



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville  
Lista de Cotejo de Registro de Pre-escolar 2018-2019

Les damos la bienvenida a Ud. y a su niño(a) al Pre-escolar!  
Será un maravilloso año lleno de aprendizajes y experiencias de crecimiento.  
Por Favor empiece por registrar a su niño(a)- registro empieza el 3 de enero, 2018

La lista de cotejo incluye lo que necesitara para registrar a su niño(a) para el año escolar 2018-2019. Por favor asegúrese que todas las formas estén incluidas para completar el proceso de registro.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Forma de Registro del Distrito (2 páginas; asegúrese de firmar y colocar la fecha)
2. Forma de Preferencia de Preescolar (elección de ubicación y programa)
3. Forma de acuerdo de pensión (completar la forma para el programa específico en q se está registrando por ejemplo: programa de 3 días a la semana, programa de 4 días a la semana, programa de 5 días a la semana). Si requiere ayuda financiera, por favor contacte la oficina de la escuela y hable con el director.
4. Fotocopia del Certificado de nacimiento (esto puede ser del estado o del hospital)
5. Record de Vacunas de Oregón- no olvide firmar y colocar la fecha en esta forma.
6. Forma de examen de visión (Todos los estudiantes de 7 o menos que ingresen al programa educativo por primera vez, deben presentar un certificado de examen de visión ocular dentro de los 120 días que el estudiante inicie la escuela.)
7. Certificado de examen dental (Todos los estudiantes de 7 o menos que ingresen al programa educativo por primera vez, deben presentar un certificado de examen dental dentro de los 120 días que el estudiante inicie la escuela)
8. Prueba de dirección (ejemplo: recibo de servicios actual, contrato de renta-por favor asegúrese de cubrir cualquier información de importancia)

Si tiene alguna pregunta por favor contacte la oficina de la escuela donde el programa de pre-escolar este ubicado.

**PARA REGISTRARSE POR FAVOR TRAIGA LA LISTA DE COTEJO CON TODAS LAS FORMAS A LA ESCUELA.**



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville  
Programa Preescolar del 2018-2019

El Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville ofrece programa de pre-escolar en seis de nuestras escuelas primarias. El programa de pre-escolar esta basado en pago de colegiatura. Sesiones y costos están detallados abajo. Matriculas de fuera del distrito será aceptadas basados en base a espacios disponibles. Las familias que necesiten ayuda financiera para acceder al pre-escolar pueden contactar la oficina de la escuela y hablar con el director.

Padres necesitaran proveer transporte para su niño(a).

Registro empieza el 3 de Enero, 2018. Para más información, contacte una de las escuelas anotadas abajo.

<b>Escuela Primaria Boeckman Creek 6700 SW Wilsonville Road, Wilsonville 503-673-7750</b>	
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 5 días por la mañana: Lunes/Martes/Miércoles/Jueves/Viernes/ 8:30 am 11:30 am
Colegiatura	\$4,140.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$460.00) *Integración del idioma español
<b>Escuela Primaria Bolton 5933 SW Holmes Street, West Linn 503-673-7900</b>	
Edad	TRES o CUATRO en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Lunes, Martes, y Jueves/ 8:30 am - 11:30 am
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00)
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana: Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves/ 8:30 am -11:30am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00)
<b>Escuela Primaria de Boones Ferry 11495 SW Wilsonville Road, Wilsonville 503-673-7300</b>	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 5 días por la mañana: Lunes/Martes/Miércoles/Jueves/Viernes/ 8:00 am 11:00 am
Colegiatura	\$4,140.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$460.00)
<b>Escuela Primaria Cedaroak 4515 Cedaroak Drive, West Linn 503-673-7100</b>	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Martes, Miércoles, y Jueves/ 8:30 am - 11:30 am
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00) *Integración del idioma español
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana: Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves/ 8:30 am -11:30am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma español

<b>Escuela Primaria de Stafford 19875 SW Stafford Road, West Linn 503-673-7150</b>	
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana: Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves/ 8:30 am -11:30 am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma Chino
<b>Escuela Primaria Sunset 2351 Oxford Street, West Linn 503-673-7200</b>	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Lunes, Martes, y Jueves/ 8:30 am - 11:30 am
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00) *Integración del idioma Chino
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2018
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana: Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves/ 8:30 am -11:30am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma Chino

**West Linn Wilsonville School District #3JT**  
**Formulario de Registro**

Sólo Para Uso de Oficina:

Nombre \_\_\_\_\_  
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero \_\_\_\_\_

Apellido _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Nombre Preferido _____
Año Escolar _____	Fecha de Nacimiento _____
Genero Varón _____ Hembra _____	Lugar de Nacimiento _____
Etnicidad Hispano/Latino? Sí _____ No _____	
Raza (marque todos los correspondientes –debe elegir al menos uno) _____ Nativo Hawaiano/Pac Isleño	
_____ Indígena Americano/Nativo de Alaska _____ Negro o Afroamericano _____ Asiático _____ Blanco	

Otros Contactos de Emergencia: Las partes (incluya guarderías, en su caso) a continuación enumerados están autorizados para recoger a este niño de la escuela y tomar decisiones con respecto a casos de emergencia, enfermedades, lesiones graves o accidentes.

