

**HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS- STUDENT ENROLLMENT &
FAMILY EMPOWERMENT CENTER**

57 Suffolk Street, First Floor
(413) 534-2000 ext. 1100, 1102, 1103
Registration by Appointment Only

**ESCUELAS PUBLICAS DE HOLYOKE- CENTRO DE
MATRICULA Y APODERAMIENTO FAMILIAR**

Calle Suffolk #57, Primer Piso
(413) 534-2000 ext. 1100, 1102, 1103
Matrícula solamente por cita



HOLYOKE
PUBLIC SCHOOLS
A PATHWAY FOR EVERY STUDENT

2018-2019 REGISTRATION PACKET Grades 9-12

AÑO ESCOLAR 2018-2019 FORMULARIOS DE MATRICULA Grados 9-12

**Please call Marilyn Sanabria- Holyoke High School – (413) 534-2030 For
Appointments/ Por favor de llamar a Marilyn Sanabria- (413) 534-2030 para citas.**

**Dr. Stephen R. Mahoney / Executive Principal
Dr. Stephen Zrike, Jr., Receiver/Superintendente**

HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS

Documents Required for Registration

In order to complete the registration process or make a change of address, the student’s parents or legal guardian must show documentation that proves legal residence and current occupancy in the City of Holyoke as well as identifying information for the child and the parent(s). Campus assignments are based upon family request, student transcript, and campus enrollment. Families whose primary residence is outside of Holyoke are not eligible to attend Holyoke Public Schools, unless they file an application through the School Choice program to attend schools outside the district where they live.

All applicants must submit documents from the 3 columns indicated below. We cannot accept incomplete applications. Your registration appointment may be rescheduled if documentation is not complete.

| Submit ALL Documents from Column A <i>Evidence of Identification</i> | Submit 1 Document from Column B <i>Evidence of Residency</i> | Submit 1 Document from Column C <i>Evidence of Occupancy</i> |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Parent/Guardian valid photo identification card with current address (driver’s license, passport, Massachusetts ID card, military ID, etc.) ● Child’s birth certificate ● Child’s physical health exam, signed by a physician within the last 12 months (or card for upcoming appointment) ● Child’s current immunization record, including lead test (see included guidelines) ● All prior school records (report cards, IEP if applicable) <p>IF APPLICABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Massachusetts Transfer Card (if last school was in Massachusetts) ● Special Education Documentation (copy of Individual Educational Plan or 504 Plan) ● Legal Guardianship Documentation (copy of Mittimus or court/agency papers confirming guardianship) ● Proof that adult is seeking guardianship (copy of petition form for guardianship, stamped and dated by the court with dock number indicated) | <ul style="list-style-type: none"> ● Copy of Deed AND/OR record of most recent mortgage payment (less than 60 days) ● Copy of Lease (including BHA and HUD leases) identifying all occupants, AND record of most recent rent payment ● Copy of signed lease, rental agreement or purchase and sales agreement ● Legal affidavit from landlord affirming tenancy identifying all occupants, AND record of most recent rent payment ● Copy of Section 8 agreement ● Affidavit of Residency <p>Notes: <u>The residency requirements do not apply to students who are homeless.</u></p> <p>If living with friends or relatives who rent, the lessee/renter must provide (3) forms of “proof of residence” a valid picture ID and a signed letter stating the dates when the family is going to be living with them.</p> <p>Please note that landlords will be contacted by HPS to confirm doubled-up living situations.</p> | <p>Dated within the past 60 days, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gas bill ● Electricity, Oil bill ● Water/Sewer bill ● Home telephone bill (<u>not</u> cell phone bill) ● Cable TV bill ● Letter from approved government agency (Social Security, WIC, disability payment stubs, etc.) ● Payroll stub (last 30 days) ● Bank or credit card statement <p>Dated within the 12 months:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● W-2 Form ● Excise (vehicle) tax bill ● Property tax bill ● Current vehicle registration ● Home or rental insurance bill |

ESCUELAS PUBLICAS DE HOLYOKE

Documentos Necesarios para la Matrícula

. Para completar el proceso de registro o hacer un cambio de dirección, los padres o tutores legales del estudiante deben mostrar documentación que demuestre la residencia legal y la ocupación actual en la Ciudad de Holyoke, así como información de identificación para el niño y el padre (s). Las asignaciones del campus se basan en la solicitud de la familia, la transcripción del alumno y la inscripción en el campus. Las familias cuya residencia principal se encuentra fuera de Holyoke no son elegibles para asistir a las Escuelas Públicas de Holyoke, a menos que presenten una solicitud a través del programa School Choice para asistir a escuelas fuera del distrito donde viven.

Todos los solicitantes deben presentar documentos de las 3 columnas que se indican a continuación. No podemos aceptar aplicaciones incompletas. Su cita de registro puede ser reprogramada si la documentación no está completa

| Someta TODOS los Documentos de la Columna A <i>Evidencia de Identificación</i> | Someta 1 Documento de la Columna B <i>Evidencia de Domicilio o Residencia</i> | Someta 1 Documento de la Columna C <i>Evidencia de Ocupación Actual</i> |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Identificación con foto válida del padre/ tutor con dirección actual (licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación Massachusetts, identificación militar, etc.) ● Certificado de nacimiento del niño ● Examen físico del niño, firmado por un médico en los últimos 12 meses (o tarjeta de próxima cita) ● Informe de vacunas del niño, incluyendo prueba de plomo si aplica (vea las guías incluídas) ● Todos los récords escolares previos (informes de notas o calificaciones, PEI si aplica) <p>SI APLICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tarjeta de Transferencia de Massachusetts (si la última escuela está en Massachusetts) ● Documentos de Educación Especial (copia de Plan de Educación Individualizado) ● Documento de Custodia Legal (copia de Mittimus o documentos de corte confirmando custodia) ● Prueba de solicitud de custodia (copia de la solicitud de custodia con sello y fecha de la corte y número de caso) | <ul style="list-style-type: none"> ● Copia de la Escritura Y/O registro del pago de hipoteca más reciente (menos de 60 días) ● Copia de Contrato de Arriendo (incluso BHA y HUD) identificando todos los ocupantes Y recibo del pago de alquiler más reciente ● Declaración legal del propietario que afirma arrendamiento, identificando todos los ocupantes, Y recibo del pago de alquiler más reciente ● Contrato Sección 8 ● Affidavit de Residencia <p>NOTES: <u>Los requisitos de residencia no aplican a estudiantes que no tienen su propia vivienda o domicilio (homeless).</u></p> <p>Si reside con amigos o familiares que alquilan su vivienda, el inquilino debe proveer (3) pruebas de residencia, una identificación válida con foto y una carta firmada indicando las fechas durante las cuales la familia estará viviendo con ellos. Los dueños de casa serán contactados para verificar estos acuerdos.</p> | <p><i>Una cuenta de servicios u orden de servicio de los últimos 60 días, incluyendo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cuenta del gas ● Cuenta de electricidad o aceite ● Cuenta de agua y alcantarillado ● Cuenta de teléfono residencial (no de teléfono celular) ● Cuenta del Cable TV ● Carta de una agencia de gobierno aprobada (Seguro Social, WIC, pagos por discapacidad, etc.) ● Talonario de ingreso (últimos 30 días) ● Estado de cuenta del banco o tarjeta de crédito <p><i>Con fecha de los últimos 12 meses:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formulario W-2 ● Cuenta de impuestos sobre un auto ● Cuenta de impuestos sobre propiedad ● Matrícula del auto vigente ● Póliza de seguro del hogar o como inquilino |

**HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS
ESCUELAS PUBLICAS DE HOLYOKE**

**APPLICATION FOR 2018-2019 SCHOOL YEAR – Grades 9-12
SOLICITUD PARA EL AÑO ESCOLAR 2018-2019 – Grados 9--12.**

Date/Fecha: _____

STEP 1:

Student name/Nombre del Estudiante: _____
(As it appears on birth certificate) (Como aparece en certificado de nacimiento)
last/apellido first/primer nombre middle/segundo nombre

Date of birth/Fecha de nacimiento: Month/Mes _____ Day/Día _____ Year/Año _____ Current Age / Edad Actual: _____

Sex/Sexo: Male/Masculino _____ Female/Femenino _____ Prefer not to say/Prefiero no decir _____

Grade the student will be enrolled into in 2017-18 / Grado que el estudiante cursará en 2017-18:

9gr. _____ 10gr. _____ 11gr. _____ 12gr. _____

Race and Ethnicity (optional) / Raza o Grupo Etnico (opcional):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> White-Caucasian/Blanco-Caucásico | <input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano |
| <input type="checkbox"/> Black or African American/Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Asian American/Asiático Americano |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/Indígena Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Hawaiiiano Nativo o de las Islas del Pacífico |

City of Birth/Ciudad de Nacimiento: _____ State or Country of Birth/Estado o País de Nacimiento: _____

STEP 2:

Primary Language for Student/ Idioma Primario del Estudiante: _____

Languages spoken at home/Idiomas que se hablan en casa: _____

Previous School (if applicable)/Escuela Anterior (si aplica): _____

Previous City and State / Ciudad y Estado Anterior: _____

Does the student have health insurance?/¿Tiene el estudiante seguro médico? Yes/Sí _____ No _____

Health Insurance Provider/Proveedor de Seguro Médico _____

STEP 3: RESIDENCY

Families registering students in Holyoke Public Schools must submit proof of residency to demonstrate they reside in Holyoke (unless they are applying through the School Choice program). "Residency" is defined as the place where a person has his/her permanent home. For minor children, this is presumed to be the legal residence of the parent(s) or legal guardian(s) who has physical custody of the minor child and where the child sleeps every night. By providing residency information and the required documentation, you certify this is the address where the child engages in most of his family and social life during the entire week. The district reserves the right to verify residency through the Attendance Officer or Holyoke Police Department. Contact us if you don't have a Holyoke address and would like information about registering in Holyoke Public Schools through the School Choice program.

For families who have submitted a Caregiver Authorization Affidavit (based on M.G.L. c.201F), the authorizing party understands that a caregiver affidavit cannot be used solely for the purpose of attendance at a particular school, to circumvent any state or federal law, or to re-confer rights to a caregiver from whom those rights have been removed by a court of law.

By providing the address below I am certifying this is my child's actual residence in Holyoke (except if I have requested admission through the School Choice program). I commit to notifying the school immediately if I change addresses.

Las familias que estén matriculando a estudiantes en las Escuelas Públicas de Holyoke deben someter prueba de residencia para demostrar que viven en Holyoke (excepto aquellos que soliciten a través de School Choice). "Residencia" se define como el lugar donde una persona tiene su hogar permanente. Para niños menores, se presume que esta es la residencia legal del padre/madre o tutor legal que tiene custodia física del menor y donde el menor duerme cada noche. Al proveer esta información y la documentación requerida, usted está certificando que la gran mayoría de la vida familiar y social del niño se lleva a cabo en esta dirección durante toda la semana. El distrito se reserva el derecho de verificar información sobre su residencia a través del Oficial de Asistencia del distrito o el Departamento de Policía de Holyoke. Contáctenos si no tiene una dirección en Holyoke y desea obtener información sobre cómo matricularse en las Escuelas Públicas de Holyoke a través del Programa School Choice.

Para las familias que hayan sometido una Affidavit de Autorización para Cuidador (basado en M.G.L. c.201F), la parte autorizada entiende que una affidavit de cuidador no puede ser utilizada solamente para el propósito de asistir a una escuela particular, para evitar la aplicación de cualquier ley federal o estatal, o para renovar derechos de cuidador a alguien a quien esos derechos le han sido removidos por una corte de ley.

Al proveer una dirección residencial abajo, estoy certificando que es la residencia actual de mi hijo/a en Holyoke (excepto si he solicitado admisión a través del programa School Choice). Me comprometo a notificar a la escuela inmediatamente si esta dirección cambia.

Student residential address/Dirección residencial:

| | | |
|---------------|-------------------------|--|
| number/número | street /calle o avenida | apartment number / número de apartamento |
|---------------|-------------------------|--|

City / Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP _____

Student mailing address/Dirección postal:

| | | | |
|---------------|-------------------------|--|------------------------------------|
| number/número | street /calle o avenida | apartment number / número de apartamento | city-state-zip / ciudad-estado-zip |
|---------------|-------------------------|--|------------------------------------|

Home Phone/Teléfono casa: _____ Cell Phone/Teléfono Celular: _____

Other Phone/Otro Teléfono: _____

Describe whose phone this is/ Describa de quién es este otro número: _____

STEP 4: Mark ALL options that apply/ Marque TODAS las opciones que apliquen:

The child lives with/El niño(a) vive con:

Mother/Madre _____ Father/Padre _____ Guardian or Foster Parent/Tutor Legal o Padre de Crianza _____

Authorized Caregiver (based on M.G.L. c.201F)/Cuidador autorizado (basado en M.G.L. c.201F) _____

Seeking Guardianship/Solicitando custodia _____

IMPORTANT NOTE ABOUT CONTACT INFORMATION: Holyoke Public Schools uses an automated communication system that delivers phone, email and text messages to families on a regular basis and in case of emergencies. Please indicate which phone numbers you would like to receive these messages. It is essential for you to communicate any phone changes immediately to your child’s school so they can locate you in case of an emergency.

NOTA IMPORTANTE SOBRE INFORMACION CONTACTO: Las Escuelas Públicas de Holyoke utilizan un sistema automatizado de comunicación que envía mensajes de teléfono, email y texto a las familias regularmente y en caso de emergencia. Por favor indique cuáles números de teléfono usted desea que reciban estos mensajes. Es esencial que comunique inmediatamente cualquier cambio de teléfono a la escuela de su hijo/a para que puedan localizarle en caso de una emergencia.

