

**Student, Family, and Emergency Contact Information**

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade Enrollment for School Year 2020-2021: \_\_\_\_\_

Name Parent/Guardian 1: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Name Parent/Guardian 2: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACTS:**

Names of people other than the parents/guardians who will assume responsibility, including transportation, for the child if parent/guardian is unavailable or cannot be reached. These persons have permission to pick up the child in the event of an illness or emergency. We ask to have at least two emergency contacts for the student, but please complete for as many emergency contacts as you have for your child.

**Emergency Contact 1:**

Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Student: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact 2:**

Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Student: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact 3:**

Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Student: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Información de contacto para estudiantes, familias y emergencias**

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección residencial del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado para el año escolar 2020-2021: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / encargado / padre adoptivo #1: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / encargado / padre adoptivo #2: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:**

Nombres de personas a parte de los padres / encargados que asumirán la responsabilidad, incluido el transporte, para el niño si el padre / madre / encargado no está disponible o en caso de no poder contactarlo. Estas personas tienen permiso para recoger al niño en caso de una enfermedad o emergencia. Le pedimos que tenga al menos un contacto de emergencia para el estudiante, pero por favor complete tantos contactos de emergencia para su hijo (a) que tenga.

**Contacto de emergencia 1:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia 2:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia 3:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**STUDENT HEALTH INFORMATION  
HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS - SCHOOL HEALTH PROGRAM**

*Information on this form is accessible to the school nurse and administrators, office staff, and authorized school personnel. Medications, Procedures, and Treatments at School Require Current Written Orders and Parent/Guardian Signature. If your child needs medication, procedure, or treatment during the school day, a current and proper order from a licensed prescriber must be given to the nurse at your child's school before the student enters or re-enters school. Orders will be renewed as needed, including at the beginning of each academic year. Contact your child's school nurse prior to starting school to discuss your child's needs.*

Student's Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Grade: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

List all medications that your child takes: \_\_\_\_\_

**Please list any health related changes in the past 12 months:**

**Health Insurance Information:**

Child's Health Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Subscriber: \_\_\_\_\_

*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 your child's school nurse for information about these programs.*

**A current physical exam and up-to-date immunizations are required to attend school, vacation academies, and summer programs.** Send these documents to the attention of your child's school nurse.

**I give permission for the school nurse to administer/apply the following medications approved by the School Physician's Standing Order(s):** Saline eyewash, Acetaminophen (Tylenol), Diphenhydramine (Benadryl - under specific conditions), Vaseline, Calamine zinc oxide or alternative clear anti-itch formula, unscented lotion, saltwater gargle, cold packs, alcohol-based hand sanitizer, and Isopropyl alcohol. Please note that Albuterol updraft is not available at this time due to COVID-19. EpiPen/EpiPen Jr., as indicated, and activate the EMS system for the anaphylactic reaction of students with no history of reaction or sensitivity.

Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**FOR MIDDLE SCHOOL STUDENTS:** In addition to the above, I give permission for the school nurse to administer: cough lozenges (grades 5-12), contact lens solution, and ibuprofen under specific conditions (for students age 12 and over).

Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Please read and sign below:** As the parent/guardian of the 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. I understand that I have authorized the persons listed as emergency contacts for my child to pick up my child in the event my child experiences illness or injury. 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. I accept responsibility for any expenses incurred in handling emergency care. I give permission for the school district's nurses 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 district's nurses 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, to facilitate the care of my child. It should be noted that alcohol-based hand sanitizer will be available for students' use district-wide. Properly trained school personnel will supervise the use of alcohol-based hand sanitizer. If you do not want your student using an alcohol-based hand sanitizer, please send a written note to your child's nurse.

