READING
SCHOOL DISTRICT

Registration Requirements

The following documents must be provided by the parent(s)/guardian(s) for enrollment in the Reading School District. (PDE Guidelines: 24 P.S. §13-1301 – §13-1306)

☐ Proof of the Child's Age*

*Pre-Kindergarten: Child must be 4 years of age by Sept. 1 of the upcoming school year

*Kindergarten: Child must be 5 years of age by Sept. 1 of the upcoming school year

- Student's Birth Certificate or notarized copy
- Passport
- Baptism Certificate or notarized copy

☐ Record of Immunization Required by Law

- Child's immunization record

☐ Proof of Address (one of the following):

- Lease/Rental Agreement
- Deed/Mortgage
- Current Utility Bill (Water/Gas/Electric, etc.)

☐ Photo ID of Parent/Guardian

- Parent/Guardian must be present to enroll the student.
- Court Documentation (custody papers, protection from abuse, etc.)

☐ Completed Registration Packet

- Registration Form
- Student Dismissal Information Form
- Student Disclosure Form
- Home Income Survey
- Home Language Survey/ESL Program Survey
- Media Permission Form
- McKinney-Vento Survey

Additional documentation should be presented when applicable to the student which may include:

- Special Education Paperwork (IEP or Previous evaluations/reevaluations)
- ELL Paperwork
- Grades or transcripts from previous school

Once a completed packet is received, the student will be enrolled with a start date of the next school day, While as a district, we expect the student to start the following day, there is flexibility of up to 5 days for acceptable reasons such as transportation, special education placement, and scheduling conferences.

READING
SCHOOL DISTRICT

Requisitos de Inscripción

Los siguientes documentos deben ser proporcionados por el/los padre(s)/tutor(es) para la inscripción en el Distrito Escolar de Reading. (De acuerdo a las directrices del PDE: 24 P.S. §13-1301 – §13-1306)

☐ Prueba de la edad del estudiante*

*Prekínder: El niño debe tener 4 años cumplidos antes del 1 de septiembre del próximo año escolar.

*Kínder: El niño debe tener 5 años cumplidos antes del 1 de septiembre del próximo año escolar.

- ■ Certificado de nacimiento del estudiante o copia notarizada
- ■ Pasaporte
- ■ Certificado de bautismo o copia notarizada

☐ Registro de vacunación requerido por la ley

- ■ Registro de vacunación del estudiante

☐ Verificación de Residencia (una de las siguientes):

- ■ Contrato de arrendamiento/alquiler
- ■ Escritura/hipoteca
- ■ Factura actual de servicios públicos (agua/gas/electricidad, etc.)

☐ Identificación con foto del Padre/Tutor

- ■ El padre/tutor debe estar presente para inscribir al estudiante.
- ■ Documentación judicial (papeles de custodia, protección contra el abuso, etc.)

☐ El paquete de inscripción completo incluye los siguientes documentos:

- ■ Formulario de inscripción
- ■ Formulario de información para la salida de la escuela del estudiante
- ■ Formulario de divulgación del estudiante
- ■ Encuesta de ingresos en el hogar
- ■ Encuesta de idioma en el hogar/Encuesta del programa de inglés como segundo idioma (ESL por sus siglas en inglés)
- ■ Formulario de permiso de medios
- ■ Encuesta de McKinney-Vento

Cuando corresponda, los padres deben presentar los siguientes documentos, puede incluir:

- ■ Documentación de educación especial (PEI o evaluaciones/reevaluaciones anteriores)
- ■ Documentación de estudiantes de inglés como segundo idioma (ELL)
- ■ Calificaciones o expedientes académicos de la escuela anterior.

Una vez que se recibe un paquete completado, el estudiante será inscrito al siguiente dia escolar. Si bien, como distrito, esperamos que el estudiante comience al día siguiente, hay una flexibilidad de hasta 5 días por razones aceptables, como transporte, ubicación de educación especial y programación de conferencias.

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026-2027

Student Registration Form / Formulario de Registro

Student Information / Información del Estudiante

Registration Date / *Fecha de Inscripción:*	**Office Use Only (On File):**
School / *Escuela:*	☐ Immunization ☐ Birth Certificate
Student ID / *Identificación de estudiante:*	☐ Proof of Residency ☐ Photo ID of Parent/Guardian

Student Full LEGAL Name, according to birth certificate
Nombre LEGAL completo del estudiante, como aparece en el certificado de nacimiento:

Last / *Apellido (Jr, II, Sr., etc.)*	**First** / *Nombre*	**Middle** / *Segundo Nombre*
Grade / *Grado*:	**Gender** / Sexo: ☐ **Female** / Femenino ☐ **Male** / Masculino	
Birthdate / Fecha de Nacimiento:	**Student's Country of Birth:** *País donde nació el estudiante*:	**Student's City/State of Birth:** *Ciudad/Estado donde nació el estudiante:*
Home Phone / *Número de teléfono de casa:*	**Home Language** / *Idioma en el Hogar:*	**Language for Correspondence** / *Idioma para Correspondencia:*
Home Address / *Domicilio*:		**Apt. # /** *N° de Apartamento*
City / *Ciudad*	**State** / *Estado*	**Zip Code** / *Código postal:*

Hispanic / Latino Ethnicity (**Choose ONLY one**)
Etnia Hispano/Latino (Elija SOLO uno)

☐ **Yes, Hispanic/Latino** *Sí, es Hispano/Latino*
☐ **No, Not Hispanic/*Latino*** *No, no es Hispano/Latino*

Race (Choose one or more):
Raza (Elija uno o más):

☐ **American Indian / *Alaskan Native*** / *Indio Americano o Nativo de Alaska*
☐ **Asian /** *Asiático*
☐ **Black/African American /** *Negro o Afroamericano*
☐ **Native Hawaiian/Pacific Islander /** *Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico*
☐ **White /** *Blanco*
☐ **Multiracial** / *Multiracial*

Has the student been enrolled in the Reading School District before?
¿El estudiante ha estado inscrito anteriormente en el Distrito Escolar Reading?
☐ **Yes** / *Sí* ☐ **No** / *No*

Which School? / *¿Cuál escuela?*

Grades? / *¿Grados?*

From which School and/or District is your child transferring? / *¿De cuál escuela o distrito su hijo se está transfiriendo?*

Please turn over and complete the form / *Por favor, pase a la siguiente página y complete el formulario*

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026-2027

Household Member Information/ *Información sobre los miembros del hogar*

Adults who reside with child at above address / *Adultos que residen con el niño en la dirección anterior:*

☐ **Both parents**/ *Ambos padres*	☐ **Mother** / *Madre*	☐ **Father** / *Padre*	☐ **Other** / *Otro*

Parent/Guardian 1 Full Name *Nombre completo del padre o tutor 1*	**Parent/Guardian 2 Full Name** *Nombre completo del padre o tutor 2*
Relationship to Student *Relación con el estudiante:*	**Relationship to Student** *Relación con el estudiante:*
Address / *Domicilio*:	**Address** / *Domicilio*:
Employer: *Empleador:*	**Employer:** *Empleador:*
Home Phone # *Número de teléfono de casa:*	**Home Phone #** *Número de teléfono de casa:*
Cell Phone # *Número del celular:*	**Cell Phone #** *Número del celular:*
Work Phone # *Número de teléfono del trabajo:*	**Work Phone #** *Número de teléfono del trabajo:*
Birthdate: *Fecha de Nacimiento:*	**Birthdate**: *Fecha de Nacimiento:*
Email: *Correo Electrónico:*	**Email:** *Correo Electrónico:*
Primary Home Language *Idioma principal en el hogar:*	**Primary Home Language** *Idioma principal en el hogar:*
Primary Language for Correspondence *Idioma para correspondencia:*	**Primary Language for Correspondence** *Idioma para correspondencia:*

List ALL members living in the family household (including parents/guardian)
Enliste TODAS las personas que viven en su casa (incluyendo los padres/tutores

Name / *Nombre*	**Date of Birth** / *Fecha de Nacimiento*	**School (if any)** / *Escuela en la que está el niño*

Parent/Guardian Signature / *Firma del padre o tutor*:	**Date** / *Fecha*:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Student Disclosure Form

