

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

تذكير طبي

وفقًا لإرشادات ترخيص المدارس الحكومية، يُطلب من كل طالب في مرحلة ما قبل المدرسة إحضار وثيقة تثبت فحصًا صحيًا للطفل أو فحصًا بدنيًا سنويًا أجري خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، بالإضافة إلى سجل تطعيمات مُحدَّث قبل بدء الدراسة. يجب على مقدم رعاية صحية مُرخَّص اكمال النموذج الطبي، بالإضافة إلى سجل التطعيمات.

إذا كان طفلكم بحاجة إلى فحص صحي أو تطعيمات، يُرجى التواصل مع مقدم الرعاية الصحية أو خدمات الصحة المدرسية بمستشفى Nationwide للأطفال على الرقم 614-355-2590 في أقرب وقت ممكن لحجز موعد. إذا راجع طفلك مستشفى Nationwide للأطفال خلال العام الماضي لإجراء فحص صحي، يُمكن للوالد/الوصي الوصول إلى هذه المعلومات عبر الإنترنت من خلال MyChart.

يمكنك إرسال وثنائق فحص الطفل الصحي/الفحص الطبي السنوي، بما في ذلك سجل التطعيمات، عبر البريد الإلكتروني إلى ECEnurses@columbus.k12.oh.us، أو بالفاكس إلى 614-365-8745، أو إعادتها إلى معلم الفصل. نقبل نموذج CCS الطبي المرفق، أو نموذج ODJFS الطبي، أو أي وثيقة رسمية من مقدم الرعاية الصحية تثبت زيارة الطفل الصحي أو الفحص الطبي السنوي خلال 12 شهر الماضية.

يجب أن يكون لدينا توثيق للفحص البدني السنوي أو فحص العافية للطفل في الملف قبل أن يتمكن طفلك من البدء في حضور المدرسة.



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