Name of Parent/Guardian/Foster Parent 1: _____

Nombre de Padre/Tutor o Padre de Crianza 1

Relationship to student/Relación con estudiante: _____

Should this person receive the student’s report cards?/ ¿Debe esta persona recibir el informe de notas o calificaciones? Yes/Sí • No •

Home phone/teléfono casa _____ Use this number for district/school notifications: Yes/Sí • No •
Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Cell phone/teléfono celular _____ Use this number for district/school notifications: Yes/Sí • No •
Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Work phone/teléfono trabajo _____

Other phone/otro teléfono _____ Use this number for district/school notifications: Yes/Sí • No •
Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Email _____ Use this email for district/school notifications: Yes/Sí • No •
Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Occupation/Ocupación _____ Place of Employment/Lugar trabajo _____

Primary language/Idioma principal _____ Do you require translation?/¿Requiere traducción? _____

Address (if different from student)/Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____

Mailing Address (if different)/Dirección Postal (si es diferente) _____

Name of Parent/Guardian/Foster Parent 2: _____

Nombre de Padre/Tutor o Padre de Crianza 2

Relationship to student/Relación con estudiante: _____

Should this person receive the student’s report cards?/ ¿Debe esta persona recibir el informe de notas o calificaciones? Yes/Sí • No •

Home phone/teléfono casa _____ *Use this number for district/school notifications:* Yes/Sí • No •
 Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Cell phone/teléfono celular _____ *Use this number for district/school notifications:* Yes/Sí • No •
 Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Work phone/teléfono trabajo _____

Other phone/otro teléfono _____ *Use this number for district/school notifications:* Yes/Sí • No •
 Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Email _____ *Use this email for district/school notifications:* Yes/Sí • No •
 Use este número para notificaciones de la escuela/distrito escolar

Occupation/Ocupación _____ Place of Employment/Lugar trabajo _____

Primary language/Idioma principal _____ Do you require translation?/¿Requiere traducción? _____

Address (if different from student)/Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____

Mailing Address (if different)/Dirección Postal (si es diferente) _____

STEP 5:

(Who should we contact first in case of an emergency? Fill that out for Contact 1 / ¿A quién debemos contactar primero en caso de una emergencia? Llene esa información para el Contacto 1).

Emergency Contact 1/Contacto de Emergencia 1: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

Emergency Contact 2/Contacto de Emergencia 2: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

Emergency Contact 3/Contacto de Emergencia 3: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

Emergency Contact 4/Contacto de Emergencia 4: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

Emergency Contact 5/Contacto de Emergencia 5: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

Emergency Contact 6/Contacto de Emergencia 6: _____

Relationship to student/Relación con estudiante: _____ Address/Dirección: _____

Home phone/teléfono casa _____ Cell phone/teléfono celular _____

Work phone/teléfono trabajo _____

STEP 6: Programs and Assignment

Grade the student will be enrolled into in 2018-19/ Grado que el estudiante cursará en 2018-19:

9gr. _____ 10gr. _____ 11gr. _____ 12gr. _____

Services:

Has your child received special education services?/ ¿Recibe su niño servicios de educación especial? Yes/Sí _____ No _____

If the answer is YES, please provide all documentation. Si la respuesta es SI, por favor provea toda la documentación.

Family Unit/Unidad Familiar

Does your child have siblings who are 0-4 years old/¿Tiene el estudiante hermanos/as en Holyoke entre 0-4 años? Yes/Sí _____ No _____

Does your child have other siblings now in school?/ ¿Su niño tiene otros hermanos en la escuela? Yes/Sí _____ No _____

Name/Nombre: _____ Grade/Grado: _____ School/Escuela: _____

Name/Nombre: _____ Grade/Grado: _____ School/Escuela: _____

Name/Nombre: _____ Grade/Grado: _____ School/Escuela: _____

CERTIFICATION/CERTIFICACION

I understand that in order to complete the application process, I must provide all of the required information and documentation and that it should be valid and correct. I also understand that school assignments will be based on the designated school attendance zone where the children resides. I understand my right to file a zone appeal to be considered by the Holyoke Public Schools if extraordinary circumstances create a hardship for my child to attend our neighborhood school.

If this is a Pre-K application, I understand that filing an application does not ensure a Pre-School placement at this moment. Placement in the Pre-K program is determined according to space availability and eligibility in integrated classrooms in the zone school after the student takes a screening, except for the Dual Language program that requires an admissions lottery.

I understand that it is my obligation to inform my child’s school if there is a change in the residency of my family or guardianship of my child.

Yo entiendo que debo proveer toda la información y documentación requerida para completar el proceso de matrícula y que esta debe ser válida y correcta. También entiendo que el estudiante será ubicado en la escuela de la zona de asistencia donde reside. Entiendo que tengo el derecho de someter una apelación de zona para que sea considerada por las Escuelas Públicas de Holyoke en caso de que circunstancias extraordinarias presenten dificultades para que mi niño(a) asista a la escuela en nuestro vecindario.

Si esta es una solicitud para el programa Pre-Escolar, entiendo que someter una solicitud no garantiza un espacio en el programa Pre-Escolar en este momento. La ubicación en el programa Pre-Escolar será determinada de acuerdo a la elegibilidad del niño(a) y la disponibilidad de espacios en salones integrados en la escuela de la zona de asistencia escolar, luego de que el estudiante tome una evaluación, excepto el programa de Dos Idiomas que requiere entrar a una lotería para admisión.

Entiendo que es mi obligación informar a la escuela de mi hijo/a si hay algún cambio en la residencia o dirección de mi familia o en la tutela legal de mi niño/a.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Print/Letra de molde: _____ Date/Fecha: _____

STUDENT'S EDUCATIONAL HISTORY

Historial Educativo del Estudiante

Please take the time to complete this form as accurately as possible, if it applies.

Por favor tome su tiempo para completar este formulario con la mayor precisión posible, si aplica.

Student name: _____ **Current Grade:** _____ **Date:** _____
Nombre del estudiante Grado actual Fecha

NAME of SCHOOL
Nombre de la escuela

CITY/STATE
Ciudad/Estado

DATES ATTENDED
Fechas de asistencia

(first month/year - last month/year)
(mes/año a mes/año)

| | | | |
|---|-----------------------|---------------|---------------|
| Grade 2: <small>2do Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 3: <small>3er Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 4: <small>4to Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 5: <small>5tooo Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 6: <small>6to Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 7: <small>7mo Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 8: <small>8vo Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 9: <small>9nv Grado</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 10: <small>Grado 10</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Grade 11: <small>Grado 11</small> | _____ / _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |

My child received Special Education Services in grades: Mi hijo(a) recibió Servicios de Educación Especial en los grados:
Pre-K Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8 (High School 9 10 11 12)

My child received Instruction in a language other than English in grades:
Mi hijo/(a) recibio instruccion en un idioma distinto al Ingles en los grados:
Pre- K Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8 (High School 9 10 11 12)



Holyoke High School
500 Beech St. Holyoke Ma, 01040
Marilyn Sanabria Guidance Clerk
Holyoke High School Guidance Department
(413) 534-2020
(413) 534-2098 FAX

PARENT OR GUARDIAN AUTHORIZATION FORM FOR RELEASE OF STUDENT DOCUMENTS
AUTORIZACION DE PADRES O ENCARGADOS PARA COMPARTIR RECORDS DEL ESTUDIANTE

(only applies to students entering grades 9-12/ sólo aplica a estudiantes entrando a grados 9-12)

I hereby authorize _____

Por este medio autorizo a

Name of Last School Attended/Nombre de la Escuela Anterior

Last School's Address / Dirección de la Escuela Anterior

City/Ciudad

State/Estado

to release student documents to:

Name of School or District/Nombre de la Escuela o Distrito Escolar

of _____

Student's Name/Nombre del Estudiante

Grade/Grado

**HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS
REQUESTS ALL SCHOOL RECORDS
INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO:**