Student Full LEGAL Name, according to birth certificate:		
Please answer the following questions to the best of your ability:		
Has your child ever been identified as being eligible for, or have they received Special Education Services (IEP-Individualized Education Program, Evaluation Reports, 504 Plan, GIEP- Gifted Individualized Education Program, etc.?	Yes	No
Was your child last placed in an Alternative Education Program?	Yes	No
Was your child last placed in a hospitalization program?	Yes	No
Has your child ever been identified as an English Language learner, or has your child ever received English as a Second Language service?	Yes	No
Do you currently work, or have you ever worked, in an agricultural job such as vegetable, fruit, or mushroom picking/processing, greenhouse or nursery meat packing/processing, or similar type of work?	Yes	No
Under 24 P.S. §§ 13- 1304-A, 13-1318.1, upon registration and prior to admission to any school entity, the parent, guardian or other person having control or charge of a student shall swear or affirm whether the student was previously or is presently suspended or expelled from any public or private school of this Commonwealth or any other state for an act or offense involving weapons, alcohol or drugs or for the wilful infliction of injury to another person or for any act of violence committed on school property or was previously or is presently expelled for an act or offense involving a sexual assault conviction or adjudication of delinquency. If so, the registration shall include the name of the school from which the student was suspended or expelled for the above-listed reasons with the dates of expulsion or suspension. This statement shall be maintained as part of the student's disciplinary record. Any wilful false statement made under this section shall be a misdemeanor of the third degree.		
Has your child ever been <u>suspended</u> (not permitted to return to school for a period) from another school district?	Yes	No
● If yes, from which school district were they suspended:		
● Reason for suspension:		
Has your child ever been expelled (not permitted to return) from another school district?	Yes	No
● If yes, from which school district were they expelled:		
● Reason for expulsion:		

Parent Signature:	Date:
Student Signature:	Date:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Formulario de Información del Estudiante

Nombre LEGAL completo del estudiante, tal y como aparece en el acta de nacimiento:		
Por favor, conteste a estas preguntas según su leal saber y entender.		
¿Se ha identificado a su hijo como elegible o ha recibido servicios de educación especial (PEI-Programa de Educación Individualizada, informes de evaluación, Plan 504, GIEP-Programa Educativo Individualizado para Estudiantes Dotados, etc.?	Sí	No
¿Fue su hijo colocado por última vez en un Programa de Educación Alternativa?	Sí	No
¿Alguna vez su hijo fue colocado en un programa de hospitalización?	Sí	No
¿Alguna vez se ha identificado a su hijo como un estudiante del idioma inglés, o alguna vez ha recibido servicios de Inglés como Segundo Idioma?	Sí	No
¿Usted trabaja actualmente o ha trabajado alguna vez en el área agrícola como recolección/procesamiento de vegetales, frutas u hongos, empaque/procesamiento de carne en invernaderos o viveros, o un tipo de trabajo similar?	Sí	No
Bajo las disposiciones de 24 P.S. §§ 13-1304-A, 13-1318.1, al momento de la inscripción y antes de la admisión en cualquier entidad escolar, el padre, tutor u otra persona que tenga control o esté a cargo de un estudiante deberá declarar bajo juramento o afirmación si el estudiante fue suspendido o expulsado anteriormente o si está actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de este estado o de cualquier otro estado por un acto u ofensa que involucre armas, alcohol o drogas, o por la infligencia intencional de daño a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar, o si fue expulsado anteriormente o está actualmente expulsado por un acto u ofensa relacionado con una condena por asalto sexual o una adjudicación de delincuencia. De ser así, la inscripción deberá incluir el nombre de la escuela de la cual el estudiante fue suspendido o expulsado por las razones enumeradas anteriormente, junto con las fechas de la expulsión o suspensión. Esta declaración se mantendrá como parte del expediente disciplinario del estudiante. Cualquier declaración falsa intencional hecha bajo esta sección constituirá un delito menor de tercer grado.		
¿Su hijo ha sido <u>suspendido</u> (no se le ha permitido regresar a la escuela por un período de tiempo) de otro distrito escolar?	Sí	No
● En caso afirmativo, ¿de cuál distrito escolar fue suspendido?		
● Razón de la suspensión:		
¿Su hijo ha sido expulsado (no se le ha permitido regresar) de otro distrito escolar?	Sí	No
● En caso afirmativo, ¿de cuál distrito escolar fue expulsado?		
● Razón de la expulsado:		

Firma del Padre:	Fecha:
Firma del Estudiante:	Fecha:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year 2026 - 2027

Student Dismissal Information Sheet / *Información del estudiante para la salida*

This form will be used to determine who, in addition to the parent/guardian, is permitted to pick up a child from school.
ALL individuals, including the parent/guardians, **must be listed on this form** if they wish to pick up the student. */ Este formulario se utilizará para determiner quién, además de los padres/tutores, tienen permiso para recoger a un estudiantede la escuela.* ***TODAS*** *las personas, includidos los padres/tutores****, deben estar incluidos en este formulario*** *si desean recoger al estudiante.*

Student Information/ Información del estudiante

Student Full LEGAL Name, according to birth certificate/*Nombre LEGAL completo del estudiante, como aparece en el certificado de Nacimiento:*		
Student ID/*ID del Estudiante*:	**Grade** / Grado:	**Date** / *Fecha*:
Teacher / *Maestra(o)*:	**School** / Escuela:	

Parent/Guardian 1 Name: Nombre del Padre/Tutor 1:	Parent/Guardian 2 Name: Nombre del Padre/Tutor 2:
Home Address / *Dirección del hogar*:	Home Address / *Dirección del hogar*:
Home Phone / *# Teléfono del hogar*:	Home Phone / *# Teléfono del hogar*:
Cell Phone / *# Teléfono del celular:*	Cell Phone / *# Teléfono del celular:*
Work Phone / *# Teléfono del trabajo*	Work Phone / *# Teléfono del trabajo*
Email / *Correo electrónico*	Email / *Correo electrónico*
Does the child live with this parent/guardian? ☐ Yes/sí ☐ No ¿El estudiantevive con este Padre/Tutor?	Does the child live with this parent/guardian? ☐ Yes/Sí ☐ No ¿El estudiantevive con este Padre/Tutor?

Are there any custody orders or PFAs? / *¿Hay órdenes de custodia o PFA?* ☐ Yes/Sí ☐ No
(Note - all legal paperwork, including PFAs and court orders, must be presented to the school.) /
(Nota: todo documento legal, incluyendo PFA y órdenes de la corte, deben ser presentadas en la escuela.)

Is the student's parent/guardian an active-duty member of the armed forces ☐ Yes/Sí ☐ No
(Army, Navy, Air Force, Marine Corp, Coast Guard) including full-time Reserve or National Guard duty? /
¿El padre/encargado del estudiante es un miembro activo de las fuerzas armadas?
(Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Corporación Marina, Guarda Costa) incluyendo Reservas a tiempo completo o en Seguridad Nacional?

Sibling Information: Please list all siblings living in the same household as the student. / *Información sobre los hermanos: Por favor enumere todos los hermanos que viven en la misma casa con el estudiante*

Sibling's Name / *Nombre de Hermano(a)*	**Sibling's Grade** / *Grado que cursa el hermano*	**Sibling's School**/ *Escuela a la que asiste el hermano(a)*	**Sibling's Teacher (if attending the same school**) /*Maestro del hermano (si asiste esta escuela)*

Please turn over and complete the form / *Por favor, pase a la siguiente página y complete el formulario*

READING SCHOOL DISTRICT

School Year 2026 - 2027

Student Dismissal/ Salida del estudiante

Please list the information below of who may pick up your child from school at dismissal. Your child will ONLY be released to a parent/guardian or person named on this form. The person picking up your child MUST have a photo ID for your child to be released to them. There are no exceptions. / Por favor, enumere la información a continuación de quién puede recoger a su hijo de la escuela al finalizar las clases. Su hijo solo será entregado a un padre/tutor o persona mencionada en este formulario. La persona que recoja a su hijo DEBE tener una identificación con foto para que se le entregue el estudiante. No hay excepciones.

Full Name/Nombre Completo	Relationship to Child/Relación con el estudiante	Telephone # Número de teléfono	Lives with child Vive con el estudiante
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No

Dismissal Procedures: Please choose (✓) ONLY ONE option below / *Procedimiento de salida: Marque con ✓ SOLAMENTE 1 opción*

	My child has permission to walk home alone, WITHOUT AN ADULT. *Mi hijo/a tiene permiso para caminar solo(a) a casa, SIN UN ADULTO.*		
	My child may walk home with a sibling. *Mi hijo(a) tiene permiso para caminar con su(s) hermano(s).*		
	My child will be picked up by an adult, with photo ID, who is listed on this paper. *Mi hijo(a) será recogido por un adulto, con identificación con foto, quien se encuentra enlistado en este documento.*		
	My child will ride the bus. / *Mi hijo(a) viajará en autobús a casa.*		Bus # / *# de autobús:* **Bus Stop/***Parada de autobús:*
	My child will attend the following licensed daycare: *Mi hijo(a) asistirá a la siguiente guardería de niños:* **My child will attend daycare on the following days (✓): ☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday** *Mi hijo/a asistirá a la siguiente guardería en los siguientes días (✓): ☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ Viernes*		

In the event of bad weather or an unexpected early dismissal, the school will dismiss your child following regular dismissal procedures. */ En caso de mal clima o una salida temprana inesperada, la escuela despedirá a su hijo siguiendo el procedimiento regular para la salida.*

