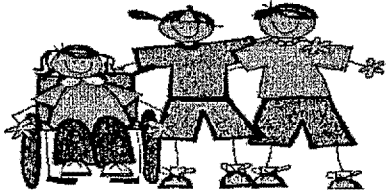
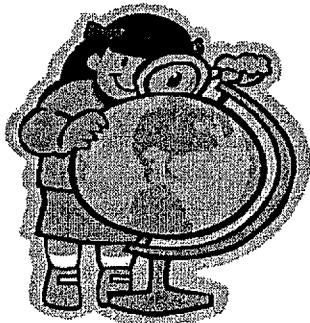


**TODO LOS DOCUMENTOS Y CERTIFICADOS PRESENTADOS DEBEN SER LOS PAPELES ORIGINALES**



**POR ORDEN  
DE LA JUNTA DE  
EDUCACIÓN DE  
LA CIUDAD DE  
UNION CITY**

**LOS REQUISITOS DEBEN SER  
CUMPLIDOS ANTES DE QUE SU  
HIJO/A SEA ADMITIDO.**



**Oficina Central  
Sra. Amber Saroza  
Coordinadora  
4405 Palisade Avenue  
Union City, NJ 07087  
P/F: 201-392-3659**

Office: 201-392-3629 or 3639  
Fax: 201-863-5565

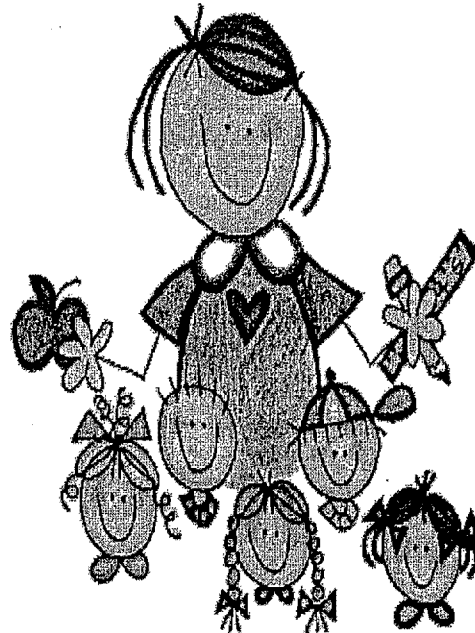
~~~~~

**Biblioteca Publica**

Calle 43 y New York Avenue  
Office: 201-348-2719 or 2720  
Fax: 201-866-5437

**Registración Central**

**Requisitos de  
Residencia en  
Union City**



**4405 Palisade Avenue  
Edison, Veterans,  
Emerson Middle School,  
Early Childhood,  
Jose Marti Freshman Academy,  
Union City High School**

**Detras de la Libreria Publica  
Calle 43 y New York Avenue  
Robert Waters, Hudson,  
Gilmore, Jefferson,  
Washington, Roosevelt  
Union Hill Middle School**

## TODO LOS DOCUMENTOS Y CERTIFICADOS PRESENTADOS DEBEN SER LOS PAPELES ORIGINALES

### Determinación

La información y documentos completos que usted presente serán considerados en la evaluación de su aplicación, y aunque sea un requisito de la ley, la matrícula de su hijo/a no será rechazada cuando otros documentos o formularios demuestran pruebas aceptables.

Por favor comprenda que la determinación inicial de determinar la elegibilidad de su hijo/a en este distrito escolar es de acuerdo a una o varias evaluaciones completas y re-evaluaciones, y el costo de participación en el distrito escolar será determinado si su hijo/a ha sido admitido cuando no cumple con los requisitos. Si su hijo/a es identificado que no cumple con los requisitos nosotros les notificaremos las razones por esa decisión.

Stanley M. Sanger,  
Superintendente de Escuelas

**Seleccione (2) DOS de los siguientes documentos que reúnen los requisitos que pueden demostrar si el estudiante puede ser matriculado en el distrito escolar con el nombre del padre o guardián legal.**

- El Contrato de renta del propietario, o una carta firmada autenticado de acuerdo entre propietario y usted notariada incluyendo el depósito y recibo de renta pagada con su nombre y de la dirección de la propiedad.
