



# የአዲስ ተማሪ መረጃ

የጋራ ሀላፊነት የመረጃ ክፍል ጽ/ቤት - የምንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ  
Office of Shared Accountability: Records Unit  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville: Maryland 20850

የ MCPS ቅጽ 560-24  
ፌብሩዋሪ 2019

መመሪያዎች: - ይህ ቅጽ በወላጅ/አሳዳጊ ወይም ቅጹን ለመሙላት በሚያሟላ/በምታሟላ ተማሪ የሚሞላ ነው። ለአዲስ ወይም ተመልሰው ወደ MCPS ለሚገቡ ተማሪዎች በሙሉ፣ የሚከተሉት ማረጋገጫዎች በምዝገባ ወቅት መቅረብ አለባቸው፡- ቤት አልባ ካልሆኑ በስተቀር፣ የምንትጎመሪ ካውንቲ (Montgomery County) ነዋሪነት፣ ዕድሜ እና ክትባቶች።

የተማሪ መረጃ

ከልደት የምስክር ወረቀት ወይም ከሌላ የልደት መረጃ ጋር መስማማት (አንድ አይነት መሆን) አለበት

ሀጋዊ የአያት ስም \_\_\_\_\_ ሀጋዊ የራስ ስም \_\_\_\_\_ ሀጋዊ የአባት ስም \_\_\_\_\_

የተማሪው/ዋ ለመጠሪያ ምርጫ(የመጀመሪያ) ስም \_\_\_\_\_

የሶሻል ስኩሪቲ ቁጥር (አያስፈልግም) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ የትውልድ ቀን \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ወንድ  ሴት

የት/ቤት ስም \_\_\_\_\_ የ MCPS መታወቂያ# \_\_\_\_\_ ክፍል \_\_\_\_\_

ሜሪላንድ የቤት ቋንቋ ጥናት-ግምገማ

በፈደራል እና በስቴት አስፈላጊ እንደመሆኑ መጠን፣ የቤት ቋንቋ ጥናት-ግምገማ በሁሉም ተማሪዎች ላይ ይደረጋል እናም ጠቅሚታው ምናልባት ተማሪ የእንግሊዝኛ ቋንቋ ድጋፍ ያስፈልገው(ያስፈልጋት) እንደሆነ ለመወሰን ነው። እና ለስደተኝነት ጉዳይ ወይም ለስደት ጉዳይ ሃላፊዎች ሪፖርት የማረጋገጥ ጥቅም ላይ አይውልም።

ከዚህ በታች ባሉት ሦስት ጥያቄዎች ሁለቱ ከእንግሊዝኛ ቋንቋ ሌላ ተጠቅሶ ከሆነ፣ ተማሪው(ዋ) የእንግሊዝኛ ቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያስፈልገዋል እንደሆነ ግምገማ-ቅኝት ይደረጋል። ለፈተና ተጨማሪ መመዘኛ ሊታሰብ (ግንዛቤ ውስጥ ሊወሰድ) ይችላል።

ምን ቋንቋ/ቋንቋዎችን ነው ተማሪው(ዋ)በመጀመሪያ ለመናገር የተማረ(ች)ው ? \_\_\_\_\_

ምን ቋንቋ ነው ተማሪው(ዋ)በአብዛኛው ለግንኙነት የሚጠቀመው/የምትጠቀመው? \_\_\_\_\_

በቤትዎ ውስጥ ምን ቋንቋ(ዎች) ይነገራል(ሉ) ? \_\_\_\_\_

የእድሜ ማረጋገጫ — (የልደት ማስረጃ) የትኛው ሰነድ እንደቀረበ ያመለክቱ/ያሳዩ

የልደት ሠርተፊኬት  ፓስፖርት/ቪዛ  የሐኪም ሠርተፊኬት  የጥምቀት ወይም የቤተክርስቲያን ሠርተፊኬት  የሆስፒታል ሠርተፊኬት  የወላጆች ቃለመሃላ ማስረጃ  የልደት ሠርተፊኬት  ሌላ ሕጋዊ ወይም በቃለ መሀላ የተደገፈ መለያ/የሠነድ ማረጋገጫ (በግልጽ ይጻፍ) \_\_\_\_\_

መኖሪያ

የመንገድ አድራሻ \_\_\_\_\_ ከተማ \_\_\_\_\_

ስቴት \_\_\_\_\_ ዚፕ \_\_\_\_\_ የኢ-ሜይል አድራሻ \_\_\_\_\_

ተቀዳሚ የቤት ወይም የእጅ ስልክ ቁጥር \_\_\_\_\_

ሁኔታዎች ( የሚመለከተው/ታት ከሆነ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ቤት አልባ ልጅ/ብቻው(ዋ)ን የሆነ(ች) ወጣት (MCPS Form 335-77፣ የቤት አልባነት መግለጫ ይሙሉ)

ይፋ ያልተደረገ የዘመድ እንክብካቤ (MCPS ቅጽ 334-17 ይሙሉ፣ ቃለመሃላ፣- መደበኛ ያልሆነ ከዘመድ ጋር በመጠጋት እንክብካቤ የሚያገኙ ልጆች)

በየሜሪላንድ ስቴት ቁጥጥር የሚደረግበት እንክብካቤ (Maryland State Supervised Care) (MCPS ቅጽ 560-35 ይሞላ፣ በሜሪላንድ ስቴት ክትትል የሚደረግበት እንክብካቤ (Maryland State Supervised Care) የልጅ ምዝገባ እና የትምህርት መረጃ/ሪከርድ ማስተላለፊያ)

የነዋሪነት ማረጋገጫ— የ MCPS ደንብ JEA-RB፣ የተማሪዎች ምዝገባ፣ ቤት አልባ ከሆኑ በስተቀር ከሚከተሉት አንዱን ማቅረብ ይጠይቃል፡