By signing below, I acknowledge the following:/Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- If a parent/guardian wishes to pick up a student before dismissal, a written note must be provided to the building office or teacher stating the date and time of the early pick up and the name of the individual who is picking up the student, if not the parent/guardian. *Si un padre/tutor desea recoger a un estudiante antes de la salida, se debe proporcionar una nota escrita a la oficina del edificio o al maestro indicando la fecha y hora de la recogida temprana y el nombre de la persona que recogerá al estudiante, si no es el padre/tutor.*
- Children will **ONLY** be released to a parent/guardian or person named on this form. / *Los esudiantes **SÓLO** serán entregados a un padre/tutor o persona nombrada en este formulario.*
- A photo ID is required for **anyone** picking up a child, including the parent/guardian; there are no exceptions. / *Se requiere una identificación con fotografía para cualquier persona que recoja a un esudiante, incluido el padre/tutor; no hay excepciones.*
- Any changes or updates to this form during the school year must be made in person by the parent/guardian in the building office; Changes will not be accepted over the phone. / *Cualquier cambio o actualización a este documento debe hacerse durante el año escolar, en persona por el padre/tutor en la oficina principal. No se acepta hacer cambios por teléfono.*

Parent/Guardian Signature */ Firma del Padre o tutor*:	**Date /** *Fecha:*

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Home Language Survey - Student Information Sheet

ALL newly registered students regardless of race, nationality, or language origin MUST complete the home language survey. Federal law requires that all Local Education Agencies (LEAs) survey families to identify students who may be potential English Learners (ELs) in order to provide appropriate language instruction, educational programs and services.

Home Language Survey

Student's Full Legal Name (as it appears on the birth certificate)	Birthdate:	Age:	Grade:
Place of Birth (State and Country):	Home Language:		
Is a language other than English spoken in your child's home? ☐ No ☐ Yes – If yes, what language(s)?			
Does your child communicate in a language other than English? ☐ No ☐ Yes – If yes, what language(s)?			
What was the first language your child learned to speak?			

Family and Household Information

Father's Ethnicity (example: PR, MX, Dom):	Mother's Ethnicity (example: PR, MX, Dom):
Parent/Guardian Name:	Relationship to Child (example: Mother, Father, Guardian):
Home Address:	Phone Number:
	Emergency Phone Number:

Schooling: Under each grade, write the state or country where your child attended school. Ex: PA, NY, FL, MEX, PR, DR, etc. Please circle any grades that were repeated.

PK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Date Your Child First Entered a U.S. School (If applicable):	What was the last school your child attended in the U.S.? (If applicable)

Appointment Notification:

Your child has an appointment to assess their academic knowledge in English and, if applicable, their native language on:

Date: _____ **Time:** _____

NOTE: This appointment time has been scheduled and exclusively reserved for your child's educational evaluation. To ensure your child receives the education programs please arrive on time to your appointment. If you are unable to keep this appointment, please call the ESL Office at 484-258-7120 to reschedule your appointment.

Appointment Address:
Reading School District
ESL Welcome Center
English as a Second Language Program
210 Locust Street, Reading, PA 19604
Tel. 484-258-7120 x57983, x57984, x57987
(Close to Central Middle School)

OFFICE USE ONLY	
IEP	Oral Interpreter
ESL	Written Translation

SECRETARY USE ONLY	
Secretary Completing Reg:	School:
Enrollment Date:	Student ID:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Encuesta sobre el idioma en el hogar - Hoja de información del estudiante

Todos los estudiantes recién registrados deben completar esta encuesta sobre el idioma en el hogar, sin importar su raza, nacionalidad u origen lingüístico. La ley federal exige que todas las Agencias Locales de Educación (LEA, por sus siglas en inglés) encuesten a las familias para identificar a los estudiantes que puedan ser posibles aprendices de inglés (EL, por sus siglas en inglés) con el fin de proporcionar instrucción lingüística apropiada, programas educativos y servicios.

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre legal completo del estudiante (como aparece en el certificado de nacimiento):	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:
Lugar de nacimiento (estado y país):	Idioma que se habla en el hogar:		
¿Se habla un idioma diferente al inglés en el hogar de su hijo? ☐ No ☐ Sí – Si la respuesta es sí, ¿qué idioma(s)?			
¿Su hijo se comunica en un idioma diferente al inglés? ☐ No ☐ Sí – Si la respuesta es sí, ¿qué idioma(s)?			
¿Cuál fue el primer idioma que su hijo aprendió a hablar?			

Información familiar y del hogar

Etnicidad del padre (ejemplo: PR, MX, Dom):	Etnicidad de la madre (ejemplo: PR, MX, Dom):
Nombre del padre/madre/encargado legal:	Relación con el niño (ejemplo: madre, padre, encargado legal):
Dirección del hogar:	Número de teléfono:
	Número de teléfono en caso de emergencia:

Escolaridad: Bajo cada grado, escriba el estado o país donde su hijo asistió a la escuela. Ej.: PA, NY, FL, MEX, PR, DR, etc. Por favor, circule cualquier grado que haya sido repetido.

PK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Fecha en que su hijo ingresó por primera vez a una escuela en los Estados Unidos (si corresponde):	¿Cuál fue la última escuela a la que asistió su hijo en los Estados Unidos? (si corresponde)

Notificación de cita:

Su hijo tiene una cita para evaluar su conocimiento académico en inglés y, si aplica, en su idioma nativo:

Fecha: _____ **Hora:** _____

Nota: Esta cita ha sido programada y reservada exclusivamente para la evaluación educativa de su hijo. Para asegurar que su hijo reciba los programas educativos necesarios, por favor llegue a tiempo a su cita. Si no puede asistir a esta cita, llame a la oficina de ESL al 484-258-7120 para reprogramarla.

Dirección de la Cita:
Distrito Escolar de Reading
ESL Welcome Center *(Centro de Bienvenida de ESL)*
Programa de Inglés como Segundo Idioma
210 Locust Street, Reading, PA 19604
Tel. 484-258-7120 x57983, x57984, x57987
(Cerca de la Escuela Intermedia Central)

OFFICE USE ONLY	
IEP	Oral Interpreter
ESL	Written Translation

SECRETARY USE ONLY	
Secretary Completing Reg:	School:
Enrollment Date:	Student ID:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Household Income Survey

Dear Parents/Guardians:

The Reading School District is required to collect and report income information characteristics of our community. The results of this survey help our district to best serve our students and families and meet federal reporting guidelines to determine grants and funding programs for our schools based on needs.

- Completion of this form will not have any impact benefits you receive.
- All information is PRIVATE and CONFIDENTIAL
- **Please complete one form per student and return to their school**.

Thank you in advance for your participation in this survey.

Student Information		
Student's Full Name:	Student ID:	Date of Birth:
Parent/Guardian Information		
Parent/Guardian 1 Name:	Parent/Guardian 2 Name (if applicable):	
Please check ALL any of the following benefits you currently receive		
⬜ SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program – known as Food Stamps)	⬜ TANF Cash Payments	
⬜ MEDICAID	⬜ LIHEAP (Low Income Energy Assistance Program)	

Household Membership and Income

Circle the total # of people living in the student's household and indicate to the right if the total household income for the family size is less than or more than the amount shown. Ranges are based on the Federal Poverty Guidelines (200 FPL).

Total # of People in Household	**Household Income Range:**	
2	⬜ $42,300 or LESS	⬜ MORE than $42,300,
3	⬜ $53,300 or LESS	⬜ MORE than $53,300
4	⬜ $64,300 or LESS	⬜ MORE than $64,300
5	⬜ $75,300 or LESS	⬜ MORE than $75,300
6	⬜ $86,300 or LESS	⬜ MORE than $86,300
7	⬜ $97,300 or LESS	⬜ MORE than $97,300
8	⬜ $108,300 or LESS	⬜ MORE than $108,300
More Than 8*	Household Size:	Annual Income:

*For families/households with more than 8 persons, add $11,000 for each additional person.

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Encuesta de Ingresos del Hogar

Estimados padres/tutores:

Se requiere que el Distrito Escolar Reading recopile y reporte las características de información de ingresos de nuestra comunidad. Los resultados de esta encuesta ayudan a nuestro distrito a servir mejor a nuestros estudiantes y familias y cumplir con las pautas federales de informes para determinar las subvenciones y los programas de financiación para nuestras escuelas en función de las necesidades.

- Completar este formulario no tendrá ningún impacto en los beneficios que reciba.
- Toda la información es PRIVADA y CONFIDENCIAL
- **Por favor complete un formulario por estudiante y devuélvalo a su escuela.**

Gracias de antemano por su participación en esta encuesta.

