



Please note: The Spanish translation of the Hanover County Public Schools Student Enrollment Form is provided as a guide for completing the English version of the form. When enrolling a student, the parent/legal guardian must complete and sign the English version of the Student Enrollment Form.

Nota: La traducción al español del Formulario de inscripción estudiantil de las Escuelas Públicas del Condado de Hanover se proporciona como una guía para llenar la versión en inglés del formulario. Cuando se inscribe a un/a estudiante, el padre, la madre o el/la tutor/a legal debe llenar y firmar la versión en inglés del Formulario de inscripción estudiantil.

Escuelas Públicas del Condado de Hanover

Formulario de Inscripción del Estudiante

SBO-23**20** ___ – **20** ___**Información sobre el estudiante****(POR FAVOR EN LETRAS DE MOLDE. Proporcione información sobre el nacimiento exactamente como se encuentra en el Acta de Nacimiento.)**

APELLIDO LEGAL (incluyendo el sufijo, si corresponde)		PRIMER NOMBRE LEGAL	NOMBRE(S) LEGAL(ES) SEGUNDO(S)	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) ____ / ____ / ____		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	PAÍS DE NACIMIENTO	ESTADO DE NACIMIENTO
GRADO DE INSCRIPCIÓN				

Por favor proporcione copias **de todas las ordenes judiciales vigentes** que pertenezcan a la custodia y los derechos de visita del estudiante, incluyendo ordenes de restricción, si las hay.

GRUPO ÉTNICO & RAZA

El Departamento Laboral de los Estados Unidos requiere que se contesten ambas preguntas y solamente proporciona las siguientes categorías de grupo étnico y raza. SI NO SE CONTESTAN LAS DOS PREGUNTAS, EL PERSONAL DE LA ESCUELA ESTÁ OBLIGADO A HACER LAS ELECCIONES PARA AMBAS.

¿ES EL ESTUDIANTE HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA (escoja una o más) <input type="checkbox"/> INDIO NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> NEGRO/AFRICANO AMERICANO	<input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI O POLINESIA	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO
---	--	---	--	--

IDIOMA HABLADO PRINCIPALMENTE

¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en la casa, sin tomar en cuenta el idioma hablado por el estudiante?

¿Cuál es el idioma que habla más frecuentemente el estudiante?

¿Qué idioma adquirió primero el estudiante?

¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones escritas?

¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones verbales?

ESTUDIANTE CON CONEXIÓN A LAS FUERZAS ARMADAS

<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE NO ES CONECTADO CON LAS FUERZAS ARMADAS	<input type="checkbox"/> SERVICIO ACTIVO Estudiante es dependiente de un miembro de las Fuerzas Armadas en Servicio Activo (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, el Commissioned Corps de la National Oceanic and Atmospheric Administration o el Commissioned Corps of the U.S. Public Health Services)	<input type="checkbox"/> RESERVA MILITAR Estudiante es dependiente de un miembro de las Fuerzas Reservas (Army, Navy, Air Force, Marines, o el o Coast Guard)	<input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL Activo o Reserva
---	---	--	---

¿ESTÁ EL ESTUDIANTE EN UN HOGAR DE ACOGIDA? SÍ NO ¿ESTÁ COMPLETO EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE DSS? SÍ NO

NOMBRE DEL ESTADO, CONDADO, CIUDAD O AGENCIA: _____

Escuelas Asistidas Anteriormente / Educación

FECHA QUE EL ESTUDIANTE ENTRÓ POR PRIMERA VEZ A UNA ESCUELA DE VIRGINIA: ____ / ____ / ____	FECHA QUE EL ESTUDIANTE ENTRÓ POR PRIMERA VEZ A UNA ESCUELA DE ESTADOS UNIDOS: ____ / ____ / ____
---	---

EXPERIENCIA DE PRE-KINDER Si el estudiante se inscribe en un programa **Pre-Kinder** o en **Kinder**, identifique el presente o más reciente experiencia de **Pre-Kinder**. (Marque todas que correspondan):

<input type="checkbox"/> NINGUNA EXPERIENCIA PREESCOLAR	<input type="checkbox"/> PRE-KINDER PRIVADA / GUARDERÍA	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE DEFENSA PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL
<input type="checkbox"/> PROGRAMA HEADSTART	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE CUIDADO EN HOGAR FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> PRE-KINDER PÚBLICA		

Tiempo promedio semanal en programa pre-kinder MENOS DE 15 HORAS 15-19 HORAS 30 HORAS O MÁS