ወቅታዊ የንብረት ታክስ ክፍያ ሠነድ  ወቅታዊ ሊዝ/ኪራይ  ዋናው/አርጅናል ኪራይ (ሊዝ) ጊዜው አልፎበት ከሆነ፣ ኮፒውን እና ወቅታዊ የፍጆታ መገልገያ ክፍያ ሠነድ

ቤት በጋራ/በደባልነት ከሆነ የማሳወቂያ ቅጽ (MCPS ቅጽ 335-74) ተሞልቶ መቅረብ አለበት።

ለጽሑፍ ግንኙነት /መግባቢያ/ የሚውል ቋንቋ

አማርኛ (Amharic)  ቻይንኛ (Chinese)  እንግሊዝኛ (English)  ፈረንሳይኛ (French)  ኮርያንኛ (Korean)  ስፓኒሽ (Spanish)  ቪትናምኛ (Vietnamese)

የስደተኛ አገልግሎቶች እና ከተወሰኑ ፈተናዎች/ቴስቶችን ማስቀረት/IMMIGRANT SERVICES AND EXEMPTIONS FROM CERTAIN TESTS

ለስደተኛ አገልግሎቶች ለማግኘት ብቁ መሆንን እና/ወይም ከተወሰኑ ፈተናዎች ነፃ መሆንን ለመወሰን እንዲያግዝ፣ እባክዎ የሚከተሉትን መረጃዎች ያቅርቡ፡-

ተማሪው/ዋ የተወለደው/ችው ከዩናይትድ ስቴትስ ውጭ ነው?

አዎ  አይደለም አዎ ከሆነ፡- ተማሪው(ዋ) በ U.S. K-12 ትምህርት ቤቶች የቆየ(ች)ው ለስንት ወር ነው?

ተማሪው(ዋ) ወደ U.S. K-12 የገባ(ች)በት ቀን ትምህርት ቤት ለመጀመሪያ ጊዜ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ክትባቶች

ክትባት ማጠናቀቂያ(ቋ)ን ማረጋገጫ —MCPS ደንብ JEA-RB, የተማሪዎች ምዝገባ, ከሚከተሉት የአንዱ ኮፒ/ቅጂ ያስፈልጋል:-

የሜሪላንድ የጤና መምሪያ የክትባት ስርተፊኬት/Maryland Department of Health Immunization Certificate 896

ከደክተር ፅ/ቤት በኮምፒውተር የተዘጋጀ ህትመት  ሌላ \_\_\_\_\_

የዘር ሃረግ

1. የዘር መደብ፡ የሚከተሉትን ትርጉሞች/መግለጫዎች ያንብቡ እና የተማሪውን/የተማሪዋን የትውልድ ሃረግ በሚገልጸው ላይ ምልክት ያድርጉ።

ይህ/ይህች ተማሪ ሂስፓኒክ ወይስ ላቲኖ ነው/ናት? (አንድ መልስ ይምረጡ።)  አዎን  አይደለም

የኩባ፣ የሜክሲኮ፣ የፖርቶሪኮ፣ ከደቡብ ወይም መካከለኛ አሜሪካ፣ ወይም ሌላ የእስፓንሽ ባህል ወይም ዝርያ ያላቸው፣ ዘራቸው ከየትኛውም ቢሆን ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ ተብለው ይወሰዳሉ።

2. የዘር ሃረግ፡ የተማሪው(የተማሪዋ)ን የዘር ሃረግ በሚያመለክተው በታ ላይ ምልክት ያድርጉ። ማንኛውም ዝርያ ቢሆን ቢያንስ አንድ ዘር መምረጥ አለብዎት። ከአንድ በላይ መምረጥ ይቻላል። የዚህ(የዚህች)ን ተማሪ ዘር/ዝርያ ያመልክቱ። (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ።)

አሜሪካዊ/ት ህንዳዊ/ት ወይም የአሳስካ ተወላጅ (American Indian or Alaskan Native)  ኤዥያዊ/ት (Asian)  ጥቁር ወይም አፍሪካዊ/ት አሜሪካዊ/ት (Black or African American)  ከሆዌይል ወይም ሌላ የፓስፊክ ደሴት ተወላጅ (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)  ነጭ (White)

የቀድሞ ት/ቤት ተሞክሮ

ተማሪው/ዋ ከዚህ ቀደም በሞንትጎመሪ ካውንቲ ት/ቤት (Montgomery County Public School) ተምሮ/ራ ያውቃል/ታውቃለች?  አዎን  አይደለም
አዎ ከሆነ:- በመጨረሻ የተከታተለበት/ችበት የሞንትጎመሪ ካውንቲ የህዝብ ት/ቤት (MCPS) \_\_\_\_\_
የተከታተለበት/ችበት ቀናት \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ እስከ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ የመጨረሻ ክፍል \_\_\_\_\_

መጨረሻ የተማሪበት/የተማሪችበት ት/ቤት ስምና አድራሻ:-

\_\_\_\_\_

የለቀቀበት/ችበት ቀን \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ የመጨረሻው ክፍል \_\_\_\_\_  የህዝብ ት/ቤት  የግል ት/ቤት

ለተማሪው/ለተማሪዋ ሀላፊ የሆነ/የሆነች(የሆኑ) አዋቂ(ዎች)\*

በተማሪው(ዋ) ወቅታዊ የመኖርያ አድራሻ ሃላፊ የሆነ/የሆነች አዋቂ ስም:-
ዝምድና (ግኑኝነት):-  እናት  አባት  ሞግዚት
 ሌላ \_\_\_\_\_
ቀጣሪ \_\_\_\_\_
ስልክ ቁጥር #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ ስልክ ቁጥር #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
ስልክ ቁጥር #3 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

