; HBV: [ ] ; Varicella: [ ]

This contraindication is permanent: [ ] , or temporary [ ] and expected to preclude immunizations until: Date (*Mo., Day, Yr.*): \_\_\_\_\_

**Signature of Medical Provider or Health Department Official:** \_\_\_\_\_ **Date (*Mo., Day, Yr.*):** \_\_\_\_\_

**RELIGIOUS EXEMPTION:** The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

**CONDITIONAL ENROLLMENT:** As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on \_\_\_\_\_

**Signature of Medical Provider or Health Department Official:** \_\_\_\_\_ **Date (*Mo., Day, Yr.*):** \_\_\_\_\_

**Section III**  
**Requirements**

**For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>**

**Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).**  
**(Requirements are subject to change.)**