ESCUELA ASISTIDA ANTERIORMENTE¿HA ASISTIDO SU HIJO A UNA ESCUELA PÚBLICA DEL CONDADO DE HANOVER? SÍ NO En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____

DIVISIÓN ESCOLAR ASISTIDA MÁS RECIENTEMENTE (si no es las Escuelas Públicas del Condado de Hanover): _____

ESCUELA ASISTIDA MÁS RECIENTEMENTE: _____

Proveedor de cuidado de niños

NOMBRE DE LA GUARDERÍA / PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:	TELÉFONO (1):	TELÉFONO (2):
---	---------------	---------------

GUARDERÍA / PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS ES: AUTORIZADO A RECOGER EL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA: SÍ NO

GUARDERÍA / PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS ES: RESPONSABLE PARA TRANSPORTE: SÍ NO

(En caso afirmativo, describa:)

Información del hogar *El hogar principal es dónde el estudiante vive y el la dirección legal del estudiante a la cual se mandará todo el correo destinado a los padres o tutores del estudiante. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRASTROS SE DEBE INCLUIR EN LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA (SI CORRESPONDE).*

HOGAR PRINCIPAL

1) NOMBRE DE PADRE / TUTOR LEGAL (apellido, primer, segundo)

PARENTESCO AL ESTUDIANTE: MADRE PADRE TUTOR LEGAL PADRE SUSTITUTO UNO MISMO

TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO
--------------------	------------------	---------------

2) NOMBRE DE PADRE / TUTOR LEGAL (apellido, primer, segundo)

PARENTESCO AL ESTUDIANTE: MADRE PADRE TUTOR LEGAL PADRE SUSTITUTO

TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO
--------------------	------------------	---------------

DIRECCIÓN DE LA CALLE / APT	CIUDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------------------------	-----------------	---------------

CORREO ELECTRÓNICO (1):	CORREO ELECTRÓNICO (2):	CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE:
-------------------------	-------------------------	------------------------------------

HOGAR SECUNDARIO (Si corresponde)

1) NOMBRE DE PADRE / TUTOR LEGAL (apellido, primer, segundo)

PARENTESCO AL ESTUDIANTE: MADRE PADRE TUTOR LEGAL PADRE SUSTITUTO

TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO
--------------------	------------------	---------------

DIRECCIÓN DE LA CALLE / APT	CIUDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------------------------	-----------------	---------------

CORREO ELECTRÓNICO: SÍ NO **¿DEBE RECIBIR CORREOS ESTE HOGAR?**

Contactos de emergencia *(NINGÚN PADRE O TUTOR LEGAL. CONTACTOS LOCALES SOLAMENTE. Incluya información para al menos dos (2) contactos a continuación.)*

1) NOMBRE DE CONTACTO:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:	
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO
2) NOMBRE DE CONTACTO:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:	
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO
3) NOMBRE DE CONTACTO:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:	
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO TRABAJO	OTRO TELÉFONO

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE ESTUDIANTE EN EMERGENCIA
En caso de una emergencia si la escuela no puede ponerse en contacto con el padre / tutor legal, autorizo que se entregue mi hijo/a a la(s) persona(s) indicadas arriba.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

La información reportada en este formulario de inscripción se hará parte del historial escolar de su hijo/a. Información de los historiales de estudiantes no será divulgada a terceros o usada por propósitos a parte de los rutinarios o de contacto de emergencia sin el permiso de los padres, tutores o estudiantes que tengan más de dieciocho años, excepto de acuerdo con la ley.

Certifico que la información que he proporcionado es cierta y acertada. Reconozco que hacer una declaración falsa sobre la residencia de mi niño es un delito menor de Clase 4. Entiendo que si hago tal declaración falsa tendrá una obligación al Comité Escolar del Condado de Hanover para el costo de la matrícula por la cantidad de tiempo que mi(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) y que mi(s) hijo(s) será(n) sacado(s) de la escuela. Autorizo que el Comité Escolar del Condado de Hanover verifique la información en este formulario con agencias gubernamentales, arrendadores, prestamistas, y otras fuentes. Autorizo que el Comité Escolar del Condado de Hanover confie en y use cualquier información recibida de tales contactos. Si un cambio ocurre en mi residencia después de que yo entregue este formulario, tengo la responsabilidad de notificar inmediatamente la(s) escuela(s) de mi(s) hijo(s) sobre el cambio.