Información del estudiante		
Nombre Completo del Estudiante:	Identificación del Estudiante:	Fecha de nacimiento:
Información de los padres o encargados		
Nombre de Padre 1:	Nombre de Padre 2:	
Marque cualquiera de los siguientes beneficios que recibe ACTUALMENTE.		
⬜ SNAP (Programa suplementario de Ayuda de Nutrición - conocido como cupones alimenticios)	⬜ TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, por sus siglas en inglés)	
⬜ MEDICAID	⬜ LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía de Bajos Ingresos, por sus siglas en inglés)	

Miembros del Hogar e Ingresos

Circule el número total de personas que viven en el hogar del estudiante e indique a la derecha si el ingreso total del hogar para el tamaño de la familia es menor o mayor que la cantidad indicada. Los rangos se basan en las Pautas Federales de Pobreza (200 FPL).

Número Total de Personas en el Hogar	**Rango de Ingresos del Hogar:**	
2	⬜ $42,300 o MENOS	⬜ MAS de $42,300
3	⬜ $53,300 o MENOS	⬜ MAS de $53,300
4	⬜ $64,300 o MENOS	⬜ MAS de $64,300
5	⬜ $75,300 o MENOS	⬜ MAS de $75,300
6	⬜ $86,300 o MENOS	⬜ MAS de $86,300
7	⬜ $97,300 o MENOS	⬜ MAS de $97,300
8	⬜ $108,300 o MENOS	⬜ MAS de $108,300
Mas de 8*	Total de Personas que Viven en el Hogar:	Ingreso Anual:

*Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $11,000 por cada persona adicional.

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Media Permission Form

Student ID:			
Student Full Legal Name, according to birth certificate:			
First	Middle	Last	Suffix
School:		Grade:	
Teacher's Name:		Teacher's Homeroom:	

Video/Audio/Photo Media Coverage Authorization

I hereby give permission for my son/daughter to participate and be identified by name in positive video/audio/photos in publications, newspapers, websites, social media, and/or TV related to the Reading School District.

☐ YES ☐ NO

Parent/Guardian Name:	
Parent/Guardian Signature:	Date:

READING SCHOOL DISTRICT

School Year: 2026 - 2027

Formulario de Permiso para Medios

Identificación de estudiante:
Nombre LEGAL del estudiante, tal y como aparece en el certificado de nacimiento:

Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo

Escuela:	Grado:
Nombre del maestro:	Salón hogar del maestro:

Autorización de cobertura de Video/Audio/Foto /Medios de comunicación
Por este medio doy permiso para que mi hijo / hija participe y se identifique por su nombre en video / audio / fotos positivas en publicaciones, periódicos, sitios web, medios sociales y / o TV relacionados con el Distrito Escolar de Reading.

☐ SI ☐ NO

Nombre del Padre:	
Firma del Padre:	Fecha:

READING SCHOOL DISTRICT

STUDENT AND FAMILY RESIDENCY QUESTIONNAIRE: SCHOOL YEAR 2026-2027

This form helps determine the services the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act (42 U.S.C. 11435). **Answers to this residency form are private and will be shared with District staff only to the extent necessary to provide services.** This information is not maintained in your child's permanent school record. Please answer fully and honestly to assist school staff in appropriately enrolling your child.

Student Name: _____ D.O.B. _____ Student ID# _____

School: _____ Grade _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Contact Phone Number: _____ Email: _____

Please answer the following questions:

1. Is your current address a temporary living arrangement due to any of the following: loss of housing, economic hardship, domestic violence, unhealthy living conditions, incarceration of parent/ legal guardian? ☐ YES ☐ NO

2. Are you a student over five and younger than 21 years of age, NOT living at home with your parent or guardian? ☐ YES ☐ NO

   If you answered "YES" to one or both questions, please complete the remainder of this form.
   If you answered "NO" to BOTH questions, please STOP HERE.

Check ✓ only one of the following to describe where the student lives:
The student lives in…

☐ **An Emergency Shelter** (such as: Opportunity House, Safe Berks, Light House, Hope Rescue, Mary's Shelter, etc.)
☐ **Transitional Housing** (housing available only for a certain length of time and partly or completely paid for by a Church, nonprofit, or other entities. Such as: Opportunity House, Family Promise, Hannah's Hope. Mary's Shelter, Berks Counseling Center, YMCA, Salvation Army, etc.)
☐ **A Hotel or Motel** (due to economic hardship or emergency situation)
☐ **The Home of Friends or Relatives** (due to any of the reasons mentioned above/doubled up)
☐ **Unsheltered** (car, park, campground, street, abandoned building or substandard housing)

Check ✓ the box that best describes with whom the student resides. (Please note: legal guardianship may be granted only by a court; students living on their own or with friends or relatives who do not have legal guardianship are allowed to enroll in and attend school. The school cannot require proof of guardianship for enrollment or continued attendance.)
The student resides with…

☐ **One or Both Parents**
☐ **Legal Guardian**
☐ **Friend(s)**
☐ **an Adult Who is NOT the Student's Legal Guardian**
☐ **Alone with no Adult(s)**

Do you have any children AGES 0 – 5 who are NOT enrolled in school? ☐ YES ☐ NO
Do you have any children SCHOOL AGED who are NOT (or in the process) enrolled in school? ☐ YES ☐ NO

Violation of PA BEC explained to parent: any person making a false statement regarding residency will be in violation of the section 42 U.S.C. ss11431 of the PA BEC. Violation of this could lead to a disciplinary action, including dis-enrollment.

I have read and understood the information provided above. I understand that if any of the responses given on this form are found to be false, I will be subject to criminal, civil and administrative penalties. I declare under penalty of perjury under the laws of this state that the information provided here is true and correct and of my own personal knowledge.

WELCOME TO READING SCHOOL DISTRICT, WE ARE HERE TO SUPPORT YOU!

READING
SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO SOBRE RESIDENCIA DE LOS ESTUDIANTES Y SUS FAMILIAS: AÑO ESCOLAR 2026-2027

Este formulario ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede recibir bajo la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). **Las respuestas a este formulario de residencia son privadas y solo se compartirán con el personal del Distrito en la medida necesaria para brindar servicios.** Esta información no se mantiene en el registro escolar permanente de su hijo. Responda completa y honestamente para ayudar al personal escolar a inscribir a su hijo de manera adecuada.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de identificación del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado ____

Nombre del padre/tutor: _____

Número de teléfono:_____ Correo electrónico: _____

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal debido a alguno de los siguientes motivos: pérdida de vivienda, dificultades económicas, violencia doméstica, condiciones de vida insalubres, encarcelamiento de padre/tutor legal? ☐ SÍ ☐ NO

2. ¿Es usted un estudiante mayor de cinco años y menor de 21 años, que NO vive en casa con sus padres o tutores? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió "SÍ" a una o ambas preguntas, complete el resto de este formulario.
Si respondió "NO" a AMBAS preguntas, DETÉNGASE AQUÍ.

Marque ✓ solo una de las siguientes opciones para describir dónde vive el estudiante:
El estudiante vive en...

☐ **Un Albergue de Emergencia** (como: Opportunity House, Safe Berks, Light House, Hope Rescue, Mary's Shelter, etc.)

☐ **Vivienda Transitoria** (vivienda disponible solo por un cierto período de tiempo y pagada parcial o totalmente por una iglesia, organización sin fines de lucro u otras entidades. Como: Opportunity House, Family Promise, Hannah's Hope. Mary's Shelter, Berks Counseling Center, YMCA, Ejército de Salvación, etc.)

☐ **Un Hotel o Motel** (debido a dificultades económicas o situaciones de emergencia)

☐ **La casa de amigos o familiares** (debido a cualquiera de las razones mencionadas anteriormente/compartir vivienda)

☐ **Desamparado** (automóvil, parque, campamento, calle, edificio abandonado o vivienda en condiciones inadecuadas)

Marque ✓ la casilla que mejor describa con quién reside el estudiante. (Tenga en cuenta: la tutela legal solo puede ser otorgada por un tribunal; los estudiantes que viven solos o con amigos o familiares que no tienen la tutela legal pueden inscribirse y asistir a la escuela. La escuela no puede exigir prueba de tutela para la inscripción o la asistencia continua).

El estudiante reside con...

☐ **Uno o ambos padres**
☐ **Tutor legal**
☐ **Amigo(s)**
☐ **Un adulto que NO es el tutor legal del estudiante**
☐ **Solo sin adulto(s)**

¿Tiene algún hijo de EDADES 0 a 5 años que NO esté matriculado en la escuela? ☐ SÍ ☐ NO
¿Tiene algún hijo EN EDAD ESCOLAR que NO esté (o en proceso de estar) ☐ SÍ ☐ NO

Violación de la PA BEC explicada al padre/madre/tutor: cualquier persona que haga una declaración falsa con respecto a la residencia estará violando la sección 42 U.S.C. ss11431 de la PA BEC. La violación de esta ley podría resultar en una acción disciplinaria, incluida la desmatriculación.

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Entiendo que si se descubre que alguna de las respuestas proporcionadas en este formulario es falsa, estaré sujeto a sanciones penales, civiles y administrativas. Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de este estado, que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal.

¡BIENVENIDO AL DISTRITO ESCOLAR READING, ESTAMOS AQUÍ PARA APOYARLO!