- *El propietario de la propiedad o edificio puede presentar* - Cuenta de impuestos de su propiedad, título de propiedad, contrato de venta, hipoteca o otras pruebas de propiedad.
- Su licencias con la dirección de residencia, permiso de conductor, Inscripción de votante.
- Cuenta de servicios públicos a su nombre o guardián legal. (PSE&G, Cablevision, cuenta de la compañía de Agua).
- Orden de la corte, acuerdos de agencia del estado, directivas y colocación de agencia de corte de lugar y estado.
- Documentos que pertenece al estado militar y asignación.
- Cualquier documento establecido por el gobierno.
- Declaraciones de beneficio, comprobante de cheques pagados, Documento de empleo, Información financiera de cuenta.

### Requisitos de Guardianes Legales

- La aplicación legal y original del guardián con la custodia tiene que estar firmado y con el sello del juez.

### Certificados de el estudiante:

- Certificado de Nacimiento, Bautismo, Pasaporte
- Documento oficial con todas las vacunas al día
- Resultados de un examen físico
- Identificación de foto del Padre/Guardián legal
- Tarjeta de Reporte de Escuela, documentos de otra escuela

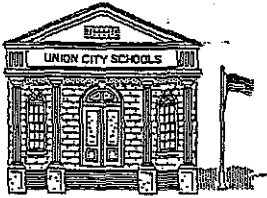


Todo niño/a de 3, 4 y 5 años de edad que haya cumplido la edad antes o el primero de Septiembre.

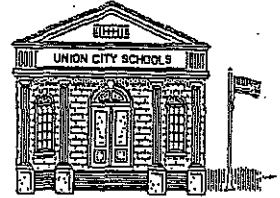
**RECOMENDAMOS**  
que este entrenado a ir al baño.



Note que "guardián" significa una persona a quien un tribunal de jurisdicción competente ha concedido la tutela o la custodia de un niño, con tal de que una orden residencial de custodia permitirá a un niño para asistir la escuela en el distrito de la escuela del custodio residencial sujeto a una presunción refutable que el niño vive realmente con tal custodio; también significa el Departamento de Niños y Familias para propósitos N.J.S.A. 18A:38-1(e).



JUNTA DE EDUCACION DE UNION CITY  
OFICINA DE TECNOLOGIA  
3912 BERGEN TURNPIKE  
UNION CITY, NJ 07087  
(201) 348-5770



### Recolección de datos del estudiante

*Por favor llene esta encuesta para coleccionar los datos del estudiante. Su cooperación es muy apreciada. (Esta encuesta es requerida/exigida por el Departamento de Educación del Estado de New Jersey y debe ser llenada por todos los estudiantes de Union City. Esta encuesta pueda afectar los futuros fondos a las escuelas.)*

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciudad y Estado donde nació: \_\_\_\_\_

Ciudad y Pais donde nació: \_\_\_\_\_

**Origen étnico: (por favor circule uno) Hispano/Latino: SI o NO**

*(Por favor responda SI, si el estudiante es de origen o cultura cubana, mejicana, puertorriqueña, suramericana o centroamericana, o de cualquier otro origen o cultura hispana, sin importar la raza. Responda NO, si no es Hispano o Latino)*

**Raza: Por favor marque todos los que le aplican.**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Africano Americano
- Nativo de Hawai o de Islas del Pacifico
- Raza Blanca/Caucasiano

### Información de salud:

Fecha del ultimo examen medico: (Mes, Día, Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen de sangre para detectar plomo: (Mes, Día, Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Vacunas contra la Polio: (Mes, Día, Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Usted tiene Seguro Medico: SI o No**

**Si su respuesta es SI, nombre de la Compañía de Seguro Medico \_\_\_\_\_**

**Gracias por su cooperación!**

Nuestro distrito escolar esta participando en un programa por el cual el gobierno federal le pagara a distritos escolares con dolares del "Medicaid" parte de los gastos de salud relacionados con la educacion especial a estudiantes elegibles para el "Medicaid". Bajo este programa, su niño continuara recibiendo estos servicios sin costo alguno a Usted. Este programa simplemente nos ayudara a aumentar los fondos federales que apoyan la educacion. La informacion que Usted proveera en esta autorizacion sera empleada solo para este proposito.

Por favor, escriba la informacion requerida, firme el formulario, y devuelvalo a la direccion indicada.