Firma del padre / tutor legal: _____ FECHA: _____



El Comité Escolar de las Escuelas Públicas del Condado de Hanover no discrimina ilegalmente a base de edad, género, raza, color, religión, discapacidad u origen nacional en sus prácticas de empleo o en sus programas y actividades educativas. El Director de Educación Especial es designado a ser el coordinador para la no-discriminación en el acceso y la implementación de los programas de Sección 504 y La Ley para Estadounidenses con Discapacidades. El Superintendente Auxiliar de los Recursos Humanos es designado a ser el coordinador para la no-discriminación en relación con los asuntos de personal debajo la Sección 504 y la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Para ponerse en contacto con las Escuelas Públicas del Condado de Hanover por teléfono, por favor llame al 804-365-4500.

Escuelas Públicas del Condado de Hanover

Formulario de Inscripción del Estudiante

SBO-23

20 __ – 20 __

Información sobre la salud del

APELLIDO LEGAL	PRIMER NOMBRE LEGAL	NOMBRE(S) LEGAL(ES) SEGUNDO(S)	NOMBRE PREFERIDO
FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año) ____ / ____ / ____	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	SALÓN HOGAR / MAESTRO DE SALÓN HOGAR	

¿HA VIAJADO SU HIJO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN EL AÑO PASADO? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, HAGA UNA LISTA DE LOS LUGARES: _____

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE CUIDADO ESPECIAL? SÍ NO POR FAVOR INDIQUE ABAJO Y PROPORCIONE DETALLES:

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Alergias (diga qué tipo, como ambientales, comidas, insectos, animal, etc., y tratamiento: _____)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Migraña (nombre / teléfono del médico y medicamento _____)
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Asma (medicamento) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Limitaciones físicas _____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DDA o DDAH (medicamento) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis _____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cardiovascular (condición, nombre / teléfono del cardiólogo) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones (nombre / teléfono del neurólogo) _____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Diabetes (nombre / teléfono del médico) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problema del tracto urinario (condición, nombre / teléfono del urólogo) _____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Déficit auditivo _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Corrección de visita (Ponga un círculo en uno) GAFAS LENTES DE CONTACTO
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Lleva audífono _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Postrado en silla de ruedas _____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Artritis Juvenil _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ansiedad / Depresión (medicamento) _____
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otro _____

Haga una lista de cualquier enfermedad de la infancia: _____

AUTORIZACION DEL PADRE

El enfermero o auxiliar de la escuela puede ponerse en contacto con nuestro médico familiar para más información. En casos de accidentes/ enfermedades graves, pido que la escuela se ponga en contacto conmigo primero. Si no se puede ponerse en contacto con una persona en la lista anterior, la escuela puede hacer cualquier arreglo que se considere necesario, incluyendo transporte a una instalación médica vía el equipo de rescate para conseguir ayuda médica.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL DENTISTA: _____ TELÉFONO: _____

HOSPITAL PREFERIDO: _____

Desea recibir información sobre seguro médico de bajo costo (Medicaid / FAMIS para niños)? SÍ NO

Nombre del padre / tutor legal (EN LETRAS DE MOLDE): _____ FECHA: _____

Firma del padre / tutor legal _____



El Comité Escolar de las Escuelas Públicas del Condado de Hanover no discrimina ilegalmente a base de edad, género, raza, color, religión, discapacidad u origen nacional en sus prácticas de empleo o en sus programas y actividades educativas. El Director de Educación Especial está designado a ser el coordinador para la no-discriminación en el acceso y la implementación de los programas de Sección 504 y La Ley para Estadounidenses con Discapacidades. El Superintendente Auxiliar de los Recursos Humanos es designado a ser el coordinador para la no-discriminación en relación con los asuntos de personal debajo la Sección 504 y la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Para ponerse en contacto con las Escuelas Públicas del Condado de Hanover por teléfono, por favor llame al 804-365-4500.

Hanover County Public Schools

Student Enrollment Form

20 ___ - 20 ___

FORM **SBO-23**

Student Information

(PLEASE PRINT. Provide birth information exactly as shown on Birth Certificate.)

LEGAL LAST NAME (including suffix, if applicable)	LEGAL FIRST NAME	LEGAL MIDDLE NAME(S)		
BIRTHDATE (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / _____	GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	BIRTH COUNTRY	BIRTH STATE	ENROLLING GRADE

Please provide copies of **all current court orders** concerning custody and visitation of the student, including protective orders, if any.

RACE & ETHNICITY

The US Department of Education requires that both these questions be answered and provides only the following categories for ethnic group and race. IF BOTH QUESTIONS ARE NOT ANSWERED, SCHOOL PERSONNEL ARE REQUIRED TO MAKE SELECTIONS FOR BOTH.