Nombre	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Otro	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Número Celular del estudiante/Mensajes de texto: Las escuelas pueden comenzar a contactar a los estudiantes a través del teléfono celular o enviar mensajes de texto. Por favor proporcione la siguiente información si su hijo tiene un dispositivo para mensajes o teléfono celular.  
Número Celular \_\_\_\_\_ Número del Proveedor del Servicio. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ No apruebo que la escuela contacte a mi hijo a través de mensajes de texto o teléfono celular.

Hermanos: Provea una lista de los nombres, edades, grados y escuelas de cualquier hermano:

Nombre	Edad	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Información de los Padres/Tutores: La dirección debe ser la residencia principal del estudiante.  
Relación \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección Casa \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_  
Dirección Correo \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Coloque sus Iniciales para Confirmar que la Dirección es la Residencia del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa Privado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Información Adicional de los Padres/Tutores (en la misma dirección):  
Relación \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Escuelas Anteriores: Nombre, Ubicación, Fechas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones Médicas:  
Por favor revise todas condiciones que apliquen y explique abajo

Condiciones Médicas: marque todos los correspondientes y agregue detalles

____ Vida – Alergias Amenazadoras	____ Enfermedad Cardíaca	____ Problemas Ortopédicos
____ Asma	____ Enfermedad Renal	____ Problemas Auditivos
____ Convulsiones	____ Diabetes	____ Problemas de Visión

Detalles/Otras Preocupaciones con la Salud \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales/Dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El personal de Enfermería del Distrito se pondrá en contacto con UD en referencia a estas situaciones específicas.

Información de correo adicional: Bajo ciertas circunstancias, el distrito está dispuesto a enviar correo por segunda vez, por ejemplo, a los padres sin custodia. Si se desea un segundo envío, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido _____	Primer Nombre _____
Relación _____	Email _____
Dirección Casa _____	Ciudad/Código _____
Dirección Correo _____	
Teléfono Casa _____	Teléfono Trabajo _____
Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____	Empleador _____
Teléfono Otro _____	Profesión _____

Describa las circunstancias por la cuales cree que requiere un segundo envío \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Denegación de Permisos:**  
Requiere sus iniciales en cada sección en que niega el permiso.

\_\_\_\_ Yo **no apruebo** que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo para propósitos educativos, incluyendo el uso de tales en la página web de la escuela o distrito.

\_\_\_\_ Yo **no quiero** que la información de contacto de mi familia sea revelada por el distrito escolar. Esto significa que los directorios de la escuela no incluirán la dirección de mi familia, número de teléfono o correo electrónico.

\_\_\_\_ Yo **no quiero** que ninguna otra información sobre mi hijo o mi familia a aparecer en cualquier publicación de la escuela. Entiendo que esto significa que mi hijo no se incluirá en los anuarios, listas deportivas, carteles, y otras publicaciones relacionadas con actividades.

\_\_\_\_ (Para el estudiante de edad de HS) Yo **no apruebo** que datos sobre mi estudiante se remita a los militares con fines de reclutamiento.

(FRENTE)

Por Favor continúe en el respaldo de este formulario

(FRENTE)

Nombre \_\_\_\_\_  
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero \_\_\_\_\_

Servicios Especiales (por favor marque las áreas en las que su hijo ha recibido servicios especiales en el último año:  
Titulo I \_\_\_\_\_ Educación Dotados \_\_\_\_\_ Educación Especial (IEP) \_\_\_\_\_ ESL (Inglés Como Segundo Idioma) \_\_\_\_\_ Plan 504 \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plan de Emergencia /Cierre Temprano (Para niños de la Primaria). Si la escuela se cierra temprano, ¿qué debe hacer a su hijo? Por favor, elija sólo dos:  
\_\_\_\_ Tomar el autobús a casa y puede entrar a casa. \_\_\_\_ Tomar el autobús y quedarse con \_\_\_\_\_ . Será recogido por \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_ Puede caminar a casa y puede entrar a casa. \_\_\_\_ Tomar el autobús a centro de cuidado \_\_\_\_\_.