በተማሪው(ዋ) ወቅታዊ የመኖርያ አድራሻ ሃላፊ የሆነ/የሆነች አዋቂ ስም:-
ዝምድና (ግኑኝነት):-  እናት  አባት  ሞግዚት
 ሌላ \_\_\_\_\_
ቀጣሪ \_\_\_\_\_
ስልክ ቁጥር #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ ስልክ ቁጥር #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
ስልክ ቁጥር #3 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እላይ ከተጠቀሰው ሀላፊ ከሆነ/ች አዋቂ የተለየ ከሆነ)
ዝምድና (ግኑኝነት):-  እናት  አባት  ሞግዚት
 ሌላ \_\_\_\_\_
አድራሻ \_\_\_\_\_
ስልክ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እላይ ከተጠቀሰው ሀላፊ ከሆነ/ች አዋቂ የተለየ ከሆነ)
ዝምድና (ግኑኝነት):-  እናት  አባት  ሞግዚት
 ሌላ \_\_\_\_\_
አድራሻ \_\_\_\_\_
ስልክ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\* ኃላፊነት ያለው አዋቂ ሰው ህጋዊ መታወቂያ (ፎተግራፍ ያለበት) እና ከተማሪው(ዋ) ጋር ያለ ዝምድና/ግንኙነት ማረጋገጫ (ይገለጽ)

ተማሪው/ዋ የሙሉ ጊዜ የጦር ሃይሎች (Active Duty Forces)፣ የባህር ሃይል፣ አየር ሃይል፣ ማሪን ኮርፕስ፣ የባህር ጠረፍ ጥበቃ፣ ብሄራዊ ጥበቃ፣ ወይም የተጠባቂ ሃይሎች (የጦር ሰራዊት፣ ባህር ሃይል፣ አየር ሃይል፣ ማሪን ኮርፕስ፣ የባህር ጠረፍ ጥበቃ) አባል በሆነ/ች ሰው ላይ ጥገኛ ነው/ናትን?  አዎን  አይደለም

Table with 3 columns: የወንድም/እህት (ስም), የትውልድ ቀን, አሁን የሚገኝበት/የምትገኝበት ት/ቤት

ህጋዊ ውክልና የሌለው/ላት ወላጅ (ተግባራዊ ከሆነ)

ስም \_\_\_\_\_
አድራሻ \_\_\_\_\_

አሳዳጊን/ተንከባካቢ የሚመለከቱ ጉዳዮች?  አዎ  አይደለም አዎ ከሆነ፣ ት/ቤቱን ያነጋግሩ።

ሌላ መረጃ

Table with 3 columns for additional information regarding IEP, Section 504, language instruction, and other educational services.

በዚህ ቅጽ እና በማናቸውም አባሪዎች ላይ የቀረቡት መረጃዎች እኔ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ፣ የተሟሉ እና እውነት ናቸው። እዚህ በቀረበው ማናቸውም መረጃ ላይ ሀሰት ቢገኝበት ላለመቀበል/መክልከል ምክንያት እንደሚሆን እገነዘባለሁ። በተጨማሪ፣ ተማሪው/ተማሪዋ የዚህ ካውንቲ ነዋሪ መሆን ካቆመ/ ካቆመች ለት/ቤቱ ርዕሰ መምህር የማሳወቅ ኃላፊነት እንዳለብኝ እና፣ ቤት የለሽ ካልሆነ/ካልሆነች በስተቀር፣ በካውንቲው ውስጥ ነዋሪ ላልሆነባቸው/ላልሆነችባቸው ለማንኛውም ጊዜያት ላለው የትምህርት ክፍያ ተጠያቂ እንደምሆን እገነዘባለሁ። ተማሪው/ተማሪዋ IEP ካለው/ካላት፣ የ IEP ቡድን የተማሪውን/የተማሪዋን ምደባ መወሰን እንዳለበት እረዳለሁ።

ፊርማ፣ ወላጅ/ህጋዊ ሞግዚት/አሳዳጊ ወይም የሚያሟላ/የምታሟላ ተማሪ ቀን \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# ሜሪላንድ ስቴት የትምህርት ዲፓርትመንት የቅድሚያ ሙከላህፃናት ቅድሚያ ሙከራ



የኤሌሜንታሪ ስርአተ-ትምህርት እና ዲስትሪክት-አቀፍ ፕሮግራሞች መምርያ  
የምንትጎመሪ ካውንቲ ፕብሊክ ስኩልስ  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

የMCPS ቅጽ 345-17  
ፌብሩዋሪ 2019

መመሪያዎች: - የምንትጎመሪ ካውንቲ ፕብሊክ ስኩልስ (MCPS) ሁሉንም አዲስ ገቢ የመዋለ-ህጻናት ተማሪዎች የቅድሚያ እንክብካቤ ተሞክሮዎችን መረጃ እንዲሰጡበት የ Maryland ስቴት የትምህርት መምሪያ (MSDE) ይደነግጋል። ከዚህ በታች የተሰጡ ትርጉሞችን በመጠቀም፣ እባክዎ የሚከተለውን መረጃ/ኢንፎርሜሽን ልጅዎ ለሚ(ምት) ገባበት ትምህርት ቤት ከ MCPS Form 560-24 ጋር አባሪ አድርገው ይመልሱ፣ የአዲስ ተማሪ መረጃ(ኢንፎርሜሽን)/New Student Information።

የተማሪ ስም (አያት፣ መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም) \_\_\_\_\_ የተወለደ(ች)በት ቀን \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ትምህርት ቤት \_\_\_\_\_

ካለፈው ዓመት ሴፕቴምበር ወዲህ ልጁ/ጅቷ አብዛኛውን ጊዜ በምን ዓይነት እንክብካቤ አሳለፈ(ች)?

