



Estimada familia,

Estoy emocionada de darle la bienvenida al jardín de Kinder en las Escuelas Públicas de Willmar. Para ser elegible para la inscripción de el kinder, el niño/a debe tener cinco años de edad en o antes del 1 de Septiembre de 2018. ¡Nuestros expedientes indican que usted tiene un niño/a que cumple con este requisito! Habrá **Inscripciones de Kinder** en la Escuela Primaria Kennedy el Martes 17 de Abril de 3: 30-6: 30 PM y nos gustaría que asistiera.

El propósito de esta inscripción es para recolectar los datos necesarios para completar los registros de ingreso de su hijo, identificar su necesidad de transporte y para proporcionar a los maestros la oportunidad de reunirse y hablar con su hijo/a. El proceso debe tomar de 30-40 minutos y usted puede venir en cualquier momento entre las 3:30 y 6:00 el 17 de Abril. Por favor traiga a su hijo/a con usted, si es posible.

Favor de completar las formas adjuntos y traerlas con usted a la Escuela Primaria Kennedy el 17 de Abril.

1. **ACTA DE NACIMIENTO** – Una copia del acta de nacimiento de su hijo deberá ser presentada para completar la matriculación. El acta de nacimiento será devuelto a usted.
2. **FORMAS DE INFORMACION ESTUDIANTIL/FAMILIAR** – Esta formas incluyen información del hogar, información sobre el idioma en el hogar, y permiso para la evaluación del Título 1. Por favor asegúrese de completar estas formas en su totalidad antes de la matriculación del Kínder.
3. **FORMA DE TRANSPORTACION**
4. **EXAMEN FISICO** – La póliza del Distrito Escolar Independiente #347 requiere un examen físico para todos los niños antes de entrar al Kinder en Septiembre del 2018. Aceptaremos documentación escrita de un físico que se ha dado en los últimos 18 meses. Para programar un físico actual, por favor llame a su médico de familia AHORA. Usted debe matricular a su hijo ahora aun si el examen físico no ha sido completado.
5. **FORMA DE INMUNIZACION** – Favor de traer los registros de inmunización con usted a la matriculación. Para ir a la escuela en Minnesota, los estudiantes deben mostrar que has recibido las inmunizaciones requeridas o presentar una exención legal con la escuela. Antes del inicio de clases en Septiembre, los niños del Kínder necesitan haber entregado a la escuela las fechas para
 - 5 DPT 4 de polio
 - 3 de Hepatitis B 2 de MMR
 - 2 de Varicela o documentación (mes y año) del historial de la enfermedad de la varicela
6. **TARJETA DE LA SALUD DENTAL** - (para ser entregada a más tardar en Septiembre del 2018)

Recordatorios adicionales en relación a la matriculación estarán en el periódico. Si conoce de niños que tengan cinco años de edad o antes del 1 de Septiembre del 2018, que no han recibido correspondencia de esta oficina, por favor dígame que nos notifique de inmediato. Si tiene preguntas o preocupaciones en relación con la matriculación del Kínder, por favor póngase en contacto con la oficina de la Escuela Primaria Kennedy a su conveniencia (320-214-6683).

Esperamos conocerle en la reunión el 17 de Abril. Podemos aprovechar esta oportunidad para desearle a usted y a sus hijos muchas experiencias significativas en la Escuela Primaria Kennedy.

Sinceramente,

Kristin Dresler
Directora



Registración de Estudiante

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE TAL COMO APARECE EN LA ACTA DE NACIMIENTO

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Sufijo Jr. Sr. Marque si no tiene segundo nombre _____ Apodo _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino / Femenino

ANTECEDENTES RACIALES/ÉTNICOS – POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS 1 a 2

1. Para el reporte de información federal. ¿Es el estudiante hispano o latino? Sí _____ No _____
Una persona de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, de Centroamérica o Sudamérica, o de otra cultura u origen española-independientemente de su raza.
2. Para el reporte de información Federal, por favor marque todas las que aplican para el estudiante – usted debe marcar por lo menos una.
 - _____ **Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Norte y Sud América (incluyendo Centroamérica), Y QUE MANTIENE AFILIACION TRIBAL O CONEXIÓN A LA COMUNIDAD.
 - _____ **Asiático** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste del Asia o del subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
 - _____ **Negro o Afro Americano** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos negros raciales de África.
 - _____ **Hawaiano Nativo u Otro Isleño Pacífico** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
 - _____ **Blanco** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Oriente Medio, África del Norte.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