- STUDENT ACADEMIC RECORDS
- TEST RECORDS... MCAS/MEPA and MAP TEST RESULTS
- ATTENDANCE RECORDS
- DISCIPLINE RECORDS
- HEALTH RECORDS
- SPECIAL EDUCATION RECORDS
- 504 ACCOMMODATIONS

**LAS ESCUELAS PUBLICAS DE HOLYOKE
SOLICITAN TODOS LOS DOCUMENTOS
ESCOLARES INCLUYENDO, PERO NO
LIMITANDOSE A:**

- RECORDS ACADEMICOS DEL ESTUDIANTE
- RESULTADOS DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS (MCAS/MEPA/MAP)
- RECORDS DE ASISTENCIA
- RECORDS DE DISCIPLINA
- RECORDS DE SALUD
- RECORDS DE EDUCACION ESPECIAL
- ACOMODOS DEL PLAN 504

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Encargado

Date/Fecha

Name in print / Nombre en letra de molde

FORM 24.0

Home Language Survey

Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education regulations require that *all* schools determine the language(s) spoken in each student's home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. If a language other than English is spoken in the home, the District is required to do further assessment of your child. Please help us meet this important requirement by answering the following questions. Thank you for your assistance.

Student Information

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| First Name | Middle Name | Last Name | Gender |
| | / / | / / | |
| Country of Birth <small>(mm/dd/yyyy)</small> | Date of Birth (mm/dd/yyyy) | Date first enrolled in ANY U.S. school | |

School Information

| | | |
|--|---------------------------------------|----------------------|
| / /20 | | |
| Start Date in New School (mm/dd/yyyy) | Name of Former School and Town | Current Grade |

Questions for Parents/Guardians

| | |
|---|--|
| What is the native language(s) of each parent/guardian? (circle one) _____ (mother / father / guardian) _____ (mother / father / guardian) | Which language(s) are spoken with your child? <small>(include relatives -grandparents, uncles, aunts, etc. - and caregivers)</small> _____ seldom / sometimes / often / always _____ seldom / sometimes / often / always |
| What language did your child first understand and speak? | Which language do you use most with your child? |
| Which other languages does your child know? (circle all that apply) _____ speak / read / write _____ speak / read / write | Which languages does your child use? (circle one) _____ seldom / sometimes / often / always _____ seldom / sometimes / often / always |
| Will you require written information from school in your native language? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Parent/Guardian Signature: X | _____ / _____ /20 Today's Date: (mm/dd/yyyy) |

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su cooperación.

| Información del estudiante | | | |
|---|--|---|---|
| Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| País de nacimiento | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Fecha de matrícula inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) | |
| Información de la escuela | | | |
| Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa) | Nombre de la escuela y ciudad anterior | Grado actual | |
| Preguntas para los padres/encargados | | | |
| <p>¿Cuál es el idioma primario del padre/la madre/los encargados? (haga un círculo para indicar a quién en el hogar corresponde su respuesta)</p> <p>_____ (madre / padre / encargado)</p> <p>_____ (madre / padre / encargado)</p> | <p>¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)</p> <p>_____</p> <p>Poco frecuente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> <p>_____</p> <p>Poco frecuente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> | | |
| <p>¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?</p> | <p>¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?</p> | | |
| <p>¿Qué otros idiomas sabe su hijo? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p> | <p>¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)</p> <p>_____</p> <p>Poco frecuente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> <p>_____</p> <p>Poco frecuente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> | | |
| <p>¿Requerirá usted la información de la escuela impresa en su idioma natal?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | | |
| <p>Firma del padre/la madre/encargado:</p> <p>X</p> | <p>_____ / _____ /20</p> <p>Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)</p> | | |

MEDICAL DOCUMENTATION REQUIREMENTS

Requisitos de Documentación Médica
2018-2019

In order to complete enrollment, students entering the Holyoke Public Schools need a physical examination form completed by a Health Care provider and done within the last calendar year or a dated appointment card.

Para poder completar el proceso de matrícula, los estudiantes que entran al sistema de las Escuelas Públicas de Holyoke necesitan someter un formulario de examen físico completado por un profesional de la salud durante el último año (12 meses) o una tarjeta de cita con fecha.

Massachusetts State Law states that no child shall be admitted to school without presenting a physician or a clinic's certificate stating that the child has been immunized against the following:

Las leyes del Estado de Massachusetts indican que ningún niño será admitido a las escuelas en el estado sin haber presentado un certificado de un médico o clínica que indique que el niño ha sido vacunado contra las siguientes enfermedades:

| REQUIRED VACCINATIONS OR TESTS/ VACUNAS O PRUEBAS REQUERIDAS | GRADES / Grados | | |
|--|---|---|--|
| | Pre Kinder | Kindergarten | 1 st -8 th Grade / Grados 1-8 |
| DPT, DTAP | 4 doses / 4 dosis | 5 doses / 5 dosis | 5 doses / 5 dosis TDAP Booster required if longer than 5 years since DTAP / Refuerzo TDAP requerido si han pasado más de 5 años desde DTAP |
| MMR | 1 dose / 1 dosis | 2 doses / 2 dosis | 2 doses for Grades 1-5, 7-8 2 dosis para Grados 1-5 & 7-8 2 doses of measles/1 dose mumps/ 1 dose of Rubella for Grade 6 2 dosis de sarampión/ 1 dosis de paperas / 1 dosis de rubeola para Grado 6 |
| POLIO | 3 doses / 3 dosis | 4 doses / 4 dosis | 4 doses / 4 dosis |
| HEPATITIS B | 3 doses / 3 dosis | 3 doses / 3 dosis | 3 doses / 3 dosis |
| HIB | 3 or 4 doses / 3 ó 4 dosis | 3 or 4 doses / 3 ó 4 dosis | |
| VARICELLA (Chicken Pox) | 1 dose / 1 dosis | 2 doses / 2 dosis | 2 doses for Grades 1-5, 7-8 2 dosis para Grados 1-5, 7-8 1 dose for Grade 6 1 dosis para Grado 6 |
| LEAD / PLOMO | Lead test / Prueba de plomo | Lead test / Prueba de plomo | |
| TB TEST / PRUEBA TUBERCULINA | TB test recommended if new to U.S. / Prueba de tuberculina recomendada si estudiante es nuevo en Estados Unidos | TB test recommended if new to U.S. / Prueba de tuberculina recomendada si estudiante es nuevo en Estados Unidos | |

STUDENT HEALTH INFORMATION AND EMERGENCY FORM

HOLYOKE SCHOOL DEPARTMENT - SCHOOL HEALTH PROGRAM

Please complete the following information and return to the school immediately. Please contact the school nurse if assistance is needed. Parents are responsible to immediately notify the school of any changes in address, job, or phone numbers. **Information on this form is accessible to the School Nurse, building administrators, Main Office staff, and necessary school personnel.**

Student's Name: _____
Last First Middle ID# Homeroom

Address: _____

Home Phone: _____ Cell #: _____ Primary Language: _____

Grade: _____ Sex: _____ D.O.B.: _____ Allergies: _____

Name of Child's Health Insurance Company: _____ Policy #: _____

If you have no health insurance, Massachusetts has health insurance plans that will provide uninsured children with affordable health care (restrictions may apply). Please contact the school nurse for information about these programs. All communications are confidential.

