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

Rappel médical

Conformément aux directives relatives à l'octroi de licences de l'état, chaque élève d'âge préscolaire doit présenter, avant de commencer l'école, un certificat médical attestant qu'il/elle a passé un examen médical ou un bilan de santé annuel au cours des 12 derniers mois, ainsi qu'un carnet de vaccination à jour. Le formulaire médical doit être rempli par un professionnel de santé agréé, en plus du carnet de vaccination.

Si votre enfant a besoin d'un examen médical préventif ou de vaccins, veuillez contacter son prestataire de soins de santé ou les services de santé scolaires du Nationwide Children's Hospital au 614-355-2590 dès que possible afin de prendre rendez-vous. Si un/une élève a été examiné par le Nationwide Children's Hospital au cours de l'année écoulée dans le cadre d'un examen médical préventif, le parent/tuteur ou la tutrice peut accéder à ces informations en ligne via MyChart.

Vous pouvez envoyer par courrier électronique les documents relatifs à l'examen médical annuel/préventif de votre enfant, y compris son carnet de vaccination, à l'adresse ECNurses@columbus.k12.oh.us, les faxer au 614-365-8745 ou les remettre à l'enseignant de votre enfant. Nous acceptons le formulaire médical CCS ci-joint, le formulaire médical ODJFS ou tout autre document officiel délivré par un professionnel de santé attestant d'une visite médicale ou d'un examen annuel de votre enfant au cours des 12 derniers mois.

Nous devons avoir dans nos dossiers les résultats d'un examen médical annuel ou d'un bilan de santé de votre enfant AVANT que celui-ci puisse commencer à fréquenter l'école.



**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