Student's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

## DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE HOLYOKE

La información de este formulario está accesible para la enfermera y los administradores de la escuela, el personal de oficina y el personal escolar autorizado. Los medicamentos, procedimientos y tratamientos en la escuela requieren órdenes escritas actuales y la firma de los padres o encargados. Si su hijo necesita un medicamento, procedimiento o tratamiento durante el día escolar, se debe dar una orden actual y adecuada de un médico con licencia a la enfermera de la escuela de su hijo antes de que el estudiante entre o vuelva a entrar a la escuela. Las órdenes se renovarán según sea necesario, incluso al comienzo de cada año académico. Póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo antes de comenzar la escuela para discutir las necesidades de su hijo.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo(a): \_\_\_\_\_

**Por favor, indique cualquier cambio relacionado con la salud en los últimos 12 meses:**

### Información del seguro médico:

Compañía de seguros de salud del niño(a): \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_

*Si no tiene seguro médico, Massachusetts tiene planes de seguro médico que proporcionarán a los niños sin seguro médico una atención médica asequible (pueden aplicarse restricciones). Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo(a) para obtener información sobre estos programas.*

**Se requiere un examen físico actual y vacunas actualizadas para asistir a la escuela, a las academias de vacaciones y a los programas de verano.** Envíe estos documentos a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

**Doy permiso a la enfermera de la escuela para que administre/aplique los siguientes medicamentos aprobados por la Orden del Médico de la Escuela):** Lavaojos con solución salina, Acetaminofén (Tylenol), Difenhidramina (Benadryl - bajo condiciones específicas), Vaselina, Calamina, óxido de zinc o una fórmula clara alternativa contra la picazón, loción no perfumada, gárgaras de agua salada, compresas frías, desinfectante de manos a base de alcohol y alcohol isopropílico. Tenga en cuenta que la corriente ascendente de Albuterol no está disponible en este momento debido a COVID-19. Epipen/EpiPen Jr., como se indica, y activar el sistema EMS para la reacción anafiláctica de los estudiantes sin historial de reacción o sensibilidad.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**PARA LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA INTERMEDIA:** Además de lo anterior, doy permiso para que la enfermera de la escuela administre: pastillas para la tos (grados 5-12), solución para lentes de contacto e ibuprofeno bajo condiciones específicas (para estudiantes de 12 años o más).

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Por favor, lea y firme abajo:** Como padre, madre o encargado del niño nombrado, reconozco que en caso de lesión o enfermedad, es mi responsabilidad proveer el transporte de la escuela a la casa o a un proveedor médico para mi hijo. Entiendo que he autorizado a las personas indicadas como contactos de emergencia para que recojan a mi hijo(a) en caso de que éste sufra una enfermedad o lesión. En caso de una lesión o enfermedad que ponga en peligro la vida, grave o potencialmente incapacitante, por la presente doy mi permiso para el transporte de emergencia de mi hijo(a) en ambulancia o por el personal de la escuela según lo disponga la administración de la escuela. Además, doy permiso para que la enfermera de la escuela le administre medicamentos de emergencia a mi hijo(a) dentro de las directrices del Reglamento del Médico de la Escuela. Acepto la responsabilidad de cualquier gasto incurrido en el manejo de la atención de emergencia. Doy permiso para que las enfermeras del distrito escolar compartan información relevante a la(s) condición(es) de salud de mi hijo(a) con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo(a). Además doy permiso a las enfermeras del distrito escolar para intercambiar/liberar y recibir información médica/registros médicos (incluyendo vacunas, copias de exámenes físicos, horarios de citas, preocupaciones sobre la salud) con/de el proveedor de atención médica de mi hijo, el proveedor de atención de salud mental y todos los especialistas, para facilitar el cuidado de mi hijo(a). Cabe señalar que el desinfectante para manos a base de alcohol estará disponible para el uso de los estudiantes en todo el distrito. Personal escolar debidamente capacitado supervisará el uso del desinfectante para manos a base de alcohol. Si no quiere que su estudiante use un desinfectante de manos a base de alcohol, por favor envíe una nota escrita a la enfermera de su hijo(a).