Dear Reading School District Families,

As you may know, Reading School District partners with Wayfinder to support students in building belonging, purpose, and future-ready skills to help them thrive in and out of school. Wayfinder's curriculum is designed around six Core Skills: Self-Awareness, resilience, Empathy, Collaboration, Self-direction, and Purpose. To measure students' skill development and identify areas for further growth, we use Wayfinder's Waypoints assessments.

Students in grades 3-12 will take the Waypoints Summative Assessment. This is given two to three times per year to mark growth milestones. Results are not graded and do not impact your child's academic record. Instead, they provide the school's teachers, administrators, and school counselors with understanding of your child's strengths and progress over the year. With the results of the Summative Assessment, school staff receive recommendations to tailor instruction to better nurture student strengths and address areas that need more support.

The Waypoints Summative Assessment only takes about 15 minutes to complete. All precautions have been taken to protect your child's privacy and ensure a safe online experience. Data from the assessment is only available to the teachers, administrators, and guidance counselors working to improve your child's school experience.

Thank you for taking the time to learn about Wayfinder. To learn more, check out Wayfinder's Information for families:
https://www.withwayfinder.com/resources/information-for-families
Additionally, as with any school screening you have the right to opt your student out of this screening. If you wish to opt your student out of this screening, please send a note to the building principal's attention.

Estimadas familias del Distrito Escolar Reading:

Como sabrán, el Distrito Escolar Reading se asocia con Wayfinder para ayudar a los estudiantes a desarrollar el sentido de pertenencia, propósito y las habilidades preparadas para el futuro que les permitan prosperar dentro y fuera de la escuela. El plan de estudios de Wayfinder está diseñado en torno a seis habilidades básicas: autoconciencia, resiliencia, empatía, colaboración, autodirección y propósito. Para medir el desarrollo de las habilidades de los estudiantes e identificar áreas para un mayor crecimiento, utilizamos las evaluaciones Waypoints de Wayfinder.

Los estudiantes de 3.º a 12.º grado realizarán la evaluación sumativa de Waypoints. Esta se administra dos o tres veces al año para medir el progreso. Los resultados no se califican y no afectan el expediente académico de su hijo. En cambio, brindan a los maestros, administradores y consejeros escolares una comprensión sobre las fortalezas y el progreso de su hijo a lo largo del año. Con los resultados de la evaluación sumativa, el personal de la escuela recibe recomendaciones para adaptar la instrucción para fomentar mejor las fortalezas de los estudiantes y abordar las áreas que necesitan más apoyo.

La evaluación sumativa de Waypoints solo tarda unos 15 minutos en completarse. Se han tomado todas las precauciones para proteger la privacidad de su hijo y garantizar una experiencia en línea segura. Los datos de la evaluación solo están disponibles para los maestros, administradores y consejeros escolares que trabajan para mejorar la experiencia escolar de su hijo.
Gracias por tomarse el tiempo para aprender sobre Wayfinder. Para obtener más información, consulte Wayfinder: Información para familias:
https://www.withwayfinder.com/resources/informacion-para-familias
Además, como ocurre con cualquier evaluación escolar, usted tiene derecho a excluir a su estudiante de esta evaluación. Si desea excluir a su hijo de esta evaluación, envíe una nota a la atención del director del edificio.

READING SCHOOL DISTRICT

Health Services Department: Health Room Emergency Information

Student Name _____ Birthdate _____ □ Male □ Female
Last First
Grade _____ Student ID _____ School Year ____-____ Teacher/Homeroom _____
Home Address _____ Parent Cell _____
Are you sharing your housing with other families? (Circle One) Yes No Home Phone _____
Mother _____Email _____Cell #_____ Work # _____
Father _____ Email _____Cell #_____ Work # _____
Guardian _____ Email _____Cell #_____ Work # _____
Preferred Method of Non-emergent Communication □ Email □ Phone Home Language _____
Child lives with □ Both parents □ Father □ Mother □ Other _____

Emergency Contacts (Other Than Parents) must be local and available to be contacted

Name_____ Relationship to Child_____ Cell #_____Work #_____
Name_____ Relationship to Child_____ Cell #_____Work #_____
Child's Doctor/Clinic _____ Office Phone # _____
Medical Insurance □ MA □ Chip □ Private _____ Vision Insurance □ Yes □ No Dental Insurance □ Yes □ No

Please circle yes or no below giving permission for the school nurse to give your child medication in school:

Acetaminophen (Tylenol)	YES	NO
Allergy Eye Drops	YES	NO
Antacid Tablets (Tums)	YES	NO
Benadryl (ONLY for hives)	YES	NO
Honey	YES	NO
Ibuprofen (Advil, Motrin)	YES	NO
Imodium (age 6 yrs and older)	YES	NO

Per written Standing Orders from the School Physician Consultant

Please CIRCLE the following if your child:
Wears: Glasses Hearing Aid
Has: Seizures Diabetes Asthma ADHD
Other Health Problems: _____
List Allergies: _____
Does your child take medication? YES NO

Name of medication at home	Dose	Time

Medication needed at school (a new order is needed each school year)

Name of medication	Dose	Time

Is your child prescribed an epipen? YES NO Inhaler? YES NO

Sibling Information

Name	Grade	School	Name	Grade	School

Important: Please check which hospital you prefer if your child needs to be transported by ambulance in the event of serious emergency. Your signature gives permission for emergency treatment; as well as for RSD School Nurses to administer life-saving epinephrine, cetirizine, and albuterol, as well as medications you indicate on this emergency card, during school hours, on field trips and after school activities. Trained personnel may administer life-saving epinephrine. I understand that I have the option to opt-out of such measures by meeting with the RSD School Nurse and completing the Emergency Epinephrine Opt-Out Form. ***Parent Signature** _____Date_____

□Tower Health/ Reading Hospital □ Penn State Health/St. Joseph's Hospital

Release of Health Information: I hereby request and authorize RSD School Nurses to engage in verbal or written communication with health care providers concerning the areas checked below. I acknowledge that all information authorized to be released or requested will be held strictly confidential and cannot be released by the recipient without additional written consent. I understand this authorization will expire 1 calendar year after the date signed. A copy of this authorization is valid in lieu of the original. I further understand I may withdraw my consent at any time.

□ Immunizations □ Physical Exam Documentation □ Attendance □ Treatment Plans for Chronic and Acute Illness □ Dental
□ Psychological and/or Psychiatric Evaluations □ Other _____

***Parent Signature** _____Date _____

READING SCHOOL DISTRICT

Departamento de Servicios de Salud: Información de Emergencia para la Enfermería

Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ □ Hombre □ Mujer
Apellido Nombre
Grado ____ ID del Estudiante _____ Año Escolar ____-____ Maestro/salón Hogar _____
Dirección del Hogar _____ Cel. de Padre _____
¿Comparte su vivienda con otros familiares? (Circule uno) Sí No Tel. del Hogar _____
Madre _____Correo Electrónico _____Cel. #_____ Trabajo # _____
Padre _____Correo Electrónico _____Cel. #_____ Trabajo # _____
Encargado _____Correo Electrónico _____Cel. #_____ Trabajo # _____
Método de preferencia para la comunicación que no sea emergencia □ C. Electrónico □ Tel. Idioma del Hogar _____
Estudiante vive con □ Ambos Padres □ Padre □ Madre □ Otro _____

Contactos de Emergencia (Otra persona aparte de los padres) debe vivir local y estar disponible para contactar.

Nombre_____ Relación con estudiante_____ Cel. #_____Trabajo #_____
Nombre_____ Relación con estudiante_____ Cel. #_____Trabajo #_____
Doctor/Clínica del estudiante _____ Tel. de la oficina # _____
Seguro Médico □ MA □ Chip □ Privado _____ Seguro de visión □ Sí □ No Seguro Dental □ Sí □ No

Por favor circule Si o No para dar permiso a que la enfermera de la escuela administre a su hijo medicamentos en la escuela:

Acetaminofén (Tylenol)	SÍ	NO
Gotas para alergia en los ojos	SÍ	NO
Tabletas antiácido (Tums)	SÍ	NO
Benadryl (SOLO para las ronchas)	SÍ	NO
Miel	SÍ	NO
Ibuprofen (Advil, Motrin)	SÍ	NO
Imodium (6 anos y mayores)	SÍ	NO

Por orden permanente por escrito del consultor médico de la escuela

Por favor CIRCULE la información si aplica a su hijo:
Usa: lentes Audífonos
Tiene: Convulsiones Diabetes Asma ADHD
Menciones las alergias que tiene: _____
Otros problemas de salud: _____
¿Su hijo toma medicamentos? SÍ NO

Medicamento que toma en la casa	Dosis	Hora

Medicamento que necesita en la escuela (Se necesita una nueva receta cada año)

Medicamento que toma en la casa	Dosis	Hora

¿Su hijo tiene recetado un epipen? SÍ NO ¿Inalador? SÍ NO

Información de los Hermanos

Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

Importante: Compruebe cual hospital prefiere si su hijo necesita ser trasladado en ambulancia en caso de una emergencia grave. Su firma da permiso para tratamiento de emergencia; así como para que las enfermeras del Distrito Escolar de Reading puedan administrar epinefrina, cetirizina y albuterol que salvan vidas, así como los medicamentos que usted indica en esta tarjeta de emergencia, durante las horas escolares, en excursiones y después de las actividades escolares. El personal capacitado puede administrar epinefrina para salvar vidas. Entiendo que tengo la opción de optar por no tomar esas medidas reuniéndome con la enfermera escolar del Distrito Escolar de Reading y completar el formulario de exclusión de emergencia de epinefrina.

