Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education
Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा) को भर्ना कागजी कार्य

विद्यार्थीको नाम: ______________________________ विद्यार्थी #: _______________

प्रिय अभिभावक/संरक्षक:

यदि तपाँईको बच्चालाई पहिले नै अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा) को कक्षामा नियुक्त गरिएको छ भने:

तोकिएको स्कूल: ______________________________

अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा) भर्ना कागजी कार्य प्रक्रिया पूरा गर्नकालागि तपाँईको बच्चाले स्कूल सुरु गर्नु अघि नै यस प्याकेटमा भएका फारामहरू पूरा गरी अर्ली चाइल्डहुड (प्रारम्भिक बाल) विभागमा फिर्ता गरिनुपर्छ। हाम्रो कार्यक्रम सुरु गर्नु अघि पछिल्लो १२ महिना भित्रमा गरिएको मेडिकल परीक्षाको कागजात आवश्यक छ भनि कृपया ध्यान दिनुहोस्। दाँतको परीक्षा गरिएको हुन अत्यधिक सिफारिस गरिन्छ।

यस फारामहरूमा निम्न प्याकेट समावेश छन्:
इ सि इ (ECE) पारिवारिक जानकारी
इ सि इ (ECE) यातायात व्यवस्था फाराम
मेडिकल फाराम: चिकित्सक द्वारा पूरा गरिएको
दन्त चिकित्सा फाराम: चिकित्सक द्वारा पूरा गरिएको
इ सि इ (ECE) योग्यता स्क्रिनिङ उपकरण
गुणस्तरमा स्टेप अपकालागि विकास र शैक्षिक लक्ष्यहरू
रेडि फर सक्सेस्

कृपया भर्ना पूरा भएको कागजात उपस्थितिको पहिलो दिन भन्दा अघि नै eceenrollment@columbus.k12.oh.us मार्फत फिर्ता गर्नुहोस्।

तपाँईको बच्चा आधिकारिक रूपमा प्रारम्भिक बाल्यकाल (चाएल्ड्स हुड) कार्यक्रममा भर्ना हुन भन्दा र कक्षामा उपस्थित हुन योग्य हुनु अघि सबै भर्ना कार्यका आवश्यकताहरू पूरा गरिनुपर्छ। यदि तपाँईसँग प्रश्नहरू छन् भने प्रारम्भिक बाल्यकाल (अर्ली चाएलवुड) कार्यालयको 614-365-5822 (६१४-३६५-५८२२) मा सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाँईसंग प्रश्नहरू भएमा तपाँईले इ सि इ (ECE) भर्ना कार्यलयको इमेल ठेगाना eceenrollment@columbus.k12.oh.us मार्फत पनि प्रश्नहरू पठाउन सक्नुहुन्छ।

मेरो बच्चालाई प्रारम्भिक बाल शिक्षा (अर्ली चाइल्ड हुड) कार्यक्रममा आधिकारिक रूपमा भर्ना हुनु अघि र कक्षामा उपस्थित हुन योग्य हुनु अघि माथिका सबै दर्ता आवश्यकताहरू पूरा गरिनुपर्छ भनि मैले बुझेको छु।

______________________________ ______________________
अभिभावक/संरक्षक मिति

बक्समा म् क्लक गरेर माछि छ म् खएको नाम इछ क्ट्रोनिक हस्ताक् रका रूपमा प्रयोग भइरहेको छभनि म स्ीकार गर्दैूर।

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education
Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

COLUMBUS CITY SCHOOLS

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

परिवारको जानकारी फर्म

बच्चाको नाम
बच्चाको परिवारमा को छ?
तपाँईको बच्चासँग घरमा को-को बस्छन्?
के त्यहाँ कुनै विशेष पारिवारिक प्रबन्धहरू छन्, जस्तै साझा अभिभावक, दुई घरमा बस्ने वा हिरासत विवरणहरू, आदि? _____ छन्   _____ छैनन् थप विवरणहरू?
के त्यहाँ कुनै परिवर्तनहरू वा बदलिएका परिस्थितिहरू छन् जुन तपाँईको बालबालिकाले हालसालै अनुभव गरेको छ वा अनुभव गरिरहेको छ? (सम्बन्ध विच्छेद, नयाँ घर, परिवारको सदस्य, साथी वा घरपालुवा जनावरको मृत्यु? _____ छ   _____ छैन् थप विवरणहरू?
कृपया सबै शब्दहरूमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस् जसले तपाँईको बच्चाको व्यक्तित्व र आचरणको उत्तम वर्णन गर्दछ: सक्रिय साहसी प्रेमपूर्ण चिन्ताजनक नेतृत्वकर्ता उज्ज्वल व्यस्त शान्त सतर्क हंसमुख सामग्री रचनात्मक जिज्ञासु सजिलै दुखी हुने भावनात्मक ऊर्जावान उत्साहजनक मैत्री दिशा निर्देशनको पालना खु शी हिचकिचाउने मनपर्दो संरचना/ तालिका कढा स्वार मायालु बाहिर जाने वयस्कहरूको भनाइ मान्ने शान्त संवेदनशील गम्भीर राम्रोसंग साझा सामाजिक सहज जिद्दी अन्य:
के त्यहाँ थप व्यक्तित्व र व्यवहार विशेषताहरू छन् जुन तपाँईको बच्चाको बारेमा जान्न उपयोगी छ?