1. ¿Es el estudiante un padre joven? Sí/No
2. ¿Está actualmente sin hogar el estudiante (carece de una residencia fija, regular o adecuada para pasar la noche)? Sí/No
3. ¿Es el estudiante un pupilo (huérfano) del estado (los derechos de los padres se han terminado por orden de la corte)? Sí/No

INFORMACIÓN EDUCATIVA

Por favor, marque: Estudiante nuevo _____ El estudiante ha asistido a una escuela de Willmar previamente _____ Fechas _____
El estudiante ha asistido a una escuela de Minnesota previamente _____ Lugar _____ Fechas _____

Escuelas asistidas (incluya en lista la escuela más reciente)	Ciudad	Estado	Fechas de asistencia	Grado

SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

- ¿Tiene el estudiante un plan individual de educación (IEP) actual? Sí / No
- *Por favor deje una copia de un IEP/IFSP/IIIP**
- ¿Usa transporte especial que está escrita en el IEP? Sí / No
- ¿Recibió su hijo servicios de educación especial en su escuela anterior? Sí / No
- ¿Tiene su hijo un plan de acomodación 504? Sí / No



Registración de la Familia

¿Necesita el padre/guardián legal del estudiante servicios de interpretación? _____ Idioma Preferida _____

¿Este estudiante actualmente vive en el Distrito 347? Sí _____ No _____

No, el estudiante vive en el Distrito de: _____

¿Se ha llenado una Solicitud de Inscripción y la ha enviado a la Oficina del Superintendente? Sí _____ No _____

Padre/Guardián Legal – reside en la misma dirección con el estudiante- Use el nombre legal completo.

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Sufijo Jr. Sr. Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino Femenino

Relación al Estudiante _____ Guardián Legal Sí ___ No ___

Asistió escuelas de Willmar anteriormente bajo nombre diferente (Escribe nombre) _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Padre/Guardián Legal – reside en la misma dirección con el estudiante- Use nombre legal completo

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Sufijo Jr. Sr. Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino Femenino

Relación al Estudiante _____ Guardián Legal Sí ___ No ___

Asistió escuelas de Willmar anteriormente bajo nombre diferente (Escribe nombre) _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO

Dirección principal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha en que se mudó a esta dirección _____

Dirección postal de la Familia (número de apartado y ciudad) – Si es diferente de la dirección principal

Número de Teléfono Principal _____

El Estudiante Vive Con: (Por favor ponga un círculo)

Ambos Padres y Padastro Madre y Madrastra Padre y Adoptivos Padres Adoptivos Guardián Otro-Por favor especifique relación _____

WILLMAR



PUBLIC SCHOOLS

Cuestionario de Lenguaje de Hogar

Estimados Padres y Tutores: Para ayudar a su hijo(a) aprender, los maestros de su hijo(a) necesitan determinar el lenguaje que usa más su hijo(a). Favor de contestar las preguntas abajo y marcar la caja apropiada. Los padres o tutores pueden llenar lo siguiente:

Nombre completo del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Teléfono Celular: _____

Información de Lenguaje del Estudiante

1. ¿Cuál lenguaje aprendió su hijo(a) primero? Inglés otro: _____
2. ¿Cuál lenguaje se habla más en la casa? Inglés otro: _____
3. ¿Cuál lenguaje habla su hijo(a) más? Inglés otro: _____
4. ¿Cuál lenguaje usa usted cuando habla con su hijo(a)? Inglés otro: _____

Información de los Padres/Tutores

Por lo presente verifico que en mi mejor conocimiento y creencia que esta información es verdadera y correcta. Yo entiendo que la designación de arriba no puede ser cambiada por la duración de la matriculación de mi hijo(a) en las Escuelas Públicas de Willmar.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma – Los Padres o Tutores: _____ Fecha: _____

Cuestionario de la Salud del Estudiante

Padre/Guardián Legal – no reside en la misma dirección del estudiante- Use nombre legal completo.