** ***Firma de padre/Encargado*** _____Fecha_____

□Tower Health/ Reading Hospital □ Penn State Health/St. Joseph's Hospital

Divulgación de información médica: Por la presente solicito y autorizo a las enfermeras del Distrito Escolar de Reading a participar en comunicaciones verbales o escritas con los proveedores de atención médica sobre las áreas que se detallan a continuación. Reconozco que toda la información autorizada para ser divulgada o solicitada se mantendrá estrictamente confidencial y no podrá ser divulgada por el destinatario sin un consentimiento adicional por escrito. Entiendo que esta autorización vencerá en 1 año después de la fecha firmada. Una copia de esta autorización es válida en lugar del original. Además, entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento

□ Inmunizaciones □ Documentación de Examen Físico □ Asistencia □ Planes de tratamientos para enfermedades crónicas y graves
□ Dental □ Psychological and/or Psychiatric Evaluations □ Other _____

***Firma del Padre/Encargado** _____Fecha _____

READING SCHOOL DISTRICT

pennsylvania DEPARTMENT OF HEALTH

Student Health History

Student's Name:_____ Date of Birth: _____ Today's date: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Does student have: IEP? ☐ Yes ☐ No 504: ☐ Yes ☐ No Prior School: _____

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

_____

_____

Does the student have any allergies? ☐ No ☐ Yes (If yes, list specific allergy and reaction.) Epipen? ☐ Yes ☐No
☐ Medicines _____ ☐ Food_____ ☐ Bee Stings

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: Has the student...	Yes	No
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: ☐ Arthritis ☐ ADHD ☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Cerebral Palsy ☐ Cystic Fibrosis ☐ Diabetes ☐ Seizure disorder ☐ Sickle Cell ☐ Spina Bifida ☐ Tourettes syndrome ☐ Other _____		
2. Ever stayed more than one night in a hospital?		
3. Has ever had chicken pox. Age:_____		
4. Ever had surgery?		
HEAD/NECK/SPINE: Has the student...	**Yes**	**No**
1.Had frequent headaches/migraines?		
2. Ever had a head injury or concussion?		
3. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache or memory problems?		
4. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
5. Had any problem with his/her eyes (vision) or had history of eye injury?		
6. Been prescribed glasses or contact lenses?		
7. Has had hearing loss?		
HEART/LUNGS: Has the student...	**Yes**	**No**
8. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
9. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: ☐ Heart Murmur ☐ High Blood Pressure ☐ Kawasaki disease ☐ High Cholesterol ☐ Other _____		
BONE/JOINT: Has the student...	**Yes**	**No**
10. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
11. Had an injury to a muscle, ligament or tendon?		
12. Had joints become painful, swollen, feel warm or look red?		
SKIN: Has the student...	**Yes**	**No**
13. Had any rashes, pressure sores or other skin problems?		
14. Ever had eczema?		

GENITOURINARY/GASTROINTESTINAL: Has the student...	Yes	No
15. Had gastrointestinal disorder?		
16. Had history of incontinence (soiling self)?		
17. FEMALES ONLY: Had menstrual period		
DENTAL: Has the student...	**Yes**	**No**
18. Has had any pain or problems with gums or teeth		
19. Name of student's dentist: _____ Last dental visit date: _____		
SOCIAL/LEARNING: Has the student...	**Yes**	**No**
20. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD etc?		
21. Been bullied or experienced bullying behavior		
22. Experienced major grief, trauma, incarcerated caregiver or other significant life events?		
23. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
24. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
25. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm		
26. Had concerns about weight: been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
27. Used (or currently uses) tobacco, alcohol or drugs?		
28. Exhibited self-harm tendencies (cutting)?		
29. Had excessive absences or been truant?		
ADDITIONAL INFORMATION:	**Yes**	**No**
30. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the Certified School Nurse?		
OTHER:		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student_____ Date_____

Adapted in part from the ***Pre-participation Physical Evaluation History Form***; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

READING SCHOOL DISTRICT

pennsylvania DEPARTMENT OF HEALTH

Historial de Salud del Estudiante

Nombre del alumno: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Tiene el estudiante un: PEI? ☐ Sí ☐ No 504: ☐ Sí ☐ No Escuela anterior:

_____

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? ☐ No ☐ Sí (Sí la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas). Epipen? ☐ Sí ☐ No

☐ Medicamentos _____ ☐ Alimentos _____ ☐ Picadura de Insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas Si o No; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuestas desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD: El alumno...	**Sí**	**No**
1.¿Tiene alguna afección médica permanente? Sí es así, nómbrela: ☐ Artritis ☐ ADHD ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Parálisis Cerebral ☐ Fibrosis Quística ☐ Diabetes ☐ Trastorno de convulsiones ☐ Célula Falciformes ☐ Espina Bífida ☐ Síndrome tourettes ☐ Otro _____		
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?		
3. ¿Ha tenido varicela? Edad:_____		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL: El alumno...	**Sí**	**No**
1.¿Ha tenido dolores de cabeza/migrañas frecuente?		
2. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?		
3. ¿Alguna vez ha tenido un golpe a la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?		
4. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?		
5. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?		
6. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?		
7. ¿Ha tenido pérdida de audición?		
CORAZON/PULMONES: El alumno…	**Sí**	**No**
8. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
9. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Soplo cardiaco ☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Colesterol alto ☐ Otro _____		
HUESOS/ARTICULACIONES: El alumno…	**Sí**	**No**
10. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?		
11. ¿Ha tenido una lesión en un músculo, ligamento o tendón?		
12. ¿Ha sentido dolor inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?		
PIEL: El alumno…	**Sí**	**No**
13. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?		
14. ¿Ha tenido eczema?		

APARATO GENITOURINARIO/GASTROINTESTINAL: El alumno...	**Sí**	**No**
15. ¿Ha tenido trastorno gastrointestinal?		
16. ¿Ha tenido historia de la incontinencia (o de orinarse encima/cama)?		
17. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual?		
DENTAL: El alumno…	**Sí**	**No**
18. ¿Ha tenido algún dolor o problemas en las encías o dientes?		
19. Nombre del dentista del alumno:_____ Última visita al dentista ☐ menos de un 1 año ☐ entre 1 y 2 años ☐ más de 2 años		
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE: El alumno…	**Sí**	**No**
20. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH etc.?		
21. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?		
22. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma, encarcelación u otros acontecimientos de vida importantes?		
23. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?		
24. ¿Ha estado preocupado, triste disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?		
25. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación, interés o entusiasmo?		
26. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso: ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?		
27. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?		
28. ¿Ha demostrado tendencia a lastimarse así mismo (cortarse)?		
29. ¿Ha tenido ausencias en excesivas?		
INFORMACIÓN ADICIONAL:	**Sí**	**No**
30. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre madre o encargado quisieran hablar acerca de con el/la Enfermera Certificada de la Escuela?		
OTRO:		

Por el presente, certifico que según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y complete. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la Escuela y los proveedores de atención médica. I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Firma del Padre/Madre/Encargado/Alumno emancipado_____ Fecha_____

Adaptado en parte del ***Pre-participation Physical Evaluation History Form***; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

READING SCHOOL DISTRICT

Department of Health Services
Tuberculosis Screening and Communicable Disease Questionnaire

Student Name: _____ Date of Birth: _____

The Pennsylvania School Code requires tuberculosis skin testing to all newly registering students and all 9th graders on a regular schedule. The American Thoracic Society, the Centers for Disease Control, and the American Academy of Pediatrics recommend routine testing be eliminated and only students who may be at risk for tuberculosis continue to be screened. The following questions will help to determine whether your child is considered high risk for acquiring tuberculosis.

Due to an increase in illnesses associated with travel to particular areas, the following questions will help determine whether your child, or family, is at higher risk for these illnesses.

Please answer each question.