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_



## ***2020-2021 Health Screening Notice***

Dear Parents and Guardians:

Our school nurses oversee the mandated universal health screening program as required by the Massachusetts Department of Public Health. Screening is supervised by the school nurse and your child's privacy will be respected at all times. Screenings are as follows:

- **Hearing** grades Preschool, K - 3, 7 & 9
- **Vision** grades Preschool, K - 5, 7 & 9
- **Stereopsis** (binocular vision) Preschool, grades K - 3
- **Postural screening** grades 5 - 9.
- **Height/Weight/BMI** (weight for height for age) grades 1, 4, 7, and 10. The results will be documented in the student Health Record and provided in aggregate form to the MDPH according to the regulations.
- **Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)** grades 7 & 9. The SBIRT protocol facilitates a one-on-one conversation between the student and a school nurse or counselor in an effort to prevent or at least delay the start of using harmful substances, such as alcohol and marijuana. This program focuses on reinforcing healthy decisions and addressing concerning behaviors around substance use with the goal of improving health, safety and success in school. SBIRT screening results will not be included in your child's school record. For more information, visit the HPS website at <https://www.hps.holyoke.ma.us/families/health-wellness-nursing/>

**Currently (as of 8/19/20), the requirements for physical examination should continue to be followed. An in-person physical exam is required for the following groups of students:**

- For students entering school for the first time (typically pre-kindergarten or kindergarten), an in-person physical exam should have been conducted in the 12 months previous or within 90 days of school start.
- A student transferring from another school system shall be examined following the school entry recommendation for students entering school for the first time, listed above.
- For students seeking to participate in athletics, an in-person physical exam should be conducted annually prior to a student's participation in competitive athletics. Students who have not had this in-person exam should not be excluded from school, but may not participate in competitive athletics.

**At this time, requirements for health screenings remain suspended,** per the Order of The Commissioner of Public Health. The Commissioner reserves the right to rescind this suspension of screening requirements during the 2020-2021 school year; once the waiver is lifted, screening should resume as soon as possible.

**Immunization Requirements for Preschool, Elementary, and Secondary school students immunization requirements will continue to be followed,** including the new requirement for flu vaccination for all K-12 students starting with the 2020-2021 school year. Documentation of immunization status should be submitted to your child's school nurse within 60 days of the start of school.

If you have any questions or concerns, please contact your school nurse. If you wish to exclude your child from any of these screenings, please notify your child's school nurse in writing.



### **2020-2021 Aviso de evaluación de salud**

Estimados padres y encargados:

Nuestras enfermeras escolares supervisan el programa obligatorio de detección de salud universal como lo exige el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH, por sus siglas en inglés). La evaluación es supervisada por la enfermera de la escuela y la privacidad de su hijo será respetada en todo momento. Las proyecciones son las siguientes:

- **Audición:** grados Preescolar, K - 3, 7 y 9
- **Visión:** grados Preescolar, K - 5, 7 y 9
- **Estereopsis (visión binocular):** Preescolar, grados K - 3
- **Examen postural:** grados 5 - 9
- **Altura/Peso/BMI** (peso por altura para la edad) grados 1, 4, 7, y 10. Los resultados serán documentados en el Registro de Salud del estudiante y proporcionados en forma agregada al MDPH de acuerdo a las regulaciones.
- **Revisión, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT por sus siglas en inglés)** grados 7 y 9. El protocolo SBIRT facilita una conversación uno a uno entre el estudiante y una enfermera o consejero de la escuela en un esfuerzo por prevenir o al menos retrasar el comienzo del uso de sustancias dañinas, como el alcohol y la marihuana. Este programa se enfoca en reforzar las decisiones saludables y en abordar los comportamientos relacionados con el uso de sustancias con el objetivo de mejorar la salud, la seguridad y el éxito en la escuela. Los resultados de la evaluación SBIRT no se incluirán en el registro escolar de su hijo. Para obtener más información, visite el sitio web de HPS en: <https://www.hps.holyoke.ma.us/families/health-wellness-nursing/>

**En la actualidad (a partir del 19 de agosto de 20), se deben seguir cumpliendo los requisitos para el examen físico. Se requiere un examen físico en persona para los siguientes grupos de estudiantes:**

- Para los estudiantes que ingresan a la escuela por primera vez (típicamente pre-kínder o kínder), se debe haber realizado un examen físico en persona en los 12 meses anteriores o dentro de los 90 días de haber comenzado la escuela.
- Un estudiante que se transfiere de otro sistema escolar será examinado siguiendo la recomendación de ingreso a la escuela para los estudiantes que ingresan a la escuela por primera vez, que se menciona arriba.
- En el caso de los estudiantes que deseen participar en deportes, se debe realizar un examen físico en persona cada año antes de que el estudiante participe en las competiciones atléticas. Los estudiantes que no se hayan sometido a este examen en persona no deben ser excluidos de la escuela, pero no pueden participar en competiciones deportivas.