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____
 Sufijo Jr. Sr. Fecha de Nacimiento _____ Género Masculino Femenino
 Padre/Guardián del siguiente estudiante(s) _____
 Relación al estudiante(s) _____ Guardián Legal Sí ___ No ___
 Asistió escuelas de Willmar anteriormente bajo nombre diferente (Escribe nombre) _____
 Dirección postal _____
 Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Correo electrónico _____
 ¿Enviar correo duplicado a esta dirección? **Sí / No**
Incluya en lista los nombres legales de todos los niños, incluyendo niños de la edad pre-escolar, que residen en el hogar:

Primero, Segundo, Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con los Padres/Tutores	Se le hizo la prueba de detección preescolar (Solamente para niños de 0 a 6 años de edad)	Si su respuesta es sí, nombre de la escuela en donde tomó la prueba de detección pre-escolar
		M / F		Sí / No	
		M / F		Sí / No	
		M / F		Sí / No	
		M / F		Sí / No	
		M / F		Sí / No	
		M / F		Sí / No	

Sistema Automático de Llamadas

Sistema Automático de Llamadas – Las Escuelas Públicas de Willmar utilizan un sistema de llamadas automático para notificar a los padres /tutores por razones como avisos relacionados al clima, la asistencia, la ausencia en nuestra Preparatoria, y cualquier mensaje que los administradores sientan que es importante para comunicar por el llamador automático. **Todos los números telefónicos de abajo serán llamados automáticamente para avisos relacionados al clima o emergencias.**

Favor de anotar los números telefónicos y correos electrónicos a continuación en donde podemos ponernos en contacto con usted: _____

Si en cualquier momento le gustaría que sus preferencias sean cambiadas, favor de cambiarlas en su cuenta de portal del padre o póngase en contacto con la escuela de su hijo/a.

ESTADO MIGRATORIO

¿Se ha mudado su familia para buscar u obtener trabajo con relación a la agricultura en los últimos tres años? **Sí No No lo se**
 Ejemplos: la carne, las aves de corral, la pesca, los árboles de monte, o trabaja agrícola

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN LEGAL

Yo certifico que toda la información dada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma de Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

ESCUELAS PUBLICAS DE WILLMAR – FORMULARIO PARA UN EXAMEN FISICO (2/25/05)

Student's Name _____
(Last) (First) (Middle)

Student's Birth Date _____ Gender: _____ Immunizations Up-to-date No Yes –

TEST Indicate Normal (N); Abnormal (Ab) If abnormal, include comments below		MEASUREMENTS	
Test	N/Ab	Height	Blood Pressure _____ Weight _____ BMI _____
Hemoglobin/Hematocrit		Vision: R 20/	Vision: L 20/
Urine		W/glasses: Yes No	Hearing: L
Other (specify)		Hearing: R	
		W/hearing aid: Yes No	

EXAMINATION Indicate Normal (N) Abnormal (Ab) with a check mark. If abnormal, include comments below.					
	Normal	Abnormal		Normal	Abnormal
Skin/Lymph			Lungs		
Eyes			Abdomen		
Ears			Genito-Urinary		
Nose			Orthopedic-Feet		
Mouth			Orthopedic-Spine		
Throat			Neurological		
Neck			Speech		
Heart			Other (specify)		

1. Does this child have a health concern that the school should be aware of?
 No Yes. If Yes, please describe _____

2. Does the student have any allergies?
 No Yes. If Yes, please describe _____

3. Are any allergies LIFE-THREATENING?
 No Yes. If Yes, does the student have an EPI pen?
 No Yes. *Physician orders are required for a student to carry an EPI pen at school. Please attach orders.*

4. Is this student on medication the school needs to be aware of?
 No Yes. If Yes, please describe _____

Physician orders are required for a student to receive medication at school. Please attach orders if applicable.