	Yes	No
Has your child had any contact with any adult with infectious tuberculosis?		
Are you or your child foreign born or does anyone in your family travel outside the U.S.? Regions that are especially at high risk are Latin America, Mexico, Philippines, Caribbean Islands, Asia, and Africa.		
Does your child have any of the following medical risk factors: Hodgkin's Disease, Lymphoma, Diabetes Mellitus, Chronic Renal Failure, or malnutrition?		
Is your child frequently exposed to adults in any of the following groups: residents of nursing homes, migrant farm workers, IV drug users, homeless individuals, or incarcerated adolescents or adults?		
Have you or your child recently traveled to an area with Zika?		
Have you or your child recently traveled to an area with Ebola?		
In the last 21 days, have you or your child been in contact with anyone suspected or diagnosed with COVID-19?		
Is your child **currently** experiencing fever, severe headache, rash, red eyes, muscle pain, joint pain, vomiting, diarrhea, unexplained bleeding, bruising, cough, or shortness of breath?		

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Health Services Use Only:

Screening tool Review Date: _____ CSN Signature: _____

Referral to PCP or PA Department of Health Indicated? Yes __ No __

Comments: _____

P: (484) 258-7000
F: (610) 371-5971
800 Washington Street
Reading, PA 19601
readingsd.org

READING SCHOOL DISTRICT

Departamento de Servicios de Salud
Evaluación de tuberculosis y Cuestionario de enfermedades contagiosas

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

El Código Escolar de Pensilvania requiere que todos los estudiantes de nuevo ingreso y de 9º grado se hagan un examen de tuberculosis de la piel. La Sociedad Torácica Americana, los Centros para el Control de Enfermedades, y la Academia Americana de Pediatría están recomendando que el examen de rutina sea eliminado y que únicamente los estudiantes que estén bajo riesgo de sufrir de tuberculosis continúen siendo examinados. Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si su niño tiene un alto riesgo de contraer tuberculosis.

Debido a un incremento de las enfermedades asociadas a viajes a ciertas áreas particulares, las siguientes preguntas ayudarán a determinar si su niño o la familia tienen un mayor riesgo de contraer estas enfermedades.

Por favor conteste todas las preguntas.

	Sí	No
¿Ha estado su niño en contacto con un adulto que tiene tuberculosis?		
¿Nació usted o su niño en el extranjero o alguien de su familia viaja fuera de los Estados Unidos? Las regiones que se encuentran especialmente en alto riesgo son América Latina, México, Filipinas, las Islas del Caribe, Asia y África.		
¿Tiene su niño alguno de los siguientes factores de riesgo médico: enfermedad de Hodgkin, linfoma, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica o desnutrición?		
¿Está su niño frecuentemente expuesto a adultos de cualquiera de los siguientes grupos: residentes de hogares de ancianos, trabajadores agrícolas migratorios, usuarios de drogas intravenosas, personas sin hogar y adolescentes o adultos encarcelados?		
¿Ha viajado su niño o usted recientemente a un área donde hay Zika?		
¿Ha viajado su niño o usted recientemente a un área donde hay Ébola?		
En los últimos 21 días, ¿ha tenido usted o su niño contacto con alguien que se sospecha que tenga o que haya sido diagnosticado con COVID-19?		
¿Tiene su niño **en este momento** fiebre, dolor de cabeza intenso, sarpullido, ojos rojos, dolor muscular, dolor en las articulaciones, vómito, diarrea, sangrado inexplicable, moretones, tos o falta de aire?		

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Para uso del Departamento de Servicios de Salud:

Screening tool Review Date: _____ CSN Signature: _____

Referral to PCP or PA Department of Health Indicated? Yes __ No __

Comments: _____

P: (484) 258-7000
F: (610) 371-5971
800 Washington Street
Reading, PA 19601
readingsd.org

READING SCHOOL DISTRICT

STUDENT HEALTH SERVICES DEPARTMENT

SCHOOL HEALTH SERVICES AND STUDENT HEALTH RECORDS MEMORANDUM OF UNDERSTANDING

Student Name:_____
Last First Middle

I understand that the Reading School District Health Services staff will work with my child and me to ensure wellness and good health habits.

I understand that the Reading School District provides school health services as required by the School Code and Department of Health including:

Vision Screening Grades PK – 12
Hearing Screening Grades PK – 3, 7, 11
Growth Screening Grades PK – 12
Scoliosis Screening Grades 6, 7
Dental Evaluations Grades 1, 3, 7
Physical Examinations Grades K, 7, 10, upon entry into Reading School District

*Parents / guardians are encouraged to have the physical completed by the child's primary health care provider.

I understand that I will be notified and my written permission requested for dental and physical examinations. I will be notified in writing prior to scoliosis screening.

I understand that I will be notified of recommendations for further evaluations as a result of screening or examinations that are not within normal ranges. If I do not receive notification of screening results, further evaluation is not recommended. I may contact the Certified School Nurse at any time for information about my child's screening results.

I understand that the information I give to the Certified School Nurse is important for the school staff to understand and support the health and education of my child.

I understand that the information will be confidential by the Health Services Department staff and may be shared with other professionals in the school only when it is required as part of a comprehensive evaluation and in the best interest of the child's health and education.

I understand that my written permission is required to share my child's health record with any other institution or agencies with the exception of immunization records.

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

Witness Signature:_____ Date:_____

READING SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL ESTUDIANTE

MEMORÁNDUM DE ENTENDIMIENTO PARA PADRES SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Comprendo que el personal de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Reading trabajará con mi hijo y conmigo para asegurar el bienestar y los buenos hábitos de salud.

Comprendo que el Distrito Escolar de Reading proveerá servicios de salud escolar, como lo requiere el Código Escolar y el Departamento de Salud, lo cual incluye lo siguiente:

Examen de la Vista grados PK – 12
Examen Auditivo grados PK – 3, 7, 11
Examen de Crecimiento grados PK – 12
Escoliosis grados 6, 7
Evaluación Dental grados 1, 3, 7
Exámenes Físicos grados K, 7, 10, en cuanto entren al Distrito Escolar de Reading

*****Se recomienda a todos los padres/encargados a que hagan el examen físico de sus hijos con su doctor familiar o pediatra del niño.

Comprendo que seré notificado y mi permiso escrito solicitado para exámenes dentales y físicos. Seré notificado por escrito, antes de la evaluación para escoliosis.

Comprendo que seré notificado de las recomendaciones para evaluaciones más profundas, como un resultado de las evaluaciones o examinaciones que no se encuentren dentro de los rangos normales. Si no recibo una notificación de los resultados, eso indicará que no se recomienda una evaluación más profunda. Puedo contactar a la enfermera escolar en cualquier momento, para pedir información de los resultados de las evaluaciones o examinaciones mi hijo.

Comprendo que la información que doy a la Enfermera Escolar es importante para que el personal escolar comprenda y apoye la salud y educación de mi hijo.

Comprendo que la información será confidencial para el personal del Departamento de Servicios de Salud y puede ser intercambiada con otros profesionales en la escuela, únicamente cuando ésta es requerida como parte de una evaluación extensa y en el mejor interés de la salud y educación de mi hijo.

Comprendo que mi permiso por escrito es requerido para intercambiar el expediente de salud de mi hijo, con otras instituciones o agencias; con la excepción del expediente de vacunas.

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

READING SCHOOL DISTRICT

STUDENT HEALTH SERVICES DEPARTMENT
MEDICATION ADMINISTRATION NOTICE

Parents and Guardians,

For the safety and health of your child, _____
Last First Middle

the Board of Directors of the Reading School District passed a Medication Policy to direct the administration of medication to students during school hours, field trips, before and after school programs and summer programs.

Ideally, all medication should be given at home. If the attendance and education of a student is dependent upon receiving medication while at school, the parents/guardians and student must comply with the required procedures.

Each school year, parents and guardians must:

- Get a written medication order from a licensed health care provider.
- Provide written permission for administration of the medication at school.
- **Bring all medications to the health room in the labeled pharmacy container. Students MAY NOT carry medication to school (*see note below).**
- Supply all equipment needed to administer the medication.
- Send only a 30 day supply of medication to school.

Parents / Guardians may provide written permission for over the counter medications supplied by the Reading School District by completing the emergency card upon enrollment and annually.

All medication will be:

- Administered only by Certified School Nurses or licensed health care providers.
- Kept in a secured, locked place in the school's health room.

***Emergency medications:** Inhalers, epinephrine kits, glucose tablets / glucagon:

- May be carried by students with physician orders, parent permission and upon review of the student's ability to administer the medication by the Certified School Nurse.
- May be given by non-licensed staff trained in emergency treatment of students needing inhalers and / or epinephrine.

Students who do not follow aspects of the policy related to the carrying and use of medications at school may be disciplined according to Reading School District policy.

I have read this notice and understand the policy and procedures for medication administration to students:

Parent / Guardian Signature: _____ Date:_____

READING SCHOOL DISTRICT

DEPARTMENTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL ESTUDIANTE
AVISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Padres y Encargados,

Por la seguridad y salud de su hijo,_____,
Apellido Nombre

la Junta de Directores del Distrito Escolar de Reading ha aprobado una regla para conducir la administración de medicamentos a los estudiantes, durante las horas escolares, excursiones y durante los programas para antes, después de la escuela, así como los programas de verano.