Mother/Guardian/Other: _____

Home Address: _____ Home Phone: _____

Work Address: _____ Work Phone: _____ Cell/Pager: _____

Father/Guardian/Other: _____

Home Address: _____ Home Phone : _____

Work Address: _____ Work Phone: _____ Cell/Pager: _____

Name of others who will assume responsibility/transportation for child if parent unavailable or cannot be reached:

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Please read and sign below: As the parent/guardian of the above named child, I acknowledge that in case of injury or illness, it is my responsibility to provide transportation from school to home or to a medical provider for my child. In case of a life-threatening, serious, or potentially disabling injury or illness, I, hereby, grant my permission for emergency transport of my child by ambulance or by school personnel as arranged by the school administration. I further grant permission for the administration of emergency medications by the school nurse to my child within the guidelines of the School Physician's Standing Orders.

Health Care Provider's Name: _____ Phone #: _____

Dentist's Name: _____ Phone #: _____

Please list all medications that your child takes: _____

I give permission for the School Nurse to share information relevant to my child's health condition(s) with appropriate school personnel when needed to meet my child's health and safety needs. I further give permission to the School Nurse to exchange/release and receive medical information/medical records (including immunizations, physical exam copies, appointment times, health concerns) with/from my child's health care provider, mental health care provider, and all specialists, for the purpose of referral, diagnosis, and treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

1999 A (MDPH) - HPS Modified 2009

FORMULARIO DE INFORMACION DE SALUD Y EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PUBLICAS DE HOLYOKE - PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Favor de llenar la siguiente información y devolverla a la escuela inmediatamente. Favor comunicarse con la Enfermera de la Escuela si necesita ayuda. Padres o encargados son responsables de informar inmediatamente a la escuela de cambios de dirección, trabajo y números de teléfono. La información de este formulario estará disponible para la enfermera, personal administrativo, personal de la oficina y cualquier otro personal de la escuela si fuera necesario.

Nombre Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Número de ID Salón/hogar

Dirección del Hogar: _____

Nro. De Teléfono del Hogar: _____ Idioma Primario: _____

Grado _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____ Alergias: _____

Nombre de Compañía de Seguro de Salud de su niño/a : _____ Número de la Póliza: _____

Si usted no tiene seguro de salud, Massachusetts tiene planes de seguros de salud disponibles que le proveerán cuidado de salud a niños sin seguro (aunque restricciones pueden aplicar). Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela para más información sobre estos programas. Todas las comunicaciones serán confidenciales.

Madre/Tutor Legal/Otro: _____

Dirección del Hogar: _____ Nro. De Teléfono del Hogar: _____

Dirección del Trabajo: _____ Nro. De Teléfono de Trabajo: _____ Celular _____

Padre/Tutor Legal/Otro: _____

Dirección del Hogar: _____ Nro. De Teléfono del Hogar: _____

Dirección del Trabajo: _____ Nro. De Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

Nombres de otros que asumirán responsabilidad/transportación si los padres/tutores del niño/a no se encuentran disponibles o no se pueden localizar:

Nombre: _____ Relación: _____ Nro. De Tel. (durante el día): _____

Nombre: _____ Relación: _____ Nro. De Tel. (durante el día): _____

Nombre: _____ Relación: _____ Nro. De Tel. (durante el día): _____

Favor de leer y firmar abajo: Como padres o encargados del niño/niña, yo reconozco que en caso de una herida o enfermedad, es mi responsabilidad proveer transportación de la escuela a la casa o al médico de mi niño/niña. En caso de amenazas de vida, o potencial enfermedad o lesión seria, doy permiso para transportación de emergencia para mi niño/niña por ambulancia o por un personal de la escuela ordenado por la administración. También doy permiso para la administración de medicamentos de emergencia por la enfermera escolar a mi hijo/a por órdenes del médico.

Nombre del Doctor: _____ Nro. de Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Nro. de Teléfono: _____

Favor indicar todos los medicamentos que su hijo/hija toma: _____

Yo le doy permiso a la Enfermera de la Escuela para compartir información respecto a la condición de salud de mi hijo/hija con el personal de la escuela apropiado cuando sea necesario para identificar las necesidades de salud y seguridad de mi hijo/hija. Yo le doy permiso a la Enfermera de la Escuela de intercambiar información y archivos médicos (incluyendo copias de vacunas, examen físico, horas de citas, problemas de salud) con el doctor o especialista de mi hijo/hija para el propósito de referido, diagnóstico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

**HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS
NEW AND INTERVAL HEALTH HISTORY FORM**

TO BE FILLED OUT BY PARENT(S) OR GUARDIAN(S)

DATE COMPLETED: _____

Child's Name: _____ Sex: ___ Male ___ Female D.O.B.: _____ Grade: _____

Has your child attended school in Holyoke previously? Yes ___ No ___ If Yes, what school? _____

Please list names and birth dates of child's brothers and sisters:

| | | | |
|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Name: _____ | D.O.B. _____ | Name: _____ | D.O.B. _____ |
| Name: _____ | D.O.B. _____ | Name: _____ | D.O.B. _____ |
| Name: _____ | D.O.B. _____ | Name: _____ | D.O.B. _____ |
| Name: _____ | D.O.B. _____ | Name: _____ | D.O.B. _____ |

HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING? If yes, please circle and give the date, if known.

Chicken pox (_____) ; Scarlet fever (_____) ; Tuberculosis (_____) ; Rheumatic fever (_____)
Date Date Date Date
Pneumonia (_____) ; Other: (_____)
Date Date

DOES YOUR CHILD HAVE A HISTORY OF ANY OF THE FOLLOWING? Please circle all that apply:

Asthma Seizures Diabetes Heart Murmur Heart Surgery Hernia(s) Bowel Problems Eczema Kidney/Bladder Problems
Bleeding Problems Frequent Ear infections Wears glasses Wears hearing aids Other: _____

PLEASE LIST THE NAME(S) OF ALL SPECIALISTS YOUR CHILD SEES FOR ANY OF THE CONDITIONS YOU CIRCLED ABOVE:

| | |
|---------------------------|--------------|
| Name of Specialist: _____ | Tel.#: _____ |
| Name of Specialist: _____ | Tel.#: _____ |
| Name of Specialist: _____ | Tel.#: _____ |
| Name of Specialist: _____ | Tel.#: _____ |

DOES YOUR CHILD HAVE ANY **MEDICAL OR PHYSICAL CONDITIONS** THAT WOULD LIMIT HIS FULL PARTICIPATION IN GYM, SCHOOL ACTIVITIES, OR SPORTS? Yes ___ No ___ If yes, explain: _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY **KNOWN ALLERGIES** TO: (Please list them)

Foods? _____ Medicines? _____
Insect bites? _____ Pollen, dust? _____
Other? _____

HAS YOUR CHILD EVER HAD A LIFE-THREATENING ALLERGIC REACTION TO ANY OF THE ITEMS LISTED ABOVE? ___ YES ___ NO
IF YES, YOU MUST PROVIDE THE SCHOOL NURSE WITH A WRITTEN HEALTH CARE PROVIDER'S ORDER AND AN EPI-PEN FOR SCHOOL. PLEASE CONTACT THE SCHOOL NURSE BEFORE YOUR CHILD ATTENDS CLASSES.