ለአንድ ሙሉ ቀን አንድ ምልክት ወይም ለግማሽ ቀን ሁለት ምልክቶችን በትክክለኛው ሣጥን ላይ ያድርጉ።

የትምህርት ቤት ስም፣ ማዕከል፣ ወይም የአቅራቢውን ስም በመስመሩ ትይዩ ላይ ያመልክቱ።

በፊት የነበረው/የነበራት እንክብካቤ	የበፊት ተንክባካቤ ት/ቤት፣ ማዕከል፣ ወይም ፕሮቫይደር	ሙሉ ቀን	ግማሽ ቀን—1	ግማሽ ቀን—2
መደበኛ ያልሆነ እንክብካቤ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ሄድ ስታርት		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በህዝብ ት/ቤት (የአጠቃላይ ትምህርት ወይም ልዩ ትምህርት) ቅድመ ሙከላህፃናት		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
የልጅ ጥበቃ ማእከል		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
የቤተሰብ የልጅ ጥበቃ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
የህዝብ ያልሆነ የሕፃናት ትምህርት ቤት		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ሙከላህፃናት (ድጋሚ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### በ MSDE የተወሰኑ የቅድሚያ ሙከራዎች

መደበኛ ያልሆነ/ህጋዊ ዕውቅና የሌለው እንክብካቤ	በዘመድ ወይም ዘመድ ባልሆነ ሰው አማካይነት እቤት ውስጥ የሚሰጥ እንክብካቤ።
ሌድስታርት ፕሮግራም	የፌደራል ቅድመ-ት/ቤት ፕሮግራም አነስተኛ ገቢ ካላቸው ቤተሰቦች ከ 3 - እስከ - 5 ዓመት እድሜ ላላቸው በጀት የሚሰጠው በዩ. ኤስ. የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች ዲፓርትመንት እና ፈቃድ ያገኘው በሜሪላንድ ስቴት የትምህርት ዲፓርትመንት፣ የህፃናት እንክብካቤ ጽ/ቤት U.S. Department of Health and Human Services and licensed by the Maryland Department of Education, Office of Child Care አማካይነት ነው።
በህዝብ ትምህርት ቤት - ቅድመ ሙከላህፃናት	አጠቃላይ የህዝብ ትምህርት ቤት ወይም ልዩ ትምህርት ለአራት ዓመት ልጆች ቅድመ ሙከላህፃናት የሚመራው በ MCPS እና በ COMAR 13A.06.02 ድንጋጌ በህዝብ ትምህርት ቤት አጠቃላይ ትምህርት ወይም ልዩ ትምህርት መሠረት በ MSDE ክትትል የሚደረግበት የቅድመ ሙከላህፃናት ፕሮግራም ት/ቤት ነው።
የልጅ ጥበቃ ማእከል	የልጆች እንክብካቤ የሚሰጥበት ተቋም፣ አብዛኛውን ጊዜ መኖሪያ ቤት ያልሆነ፣ ወላጆች በማይኖሩበት ጊዜ በከፊል ወይም ለሙሉ ቀን የልጆች እንክብካቤ የሚሰጥ፣ ማዕከሎቹ ፈቃድ የሚሰጣቸው በሜሪላንድ ስቴት የትምህርት ዲፓርትመንት፣ የልጆች እንክብካቤ ጽ/ቤት ነው።
የቤተሰብ የልጅ ጥበቃ	ከ13 ዓመት እድሜ በታች ለሆነ(ች) ልጅ፣ ከልጁ/ከልጅቱ መኖሪያ ውጪ በወላጆች እንክብካቤ ምትክ በክፍያ ከ24 ሠዓት ላነሰ ጊዜ፣ ክትትል የሚደረግበት ለልጅ የሚሰጥ እንክብካቤ። የቤተሰብ የልጅ እንክብካቤ ቁጥጥር/ክትትል የሚደረግበት በሜሪላንድ ስቴት የትምህርት ዲፓርትመንት፣ የልጆች እንክብካቤ ጽ/ቤት ነው።
ህዝባዊ ያልሆነ የህፃናት ትምህርት ቤቶች	“ትምህርት” ላይ ትኩረት ያደረገ ለ 2፣ 3፣ ወይም 4 ዓመት ዕድሜ የቅድመ-ትምህርት ቤት ፕሮግራሞች፣ በ MSDE የፀደቀ ወይም ሳይጸድቅ ግዴታው የታለፈለት፣ አብዛኛውን ለግማሽ ቀን፣ በዓመት ለዘጠኝ ወር ነው።



# የተማሪ የአስቸካይ ሁኔታ መረጃ/ኢንፎርሜሽን

የተማሪ እና የቤተሰብ ድጋፍ እና ተሳትፎ ጽ/ቤት - Office of Student and Family Support and Engagement  
 የሞንትጎመሪ ካውንቲ ፕብሊክ ስኩልስ - Montgomery County Public Schools  
 Rockville, Maryland 20850