Idealmente, todos los medicamentos deben administrarse en casa. Si la asistencia y educación de un estudiante, depende de recibir los medicamentos mientras está en la escuela, los padres/encargados y el estudiante deben obedecer el procedimiento requerido.

Cada año escolar, los padres y encargados deben:

- Obtener una orden escrita de medicamentos de un médico con licencia.
- Proveer un permiso escrito a la escuela, para la administración de medicamentos.
- **Traer todos los medicamentos a la enfermería en sus envases originales correctamente identificados con las etiquetas de la farmacia. Los estudiantes no pueden cargar consigo sus medicamentos a la escuela (*vea la nota inferior).**
- Supla todo el equipo necesario para administrar los medicamentos.
- Mande a la escuela el medicamento necesario para 30 días.

Los padres/encargados pueden proveer un permiso escrito para medicamentos que no necesitan receta médica, que el Distrito Escolar de Reading puede proveer, la tarjeta de emergencia que se llena, al principio de cada año escolar y anualmente.

Todos los medicamentos serán:

- Administrados únicamente por la Enfermera Certificada o un Médico con licencia.
- Conservados en un lugar seguro, con candado en la enfermería.

***Medicamentos de Emergencia:** Inhaladores, estuches de epinephrine, tabletas de glucosa/glucagon:

- El estudiante podría cargar consigo su medicamento de emergencia, con una orden del médico, un permiso de los padres, siempre y cuando la enfermera certificada revise la habilidad del estudiante para administrar sus propios medicamentos.
- Podría ser administrada por un miembro del personal que no tiene licencia, pero que ha recibido entrenamiento en tratamiento de emergencia para los estudiantes en necesidad de inhaladores o epinephrine.

Los estudiantes que no obedezcan los aspectos de las reglas relacionadas a cargar consigo medicamentos durante la escuela, serán disciplinados en acuerdo con las pautas que el Distrito Escolar de Reading ha establecido.

He leído éste aviso y comprendo las reglas y procedimientos para la administración de medicamentos a los estudiantes:

Firma del Padre/Encargado:_____ Fecha: _____

READING SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Physical Exams are Required by Pennsylvania School Code in:

_____ Kindergarten (exam date must be after age 4)
_____ 7th Grade
_____ 10th Grade
_____ upon entering the Reading School District (an appointment is required within 3 months of enrollment)

A copy of the physical completed within a 14 month period prior to the above grade level is accepted with the exception of Kindergarten

Reading School District requires a copy of a physical exam at the grade level above prior to your child participating in school field trips.

Please inform the School Nurse when an appointment is scheduled.

If you are unable to obtain insurance for your child, contact the Certified School Nurse for additional information in meeting this requirement.

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN
Director of Student Support Services

Please sign and return this portion to the Certified School Nurse.

_____ My child has a physical exam scheduled on this date:_____ at this location: _____. I understand I must provide a copy of the physical exam to the Certified School Nurse upon completion of this well exam.

_____ Within 3 months of enrollment, I will make an appointment at this location: _____, and I understand I must provide a copy to the Certified School Nurse upon completion of this well exam.

_____ I would like to be contacted by the Certified School Nurse about health insurance.

Parent Signature _____ Date_____

READING SCHOOL DISTRICT

Departamento de Servicios de Salud

Los exámenes físicos son un requisito del código escolar de Pensilvania en:

_____ Kindergarten (el examen físico debe ser después de los 4 años de edad)
_____ 7mo grado
_____ 10mo grado
_____ al entrar al Distrito Escolar de Reading (se requiere tener cita dentro de 3 meses después de la inscripción)

Una copia del examen completado dentro de un período de 14 meses antes de los grados mencionados arriba es aceptable exceptuando al Kindergarten.

El Distrito Escolar de Reading requiere una copia del examen físico al nivel de grado mencionado arriba antes que su hijo pueda participar en las excursiones escolares.

Por favor infórmese a la enfermera escolar cuando la cita ha sido programada.

Si no puede obtener seguro para su hijo, contacte a la enfermera escolar para información adicional para cumplir con este requisito.

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN
Directora de Servicios de Apoyo al Estudiante

Por favor, firme y regrese esta parte a la enfermera certificada de la escuela.
_____ Mi hijo(a) tiene una cita programada para la siguiente fecha: _____ en este lugar: _____. Entiendo que debo proveer una copia del examen físico a la enfermera certificada escolar una vez que se haya completado el examen físico de salud.

_____ Dentro de 3 meses después de la inscripción, haré una cita en este lugar: _____, y entiendo que debo proveer una copia a la enfermera certificada de la escuela una vez se complete el examen físico.

_____ Deseo contactar a la enfermera certificada de la escuela en referencia al seguro de salud.

Firma de Padre /Encargado _____ Fecha _____

READING SCHOOL DISTRICT

PARENTS / GUARDIANS - PLEASE KEEP THIS INFORMATION

The PA Department of Health has immunization requirements for all students in the Reading School District. **Please provide an up-to-date list of immunizations for your child. Please take this notification to the health care provider to ensure immunizations records are complete for school attendance.** The PA Department of Health (DOH) requires a student to show proof of vaccination. Immunizations are required for school attendance. You will be contacted by the Certified School Nurse if your child needs immunizations.

Free Immunizations are available at:
Department of Health -- 610-378-4377
RSD Vaccine Clinic -- Contact School Nurse for an appointment You may also contact your healthcare provider

All students are required to have:
4 doses of Diptheria, Tetanus and Pertussis (OR per ACIP and guidelines)
4 doses of Polio (OR per ACIP and guidelines. Oral polio given after April 2016 is not valid & does not count. Contact the Department of Health with questions)
2 doses of Measles, Mumps, Rubella (in combined form) *
3 doses of Hepatitis B
2 doses of Varicella*
*Immunity can be proven with laboratory titers or a note from a health care provider documenting disease.

Student entering/attending 7th to 12th grade need the following:
1 dose of Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (Tdap) (after the age of 11 years) 1 dose of Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV) (after the age of 10 years)

Students entering/attending 12th grade or at the age of 18 years need the following: 1 additional dose of Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV) - (documentation of a dose on or after the age of 16 is acceptable)

Thank you for working together with us to protect our children from vaccine preventable diseases. Please contact the Certified School Nurse with any questions, or to facilitate help with this process.

Kind Regards,

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN
Director of Student Support

Rev. 4/2024

READING
SCHOOL DISTRICT

PADRES /TUTORES - POR FAVOR GUARDE ESTA INFORMACIÓN

El Departamento de Salud de Pensilvania tiene requisitos de vacunación para todos los estudiantes del Distrito Escolar Reading. **Proporcione una lista actualizada de las vacunas de su hijo. Lleve esta notificación al proveedor de atención médica para asegurarse de que los registros de vacunas estén completos para la asistencia a la escuela**. El Departamento de Salud de Pensilvania (DOH) exige que se muestre el comprobante de vacunación del estudiante. Las vacunas son requisitos para asistir a la escuela. La enfermera escolar certificada se comunicará con usted si su hijo necesita vacunas.

Vacunas gratis a través de las siguientes entidades:
Departamento de Salud -- 610-378-4377
Clínica de vacunas RSD -- Comuníquese con la enfermera escolar para programar una cita
También usted puede contactar a su médico de cabecera

Se requiere que todos los estudiantes tengan:

4 dosis de difteria, tétanos y tos ferina (O según ACIP y pautas)
4 dosis de polio (O según ACIP y pautas. La polio oral administrada después de abril de 2016 no es válida y no cuenta. Comuníquese con el Departamento de Salud si tiene preguntas)
2 dosis de Sarampión, Paperas, Rubéola (en forma combinada)*
3 dosis de hepatitis B
2 dosis de varicela*
*La inmunidad se puede comprobar con títulos de laboratorio o una nota de un proveedor de atención médica que documente la enfermedad.

Los estudiantes que están entrando o están en los grados 7mo al 12do grado necesitan lo siguiente:

1 dosis de Tétano, Difteria y Pertusis Acelular (Tdap) (después de camplir 11 años)
1 dosis de Meningitis (Meningococo) (MCV) (después de cumplir 11 años)

Los estudiantes que están entrando o están en 12do grado o tienen 18 años necesitan: 1 dosis adicional de vacuna Conjugada contra el Meningococo (MCV) - (se acepta la documentación de la dosis en o después de cumplir los 16 años)

Gracias por trabajar con nosotros para proteger a nuestros estudiantes de enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas. Por favor contacte a la enfermera de la escuela a la que asiste su hijo en caso que usted tenga alguna pregunta o para facilitarle ayuda en este proceso.

Atentamente,

Anne Fisher, M.Ed., BSN., RN, CSN,
Directora de Apoyo al Estudiante

P: (484) 258-7000
F: (610) 371-5971
800 Washington Street
Reading, PA 19601
readingsd.org