5. Are there any restrictions of physical activity or physical education in school?
 No Yes. If Yes, please describe _____

6. Are there any classroom accommodations needed at school?
 No Yes. If Yes, please describe _____

7. Does this student need special nutritional consideration?
 No Yes. If Yes, please describe _____

8. Are there any other significant findings on exam, family or health history, or review of systems that may impact this child's health or learning during the school years?
 No Yes. If Yes, please describe _____

Signature and Title of Health Examiner: _____ Date of Exam: _____

Printed or Typed Name of Examiner: _____

Address and Telephone of Examiner: _____

Escuelas Públicas de Willmar
Información de transporte

Padre de familia: Por favor llene lo siguiente para asistir en arreglar transporte por autobus para su hijo/-a. Por favor, llene el formulario entero aun si su hijo/-a no necesite transporte por autobús

Nombre del/de la estudiantee: _____

Domicilio actual: _____ Número de teléfono: _____

Nombre(s) de padre(s)/tutor(es): _____

Información de cuidado de niños: Nombre del proveedor _____

Domicilio del lugar de cuidado de niños: _____

Fono: _____

Por favor, marque abajo para indicar localidades de transporte de AM y PM:

Levantada de AM: (Marque uno)

- _____ Levanten a mi hijo/-a en el lugar de cuidado de niños
- _____ Levanten a mi hijo/-a en el hogar
- _____ Mi hijo/-a caminará (del hogar _____) (del lugar de cuidado de niños _____)
- _____ El padre de familia transportará
- _____ Cardinal Place (Lugar de los Cardenales)

Dejada de PM: (Marque uno)

- _____ Dejen a mi hijo/-a en el lugar de cuidado de niños
- _____ Dejen a mi hijo/-a en el hogar
- _____ Mi hijo/-a caminará (del hogar _____) (del lugar de cuidado de niños _____)
- _____ El padre de familia transportará
- _____ Cardinal Place (Lugar de los Cardenales)

Otra información pertinente:

Lugar de empleo del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar de empleo de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Student Name _____

Instructions, please complete:

Box 1 to certify the child's immunization status

Box 2 to file an exemption (medical or conscientious)

Box 3 to provide consent to share immunization information (optional)

1. Certify Immunization Status. Complete A or B to indicate child's immunization status.

A. Received all required immunizations:

I certify that this student has received all immunizations required by law.

Signature of Parent / Guardian OR Physician / Public Clinic

_____ Date

B. Will complete required immunizations within the next 8 months:

I certify that this student has received at least one dose of vaccine for diphtheria, tetanus, and pertussis (if age-appropriate), polio, hepatitis B, varicella, measles, mumps, and rubella and will complete his/her diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, and/or polio vaccine series within the next 8 months.

The dates on which the remaining doses are to be given are:

Signature of Physician / Public Clinic

_____ Date

2. Exemptions to School Immunization Law. Complete A and/or B to indicate type of exemption.

A. Medical exemption:

No student is required to receive an immunization if they have a medical contraindication, history of disease, or laboratory evidence of immunity. For a student to receive a medical exemption, a physician, nurse practitioner, or physician assistant must sign this statement:

I certify the immunization(s) listed below are contraindicated for medical reasons, laboratory evidence of immunity, or that adequate immunity exists due to a history of disease that was laboratory confirmed (for varicella disease see * below). List exempted immunization(s):

Signature of physician/nurse practitioner/physician assistant
_____ Date

*History of varicella disease only. In the case of varicella disease, it was medically diagnosed or adequately described to me by the parent to indicate past varicella infection in _____ (year)

Signature of physician/nurse practitioner/physician assistant (If disease occurred before September 2010, a parent can sign.)

B. Conscientious exemption:

No student is required to have an immunization that is contrary to the conscientiously held beliefs of his/her parent or guardian. However, not following vaccine recommendations may endanger the health or life of the student or others they come in contact with. In a disease outbreak schools may exclude children who are not vaccinated in order to protect them and others. To receive an exemption to vaccination, a parent or legal guardian must complete and sign the following statement and have it notarized:

I certify by notarization that it is contrary to my conscientiously held beliefs for my child to receive the following vaccine(s):

Signature of parent or legal guardian
_____ Date

Subscribed and sworn to before me this:
_____ day of _____ 20_____

Signature of notary

3. Parental/Guardian Consent to Share Immunization Information (optional):

Your child's school is asking your permission to share your child's immunization documentation with MIIC, Minnesota's immunization information system, to help better protect students from disease and allow easier access for you to retrieve your child's immunization record. You are not required to sign this consent; it is voluntary. In addition, all the information you provide is legally classified as private data and can only be released to those legally authorized to receive it under Minnesota law.