Optional Information: You may, but are not required, to answer the following:

Has your child ever received services from a mental health provider? Yes ___ No ___

If yes, please give: Name of agency: _____
Name of counselor: _____
Phone # of agency/provider: _____
Reason for services (Diagnosis, if known): _____

Has your child ever been hospitalized for any mental health issues? Yes ___ No ___

If yes, where? (Name of hospital, city, state): _____
When? _____ What for? _____

Is your child **presently** receiving mental health services? Yes ___ No ___

Diagnosis: _____

Is your child **currently** on medication for this mental health issue? Yes ___ No ___

If yes, name of medication: _____

PLEASE ADD ANY OTHER INFORMATION YOU WOULD LIKE TO BRING TO THE ATTENTION OF THE SCHOOL NURSE:

ESCUELA PUBLICAS DE HOLYOKE
FORMULARIO PARA ACTUALIZAR EL HISTORIAL DE SALUD

DEBE SER LLENADO POR LOS PADRES O ENCARGADOS

FECHA: _____

Nombre del niño/niña: _____ Sexo: (F) (M) Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Su hijo/hija ha asistido a alguna escuela en Holyoke anteriormente? Si ___ No ___ Si es así, ¿cuál escuela? _____

Indique nombres y fechas de nacimiento de los hermanos de su hijo/hija:

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

SU HIJO/A HA PADECIDO DE? SI ES ASI, FAVOR CIRCULAR Y DAR FECHA SI SE ACUERDA.

Varicela (____); Fiebre escarlata (____); Tuberculosis (____); Fiebre reumática (____);

Fecha

Fecha

Fecha

Fecha

Pulmonía (____); Otros _____ (____)

Fecha

Fecha

HA PADECIDO SU HIJO/A DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES, FAVOR CIRCULAR: Asma / Convulsiones / Diabetes
Soplo cardíaco / Operación del Corazón / Problemas con la sangre / Eczema / Hernia / Problema en los riñones/vejiga
Infección del oído frecuente / ¿Usa espejuelos? / ¿Usa aparato para sordera? / Problemas al evacuar / Otro: _____

FAVOR DAR NOMBRE(S) DE ESPECIALISTAS QUE VEN A SU HIJO/A POR LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS:

Nombre del especialista: _____ Tel. #: _____

Nombre del especialista: _____ Tel. #: _____

Nombre del especialista: _____ Tel. #: _____

Nombre del especialista: _____ Tel. #: _____

SU HIJO/HIJA SUFRE DE ALGUNA CONDICION **MEDICA O FISICA** QUE LIMITE SU COMPLETA PARTICIPACION EN EL GIMNASIO,
ACTIVIDADES ESCOLARES O DEPORTES? Sí ___ No ___ Por favor explique: _____

SU HIJO/HIJA SUFRE DE **ALERGIAS** A: (proporcione lista) ¿Alimentos? _____

¿Medicinas? _____ ¿Picadas de insectos? _____

¿Polen/polvo? _____ ¿Otro? _____

¿HA ESTADO ALGUNA VEZ LA VIDA DE SU HIJO/A EN PELIGRO POR ALGUNA REACCION ALERGICA A LAS COSAS MENCIONADAS ARRIBA? Sí ___ No ___ . SI ES ASI, USTED DEBE PROVEER INFORMACION A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DEL MEDICO QUE ATIENDE A SU HIJO/A Y UNA VACUNA EPI-PEN PARA LA ESCUELA. FAVOR INFORMAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA ANTES QUE SU HIJO/A REGRESE A CLASES.

Información Opcional: Usted puede, pero no es requerido, contestar lo siguiente:

Su hijo/hija ha recibido servicios de algún proveedor de salud mental? Sí ___ No ___

Si indicó que sí, favor de proveer: Nombre de la agencia: _____

Nombre del consejero: _____

Número de teléfono de la agencia o doctor: _____

Razón por servicios (diagnóstico, si lo conoce): _____

¿Su hijo/hija ha sido hospitalizado por alguna condición de salud mental? Sí ___ No ___

Si indicó que sí, ¿dónde? (Nombre del hospital, ciudad, estado): _____

¿Cuándo? _____ ¿Por qué razón? _____

Su hijo/hija está recibiendo **actualmente** servicios de salud mental? Sí ___ No ___

Diagnóstico: _____

Su hijo/hija **regularmente** está tomando medicinas para alguna condición de salud mental? Sí ___ No ___

Si indicó que sí, favor de nombrar los medicamentos: _____

FAVOR DE AÑADIR OTROS PROBLEMAS O COMENTARIOS QUE USTED CREA NECESARIO COMPARTIR CON LA ENFERMERA:

MASSACHUSETTS HEALTH RECORD

Health Care Provider's Examination

Name _____ Male Female Date of Birth: _____

Medical History

Pertinent Family History - Current Health Issues

- Y N
 Allergies: Please list: Medications _____ Food _____ Other _____
History of Anaphylaxis to _____ Epi-Pen→: Yes No
 Asthma: Asthma Action Plan Yes No (Please attach)
 Diabetes: Type I Type II
 Seizure disorder: _____
 Other (Please specify) _____

Current Medications (if relevant to the student's health and safety) Please circle those administered in school; a separate medication order form is needed for each medication administered in school.

Physical Examination

Date of Examination: _____

Hgt: _____ (____%) Wgt: _____ (____%) BMI: _____ (____%) BP: _____

(Check = Normal / If abnormal, please describe.)

- General _____ Lungs _____ Extremities _____
 Skin _____ Heart _____ Neurologic _____
 HEENT _____ Abdomen _____ Other _____
 Dental/Oral _____ Genitalia _____

Screening: (Pass) (Fail) (Pass) (Fail) (Pass) (Fail)
Vision: Right Eye Hearing: Right Ear Postural Screening:
Left Eye Left Ear (Scoliosis/Kyphosis/Lordosis)
Stereopsis

Laboratory Results: Lead _____ Date _____ Other _____

The entire examination was normal:

Targeted TB Skin Testing: Med-to-High risk (exposure to TB; born, lived, travel to TB endemic countries; medical risk factors):

TB Test Type: TST GRA Date: _____ Result: Positive Negative Indeterminate/Borderline

Referred for evaluation to: _____ Date: _____ Low risk (no TB test done)

This student has the following problems that may impact his/her educational experience:

- Vision Hearing Speech/Language Fine/Gross Motor Deficit
 Emotional/Social Behavior Other

Comments/Recommendations: _____

Y N **This student may participate fully in the school program, including physical education and competitive sports. If no, please list restrictions:** _____

Y N **Immunizations are complete: If no, give reason: Please attach Massachusetts Immunization Information System Certificate or other complete immunization record.**

Signature of Examiner Circle: MD, DO, NP, PA

Date

Please print name of Examiner.