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PARA OBTENER PAGO DEL MEDICAID PARA SERVICIOS DE SALUD**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (2do. Nombre) (Apellido)

Numero del Seguro Social del Estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numero del Medicaid del Estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Mes) (Dia) (Año)

Como padre/tutor del estudiante aqui nombrado, doy mi permiso para revelar la informacion de los archivos escolares de mi hijo a los representantes de agencias locales, estatales, y federales con el proposito unico de obtener pago de Medicaid para los servicios de salud del Programa de Educacion Individualizado (IEP) de mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido de padre/tutor del estudiante) (Mes/Dia/Año)

Por favor devuelva este formulario a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



La Junta de Educación de Union City  
**Oficina de Registración**  
**PERMISO PARA EXAMEN MEDICO**



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (mes) (día) (año)

Los siguientes servicios serán ofrecidos a todos los nuevos estudiantes y solo en aquellos grados recomendados por el Departamento de Educación del Estado de New Jersey.

- Historia Clínica del Estudiante Exámen de la Tuberculina
- Evaluación de Vacunas Exámen Visual
- Altura y Peso Exámen de Oídos
- Presión Sanguínea (Atletas) Exámen de Escoliosis (10 años para arriba)

Los exámenes médicos para los estudiantes serán ofrecidos separadamente a través del curso escolar. Si el padre/madre/guardian legal no puede estar presente, la enfermera y la maestra estarán presente cuando el estudiante sea examinado/a por el Doctor de la escuela. Se les aconseja a los padres que asistan, si es posible.

Si usted desea obtener los resultados del exámen físico realizado por la escuela, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener los resultados. En caso de que sea necesario otro exámen o tratamiento, la enfermera de la escuela estará disponible para cualquier consulta/consejo.

*Por favor de seleccionar solamente uno con una marca y su firma abajo con la fecha.*

\_\_\_\_ **Yo, concedo** permiso al Departamento Médico de la Junta de Educación de Union City de hacerle los exámenes indicados arriba a mi hijo (a).

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_ **Yo, no concedo** permiso al Departamento Médico de la Junta de Educación de Union City de hacerle los exámenes a mi hijo/a. Es absolutamente mi responsabilidad obtener estos servicios de mi Doctor privado y suministrarle los resultados a la enfermera de la escuela.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Gracias por su cooperación en ayudarnos para mantener y ofrecer el mejor servicio a su hijo (a) en nuestras escuelas.

*SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS*

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

ESCUELA \_\_\_\_\_ No. de Aula \_\_\_\_\_



Departamento de Salud de Nueva Jersey

Relacionado con deficiencias de vacunas

NOTIFICACION PARA LOS PADRES/GUARDIAN



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Los documentos de salud de su niño(a) demuestran que las vacunas requeridas por la escuela son incompletas. A continuación le indicaremos las vacunas que necesitan.

| Name of Child (Last, First, M.I.)                                                     |              |                    |                    | Date OF BIRTH (Mo/Day/Yr) |                    | Sex<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| PARENT OR GUARDIAN                                                                    | NAME         |                    |                    | TELEPHONE NO.             |                    |                                                                      |           |
|                                                                                       | ADDRESS      |                    |                    | NAME OF DOCTOR            |                    |                                                                      |           |
|                                                                                       | ADDRESS      |                    |                    | DOCTOR'S TELEPHONE NO.    |                    |                                                                      |           |
| VACCINE TYPE                                                                          | DISEASE DATE | 1st Dose Mo/Day/Yr | 2nd Dose Mo/Day/Yr | 3rd Dose Mo/Day/Yr        | 4th Dose Mo/Day/Yr | 5th Dose Mo/Day/Yr                                                   | Mo/Day/Yr |
| DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS - DTP*<br><i>(If DT or Td, indicate in corner box)</i> |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |
| POLIO ORAL POLIO VACCINE (OPV)<br><i>If Salk Vaccine, indicate OPV in corner box</i>  |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |
| MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR)                                                         |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |
| MEASLES                                                                               |              |                    |                    |                           | Measles Serology   | Date:                                                                | Titre:    |
| RUBELLA                                                                               |              |                    |                    |                           | Rubella Serology   | Date:                                                                | Titre:    |
| MUMPS                                                                                 |              |                    |                    |                           | Mumps Serology     | Date:                                                                | Titre:    |
| HAEMOPHILUS B (HIB)**                                                                 |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |
| HEPATITIS B                                                                           |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |
| Other (Specify)                                                                       |              |                    |                    |                           |                    |                                                                      |           |

Si usted tiene los resultados que demuestren que estas vacunas fueron aplicadas, tiene que presentar los resultados lo mas rapido posible. Esta información sera transferida a los archivo del la escuela. (Las fechas aproximadas de las vacunas son requeridas).