I agree to allow school personnel to share my student's immunization documentation with Minnesota's immunization information system:

Signature of parent or legal guardian

_____ Date

Student Immunization Form

Student Name _____

Birthdate _____ Student Number _____

Minnesota law requires children enrolled in school to be immunized against certain diseases or file a legal medical or conscientious exemption.

FOR SCHOOL USE ONLY	
<input type="checkbox"/>	Complete; booster required in _____
<input type="checkbox"/>	In process; 8 mos. expires _____
<input type="checkbox"/>	Medical exemption for _____
<input type="checkbox"/>	Conscientious objection for _____
<input type="checkbox"/>	Parental/guardian consent _____

Parent/Guardian:

You may attach a copy of the child's immunization history to this form OR enter the MONTH, DAY, and YEAR for all vaccines your child received. Enter MED to indicate vaccines that are medically contraindicated including a history of disease, or laboratory evidence of immunity and CO for vaccines that are contrary to parent or guardian's conscientiously held beliefs.

Sign or obtain appropriate signatures on reverse. Complete section 1A or 1B to certify immunization status and section 2A to document medical exemptions (including a history of varicella disease) and 2B to document a conscientious exemption.

Additionally, if a parent or guardian would like to give permission to the school to share their child's immunization record with Minnesota's immunization information system, they may sign section 3 (optional).

For updated copies of your child's vaccination history, talk to your doctor or call the Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) at 651-201-5503 or 800-657-3970.

School Personnel: Be sure to initial and date any new information that you add to this form after the parent/guardian submits it. Also, record combination vaccines (e.g., DTaP+HepB+IPV, Hib+HepB) in each applicable space.

Type of Vaccine	DO NOT USE (✓) or (*)	1st Dose Mo/Day/Yr	2nd Dose Mo/Day/Yr	3rd Dose Mo/Day/Yr	4th Dose Mo/Day/Yr	5th Dose Mo/Day/Yr
Required (The shaded boxes indicate doses that are not routinely given; however, if your child has received them, please write the date in the shaded box.)						
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, DT) • for children age 6 years and younger • final dose on or after age 4 years						5th dose not required if 4th dose was given on or after the 4th birthday
Tetanus and Diphtheria (Td) • for children age 7 years and older • 3 doses of Td required for children not up to date with DTaP, DTP, or DT series above						
Tetanus, Diphtheria and Pertussis (Tdap) • for children in 7th - 12th grade						
Polio (IPV, OPV) • final dose on or after age 4 years					4th dose not required if 3rd dose was given on or after the 4th birthday	
Measles, Mumps, and Rubella (MMR) • minimum age: on or after 1st birthday						
Hepatitis B (hep B)						
Varicella (chickenpox) • minimum age: on or after 1st birthday • vaccine or disease history required						
Meningococcal (MCV, MPSV) • for children in 7th - 12th grade • booster given at age 16 years						
Recommended						
Human Papillomavirus (HPV)						
Hepatitis A (hep A)						
Influenza (annually for children 6 months and older)						

Additional exemptions:

- **Children 7 years of age and older:** A history of 3 doses of DTaP/DTP/DT/Td/Tdap and 3 doses of polio vaccine meets the minimum requirements of the law.
- **Students in grades 7-12:** A Tdap at age 11 years or later is required for students in grades 7-12. If a child received Tdap at age 7-10 years another dose is not needed at age 11-12 years. However, if it was only a Td, a Tdap dose at age 11-12 years is required.
- **Students 11-15 years of age:** A 3rd dose of hepatitis B vaccine is not required for students who provide documentation of the alternative 2-dose schedule.
- **Students 18 years of age or older:** Do not need polio vaccine.