**En este momento, los requisitos para los exámenes de salud siguen suspendidos**, por orden del Comisionado de Salud Pública. El Comisionado se reserva el derecho de rescindir esta suspensión de los requisitos de detección durante el año escolar 2020-2021; una vez que se levante la exención, las pruebas de detección deberán reanudarse lo antes posible.

**Los requisitos de inmunización para los estudiantes de preescolar, primaria y secundaria se seguirán cumpliendo**, incluyendo el nuevo requisito de vacunación contra la gripe para todos los estudiantes de K-12 a partir del año escolar 2020-2021. La documentación del estado de las vacunas debe ser presentada a la enfermera de la escuela de su hijo/a dentro de los 60 días del comienzo de la escuela.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquese con la enfermera de su escuela. Si usted desea excluir a su hijo de cualquiera de estas evaluaciones, por favor notifique a la enfermera de la escuela de su hijo por escrito.

## HPS Family Language Preference Survey

It is important that all parents and guardians be able to meaningfully participate in their child's education. To help with that, we want to communicate with you in a language you best understand. Please answer the questions below so we know what language to use when we send home information about your child, and his or her educational opportunities.

This will allow us to send you all important documents, such as invitations to parent-teacher conferences, report cards, progress reports and evaluations, releases and authorizations, in the language you choose. If you check the box below, requesting an interpreter for scheduled meetings regarding your child, we will provide a competent interpreter for important planned meetings. We will also make every effort to obtain a competent interpreter for impromptu conversations with teachers and staff.

If your child receives special education services, we will give you translated special education documents before meetings at which they are discussed. We will not ask you to sign a document in English that you do not understand. If you have requested it, by checking the box below, we will have a competent interpreter at meetings regarding your child's special education needs. We will not use your child, other students, siblings, friends, or staff members involved in your child's education, as interpreters for special education meetings.

I, \_\_\_\_\_, am a parent/guardian of (child's name) \_\_\_\_\_ entering grade \_\_\_\_\_.

If you have more than one child in **this** school, please provide their name(s) and grade(s) here:

\_\_\_\_\_

Please check here if you **do not need** interpretation or translation services: \_\_\_\_\_

Please check here if you want **important documents** sent to you in **Spanish**: \_\_\_\_\_

Please check here if you need a **Spanish interpreter** for scheduled meetings with school staff: \_\_\_\_\_

Is your child receiving or has your child been identified as needing special education services? \_\_\_\_\_

If yes, please check here if you want special education documents sent to you in Spanish: \_\_\_\_\_

Please check here if you need an interpreter at special education meetings: \_\_\_\_\_

If you need documents translated into a **language other than Spanish or English**, please list that here \_\_\_\_\_

and check the box on the following page.

## Encuesta de Preferencia de Idioma de la Familia

Es importante que todos los padres y encargados puedan participar significativamente en la educación de sus hijos. Para facilitar esta participación, queremos comunicarnos con usted en el idioma que usted mejor comprenda. Responda las preguntas a continuación para que sepamos qué idioma usar cuando enviamos información al hogar respecto a su hijo (a) y sus oportunidades educativas.

Esto nos permitirá enviarle todos los documentos importantes, tales como invitaciones a reuniones de padres y maestros, informes de notas, informes de progreso y evaluaciones, publicaciones y autorizaciones, en el idioma que elija. Si marca la casilla a continuación, solicitando un intérprete para las reuniones programadas relacionadas con su hijo, le proveeremos un intérprete competente para las reuniones planificadas importantes. También haremos todos los esfuerzos para obtener un intérprete competente para conversaciones no previstas con los maestros y el personal.