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

के त्यहाँ केहि चीजहरू छन् जसले तपाँईको बच्चा डराउँछ? यदि हो भने, ऊ/उनीले कस्तो प्रतिक्रिया गर्दछन् र तपाँई उसलाई आराम दिन के गर्नुहुन्छ?
कुन कुराले तपाँईको बच्चालाई रीस वा निराश महसुस गराउँछ?
के तपाँईको बच्चा शौचालय प्रशिक्षित छ? के तपाँईको बच्चालाई शौचालय प्रयोग गर्दा सहयोग चाहिन्छ? यदि चाहिन्छ भने, कसरी?
तपाँईको बच्चा सामान्यतया रातमा सुत्न कति बजे जान्छ र बिहान कति बजे उठ्छ?
कुन समय (हरू) र कति समयसम्म तपाइँको बच्चा प्राय: निधाउछ?
तपाँई के हो र तपाँई /र/वा बच्चा/ उनी यो कार्यक्रमको सुरु भएदेखि के मा उत्साहित हुनुहुन्छ?
तपाँई र/वा बच्चा यो कार्यक्रममा सुरु भएदेखि ऊ/उनी चिन्तित हुन सक्नुहुन्छ?
तपाइँको यस कार्यक्रमका के अपेक्षाहरु छन्?
तपाँईको बच्चाका बारेमा थाहा पाउनकालागि हेरचाह गरिरहेका स्टाफलाई अरू कुनै जानकारी उपयोगी हुनेछ?
अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर मिति

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education
Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

प्रारम्भिक बाल्यकाल (अर्ली चाइल्डुड) शिक्षा विभाग
ट्रान्सपोर्टेशन (यातायात) व्यवस्था

कृपया सबै अर्ली चायल्हूड शिक्षाका विद्यार्थीहरूकालागि पूर्ण गर्नुहोस्:

अर्ली चाइल्डुड शिक्षा मैले बुझेको छु कि अर्ली चाइल्डुड शिक्षाका विद्यार्थीहरूकालागि जबसम्म मेरो बच्चाको एउटा व्यक्तिगत शिक्षा योजना हुने छैन तबसम्म यातायात सेवा प्रदान गरिने छैन।

____

अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर   मिति

यातायात व्यवस्था: कृपया तल संकेत गर्नुहोस्

________ गाडी (कार) मा सवार

________ डेकेयर भ्यानमा सवार

________ हिढेर

________ बसमा सवार (व्यक्तिगत शिक्षा योजनाहरूका साथ विद्यार्थीहरूकालागि उपलब्ध विकल्प)

यदि एउटा गाडीमा सवार वा हिढेर आउनेले, कृपया वयस्क (हरू) लाई सूचीकृत गर्नुहोस् जसलाई तपाँईको बच्चालाई स्कूलमा छोड्न (ड्रप गर्न) र/वा तपाँईको बच्चालाई स्कूलबाट जिम्मा लिने अधिकार दिनुहुन्छ।

____

नाम   सम्बन्ध   फोन नम्बर #

____

नाम   सम्बन्ध   फोन नम्बर #

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

COLUMBUS CITY SCHOOLS

Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education

Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

गुणस्तर (SUTQ) सम्म पुग्नकालागि विकास र शैक्षिक लक्ष्यहरू

अभिभावक - कृपया यो फारमको छायादार भागहरू पूरा गरेर तपाँईको बच्चाकालागि शैक्षिक लक्ष्य विकास गर्न हामीलाई सहयोग गर्नुहोस्। यसको समीक्षा बर्षको पहिलो बैठकमा हामी सँगै गर्नेछौं ।