Group Practice _____

Telephone _____

Address/City/State/ZIP _____

CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Name: _____

Date of Birth: / / Sex: M F

Please indicate vaccine type (e.g., DTaP-Hib, etc.)

| Vaccine | | Date | Vaccine Type | Vaccine | | Date | Vaccine Type |
|---|---|------|--------------|--|---|------|--------------|
| Hepatitis B (e.g., HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV, HepA-HepB) | 1 | | | Measles, Mumps, Rubella (e.g., MMR, MMRV) | 1 | | |
| | 2 | | | | 2 | | |
| | 3 | | | Varicella (Var, MMRV) | 1 | | |
| | 4 | | | | 2 | | |
| Diphtheria, Tetanus, Pertussis (e.g., DTP, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV/Hib, DTaP-IPV, Td, Tdap) | 1 | | | Meningococcal Quadrivalent MenACWY-Conjugate (MCV4) or Polysaccharide (MPSV4) | 1 | | |
| | 2 | | | | 2 | | |
| | 3 | | | Meningococcal Serogroup B (Men B) MenB-FHbp MenB-4C | 1 | | |
| | 4 | | | | 2 | | |
| | 5 | | | | 3 | | |
| | 6 | | | Seasonal Influenza Inactivated IIV4, IIV4-ID, IIV3, IIV3-ID, IIV3-HD, RIV3-IM, ccIIV3-IM | 1 | | |
| | 7 | | | | 2 | | |
| | 8 | | | | 3 | | |
| Haemophilus influenzae type b (e.g., Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib, DTaP-IPV/Hib, Hib-MenCY) | 1 | | | Live Attenuated LAIV, LAIV4 (quadrivalent) | 4 | | |
| | 2 | | | | 5 | | |
| | 3 | | | | 6 | | |
| | 4 | | | | 7 | | |
| Polio (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV/Hib, DTaP-IPV) | 1 | | | 2009 H1N1 Influenza Inactivated or Live | 1 | | |
| | 2 | | | | 2 | | |
| | 3 | | | Pneumococcal Polysaccharide (PPSV23) | 1 | | |
| | 4 | | | | 2 | | |
| | 5 | | | Hepatitis A (HepA, HepA-HepB) | 1 | | |
| 1 | | | 2 | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|
| Pneumococcal Conjugate (PCV13, PCV7) | 2 | | | Human Papillomavirus (9vHPV, 4vHPV, 2vHPV) | 1 | | |
| | 3 | | | | 2 | | |
| | 1 | | | | 3 | | |
| | 4 | | | | | | |
| Rotavirus (e.g., RV5: 3-dose series, RV1: 2-dose series) | 1 | | | Zoster (shingles) | 1 | | |
| | 2 | | | Other: | 1 | | |
| | 3 | | | | 2 | | |

| Serologic Proof of Immunity | | Check One | |
|---|--------------|-----------|----------|
| Test (if done) | Date of Test | Positive | Negative |
| Measles | / / | | |
| Mumps | / / | | |
| Rubella | / / | | |
| Varicella* | / / | | |
| Hepatitis B | / / | | |
| * Must also check Chickenpox History box. | | | |

| Chickenpox History | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Check the box if this person has a physician-certified reliable history of chickenpox. |
| Reliable history may be based on: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● physician interpretation of parent/guardian description of chickenpox ● physical diagnosis of chickenpox, or ● serologic proof of immunity | |

I certify that this immunization information was transferred from the above-named individual's medical records.

Doctor or nurse's name **(please print)**:

Date: / /

Signature:

Facility name:



HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS

MEDIA RELEASE FORM

As a parent or guardian, I understand the purpose for interviewing/filming/photographing students is to represent and promote the good qualities of the Holyoke Public Schools.

_____ I/We give permission _____ I/We do not give permission

to the Holyoke Public Schools and Holyoke Public Schools' media outlets to film, interview, and/or photograph my/our son/daughter: _____ for use in television, newspaper, photos video and/or web. *(student's name)*

Parent(s)/Guardian(s) Signatures:

_____ Date: _____

_____ Date: _____

Student's Signature: _____ Date: _____

RELEVO PARA PUBLICAR INFORMACION EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Como padre o encargado, entiendo que el propósito de entrevistar/filmar/fotografiar a los estudiantes es para representar y promover buenas noticias sobre lo que ocurre en las Escuelas Públicas de Holyoke.

_____ Yo/nosotros damos permiso _____ Yo/nosotros NO damos permiso

a las Escuelas Públicas de Holyoke y sus medios de comunicación para filmar/ entrevistar/fotografiar y publicar noticias de mi/nuestro hijo/a _____ en radio, periódicos, televisión y web). *(nombre del estudiante)*

Firma de Padre/s/Encargado/s):

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____



57 Suffolk Street
Holyoke, Massachusetts 01040
Tel. (413) 534-2000

Dr. Stephen Zrike, Jr., Receiver

Dear Parents/Guardians,

In May 2012, as part of the VALOR Act, Massachusetts joined other states as part of the Interstate Compact on Educational Opportunity for Military Children. The aim is to make the transition easier for mobile children in military families in areas such as enrollment, assessment, graduation etc. The Compact provides for the uniform treatment of military children transferring between school districts and states.

All Massachusetts school districts are required to report information to the Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education.

In order to qualify for military family status students must be children of:

- Active duty members of the uniformed services, National Guard and Reserve on active duty orders
- Members or Veterans who are medically discharged or retired within one year
- Members who die on active duty

All Massachusetts school districts are required to report this information to the Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education. Please assist us by indicating below if your child qualifies for military family status:

- Yes, I certify that my child qualifies for military family status
- No, my child does not qualify for military family status

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Parent Name: _____

ENCOURAGE – EXPLORE – EMBRACE – EMPOWER – ENGAGE



57 Suffolk Street
Holyoke, Massachusetts 01040
Tel. (413) 534-2000

Dr. Stephen Zrike, Jr., Receiver

Estimados Padres/Encargados,

En mayo de 2012, como parte de la Ley VALOR, Massachusetts se unió a otros estados como parte del Pacto Interestatal para Oportunidades Educativas para niños con Padres Militares. El objetivo es hacer la transición más fácil para los niños de las familias de personal militar en áreas tales como la matrícula, evaluación, graduación, etc. El Pacto provee un protocolo de tratamiento uniforme a los hijos de militares que se trasladan entre los distritos escolares y los estados.

Todos los distritos escolares de Massachusetts deben reportar esta información al Departamento de Educación Elemental y Secundaria de Massachusetts.

Con el fin de cualificar para estos servicios como familia de personal militar, los estudiantes deben ser hijos de:

- Miembros Activos de los servicios uniformados, la Guardia Nacional y la Reserva Activa
- Miembros o veteranos que están médicamente dados de alta o jubilados dentro del último año
- Miembros que mueren en servicio activo

Todos los distritos escolares de Massachusetts deben reportar esta información al Departamento de Educación Elemental y Secundario de Massachusetts. Por favor, ayúdenos indicando a continuación si su hijo cualifica para el estatus de familia militar:

- Sí, yo certifico que mi hijo califica para el estatus de familia militar
- No, mi hijo no califica para el estatus de familia militar

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los Padres/Encargados: _____

ENCOURAGE – EXPLORE – EMBRACE – EMPOWER – ENGAGE

HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS
SAFETY AND TRANSPORTATION
School Year 2017-2018

Transportation is provided to eligible students within their school zone based on the distance from the home to the school. HPS Students will be eligible for transportation when:

- Elementary (K-5) students live **more than 1 mile** from their Attendance Zone school.
- Middle School (6-8) students live **more than 1.5 miles** from their Attendance Zone school.
- High School (9-12) students live **more than 2 miles** from their high school.