MCPS ቅጽ 565-1  
 ፌብሩዋሪ 2019  
 ከ2 ገጽ 1ኛው

**መመሪያዎች :- እባክዎ ይህንን ቅጽ በሁለቱም በኩል ይሙሉና ለልጅዎ ት/ቤት በአስቸካይ ይመልሱ።**

የተማሪው(ዋ) ስም (የአያት ስም/Last መጠሪያ ስም/First የአባት ስም/Middle)		የተማሪው/ዋ ለመጠሪያ ምርጫ(የመጀመሪያ) ስም	
የተማሪ መታወቂያ	ክፍል	ስክሽን/Section	የክፍል ኃላፊ መምህር
የሚገኙበት ቀዳሚ ስልክ:-	የትወልድ ቀን	ከ 6ኛ - 12ኛ ክፍሎች ብቻ YRBS/YTS (ግልባጭን ይመልከቱ) <input type="checkbox"/> አይ(ት)ሳተም ይሆናል	ለ11ኛ እና 12ኛ ክፍሎች ብቻ <input type="checkbox"/> የመገናኛ መረጃው ለውትድርና መልማግዮች መተላለፍ/መስጠት የለበትም።
የቤት አድራሻ	የቤት ውስጥ መነጋገርያ ቋንቋ		ለመገናኛ ተመራጭ የሆነ ቋንቋ <input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ/English <input type="checkbox"/> ቻይንኛ/Chinese <input type="checkbox"/> ፊረንሳይኛ/ French <input type="checkbox"/> ኮሪያንኛ/Korean <input type="checkbox"/> ስፓንሽ/Spanish <input type="checkbox"/> ቪትናምኛ/Vietnamese <input type="checkbox"/> አማርኛ/Amharic
የአውቶቡስ መስመር ቁጥር	የጥበቃ/አንክብካቤ ስጋት <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ ት/ቤት ያነጋግሩ)		
ተማሪው/ዋ በስራ ላይ ያለ የጦር ሀይል አባል ገዥ ነው/ናት (የሙሉ ጊዜ) የምድር ጦር፣ የባህር ሀይል፣ የአየር ሀይል፣ የባህር ኃይል ልዩ ኃይል (ልዩ ተልዕኮ ያለው ክፍል)፣ የጠረፍ ጥበቃ ኃይል፣ ብሔራዊ የጥበቃ ኃይል፣ ወይም ተጠባቂ ኃይል (የምድር ጦር፣ የዩ.ኤስ ብሔራዊ የጦር ኃይል ጥበቃ ኃይል፣ የዩ.ኤስ ብሔራዊ የአየር መከላከያ ኃይል፣ የባህር ኃይል፣ የአየር ኃይል፣ የባህር ኃይል ልዩ ኃይል፣ ወይም የጠረፍ ጥበቃ ኃይል)? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም			
ከላይ በተገለጸው የተማሪው/ዋ አድራሻ ነዋሪ የሆነ/ች ኃላፊነት ያለው አዋቂ/ጎልማሳ ሰው ስም:- (አያት፣ መጠሪያ፣ አባት) (ግንኙነት ያለው ሰው የመጀመሪያ ስም)		ከላይ በተገለጸው የተማሪው/ዋ አድራሻ ነዋሪ የሆነ/ች ኃላፊነት ያለው አዋቂ/ጎልማሳ ሰው ስም:- (የአያት፣ መጠሪያ፣ የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል)	
የስራ ቦታ ስልክ	ሞባይል ስልክ	የስራ ቦታ ስልክ	ሞባይል ስልክ
ኢ-ሜይል	ኢ-ሜይል		
ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና/ግንኙነት <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/ሞግዚት <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)	ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና/ግንኙነት <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/ሞግዚት <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)		
ኃላፊነት ያለበት(ት) አዋቂ/ጎልማሳ ሰው ስም አይደለም ከላይ በተገለጸው የተማሪው/ዋ አድራሻ ነዋሪ የሆነ/ች (የአያት፣ መጠሪያ፣ የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል)	ኃላፊነት ያለበት(ት) አዋቂ/ጎልማሳ ሰው ስም አይደለም ከላይ በተገለጸው የተማሪው/ዋ አድራሻ ነዋሪ የሆነ/ች (የአያት፣ መጠሪያ፣ የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል)		
የዚህ አዋቂ/ጎልማሳ ሰው የመኖሪያ ቤት አድራሻ		የዚህ አዋቂ/ጎልማሳ ሰው የመኖሪያ ቤት አድራሻ	
የስራ ቦታ ስልክ	ሞባይል ስልክ	የስራ ቦታ ስልክ	ሞባይል ስልክ
የቤት ስልክ	ኢ-ሜይል	የቤት ስልክ	ኢ-ሜይል
ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና/ግንኙነት <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/ሞግዚት <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)	ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና/ግንኙነት <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/ሞግዚት <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)		
ለተማሪው/ዋ ኃላፊነት ያለበት(ት) ሰው/ድርጅት ከትምህርት ሠዓት ውጭ—ስም (አያት፣ መጠሪያ) (እላይ ከተገለጸው ኃላፊነት ያለው ጎልማሳ ሰው ሌላ/የተለየ ከሆነ)			
አድራሻ			
የቤት ስልክ	ሞባይል ስልክ	ኢ-ሜይል	
የስራ ቦታ ስልክ	ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና-ግንኙነት (ካለ)		
ለተማሪው/ዋ ኃላፊነት ያለው-ያላት ሰው/ድርጅት ከትምህርት ሠዓት በኋላ—ስም (የአያት፣ መጠሪያ) (እላይ ከተገለጸው ኃላፊነት ያለበት(ት) ጎልማሳ ሰው ሌላ/የተለየ ከሆነ)			
አድራሻ			
የቤት ስልክ	ሞባይል ስልክ	ኢ-ሜይል	
የስራ ቦታ ስልክ	ከተማሪው/ዋ ጋር ያለ ዝምድና-ግንኙነት (ካለ)		
በድንገተኛ/አስቸካይ ጊዜ የሚገኙ ሰዎች:- ተማሪው(ዋ) ከወላጅ/ልጅ እንደገና የመገናኘት ፕሮቶኮል/ስምምነት እና ከላይ የተጠቀሰ(ች)ው ጎልማሳ/አዋቂ ሰው ለመገኘት በማትችል በት/በማይችልበት ድንገተኛ/አስቸካይ ሁኔታ ሲያጋጥም ት/ቤቱ ለእነዚህ ግለሰቦች ተማሪው(ዋ)ን መልቀቅ ይችላል።			
በድንገተኛ/አስቸካይ ሁኔታ የሚገኝ/የምትገኝ #1:- (የአያት፣ መጠሪያ)			ከተማሪው(ዋ) ጋር ግንኙነት
የቤት ስልክ	ሞባይል ስልክ	የስራ ቦታ ስልክ	ኢ-ሜይል
የድንገተኛ/አስቸካይ ጊዜ ተጠሪ #2 (የአያት ስም፣ የመጠሪያ ስም)			ከተማሪው(ዋ) ጋር ግንኙነት
የቤት ስልክ	ሞባይል ስልክ	የስራ ቦታ ስልክ	ኢ-ሜይል
በድንገተኛ/አስቸካይ ጊዜ ተጠሪ #3 (የአያት ስም፣ የመጠሪያ ስም)			ከተማሪው(ዋ) ጋር ግንኙነት
የቤት ስልክ	ሞባይል ስልክ	የስራ ቦታ ስልክ	ኢ-ሜይል