Plan Alternativo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Encuesta Sobre el Idioma:  
¿Cuál es el idioma principal del estudiante? \_\_\_\_\_

¿Se ha mudado durante los últimos tres años con el fin de obtener un empleo estacional o temporal en la agricultura, la silvicultura o la pesca? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Este estudiante, ¿ha perdido más de 3 meses de la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si Sí, ¿cuando? \_\_\_\_\_

Complete estas preguntas solo si el inglés no es el único idioma que aparece arriba.  
Idioma nativo del Padre \_\_\_\_\_ Idioma nativo de la Madre \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia los adultos en la familia? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma aprendió primer el estudiante? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utiliza el estudiante para comunicarse con los adultos en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utiliza el estudiante con más frecuencia para comunicarse con amigos? \_\_\_\_\_

¿Cual es el nombre de la persona que ayuda a la familia con la comunicación en Inglés con la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Toda la información en ambos lados de este formulario es fiel y de acuerdo a mis mejores conocimientos.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sólo Para Uso de Oficina:  
 Prueba de residencia verificada Documento proveído/examinado \_\_\_\_\_ y verificado por (iniciales) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(marque la caja) (tipo de documento)



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville  
FORMA DE PREFERENCIA PRE-ESCOLAR 2018-2019

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Padres \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

De las opciones abajo por favor indique cual sesión de preescolar le gustaría que atienda su niño(a) Por favor (✓) cualquier otra sesión que posiblemente acomodaría a las necesidades de su niño(a).

Esta información nos guiara en establecer las sesiones de clase para cumplir con las necesidades de la comunidad.

Saber su preferencia nos ayudara a planificar el numero de sesiones apropiada. Si no podemos proveer un sesión de acuerdo a sus necesidades le devolveremos el depósito.

**Escuela Primaria Boeckman Creek**

- Programa (AM) 5 días                      Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, y Viernes  
4 años de edad                              8:30 am – 11:30 am  
\*Integración del idioma Español

**Escuela Primaria Bolton**

- Programa (AM) 3 días                      Lunes, Martes, y Jueves  
3 o 4 años de edad                        8:30 am – 11:30 am
- Programa (AM) 4 días                      Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves  
3 o 4 años de edad                        8:30 am – 11:30 am

**Escuela Primaria Boones Ferry**

- Programa (AM) 5 días                      Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, y Viernes  
3 o 4 años de edad                        8:00 am – 11:00 am

**Primaria Escolar CedarOak Park**

- Programa (AM) 3 días                      Martes, Miércoles, y Jueves  
3 o 4 años de edad                        8:30 am – 11:30 am  
\* Integración del idioma Español
- Programa (AM) 4 días                      Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves  
4 años de edad                              8:30 am – 11:30 am

**Primaria Escolar Stafford**

- Programa (AM) 4 días                      Lunes, Martes Miércoles, y Jueves  
4 años de edad                              8:30 am – 11:30 am  
\* Integración del idioma Chino

**Primaria Escolar Sunset**

- Programa (AM) 3 días                      Lunes, Martes, y Jueves  
3 y 4 años de edad                      8:30 am – 11:30 am  
\* Integración del idioma Chino
  
- Programa (AM) 4 días                      Lunes, Martes, Miércoles, y Jueves  
4 años de edad                      8:30 am – 11:30 am  
\* Integración del idioma Chino



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville

**Escuela Primaria Boones Ferry  
2018-2019 Acuerdo de Pago de Pre escolar**

**PROGRAMA DIURNO DE 5 DIAS /SEMANA  
(Tres o cuatro años de edad en o antes del 1ro Setiembre del 2018)**

Por favor complete esta forma y retórnela a la oficina de la escuela con un deposito no reembolsable de \$125.00. Por favor haga un cheque pagadero a: **West Linn-Wilsonville School District**. El depósito se aplica al pago del primer mes de colegiatura.

**ACUERDO PARA PAGO DE COLEGIATURA**

Pago para el año escolar será un total de \$4,140.00, el cual puede ser realizado usando uno de los dos planes de pago. Haga Cheques pagaderos a: **West Linn-Wilsonville School District**.

Opción 1: **Un solo pago** de \$4,140.00 el cual vence el 1er día de escuela.

Opción 2: **9 pagos** en el monto de \$460.00 vence el 1er día de cada mes.

Este primer pago se realiza en la oficina escolar antes del inicio de la escuela. Ud. podría mandar por correo o entregar su cheque a la oficina de la escuela. Siguiendo al pago inicial, una factura le será enviada el 25 de cada mes. Si el pago no se ha recibido una notificación de aviso será enviada el 10 de cada mes. Si no recibimos el pago al final del mes, el director le contactara para considerar alternativas.

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

Yo que mi deposito no es reembolsable a menos que el Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville no pueda proveer ubicación. Yo entiendo que el depósito será aplicado al pago del primer mes. Yo estoy de acuerdo con los requerimientos de pago como se estableció arriba.