IS THE STUDENT HISPANIC OR LATINO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	RACE (select one or more) <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> WHITE
---	---

PRIMARY SPOKEN LANGUAGE

What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?

What is the language most often spoken by the student?

What is the language that the student first acquired?

In what language do you wish to receive written communication?

In what language do you wish to receive oral communication?

MILITARY CONNECTED STUDENT

<input type="checkbox"/> STUDENT IS NOT MILITARY CONNECTED	<input type="checkbox"/> ACTIVE DUTY Student is a dependent of a member of Active Duty Forces (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, the Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration, or the Commissioned Corps of the U.S. Public Health Services)	<input type="checkbox"/> RESERVE Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marines, or Coast Guard)	<input type="checkbox"/> NATIONAL GUARD Active or Reserve
--	---	---	--

IS THE STUDENT IN A FOSTER CARE SETTING? YES NO DSS BID ENROLLMENT FORM COMPLETE? YES NO

NAME OF STATE, COUNTY, CITY OR AGENCY: _____

Prior School Experience / Education

DATE STUDENT FIRST ENTERED A VIRGINIA SCHOOL: ____ / ____ / _____	DATE STUDENT FIRST ENTERED A UNITED STATES SCHOOL: ____ / ____ / _____
---	--

PRE-K EXPERIENCE

If the student is enrolling in a Pre-K Program or Kindergarten, identify the most current or most recent Pre-K experience. (Check all that apply):

<input type="checkbox"/> NO PRESCHOOL EXPERIENCE	<input type="checkbox"/> PRIVATE PRESCHOOL / DAYCARE	<input type="checkbox"/> DEPARTMENT OF DEFENSE CHILD DEVELOPMENT PROGRAM
<input type="checkbox"/> HEAD START	<input type="checkbox"/> FAMILY HOME DAYCARE PROVIDER	
<input type="checkbox"/> PUBLIC PRESCHOOL		

Average Weekly Time in Pre-K Program: LESS THAN 15 HOURS 15-29 HOURS 30 OR MORE HOURS

PREVIOUS SCHOOL ATTENDED

HAS YOUR CHILD EVER ATTENDED HANOVER COUNTY PUBLIC SCHOOLS? YES NO If yes, name of school: _____

MOST RECENT SCHOOL DIVISION ATTENDED (if other than Hanover County Public Schools): _____

MOST RECENT SCHOOL ATTENDED: _____

Daycare Provider

NAME OF DAYCARE / CHILDCARE PROVIDER:	PHONE (1):	PHONE (2):
---------------------------------------	------------	------------

DAYCARE / CHILDCARE PROVIDER IS AUTHORIZED TO REMOVE STUDENT FROM SCHOOL: YES NO

DAYCARE / CHILDCARE PROVIDER IS RESPONSIBLE FOR TRANSPORTATION: YES NO

(If yes, please describe:)

Household Information

Primary Household is where the student resides and is the student's legal address to which all mail intended for the student's parents or guardians will be sent. STEPPARENT INFORMATION SHOULD BE INCLUDED IN EMERGENCY CONTACTS (IF APPLICABLE).

PRIMARY HOUSEHOLD

1) NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN (Last, First, Middle):

RELATIONSHIP TO STUDENT: MOTHER FATHER LEGAL GUARDIAN FOSTER PARENT SELF

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

2) NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN (Last, First, Middle):

RELATIONSHIP TO STUDENT: MOTHER FATHER LEGAL GUARDIAN FOSTER PARENT

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

STREET ADDRESS / APT	CITY / STATE	ZIP
----------------------	--------------	-----

EMAIL (1):	EMAIL (2):	STUDENT EMAIL:
------------	------------	----------------

SECONDARY HOUSEHOLD (If Applicable)

1) NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN (Last, First, Middle):

RELATIONSHIP TO STUDENT: MOTHER FATHER LEGAL GUARDIAN FOSTER PARENT

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

STREET ADDRESS / APT	CITY / STATE	ZIP
----------------------	--------------	-----

EMAIL	SHOULD THIS HOUSEHOLD RECEIVE MAILINGS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
-------	---

Emergency Contacts

(NOT PARENTS OR LEGAL GUARDIANS. LOCAL CONTACTS ONLY. Include information for at least two (2) contacts below.)

1) CONTACT NAME:	RELATIONSHIP TO STUDENT:
------------------	--------------------------

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

2) CONTACT NAME:	RELATIONSHIP TO STUDENT:
------------------	--------------------------

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

3) CONTACT NAME:	RELATIONSHIP TO STUDENT:
------------------	--------------------------

PRIMARY PHONE	WORK PHONE	OTHER PHONE
---------------	------------	-------------

EMERGENCY STUDENT RELEASE AUTHORIZATION

In the event of an emergency and the school is unable to contact the parent / legal guardian, I authorize that my child may be released to the person(s) listed above.