የህክምና ዶክተር/ኃላፊነት ያለበት የጤና እንክብካቤ የሚሰጥ ሰው ስም	የህክምና ዶክተር/ኃላፊነት ያለበት የጤና እንክብካቤ የሚሰጥ ሰው ስልክ	
የጥርስ ሐኪም/የጥርስና አፍ ጤና ባለሙያ ስም	የጥርስ ሐኪም/የጥርስና አፍ ጤና ባለሙያ ስልክ	
ተቀዳሚ የሆኑት ምርጫ		
የጤና ኢንሹራንስ/መድን <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ አንዱ ላይ ምልክት ያድርጉ) <input type="checkbox"/> የግል <input type="checkbox"/> ሄልዝ ሻይስ (ሜዲካል አሲስተንት) <input type="checkbox"/> የህጻናት እንክብካቤ/ኬር ፎር ኪድስ		
ለአስቸኳይ ህክምና እርዳታ ማድረስ አስፈላጊ ሆኖ ከተገኘ የት/ቤት ባለሟሎች የመጀመሪያ እርዳታ ህክምና ይሰጣሉ እና/ወይም ልጅዎን ወደ ሀኪም ወይም ሆስፒታል ይወስዱታል (ይወስዱታል) ከላይ ለተጠቀሰው ሃላፊነት ያለበት አዋቂ ሰው ለማሳወቅ መጠበቅ አስፈላጊ አይሆንም። (በድንገተኛ ሁኔታዎች የአደጋ ተከላካይ ጓድ እንደ አስፈላጊነቱ አገልግሎት ይሰጣል።)		
ተማሪው/ዋ ገብ ሲነድፈው/ሲነድፋት አለርጂ አለበት(ባት)? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ መድኃኒቱን፣ ህክምናውን ሰውነት ቢቃወም/ካልተቀበለ- ወ.ዘ.ተ እባክዎ ተጨማሪ መረጃ/ኢንፎርሜሽን ይስጡ)		
ተማሪው(ዋ) ለማንኛውም ዓይነት ምግብ እና/ወይም መድኃኒት አለርጂ አለበት(ባት)? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ መድኃኒቱን፣ ህክምናውን ሰውነት ቢቃወም/ካልተቀበለ- ወ.ዘ.ተ እባክዎ ተጨማሪ መረጃ/ኢንፎርሜሽን ይስጡ)		
ተማሪው/ዋ ማንኛውም ሌላ አለርጂክ አለበት/አለባት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ አለርጂክ፣ መድኃኒቱን፣ ህክምናውን ሰውነት ቢቃወም/ካልተቀበለ- ወ.ዘ.ተ እባክዎ ተጨማሪ መረጃ/ኢንፎርሜሽን ይስጡ)		
ተማሪው(ዋ) በግል የሚይዘው/የምትይዘው (self-carry an Epinephrine Auto-Injector) አለው/አላት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ MCPS ቅጽ 525-14 ተሞልቶ ለትምህርት ቤት መመለስ አለበት)		
ተማሪው(ዋ) በግል የሚይዘው/የምትይዘው ሌላ የአስቸኳይ ሁኔታ መድኃኒት (ለምሳሌ፡- ለአስም ትንፋሽ ለመሰብ የሚረዳ) አለ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ MCPS ቅጽ 525-13 ተሞልቶ ለትምህርት ቤት መመለስ አለበት)		
የዚህን/የዚችን ተማሪ ጤንነት/ህክምና በሚመለከት መታሰብ ያለበት ሌላ መግለጫ የሚፈልጉት ሁኔታ አለ? (ለምሳሌ፡- አስም ወይም የመተንፈስ ችግር፣ የሰካር በሽታ፣ የሚጥል በሽታ፣ ወይም ሌላ ችግር ካለ?) <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም አዎ ከሆነ (ይግለጹ)		
የተማሪው(ዋ) የጤና ሁኔታ የድንገተኛ ዕርዳታ በሚያስፈልገው ሁኔታ ላይ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም አዎ ከሆነ (ይግለጹ)		
በዚህ ጊዜ የታዘዘ መድኃኒት ካለ (ከፈለጉ ይግለጹ)		
መድኃኒት ወይም ህክምና (በቱቦ መመገብ/tube feeding ወይም ካቲተር/catheterization) በተከታታይ፣ በየቀኑ፣ ወይም እንደአስፈላጊነቱ የሚሰጠው በትምህርት ቤት ሠራተኞች ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም (አዎ ከሆነ፣ MCPS ቅጽ 525-12፣ 525-13 ወይም MCPS ቅጽ 525-14 ተሞልቶ ለትምህርት ቤት መመለስ አለበት)		
የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ስም መጻፍ ይኖርበታል።	የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፊርማ	ቀን

ከ6ኛ እስከ 12ኛ ክፍል ለሚማሩ ተማሪዎች ብቻ

ለመካከለኛ ደረጃ እና ለሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት ተማሪዎች ወላጆች/ምዝቆች የሚረዳው ወጣቶች አስገራሚ የሆነ ስነምግባር ዳሰሳ - የወጣት ትምህርት ዳሰሳ/ቅኝት

የቅጹ ይህኛው ክፍል ስለ ሜሪላንድ የወጣት አስገራሚ/ስነምግባር ስነምግባር-በትምህርት ስራ የተጠመደ(ች) ወጣት የተካሄደ ጥናት/ዳሰሳ (YRBS/YTS) እና ምናልባት እርስዎ .. ካልፈለጉ መከተል ያለብዎት አካሄድ ..YRBS/YTS ላይ የእርስዎ ልጅ እንዲሳተፍ/እንድትሳተፍ የማይፈልጉ ከሆነ