Yo entiendo que la participación en el Programa de Preescolar del Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville no es considerado "actualmente registrado" para propósitos de registro abierto K-12 de requerimientos de transferencia Inter-Distrito.

\*Por favor tenga en cuenta que conservaremos su depósito hasta que una ubicación haya sido realizada.

\_\_\_\_\_  
Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

For office use only:

Received: \_\_\_\_\_

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



## Oregon Certificate of Immunization Status Oregon Health Authority, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or an exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority, Immunization Program and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority. Please list immunizations in the order they were received.

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Mailing Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Codigo Postal</i>
Parents' or Guardians' Names <i>Nombre de los padres o guardian</i>		Home Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>	

Complete for all  
Up-to-date  
Medical  
Non medical

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

**I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.**

Signature\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>For school/facility use only</b>
School/facility Name
Student ID Number
Grade

\*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

**Continued On Reverse Side**



# Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

## Oregon Health Authority, Immunization Program

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
--------------------------------------	-------------------------------	---	---

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV) (Only in children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

**For medical exemptions:**  
**Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

**For Immunity Documentation** (history of disease or positive titer): **Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

**Nonmedical Exemption:**  
 I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

A health care practitioner  
 The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/ Tetanus/Pertussis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella	

---

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Optional:**  
 ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of:

Religious belief     Philosophical belief     Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(OFFICE ONLY) Student ID Number:

Date Enrolled:

### VISION HEALTH SCREENING CERTIFICATION

#### STUDENT INFORMATION

Last Name (LEGAL NAME)	First Name	Middle	Suffix
Date of Birth	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

#### VISION HEALTH SCREENING REQUIREMENTS

**Student Vision Screening or Eye Exam Requirements**  
OAR 581-021-0031

- All students age seven or younger entering an educational program for the first time must submit vision screening/eye examination certification within 120 days of the student beginning school, that the student received:
  - A vision screening or an eye examination; and
  - Any further eye examinations or necessary treatments or assistance of the powers or range of vision of the eye.
- Vision screenings **must be provided by** a person licensed by the Oregon Board of Optometry, Oregon Medical Board, a health care practitioner, school nurse, employee of an education provider, or another person who has completed instruction on how to perform vision screenings.
- Certification of vision screening is not required if the educational program receives a statement that certification was submitted to a prior education provider or if the student's or parent's religious beliefs are contrary to vision screening.
- Failure to meet the requirements of OAR 581-021-0031 may not result in prohibiting the student from attending school.

#### VISION SCREENING OR EYE EXAMINATION RESULTS

Childs Name			Date of Exam	
Screening or Examing Entity Name			Phone Number	
Right	Left	Corrective Lenses	<input type="checkbox"/>	Results vary slightly from normal limits.
20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Results are not within normal limits.

Are there any special instructions?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### NON-MEDICAL EXEMPTION

I have reviewed the requirements of vision screening or eye examination for students age seven or younger entering an educational program. My child is being raised as an adherent to a religion the teachings of which are opposed to vision screening or eye examinations and I request that my child be exempted from such requirement.

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### OTHER EDUCATIONAL ENTITY STATEMENT

I have met the vision screening or eye examination certification requirement by providing certification to another educational entity.

Educational Entity Name: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

*The information provided on this form is true and accurate of this date.*

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## West Linn-Wilsonville School District 3Jt

Administration Building/Nursing Services

22210 SW Stafford Road • Tualatin, OR 97062 • (503) 673-7041 or Fax (503) 673-7003 • [www.wlww.k12.or.us](http://www.wlww.k12.or.us)

### Dental Screening Certification Form

State law now requires a child who is 7 years of age or younger to have a dental screening before entering school for the first time. (HB 2972 (2015))

---

#### IF YOUR CHILD HAS ALREADY RECEIVED A DENTAL SCREENING

Parent/Guardian:

- If you know your child has already had a dental screening, please check the box below, fill out this section and sign it.
- Please return this form to the school office.

My child \_\_\_\_\_ has received a dental screening.  
(First Name) (Last Name)

Parent/Guardian or Dental Provider

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

#### TO OPT-OUT OF THE DENTAL SCREENING REPORTING REQUIREMENT

Parent/Guardian: You may choose to have your child opt-out of the required dental screening reporting due to a reason listed below. Please fill out this section and sign it. Then return this form to the school office.

My child was not screened due to the following: (please check all that apply):

- We already submitted a certification form at a previous school.
- The dental screening is contrary to student or families religious beliefs.
- The dental screening is a burden.

**The dental screening is a burden for the student or the parent or guardian of the student when:**

- A. The cost of obtaining the dental screening is too high;**
- B. The student does not have access to a screener or;**
- C. The student was unable to obtain an appointment with a screener**

Parent/Guardian

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_