Si su hijo (a) recibe servicios de educación especial, le entregamos documentos de educación especial traducidos antes de las reuniones en que se abordan dichos servicios. No le pediremos que firme un documento en inglés que no comprenda. Si lo ha solicitado marcando la casilla a continuación, tendremos un intérprete competente en las reuniones que abordan necesidades de la educación especial de su hijo (a). No utilizaremos a su hijo (a), otros estudiantes, hermanos, amigos o miembros del personal involucrados en la educación de su hijo (a) como intérpretes para reuniones de educación especial.

Yo, \_\_\_\_\_, soy un padre/encargado de (nombre del hijo) \_\_\_\_\_ ingresando al grado \_\_\_\_\_.

Si tiene más de un niño en **esta escuela**, proporcione su nombre(s) y grado(s) aquí:

\_\_\_\_\_

Marque aquí si usted **no necesita** servicios de interpretación o traducción: \_\_\_\_\_

Marque aquí si usted desea que se le envíen **documentos importantes** en español: \_\_\_\_\_

Marque aquí si usted necesita un **intérprete de español** para las reuniones programadas con el personal escolar: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) recibiendo o ha sido identificado en necesidad de servicios de educación especial? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, marque aquí si usted desea que se le envíen documentos de educación especial en español: \_\_\_\_\_

Marque aquí si necesita un intérprete en las reuniones de educación especial: \_\_\_\_\_

Si usted necesita documentos traducidos **a un idioma que no sea español ni inglés**, indique cuál aquí \_\_\_\_\_ y marque la casilla en la página siguiente.



- |                                                                       |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unë flas <b>shqip</b> (Albanian)             | <input type="checkbox"/> <b>N a po Klào Win.</b>                           |
| <input type="checkbox"/> አማርኛ (Amharic)                               | <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າ ພາສາລາວ.                          |
| <input type="checkbox"/> انا اتكلم اللغة العربية.                     | <input type="checkbox"/> Yie gorngv Mienh waac. (Mien)                     |
| <input type="checkbox"/> Ես խոսում եմ հայերեն (Armenian)              | <input type="checkbox"/> म नेपाली बोल्छु (Nepali)                          |
| <input type="checkbox"/> বাঙালি (Bengali)                             | <input type="checkbox"/> Mówię po polsku. (Polish)                         |
| <input type="checkbox"/> Ja govorim bosanski jezik (Bosnian)          | <input type="checkbox"/> Eu falo Português. (Portuguese)                   |
| <input type="checkbox"/> ငါမြန်မာစကားပြောဆို (Burmese)                | <input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹਾਂ (Punjabi)                    |
| <input type="checkbox"/> 我说中文 (Chinese Simplified)                    | <input type="checkbox"/> Cunosc limba Română. (Romanian)                   |
| <input type="checkbox"/> 我說中文 (Chinese Traditional)                   | <input type="checkbox"/> Я говорю по-русски. (Russian)                     |
| <input type="checkbox"/> Ja govorim hrvatski. (Croatian)              | <input type="checkbox"/> Ou te tautala faaSamoa. (Samoan)                  |
| <input type="checkbox"/> اینجانب به زبان فارسی صحبت می کنم (Farsi)    | <input type="checkbox"/> Govorim srpski. (Serbian)                         |
| <input type="checkbox"/> Je parle français. (French)                  | <input type="checkbox"/> Waxaan ku hadlaa Somali. (Somali)                 |
| <input type="checkbox"/> Je parle le Français haïtien (French Creole) | <input type="checkbox"/> أتحدث <b>السودانية</b> (لغوي سوداني)              |
| <input type="checkbox"/> Μιλάω ελληνικά. (Greek)                      | <input type="checkbox"/> (Sudanese)                                        |
| <input type="checkbox"/> ຄູ່ ງຽຮາເຕີ ພິລຸ ອຸ່ (Gujarati)              | <input type="checkbox"/> Marunong po akong magsalita ng Tagalog. (Tagalog) |
| <input type="checkbox"/> Mwen pale Kreyòl. (Haitian Creole)           | <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าพูด ภาษาไทย (Thai)                        |
| <input type="checkbox"/> मैं हिंदी बोलता हूँ (Hindi)                  | <input type="checkbox"/> Я розмовляю українською. (Ukrainian)              |
| <input type="checkbox"/> Kuv hais lus hmoob. (Hmong)                  | <input type="checkbox"/> میں اردو بولتا/ بولتی ہوں . (Urdu)                |
| <input type="checkbox"/> Ana m a sụ Igbo (Igbo)                       | <input type="checkbox"/> Tôi nói tiếng Việt. (Vietnamese)                  |
| <input type="checkbox"/> Parlo Italiano (Italian)                     | <input type="checkbox"/> יידיש רעד איך (Yiddish)                           |
| <input type="checkbox"/> 私は日本語を話します (Japanese)                        | <input type="checkbox"/> Mo gbọ Yoruba (Yoruba)                            |
| <input type="checkbox"/> Mi chat Jamiekan langwjjij (Jamaican Creole) |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>yk tkqkfl!</b>                            |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer)                  |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 본인의 모국어는 한국어입니다 (Korean)                     |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ئە ز زمانى كوردى ده ناخفم. (Kurdish)         |                                                                            |