የእርስዎ ልጅ ት/ቤት ምናልባት በሚረዳው የጤና መምሪያ(MDHD) ከሜሪላንድ ስቴት የትምህርት መምሪያ (MSDE) እና የሽታ መቆጣጠሪያ እና መከላከያ ማዕከሎች (CDC) ጋር በመተባበር በሚካሄደው የ YRBS/YTS ይሳተፍ ይሆናል። ቅኝቱ የተዘጋጀው በ CDC ሲሆን ይህም አደገኛ ባህሪያትን ለመለየት ሲሆን የደህንነት ባህሪያትንም ሊያካትት ይችላል ለምሳሌ ያህል የሄልጂትና የመቀመጫ ቀበቶ (ሲት ቤልት) አጠቃቀም፣ ድብርተና የአእምሮ ጤንነት፣ የትምህርት፣ አልኮል ወይም ሌሎች እጾች አጠቃቀም፣ አመጋገብና የአካል አንቅስቃሴ፤ እና የወሲብ/የጾታ ባህሪ።

የዳሰሳ ጥናቱ የተዘጋጀው የልጅዎን የግል ገመና በሚጠብቅ ሁኔታ ነው። ቅኝቱ በሚሰጥ የሚያዘነ ሲሆን ተማሪዎችዎ በቅኝቱ ስማቸውን አያስገቡም። ውጤቱ ሲገለጽ/ሪፖርት ሲደረግ ምንም የትምህርት ቤት ወይም የተማሪ ስም አይጠቀስም።

የዳሰሳ ጥናቱ በፈቃደኛነት የሚደረግ ነው። ልጅዎ ጥያቄውን ለመመለስ ካልፈለገ(ች)፣ ሊዘለው ይችላል/ልትዘለው ትችላለች። ልጅዎ ካልተሳተፈ/ካልተሳተፈች በትምህርት ቤቱ፣ በናንተ ወይም በልጃችሁ ላይ ምንም አይነት አርምጃ አይወሰድም። በተጨማሪም ተማሪዎች በማንኛውም ጊዜ ያለቅጣት በቅኝቱ መሳተፍን ማቆም ይችላሉ።

ልጃችሁ በቅኝቱ በመሳተፍ/ፈጽሞ ስለሚኖረው/ስለሚኖራት መብት በተመለከተ ጥያቄ ካለችሁ ወይም ልጃችሁ በመሳተፍ/በመሳተፍ ሲገዳ/ልትገዳ የሚችል/የምትችል መስሎ ከተሰማችሁ እባችሁ ነጻ መስመር በሆነው 1-877-878-3935 ደውሉ። ስማችሁንና የስልክ ቁጥራችሁን ጨምራችሁ መልእክት ብትተው በተቻለ ፍጥነት አንድ ሰው መልሶ ይደውልላችኋል። ስለ ቅኝት ጥናቱ የበለጠ ለማወቅ፣ እባክዎ ድረ-ገጽ ይጎብኙ፡- [www.cdc.gov/HealthyYouth/](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/)

የእርስዎ ልጅ በዳሰሳ ጥናት ላይ እንዲሳተፍ (እንድትሳተፍ) ካልፈለጉ (1) እባክዎ በቅጹ መጀመሪያ የፊት ለፊት ገጽ የመጀመሪያ ክፍል ላይ “YRBS/YTS—May Not Participate,” የሚለውን ይሙሉ። (2) የእርስዎን ልጅ ድንገተኛ/አስቸኳይ ጊዜ ተጠሪ ሰው መረጃ/ኢንፎርሜሽን ቅጽ ለልጅዎ ት/ቤት ይመልሱ።

በተደጋጋሚ የሚቀርቡ ጥያቄዎች

ጥ. የሚረዳው ወጣት አስገራሚ ዳሰሳ-ጥናት/የወጣት ስለ ትምህርት ዳሰሳ (YRBS/YTS) የሚካሄደው ለምድነው? ብለሙ. MDH እና MSDE የ YRBS/YTS ውጤቶችን የሚጠቀሙት ለ፡- (1) በመካከለኛ እና በሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ተማሪዎች መካከል ትኩረት የሚሰጣቸው የባህሪ ጤና ስጋቶች በጊዜ ሂደት እንደሚቀየሩ ለመቆጣጠር፣ (2) አስገራሚ የባህሪ ጤንነት ስጋቶችን ለመከላከል በአካባቢ እና በስቴት የሚደረጉት ጥረቶች የሚያሳድሩትን ተጽእኖ ለመምገም፣ እና (3) የትምህርት ቤት የጤና ትምህርት ፖሊሲዎችን እና ፕሮግራሞችን ለማሻሻል።

ጥ. ጎጂ/ስሜት የሚነኩ/የሚያስቆሙ ጥያቄዎች ይቀርባሉ ወይ? መ. አንዳንድ ጥያቄዎች በአንዳንድ ዲስትሪክቶች፣ ት/ቤቶች፣ ወይም ወላጆች/አሳዳጊዎች ዘንድ ስሜት ይነካሉ/ያስቆጣሉ ተብሎ ሊታሰብ ይችላል። እንደዚህ ያሉ ጥያቄዎች በሙሉ ቀጥተኛ እና ጎጂ/ስሜት-በሚነኩ መልክ የቀረቡ ሲሆን የተዘጋጁትም በ CDC ነው። በቅኝት/ጥናት ላይ የተዳሰሱት ርእሶች ስለ ጭንቅላት መከላከያ/helmets፣ የመቀመጫ ቀበቶ/seat belts መጠቀም፣ ድብርተና የአእምሮ ጤንነት፣ የትምህርት፣ አልኮል፣ እና የሌሎች እጾች አጠቃቀም፣ አመጋገብ፣ የአካል አንቅስቃሴ፤ እና ወሲባዊ/ጾታዊ ባህሪያትን ያካትታሉ።