Las regulaciones de vacunas permiten que su niño(a) asistan provisionalmente a la escuela si es solicitado. Si su niño(a) requiere más de una visita al médico para completar estos requisitos, el centro local de salud o nuestro médico puede completar la forma adjunta. De no cumplirse con los requisitos del Estado puede prevenir que su niño(a) asista a la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera de la escuela      ( ) \_\_\_\_\_      / / \_\_\_\_\_  
Número de teléfono      Fecha

Señale si tiene alguna de estas formas: \_\_\_\_\_ Contradiciones Médicas      \_\_\_\_\_ Excepciones de Religión

Solicitud de Admisión Provisional

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Yo solicito que mi niño(a) sea admitido(a) provisionalmente hasta cumplir con los requisitos de vacunas. Yo afirmo que las vacunas requeridas serán aplicadas de acuerdo con el turno obtenido por nuestro médico de familia o centro de salud local.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian      ( ) \_\_\_\_\_      / / \_\_\_\_\_  
Número de teléfono      Fecha

Las series de vacunas de este alumno han sido iniciadas y están en proceso de cumplirse. Yo tengo una cita y estoy de acuerdo de proveer las vacunas que faltan.

Todos los requisitos serán completados en la fecha: \_\_\_\_\_ Expiración de asistencia provisional (no excederse de un año)

Firma del médico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Estampado del medico \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PUBLICAS DE UNION CITY**  
**Oficina de Educacion Bilingue y ESL**

**ENCUESTRA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR**

Favor de contestar las siguientes preguntas:

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de  
Entrada a E.U. \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Favor de escribir cada respuesta en UN SOLO IDIOMA.

1. ¿Que idioma utilizo su hijo al comenzar a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Que idioma utiliza usted con mayor frecuencia cuando les habla a su hijo en el hogar? \_\_\_\_\_
3. ¿Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a usted en el hogar? \_\_\_\_\_
4. ¿Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus hermanos? \_\_\_\_\_
5. ¿Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus otros familiares? \_\_\_\_\_
6. ¿Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus amigos en el hogar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

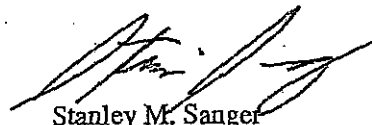
\_\_\_\_\_  
Fecha

.....  
Estimado Padre o Tutor:

Como podran ustedes ver, este cuestionario (cuya devolucion es obligatoria) esta relacionando con el idioma hablado en el hogar.

Al fin de proveer mejores programas de instruccion para sus hijos y como requisito de la Ley Estatal de Educacion Bilingue de 1975 y de la Regulacion Fedefal de la Corte Suprema 1974 (Lau contra Nichols), estamos solicitando de los padres con ninos en las escuelas publicas, que llenen este cuestionario. Esto es mandatorio.