## HPS Acknowledgement Form

Please take the time to review this important information and acknowledge that you have done so.

### **HPS DOCUMENTS AND POLICIES ACKNOWLEDGEMENT**

Please review the following documentation on the HPS website ([www.hps.holyoke.ma.us/about-us/documents-policies/](http://www.hps.holyoke.ma.us/about-us/documents-policies/)): *HPS Family Handbook; HPS Student Code of Conduct and Discipline Policy; HPS Acceptable Computer and Internet Use Policy; HPS Bullying Prevention and Intervention Plan*. By signing this form, you acknowledge that you have taken the time to read, understand and explain the contents of these important documents to your child. **If you would like to request a printed copy of any of these documents in your native language, please notify the office at your child's school.**

### **MEDIA RELEASE**

As a parent or guardian of this student, I hereby consent to the use of photographs/videotape taken during the course of the school year for publicity, promotional, and/or educational purposes (including publications, presentation, or broadcast via newspaper, internet or other media sources). I do this with full knowledge and consent and waive all claims for compensation for use. I further release the Holyoke Public Schools, employees, and other representatives from any liabilities, known or unknown, arising out of the use of this material. This release applies for use by Holyoke Public Schools (HPS), HPS's media outlets, and organizations with which HPS has partnership agreements.

\_\_\_\_\_ I/We give permission

\_\_\_\_\_ I/We do not give permission

### **MILITARY FAMILIES**

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, and graduation. The Compact provides for the uniform treatment of military children transferring between school districts and states.

**Please assist us by marking with an X any of the military status options listed below that apply to your family:**

\_\_\_\_\_ No, the student is not a member of a military family

\_\_\_\_\_ Yes, the student is the child of an active duty member of the U.S. Armed Forces, National Guard, or Reserve

\_\_\_\_\_ Yes, the student is the child of a member or veteran of the U.S. Armed Forces, National Guard, or Reserve who has been severely injured and who has been medically discharged or retired within the last year

\_\_\_\_\_ Yes, the student is the child of a member of the U.S. Armed Forces, National Guard, or Reserve who died on active duty within the last year

### **DIRECTORY INFORMATION**

HPS releases the following Directory Information without the consent of parents or students over the age of 18: student's name, date and place of birth, address, phone number, electronic mail address, grade level (e.g. undergraduate or graduate, full-time or part-time), dates of attendance, enrollment status, participation in officially recognized activities and sports, weight and height of members of athletic teams, degrees, honors, and awards received, and major field of study. Directory Information is defined by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) as information that would not generally be considered harmful or an invasion of privacy if disclosed. **If you do not want this information released, please check below:**

[ ] DO NOT release the information listed above without my prior consent.