ጥ. የተማሪ ስሜት በቅኝት ጥናቶቹ ላይ ይጠቀሳል ወይ? መ. አይደለም። የቅኝት ጥናቱ የልጅዎን ገመና እንዲጠብቅ ተደርጎ ነው የተዘጋጀው። ጥናቱ የሚከናወነው የተለየ ስልጠና በተሰጣቸው የመስክ ባለሙያዎች ነው። ተማሪዎች በጥናቱ ላይ ስማቸውን አያስገቡም። ተማሪዎች ጥናቱን ሲያጠናቅቁ የጨረሱትን ቅኝት በትልቅ ሳጥን ወይም ፖስታ ያስቀምጣሉ።

ጥ. ተማሪዎች ከጊዜ በኋላ የስነምግባር ለውጥ ማድረጋቸውን ለመለየት ክትትል ይደረግባቸዋል ወይ? መ. አይደለም። ተሳታፊ ተማሪዎችን ክትትል ሊደረግባቸው አይቻልም። ምክንያቱም ምንም መለያ መረጃ አልተሰበሰበም።

ጥ. ልጆች ለዳሰሳ ጥናቱ እንዴት ነው የሚመረጡት? መ. በአጠቃላይ ከስቴት በግምት 360 ት/ቤቶች እና 85,000 ተማሪዎች እንዲሳተፉ ይደረጋል። መጀመሪያ ትምህርት ቤቶች በዘፈቀደ ይመረጣሉ። ከዚያም በተመረጡ ትምህርት ቤቶች ያሉ ክፍሎች እንደተገኘ/በዘፈቀደ ይመረጣሉ። በተመረጠው ክፍል ያለ/ያለች ማንኛውም ተማሪ መሳተፍ ይችላል/ትችላለች።



# የጥርስ ጤና ቅጽ

Montgomery County Department of Health and Human Services  
 MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
 Rockville, Maryland 20850

MCPS ፎርም 525-17  
 ጁንዩዊ 2017

መመሪያዎች:- ተማሪዎች በትምህርት ቤት በሚመዘገቡበት ወቅት የትምህርት ቤት የጤና ባለሙያዎች የተማሪውን/ዋን የጥርስ ጤንነትን ጨምሮ፣ የጤና መረጃ ይመለከታሉ። የጤና ችግሮች ከተገኙ፣ የት/ቤት የጤና ባለሙያዎች ተማሪዎችንና ወላጆች/አሳዳጊዎችን ተገቢ የጤና አገልግሎቶች፣ የጥርስ እንክብካቤን ጨምሮ፣ እንዲያገኙ ያግዟቸዋል።

እባክዎን የዚህን ፎርም ክፍል 1 ይሙሉና የልጅዎን የጥርስ ሃኪም ወይም የጥርስ ጤና ጠባቂ/hygienist የዚህን ፎርም ክፍል 2 እንዲ(ድት)ሞላው ይጠይቁ(ቋ) ት። የተሞላውን ቅጽ በልጅዎ ትምህርት ቤት ለጤና ክፍል ይመልሱ።

የጥርስ ሃኪም/የጥርስ ጤና ጠባቂ ለማግኘት የሚረዳንድ ስቴትን የጥርስ ህክምና ማህበርን በwww.msda.com በኩል በመገናኘት እርዳታ ሊገኝ ይችላል። የጥርስ እንክብካቤ የማያገኙ ከሆነ፣ እባክዎን በልጅዎ ትምህርት ቤት የት/ቤቱን ነርስ ያነጋግሩ።

**ክፍል I:- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ**

የተማሪው/ዋ ስም	የተማሪ መታወቂያ	
የትም/ቤት ስም	የትውልድ ቀን	ክፍል

**SECTION II: To be completed by the Dental office. (ክፍል 2:- በጥርስ ህክምና ፅ/ቤት የሚሞላ)**

This is to certify that I have examined the teeth of \_\_\_\_\_

- and:**
- All necessary dental work has been completed.
  - Treatment is in progress.
  - No dental work is necessary.

Further recommendations \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

እባክዎን ይህን ፎርም በልጅዎ ት/ቤት ለሚገኘው የጤና ክፍል መልሱ።

**MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE**

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MI  
 SEX: MALE  FEMALE  BIRTHDATE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 COUNTY \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_  
 PARENT NAME \_\_\_\_\_ PHONE NO. \_\_\_\_\_  
 OR  
 GUARDIAN ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)**

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name  
Office Address/ Phone Number

1. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date  
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

3. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

**COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.**

**MEDICAL CONTRAINDICATION:**

**Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.**

This is a:  Permanent condition OR  Temporary condition until \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Medical Provider / LHD Official

**RELIGIOUS OBJECTION:**

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

**Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.**

### Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

## Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)





## HOW TO USE THIS FORM

The documented tests should be the blood lead tests at 12 months and 24 months of age. Two test dates and results are required if the first test was done prior to 24 months of age. If the first test is done after 24 months of age, one test date with result is required. The child's primary health care provider may record the test dates and results directly on this form and certify them by signing or stamping the signature section. A school health professional or designee may transcribe onto this form and certify test dates from any other record that has the authentication of a medical provider, health department, or school. All forms are kept on file with the child's school health record.

### At Risk Areas by ZIP Code from the 2004 Targeting Plan (for children born BEFORE January 1, 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co. (Continued)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continued)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's (Continued)</u>	<u>Queen Anne's (Continued)</u>
ALL	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	ALL	21762		20722	21623	ALL
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						ALL
						<u>Worcester</u>
						ALL

### **Lead Risk Assessment Questionnaire Screening Questions:**

1. Lives in or regularly visits a house/building built before 1978 with peeling or chipping paint, recent/ongoing renovation or remodeling?
2. Ever lived outside the United States or recently arrived from a foreign country?
3. Sibling, housemate/playmate being followed or treated for lead poisoning?
4. If born before 1/1/2015, lives in a 2004 "at risk" zip code?
5. Frequently puts things in his/her mouth such as toys, jewelry, or keys, eats non-food items (pica)?
6. Contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?
7. Lives near an active lead smelter, battery recycling plant, other lead-related industry, or road where soil and dust may be contaminated with lead?
8. Uses products from other countries such as health remedies, spices, or food, or store or serve food in leaded crystal, pottery or pewter.