PARENT / LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

The information reported on this Student Enrollment form will become a part of your child's current school record. Student record information will not be released to third parties or used for other than routine daily and/or emergency contact purposes without the knowledge or permission of parents, guardians or students who have passed their eighteenth birthday, except in accordance with the law.

I certify that the information I have provided on this form is true and accurate. I understand that making a false statement about my residency is a Class 4 misdemeanor. I understand that if I make such a false statement, I will be liable to the Hanover County School Board for tuition charges for the time my child(ren) is/are enrolled and that my child(ren) will be withdrawn. I authorize the Hanover County School Board to verify the accuracy of the information on this form with governmental agencies, landlords, lenders, and other sources. I authorize the Hanover County School Board to rely upon and use any information received from such contacts. If any change occurs in my residency after I submit this form, I am responsible for immediately notifying my child's/children's school(s) of the change.

Parent / Legal Guardian Signature: _____ DATE: _____



The Hanover County School Board does not unlawfully discriminate on the basis of age, sex, race, color, religion, disability or national origin in its employment practices or educational programs and activities. The Director for Special Education is designated as coordinator for non-discrimination for access to and implementation of programs under Section 504 and the Americans with Disabilities Act. The Assistant Superintendent of Human Resources is designated as coordinator for non-discrimination regarding personnel matters under Section 504 and the Americans with Disabilities Act. To contact Hanover County Public Schools by telephone, please call 804-365-4500.

Hanover County Public Schools

Student Enrollment Form

20__ – 20__

FORM **SBO-23**

Student Health Information

LEGAL LAST NAME	LEGAL FIRST NAME	LEGAL MIDDLE NAME(S)	PREFERRED NAME
BIRTHDATE (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____		GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	HOME ROOM / HOME BASE TEACHER

HAS YOUR CHILD TRAVELED OUTSIDE OF THE UNITED STATES IN THE PAST YEAR? YES NO IF YES, LIST LOCATION/S: _____

DOES YOUR CHILD HAVE A MEDICAL CONDITION THAT REQUIRES SPECIAL CARE? YES NO PLEASE INDICATE BELOW AND PROVIDE DETAIL:

- YES NO Allergies (State type of allergy, such as environmental, food, insect, animal, etc., and treatment: _____)
- YES NO Asthma (Medication) _____
- YES NO ADD or ADHD (Medication) _____
- YES NO Cardiovascular (Condition, Cardiologist's name / phone) _____
- YES NO Diabetes (Physician's name / phone) _____
- YES NO Hearing Deficit _____
- YES NO Wears Hearing Device _____
- YES NO Juvenile Arthritis _____

- YES NO Migraines (Physician's name / phone, Medication) _____
- YES NO Physical Limitations _____
- YES NO Scoliosis _____
- YES NO Seizures (Neurologist's name / phone) _____
- YES NO Urinary Tract Problem (Condition, Urologist's name / phone) _____
- YES NO Vision Correction (Circle One: GLASSES CONTACTS) _____
- YES NO Wheelchair Bound _____
- YES NO Anxiety / Depression (Medication) _____
- YES NO Other _____

List any childhood diseases: _____

PARENT AUTHORIZATION

The school nurse / attendant may contact our family physician for medical information. In case of serious accident / illness, I request the school contact me first. If a person listed above cannot be reached, the school may make arrangements deemed necessary, including transportation to a medical facility via rescue squad to obtain medical assistance.

PHYSICIAN'S NAME: _____ PHONE: _____

DENTIST'S NAME: _____ PHONE: _____

HOSPITAL CHOICE: _____

Would you like information on low cost health insurance (Medicaid / FAMIS for children)? YES NO

Parent / Legal Guardian Name (PRINT): _____ DATE: _____

Parent / Legal Guardian Signature: _____



The Hanover County School Board does not unlawfully discriminate on the basis of age, sex, race, color, religion, disability or national origin in its employment practices or educational programs and activities. The Director for Special Education is designated as coordinator for non-discrimination for access to and implementation of programs under Section 504 and the Americans with Disabilities Act. The Assistant Superintendent of Human Resources is designated as coordinator for non-discrimination regarding personnel matters under Section 504 and the Americans with Disabilities Act. To contact Hanover County Public Schools by telephone, please call 804-365-4500.