Atentamente,

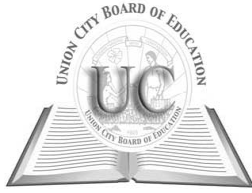


Stanley M. Sanger  
Superintendente de las Escuelas

For office use only:  
-LAU: \_\_\_\_\_

ETH: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

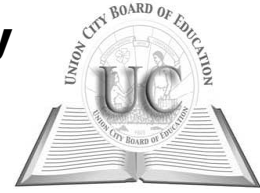


# Junta De Educación De Union City

Formulario Del Estudiante Que Asiste Escuela Publica

Toda información debe ser escrita en letra de molde y en pluma

Aplicación proporcionado por Internet



**EL ESTUDIANTE DEBE SER PRESENTE CON PADRE/GUARDIÁN EN TIEMPO DE MATRICULA**

Nombre del estudiante:(Apellido) \_\_\_\_\_ (Primero) : \_\_\_\_\_ ( Inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_M \_\_\_\_F Edad: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ y País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ha asistido el estudiante a una escuela de Union City? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ SI Señalo (SI) proporciona información abajo

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado que asistió: \_\_\_\_\_ Año que asistió: \_\_\_\_\_

Nombre de al última escuela que su niño/a asistió: \_\_\_\_\_ Grado: Actual \_\_\_\_  
(Terminado) \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código de área: \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de persona que matricula estudiante: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Que idioma habla la persona registrando el estudiante?: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo vive en esta dirección? \_\_\_\_\_

**Madre:** (Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_ (Apellido de Soltera): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Si ha fallecido indique fecha:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Mes) (Día) (Año)

(Mes) (Día) (Año)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Padre:** (Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Si ha fallecido indique fecha:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (año) (Mes) (Día) año)

(Mes) (Día) (año)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_



Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Hermano/s: \_\_\_\_\_ Escuela que atiende: \_\_\_\_\_

Nombre de Hermana/s: \_\_\_\_\_ Escuela que atiende: \_\_\_\_\_

**Quién tiene la custodia legal del estudiante? \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Guardián \* (Es mandatorio la muestra de documentos originales de la corte)**

(Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Estudiante necesita educación con modificación? \_\_\_ Si \_\_\_ No (Selecciono *SI* proporciona información)**

Firma del Padre/Guardián Legal:

Fecha:

# UNION CITY PUBLIC SCHOOLS PHYSICIAN FORM

TO BE COMPLETED BY THE FAMILY PHYSICIAN AND RETURNED TO SCHOOL PRIOR TO OR ON THE FIRST DAY OF SCHOOL.

O-Indicates Normal  
OX- Indicates Abnormal

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_  
 Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_  
 General Appearance \_\_\_\_\_ Skin \_\_\_\_\_ Speech \_\_\_\_\_  
 Teeth \_\_\_\_\_ Thyroid \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Urine \_\_\_\_\_  
 Nose \_\_\_\_\_ Thorax \_\_\_\_\_ Genitalia \_\_\_\_\_ Rectal \_\_\_\_\_  
 Throat \_\_\_\_\_ Breast \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_ Nutrition \_\_\_\_\_  
 Tonsils \_\_\_\_\_ Lungs \_\_\_\_\_ Extremities \_\_\_\_\_  
 Glands \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_ Feet \_\_\_\_\_  
 Cervical \_\_\_\_\_ Murmur \_\_\_\_\_ Scoliosis \_\_\_\_\_  
 Development assessment \_\_\_\_\_  
 Neurological assessment \_\_\_\_\_

Other disease history \_\_\_\_\_  
 History of accidents (dates) \_\_\_\_\_  
 Serious Injury (dates) \_\_\_\_\_  
 Taking any Medication \_\_\_\_\_ Allergic to any Medication \_\_\_\_\_  
 Was child ever hospitalized?  Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_  
 Where? \_\_\_\_\_ Why? \_\_\_\_\_ Surgical Procedures? \_\_\_\_\_

**VISION:** (check one)  glasses \_\_\_\_\_ Acuity \_\_\_\_\_  
 glasses \_\_\_\_\_ Musc. Bal. \_\_\_\_\_  
 Fusion \_\_\_\_\_  
 Plus Lens \_\_\_\_\_

|     |   |      |   |
|-----|---|------|---|
| FAR |   | NEAR |   |
| R   | L | R    | L |
|     |   |      |   |

**HEARING**

|       |      |      |      |      |
|-------|------|------|------|------|
|       | 1000 | 2000 | 4000 | 5000 |
| RIGHT |      |      |      |      |
| LEFT  |      |      |      |      |

FAILURE + - PASSING IS AT 25 DB

|                             |              |            |                   |
|-----------------------------|--------------|------------|-------------------|
| TB Screening (Mantoux Test) |              |            |                   |
| Date:                       | Tested _____ | Read _____ | Result (MM) _____ |

Any reason the child should not take physical training? (If yes, doctor certificate is required).  
 Remarks: \_\_\_\_\_

Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Note: Doctor, please attach your prescription blank stating that you have examined the above child and a copy of the immunization record.