बच्चाको नाम	
जन्म मिति	
विकासात्मक / शैक्षिक लक्ष्यहरू * कृपया कम्तिमा दायाँ पट्टिका वाक्यहरबाट दुईवटा लक्ष्यहरू छान्नुहोस् वा तपाँईको बच्चाकालागि तपाँईका आफ्नै लक्ष्य लेख्नुहोस्	☐ म मेरो बच्चाले काम वा गतिविधि (गैर इलेक्ट्रॉनिक उपकरणहरू) मा आफ्नो ध्यान विस्तार गरेको चाहन्छु ☐ म मेरो बच्चाको समस्या समाधान र द्वन्द्व समाधानको क्षमता वृद्धि भएको चहान्छु। ☐ म मेरो बच्चा कक्षामा साथीहरूसँग खेल्न र सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू- उदाहरणकालागि आफ्ना भावनाहरू प्रबन्ध गर्न सिक्ने, अरुप्रति समानुभूति विकास गर्न र अरूसँग सकारात्मक सम्बन्ध स्थापना गर्न र यसलाई कायम राख्न विकास भएको चाहन्छु। ☐ म मेरो बच्चाको आफ्नो सहायता-सम्बन्धी दक्षता र स्वतन्त्रता दक्षता सुधार गर्न चाहन्छु (उदाहरणका लागि, लुगा लगाई) ☐ म मेरो बच्चालाई १-१० सम्मको गणना गर्न सक्षम बनाउन चाहन्छु ☐ म मेरो बच्चाले वर्णमाला र उनीहरूको नामका अक्षरहरू जानेको चाहन्छु ☐ म मेरो बच्चाको "लेखन" वा विभिन्न उद्देश्यका रेखाचित्र सुधार भएको चाहन्छु ☐ म मेरो बच्चाको अधिक जटिल दिशा निर्देशनहरूको पालना गर्ने उनीहरूको क्षमता वृद्धि भएको चाहन्छु ☐ अन्य: ____________________ ____________________
कार्य चरणहरू	• अभिभावकले "परिवार जानकारी" फाराम पूरा गर्दछ • शिक्षकले अभिभावकसँग फाराम समीक्षा गर्दछ र स्पष्ट भए वा नभएको सोध्दछ • सम्भावित लक्ष्यहरूका बारेमा थप डेटा भेला गर्न शिक्षकले पाठ्यक्रममा आधारित आधारभूत मूल्यांकन पूरा गर्दछ • अभिभावक र शिक्षक सहयोगी रूपमा दुईवटा शैक्षिक/विकासात्मक लक्ष्यहरूमा सहमत हुन्छन् • लक्ष्यहरूतर्फको प्रगति अभिभावक/शिक्षक सम्मेलनहरू र विद्यार्थी रिपोर्ट कार्डहरूमा सूचित गरिन्छ
जिम्मेवार व्यक्ति (हरू)	कक्षाकोठाको शिक्षक, अभिभावक/संरक्षक, बाहिरका एजेन्सीहरू/समुदाय साझेदारहरू

Rev. 03.15.2019

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

आवश्यक स्रोतहरू	☐ भिजुअल टाइमर ☐ थप भाषा/साक्षरता पुस्तकहरू, खेलहरू, प्रविधि ☐ स्वतन्त्रता रहनकालागि पर्खने समयवधि ☐ प्रविधि ☐ सामाजिक कौशलका पुस्तकहरू र स्रोतहरू ☐ बारम्बार अभ्यास ☐ बहु-संवेदी सिक्ने तिर नजिकिंदै ☐ अन्य: ______________________________
पहिलो बैठकका टिप्पणीहरू वा प्रगति	
दोस्रो बैठकका टिप्पणीहरू वा प्रगति	

पहिलो बैठकको समीक्षा:
शिक्षकको हस्ताक्षर: ______________________________ मिति: ______________

अभिभावकको हस्ताक्षर: ______________________________मिति:______________

दोस्रो बैठकको समीक्षा:
शिक्षकको हस्ताक्षर: ______________________________ मिति: ______________