Generally, buses do not travel outside of the school zone to pick-up or drop-off students. Families of students who attend a school outside of their attendance zone are responsible for transportation arrangements since school bus transportation will not be provided.

School bus transportation is not available to Pre-K students, except for those Pre-K students with an I.E.P. that calls for special transportation.

School bus routes and stops are created by the Holyoke Public Schools with the assistance of the Versa Trans school bus routing software. The routes are posted on our website in a timely manner before the start of the school year.

Students in Kindergarten and 1st grade must have a parent/guardian or designated adult waiting for them at their designated bus stop during drop off. Special Education students (with current I.E.P.'s calling for transportation service) must also have a parent/guardian or designated adult at the bus stops to put them on the bus or take them off the bus, unless otherwise noted on their I.E.P.'s. Parents should complete a special form in order to designate additional receivers to place or take the student off the bus (forms available on our website, at the schools or at the Student Enrollment & Family Empowerment Center). Parents must also complete forms to change a drop off or pick up spot or an address for students with I.E.P.'s. before any changes on the bus route can be made.

School bus service for the 2017-2018 school year will be provided by Durham School Services. Concerns about service should be directed to the Transportation Manager for the district at (413) 534-2000, ext. 1640. Additionally, the office phone for Durham School Services is (413) 315-4119.

One area of ongoing concern relates to your child's trip to and from the bus stop and your child's wait at the bus stop. **It is important that you understand and accept your responsibility, as a parent or guardian, to provide daily supervision for your child prior to boarding and after exiting the bus. It is also your responsibility to supervise your child's daily walk to and from school if he or she does not qualify for bus transportation.**



Have a safe and happy school year!

ESCUELAS PÚBLICAS DE HOLYOKE

TRANSPORTACIÓN Y SEGURIDAD

Año Escolar 2017-2018

Se provee transportación a los estudiantes de las Escuelas Públicas de Holyoke de acuerdo a la distancia que exista entre su hogar y la escuela en la Zona de Asistencia Escolar. Los estudiantes de las Escuelas Públicas de Holyoke son elegibles para servicios de transportación en estos casos:

- Niños de escuela Elemental (K-5) que vivan a **más de una milla** de su escuela de Zona de Asistencia.
- Jóvenes de Escuela Intermedia (6-8) que vivan a **más de milla y media** de su escuela de Zona de Asistencia.
- Jóvenes de Escuela Superior (9-12) que vivan a **más de dos millas** de su escuela.

Se proveerá transportación a estudiantes elegibles dentro de su Zona de Asistencia. En general, las guaguas o autobuses no hacen viajes fuera de las Zonas de Asistencia para recoger o dejar estudiantes. Los familiares de estudiantes que asisten a escuelas fuera de la Zona de Asistencia son responsables por su transportación ya que no se les proveerá transportación.

La transportación escolar no está disponible para estudiantes de Pre-K, excepto aquellos estudiantes con un Plan Individualizado de Educación (P.E.I.) que incluya servicio de transportación.

Las rutas y paradas de autobuses son definidas por las Escuelas Públicas de Holyoke con la asistencia del programa de rutas escolares Versatrans. Las rutas son publicadas en nuestro website antes del comienzo del año escolar.

Los padres de estudiantes de Kindergarten y 1er grado deben tener a un padre/tutor o adulto designado esperando por ellos en la parada de autobús designada al regresar a casa. Los estudiantes de Educación Especial (con P.E.I.'s que incluya servicio de transportación) también debe tener un padre/tutor o adulto designado en la parada para ponerlos en el autobús o para recogerlos del autobús, a menos que el P.E.I. indique algo distinto. Los padres/tutores deben completar un formulario especial para designar a personas adicionales que puedan poner o recibir estudiantes en el autobús (formularios están disponibles en nuestro website, en las escuelas, o en el Centro de Matrícula y Apoderamiento Familiar). Los padres también deben completar formularios para cambiar una parada de autobús o dirección para estudiantes con P.E.I. antes de que se puedan hacer cambios.

Los servicios de guaguas o autobuses para el año 2017-2018 serán provistos por Durham School Services. Las preocupaciones sobre este servicio pueden ser dirigidas a la Directora de Transportación para el distrito al (413) 534-2000, ext. 1640. Además, el número de teléfono para la oficina de Durham School Services es (413) 315-4119.

Una preocupación constante es el recorrido de su hijo(s) hacia la parada de la guagua o autobús y la espera en la parada. **Es muy importante que usted entienda y acepte su responsabilidad diaria como padre o tutor de proveer supervisión para su(s) hijo(s) antes y después que aborden las guaguas o autobuses escolares. Es también su responsabilidad supervisar el recorrido de sus hijo(s) hacia y desde la escuela, si él o ella no califican para transportación escolar.**



¡Deseamos que tengan un año escolar seguro y feliz!

Stay informed with the latest news, events and updates from Holyoke Public Schools

Manténgase informado con las últimas noticias, eventos e información de las Escuelas Públicas de Holyoke

- Website: www.hps.holyoke.ma.us
- Facebook: <https://www.facebook.com/holyokepublicschools>
- Twitter: <https://twitter.com/hpsholyoke>
- TV: Channel 12 / Canal 12

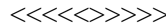


Also, don't forget to Like your own school's Facebook page for school-specific news and event information.

Además, no olvide dar Like a la página de Facebook de su escuela para información y noticias específicas sobre su escuela.

Don't miss other important notices from your school and our district!
Notify changes in phone numbers and email addresses to your school immediately.

*No se pierda información importante de su escuela y nuestro distrito!
Notifique inmediatamente cambios en números de teléfono y direcciones de correo electrónico.*



Ask us about opportunities to support your child's learning at home and to grow as a parent leader in our school district! Call the Family & Community Engagement Department at (413) 534-2000, ext. 1100

¡Pregúntenos sobre oportunidades para apoyar el aprendizaje de su niño/a en casa y para crecer como líder en nuestro distrito escolar! Llame al Departamento de Participación de Familias y Comunidad al (413) 534-2000, ext. 1100

- | | |
|--|--|
| 1. Parent Power Academy workshops throughout the year | <i>Talleres de la Academia de Poder para Padres durante el año</i> |
| 2. Parent Volunteers at each school | <i>Padres voluntarios en cada escuela</i> |
| 3. PTO (Parent Teacher Organizations) or Parent Leader Groups at each school | <i>PTO (Organización de Padres y Maestros) o Grupo de Padres Líderes en cada escuela</i> |
| 4. HELI (Holyoke Early Literacy Initiative), a city-wide coalition focused on literacy for children 0-8 years old | <i>HELI o Iniciativa de Alfabetización Temprana de Holyoke, una coalición de toda la ciudad enfocada en la alfabetización de niños entre 0-8 años</i> |
| 5. School Site Councils (advisory groups to each school principal) | <i>Consejos de Local Escolar (grupos asesores para el principal de cada escuela)</i> |
| 6. Citywide Parent Leader Group, which meets monthly with school district leaders to obtain updates and provide feedback on the latest HPS initiatives | <i>Grupo de Padres Líderes de la Ciudad, que se reúne mensualmente con los líderes del distrito escolar para obtener las últimas informaciones y ofrecer su opinión sobre las últimas iniciativas de HPS</i> |