Fecha: _____

Cuestionario de salud del estudiante

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____ Sexo: M F

Padre(s) / tutor(es): _____ # de teléfono de día: _____

Historia Médica:

¿Cuándo fue el último examen médico de su hijo(a)? _____

Nombre de médico o clínica: _____

¿Ha estado hospitalizado(a) su hijo(a) dentro del último año? No Sí

Si su respuesta es que sí, describa la razón: _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento regularmente? No Sí

¿Si su respuesta es que sí, ¿qué medicamento es? _____

¿Tiene su hijo(a) necesidades dietéticas especiales? No Sí

Por favor, descríbalas. _____

¿Ha tenido su hijo(a) cualquier de los siguientes problemas de salud?

Catarros frecuentes _____ Dolor de garganta _____ Infecciones del oído _____

Asma _____ Eczema _____ Dificultades de habla _____

Alergias: Si su hijo(a) tiene alergias, por favor identifique la razón y describa los síntomas:

Alimentos _____

Picaduras de insectos _____

Otro _____

Una condición del corazón _____ Diabetes _____ Trastorno convulsivo _____

Otros problemas de salud: (Descríbalos, por favor): _____

Visión:

¿Ha tenido su hijo(a) un examen o tratamiento de visión? No Sí; ¿cuándo? _____

Resultados: Visión normal lentes/lentes de contacto falta de percepción visual,
especialmente en un ojo solamente otro _____

Comportamiento: Indique cualquier preocupación que usted tenga sobre los siguientes comportamientos(s) en su hijo(a):

___ Pesadillas ___ Irritable, se molesta fácilmente ___ Destruye las cosas a propósito

___ Nervioso ___ Se chupa el dedo pulgar ___ Sostiene la respiración

___ Inquietud ___ Incapaz de compartir ___ Demasiado sensible

___ Celos ___ Obstinado, que no coopera ___ Quiere demasiada atención

___ Desobediente ___ Melancólico, malhumorado, temperamental ___ Está de mal humor

___ Come las uñas ___ Difícil de separarse de los padres ___ Muy sensible a los olores o texturas

Otro(s): _____

¿Puede su hijo(a) usar el baño independientemente? No Sí

¿Tiene accidentes todavía su hijo(a) cuando tiene que ir al baño (moja su cama o en su ropa)? No Sí

Para uso de oficina solamente

Nurse Review Documentation

UTD for Kindergarten? yes NO, notice given to parent

Health History (include incidences which may impact their school experience).

Kindergarten Physical Complete? Dental card returned?

Current Health Issues: None Known Yes : Dx and details _____

If Asthma – Asthma questionnaire and Care Plan option given to parent

Daily medication? None Yes, Name and time given: _____

If medication is needed at school - Medication policy and consent form given to parent.

Dietary needs? None Yes _____

If yes – Dietary Policy and Medical Statement Form given to parent.

Date _____

signature of nurse completing interview with parent

SCHOOL DENTAL HEALTH CARD

F
O
R
Child's Name _____
Date of Birth _____

P
A
R
E
N
T
To Parent or Guardian:
Your child's health, comfort, behavior, progress in school, and in personal appearance may be strongly affected by neglecting their teeth. We advise you to call your family dentist to make an appointment for an examination of your child's teeth and whatever dental care is necessary. This card should be signed by the dentist and returned to Kennedy School.

D
E
N
T
I
S
T
I have performed an oral examination for _____
and have informed his/her parent(s) of all necessary dental treatment.
Is in Treatment _____ Treatment Complete _____
Date _____ Signature _____ D.D.S.
(Dentist: Please do NOT sign this card unless necessary work is actually completed or anticipated to be completed.)

Willmar Public Schools - Kindergarten
611 - 5 Street SW
Willmar, MN 56201

The American Dental Association says:

"Dental health is the responsibility of the individual, the family, and the community." As parents, you can practice your responsibility to your child's dental health by:

1. Checking your child's intake of excessive amounts of sweets.
2. Teaching your child to brush and floss as directed by your family dentist.
3. Providing your child with fluoridated water (1 to 1.5 p.p.m.) during the growing period of their teeth - from birth to eight years. If fluoridated water is not available, have your dentist recommend an alternative procedure.
4. Having dental examination twice a year by your family dentist or as often as your dentist may designate.