अभिभावकको हस्ताक्षर: ______________________________मिति: ______________

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

रेडि फर सक्सेस
अभिभावकले बाल सूचनाकालागि फुकुवा

अर्ली रिडिङ र अर्ली गणित स्क्रिनिङ्स

हाम्रो पृस्कूल कार्यक्रमले तपाँईको बच्चालाई प्रारम्भिक शिक्षाका अनुभवहरू प्रदान गरेर उसलाई किन्डरगार्टनमा तयार हुन मद्दत गर्ने सहयोग पुर्‌याउन प्रतिबद्ध छ। प्रारम्भिक पढाइ र गणितमा सहयोग लिन ओहायो स्टेट युनिभर्सिटीमा अर्ली चाइल्डहुड रिसर्च एन्ड पोलिसीकालागि हामी **रेडि फर सक्सेसको** पहल र क्रेन सेन्टरसँग साझेदारी गर्दैछौं।यस **अनुमति प्रदानमा** तपाँईले हस्ताक्षर गरेपछि हामीलाई तपाँईका बच्चाको सिकाईमा मद्दत गर्ने पाठहरूको योजनामा मद्दत गर्न तपाँईका बच्चाका शिक्षकले जानकारी प्राप्त गर्नेछन्।

म यसकालागि अनुमति दिँदछु (बच्चाको कानूनी नाम)

हालको स्कूल वर्षको फल-सेसन (पूर्व-स्क्रीनिङ)मा र वर्तमान वर्षको स्प्रिङ-सेसन (पोस्ट स्क्रीनिङ) मा हुने गेट रेडि टु रिड र/वा पृस्कूल अर्लि न्यमरेसी स्किल्स टेस्ट प्रबिन्धत हुनुहोस्। मेरा शिक्षकले मेरो बच्चाको प्रारम्भिक पढाइ र प्रारम्भिक गणितको विकासमा मद्दत गर्नकालागि चाहिने शिक्षण रणनीतिहरू पहिचान गर्न यो जानकारी प्रयोग गर्नुहुन्छ। थप रूपमा क्रेन सेन्टरका रेडि फर सक्सेसका कर्मचारीहरूले प्रिस्कूलका कक्षाकोठामा गुणस्तरीय गणित र साक्षरता निर्देशन प्रदान गर्नकालागि शिक्षकहरूलाई सहयोग गर्न तपाँईका बच्चाको कक्षाकोठामा धेरै भिडियो टेप गरेको अवलोकनहरू सञ्चालन गर्न सक्दछन्। संकलन गरिएका कुनै पनि भिडियो टेपहरू तपाँईको बच्चाका शिक्षकसँग मात्र निर्देशिक कोचिंगकालागि प्रयोग हुनेछन्। भिडियो टेपहरू सार्वजनिक रूपमा कहिले पनि साझेदारी हुँदैन।

म (प्रदायकको नाम) कोलम्बस सिटि स्कूल्सलाई अनुमति दिन्छु

स्क्रिनिङका नतीजाहरू र आधारभूत जानकारी (जस्तै- जन्म मिति, भाषा र जाति) फ्यूचररेडी कोलम्बस र/वा त्यो जानकारी लिने स्कूलसंग साझा गर्न अर्ली चाइल्डवुड रिसर्च एण्ड पोलिसिकालागि क्रेन सेन्टरलाई म पनि अनुमति दिन्छु किन कि स्कूल डिस्ट्रिक्टबाट मेरो बच्चाको किन्डर्गार्टेन रेडिनेस एसेसमेन्टको जानकारी प्राप्त गर्न सकौं ताकि हामीले यी नतीजाहरू मेरा बालबालिकाको पृस्कूल कार्यक्रममा सुधारकालागि बाँड्न सकौं।

म बुझ्दछु कि यो जानकारी गोप्य राखिन्छ र कार्यक्रम द्वारा सुधारका उपायहरुकालागी मात्र प्रयोग गरिन्छ। म बुझ्दछु कि सबै व्यक्तिगत जानकारी गोप्य राखिनेछ।

बच्चाको कानूनी नाम (पहिलो, मध्य, थर)   बच्चाको जन्म मिति

अभिभावक/संरक्षकको कानूनी नाम

(कृपया इनिसियल लेख्नुस) थप रूपमा, म मेरा बच्चाको फोटोग्राफ **रेडि फर सक्सेस** व्यावसायिक विकास सेमिनारहरूकालागि मेरा बच्चाको सिकाई प्रदर्शन गर्न र तिनका शिक्षक र साक्षरता कोचसँग काम गर्नकालागि प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु।

Early Childhood Education
COLUMBUS CITY SCHOOLS

Division of Early Childhood Education
Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.8745
www.ccsoh.us/earlychildhoodeducation

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

चिकित्सा सम्झाउनी (मेडिकल रिमाइन्डर)

राज्य इजाजतपत्र दिशानिर्देशहरू अनुसार, पृ-स्कूलको प्रत्येक विद्यार्थीले पछिल्लो १२ महिना भित्र गरिएको स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरिएको कागजात र स्कूल सुरु गर्नु अघि फाइलमा सबै खोप अद्यावधिक गरिएको खोप रेकर्ड राख्न आवश्यक छ। खोप रेकर्डका अतिरिक्त इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले चिकित्सा फाराम पूरा गरेको हुनुपर्छ।