**I acknowledge that I have read the information outlined above:**

\_\_\_\_\_  
Student's Full Name

\_\_\_\_\_  
School

\_\_\_\_\_  
Grade

\_\_\_\_\_  
Student's Signature (age 18 or older)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Formulario de Reconocimiento de HPS

Por favor, tómese el tiempo para revisar esta importante información y reconozca que lo ha hecho.

### **RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y PÓLIZAS DE HPS**

Por favor revise la siguiente documentación en el sitio web de HPS ([www.hps.holyoke.ma.us/about-us/documents-policies/](http://www.hps.holyoke.ma.us/about-us/documents-policies/)): *Manual familiar de HPS; Código de conducta y política de disciplina estudiantil de HPS; Política de uso aceptable de computadora e internet de HPS; Plan de intervención y prevención del acoso de HPS.* Al firmar este formulario, usted reconoce que se ha tomado el tiempo de leer, comprender y explicar el contenido de estos importantes documentos a su hijo/a. **Si desea solicitar una copia impresa de cualquiera de estos documentos en su idioma nativo, por favor notifique a la oficina de la escuela de su hijo/a.**

### **PERMISO PARA DIFUNDIR PUBLICACIONES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Como padre o encargado de este estudiante, por la presente doy mi consentimiento para el uso de fotografías/videocintas tomadas durante el curso del año escolar para fines publicitarios, promocionales y/o educativos (incluyendo publicaciones, presentación o transmisión a través de periódicos, Internet u otros medios de comunicación). Hago esto con pleno conocimiento y consentimiento y renuncio a todas las reclamaciones de compensación por uso o por daños y perjuicios. Además, liberé las Escuelas Públicas de Holyoke, empleados y otros representantes de cualquier responsabilidad, conocida o desconocida, que surja del uso de este material. Esta autorización se aplica para el uso de las Escuelas Públicas de Holyoke (HPS), los medios de comunicación de HPS y las organizaciones con las que HPS tiene acuerdos de asociación.

\_\_\_\_\_ Doy/damos permiso

\_\_\_\_\_ No doy/damos permiso

### **FAMILIAS MILITARES**

En mayo de 2012, como parte de la Ley VALOR, Massachusetts se unió a otros estados como parte del *Acuerdo interestatal sobre oportunidades educativas para niños militares*. El objetivo es facilitar la transición para los niños móviles en familias militares en las áreas de matriculación, evaluación y graduación. El acuerdo aborda el tratamiento uniforme de los niños militares que se transfieren entre distritos escolares y estados.

**Ayúdenos al marcar con una X cualquiera de las opciones del estatus militar que se enumeran a continuación que se aplican a su familia:**

\_\_\_\_\_ No, el estudiante no es miembro de una familia militar

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante es hijo/a de un miembro activo de las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de los EE.UU.

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante es hijo/a de un miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de los Estados Unidos que ha sido gravemente herido y que ha sido dado de baja médicamente o retirado en el último año.

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante es hijo/a de un miembro de las Fuerzas Armadas, de la Guardia Nacional o de la Reserva de los EE.UU. que murió en servicio activo en el último año.

### **INFORMACIÓN DE DIRECTORIO**

HPS publica la siguiente información del directorio sin el consentimiento de padres o estudiantes mayores de 18 años: nombre del estudiante, fecha y lugar de nacimiento, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, nivel de grado (por ejemplo, pregrado o posgrado, tiempo completo o parcial), fechas de asistencia, estado de la matriculación, participación en las actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de los miembros de los equipos deportivos, títulos, honores y premios recibidos, y el área principal de estudio. La información del Directorio está definida por la *Ley de privacidad y derechos educativos de la familia* (FERPA, por sus siglas en inglés) como información que generalmente no se consideraría dañina o una invasión de la privacidad si se revela. **Si no desea compartir esta información, por favor marque a continuación:**

[ ] NO divulgue la información mencionada anteriormente sin mi consentimiento previo.

**Reconozco que he leído la información descrita anteriormente:**

Nombre completo del estudiante

Escuela

Grado

Firma del estudiante (18 años o más)

Fecha

Nombre del Padre/encargado

Firma del Padre/encargado

Fecha