यदि तपाँईको बच्चालाई स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा खोप आवश्यक छ भने, कृपया भेटघाटको तालिका (एप्पोइन्टमेन्ट) बनाउनकालागि सकेसम्म चाँडो वहाँहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा स्कूल आधारित नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलका स्वास्थ्य सेवाहरूलाई 614-355-2590 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि कुनै विद्यार्थीलाई गत वर्ष भित्र कल्याण बाल परीक्षाकालागि नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलले परीक्षण गरेको भए, अभिभावक/संरक्षकले माइचार्ट खाता (MyChart) मार्फत यो जानकारी अनलाइन पहुँच गर्न सक्नुहन्छ।

तपाँईहरुले खोप रेकर्ड सहित कल्याण बाल परीक्षा/वार्षिक शारीरिक परीक्षणका कागजात ECEnurses@columbus.k12.oh.us, मा इमेल गर्न सक्नुहुन्छ वा 614-365-8745 फ्याक्स नम्बरमा फ्याक्स गर्न सक्नुहुन्छ, वा सो कागजात आफ्नो बच्चाका कक्षाकोठा-शिक्षकलाई पठाइदिन सक्नुहुन्छ। हामी यहाँहरुले संलग्न गर्नु भएका सि सि स मेडिकल फाराम, ODJFS मेडिकल फाराम, वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट पछिल्लो १२ महिना भित्र स्वस्थ बच्चा भेट वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको कुनै पनि आधिकारिक कागजात स्वीकार गर्न सक्छौं।

तपाँईका विद्यार्थीहरु स्कूल जान सुरु गर्नु भन्दा पहिल्यै हामीसँग वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको वा स्वस्थ बच्चा परीक्षणका कागजात फाइलमा हुनै पर्नेहुन्छ।

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

Revised 10/23/25

COLUMBUS CITY SCHOOLS
HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES

Preschool Medical Form

NOTE: All Pre-Kindergarten children entering Columbus City Schools are required to have medical and dental examinations within the current calendar year. This information is confidential and becomes a part of the student's cumulative record.

Name________________________________ Address_________________________________
School__________________Grade_________Room__________ Date of Birth_____________

HEALTH SCREENING:

Height__________ Weight_____ Visual Acuity: Right_______ Left_________
Hearing Acuity: Right_______ Left_________
Date of Exam ________ Strabismus:____________ Color vision_________

IMMUNIZATION REQUIREMENTS:

Section 3313.671 of the Ohio Revised Code requires children of school age to be immunized against diphtheria, whooping cough, tetanus, polio, rubeola, rubella, mumps and Hepatitis B.

DtaP, DPT, DT					
Polio					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Hib					
TB Test		Results			
Other					
Other					

PHYSICAL EXAMINATION:

Surgical History:

Medical History:

Current medical diagnosis:

Allergies:

Medications:

Head and Neck_________________________
BP______________
Orthopedic______________________________
Chest________________Heart_____________
Lungs________________ Abdomen_________
Hernia________________Extremities__________
Neurological______________________________
Behavioral/Emotional______________________
____

Urinalysis	
Hemoglobin	
Sickle Cell	
Serum Lead	
Other Labs	

Please indicate any physical activity restrictions or required adaptations to physical education program:

Based upon this child's medical history and physical condition at the time of examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in an early childhood education program within Columbus City Schools.

Date of Exam_________ Health Care Provider Signature_________________________
Phone____________ Provider printed name or stamp_________________________

FAX Form to (614)365-8745

Rev. 03/2019

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities

COLUMBUS CITY SCHOOLS
HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES

Dental Record

(To be completed by the dentist)

SCHOOL ____

NAME ____

ADDRESS ____

PHONE # ___________________________ BIRTHDATE ________________

PARENT NAME ____

Child was examined on ___________________________
(Date)

The following services have been performed: (*Please Check*)

Radiographs ______

Oral Prophylaxis ______

Fluoride Treatment ______

Restorations ______

The following statements are applicable: (*Please Check)*

All necessary services have been performed ______

No restorative services are required at this time ______

The child is in treatment and future appointments have been arranged ______

____,D.D.S.
Signature

Approved: Columbus Dental Society

**** Please fax completed form to the nurse at 614-365-8745 ****

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity /expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities. 02/22/19