

# Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.  
Sheridan, CO 80110  
Ph. 720-833-6600 Fax. 720-833-6649  
E: SheridanECC@ssd2.org



## Solicitud de Ingreso Preescolar

Esta es una solicitud de ingreso de su niño al Centro Preescolar de Sheridan. Aquí encontrará la solicitud de ingreso, historia de salud, y formularios de examen físico y dental los cuales deberán completarse y entregarse antes de que empiecen las clases.

Al momento de entregar estos formularios, necesitaremos que traiga el acta de nacimiento de su hijo, el record de vacunas actualizadas y prueba de ingresos económicos. Si ambos padres tienen empleo, necesitaremos prueba de ingresos de los dos. Luego de entregar estos documentos programaremos una entrevista con las coordinadoras del programa.

**Asegúrese de completar todos los formularios completamente. No podremos procesar esta solicitud si no está completa. Haga las citas con el médico y dentista tan pronto como sea posible.**

**Muchas Gracias**

Por favor entregue los siguientes documentos con su solicitud:

- \_\_\_\_\_ Acta de Nacimiento
- \_\_\_\_\_ Record de Vacunas
- \_\_\_\_\_ Prueba de Ingresos (impuestos del año pasado o 3 meses de pago)
- \_\_\_\_\_ Prueba de Domicilio
- \_\_\_\_\_ Examen Medico
- \_\_\_\_\_ Examen Dental

El idioma principal del niño es \_\_\_\_\_.

# Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.  
Sheridan, CO 80110  
Ph. 720-833-6600 Fax. 720-833-6649  
E: SheridanECC@ssd2.org



Estimados Aplicantes,

Muchas gracias por su interés en el Centro Prescolar de Sheridan. Nos gustaría explicarle algunos de los elementos de nuestro programa en el proceso de inscripción. En primer lugar, el centro Prescolar de Sheridan es un programa integral de alta calidad para niños pequeños y sus familias. Tenemos tres fuentes de financiación diferentes; Head Start, Programa de Prescolar Colorado (CPP) y Educación especial Infantil Colorado.

Hay requisitos para calificar para nuestro programa. Un requisito clave es que los niños deben tener al menos 3 años de edad en o antes del 1 de octubre al aplicar a nuestra escuela. Los niños que cumplan 5 años antes del 1 de octubre no son elegibles para el ECC, pero se les dará una aplicación para nuestro programa de kindergarten en Alice Terry. A continuación, se muestra un esquema del proceso de inscripción:

1. Entregar una aplicación completa que incluye lo siguiente:
  - El acta de nacimiento del niño
  - Documentación de las vacunas del niño
  - Documentación del examen físico actual del niño – no más de un año atrás
  - Documentación del examen dental actual del niño – no más de un año atrás
  - Documentación de la dirección que puede ser:
    - Factura de servicios públicos con su nombre en él: electricidad, gas, alcantarillado o basura
    - Contrato de alquiler con su nombre en él.
2. Una vez completa la solicitud, se entregará al ECC, y se le invitará a asistir a un "día de entrevista". Ese día, se hará una entrevista familiar y una entrevista del niño. En la entrevista familiar, el personal discutirá los antecedentes familiares de su hijo y de su familia. A su hijo se le va a invitar a venir a jugar con nosotros para observar sus habilidades de desarrollo.
3. A continuación, el comité de inscripciones revisará las aplicaciones y asignará los niños a los distintos salones o pondrá a su hijo en una lista de espera si no hay vacantes. Una vez que la escuela ha comenzado, las entrevistas familiares se llevan a cabo trimestralmente.
4. Las cartas de aceptación se enviarán por correo a finales del mes de julio. La carta tendrá los nombres de los maestros de su hijo y la información del día de "inicio del programa."

# Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.  
Sheridan, CO 80110  
Ph. 720-833-6600 Fax. 720-833-6649  
E: SheridanECC@ssd2.org



El Centro Prescolar de Sheridan establece una base sólida para el aprendizaje de los niños y sus familias. Creemos que los miembros de la familia son los primeros y más influyentes maestros de un niño. Por lo tanto, necesitaremos que al menos un integrante de la familia del niño pueda participar de las siguientes maneras:

- **Énfasis en la asistencia-** Esperamos que cada niño asista a las escuelas un mínimo de 85% del tiempo.
- **Enfoque en la alfabetización** — Esperamos que las familias lean y exploren los libros todos los días con su hijo.
- **Voluntarios-** Esperamos que las familias apoyen la experiencia educativa de sus hijos a través del voluntariado. Tenemos numerosas oportunidades de voluntariado en función de su disponibilidad de horario y nivel de comodidad.
- **Reuniones de familias y de la comunidad-** Esperamos que las familias participen en las numerosas oportunidades para el desarrollo y enriquecimiento en nuestro programa.
- **Educación de familia-** Esperamos que las familias apoyen la experiencia educativa de sus hijos en el ECC, participando en las visitas a domicilio, asistiendo a las conferencias de padres y maestros, viniendo a las noches familiares, y a otras actividades que conectan a los niños a una experiencia educativa.

Gracias de nuevo por explorar las oportunidades que el Centro Prescolar de Sheridan les ofrece a los niños dentro de la comunidad. Si usted tiene más preguntas, por favor no dude en ponerse en contacto conmigo o con el auxiliar administrativo.

Gracias,

Aimee Chapman  
Directora del  
Centro Preescolar Sheridan  
Englewood CO 80110  
Teléfono 720-833-66



Date Received \_\_\_\_\_

Start Date \_\_\_\_\_

# SHERIDAN SCHOOL DISTRICT

DISTRITO ESCOLAR DE SHERIDAN

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ STUDENT ID # \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante # ID DEL ESTUDIANTE Grado

\*\*\*\*\*

Office Use Only

## NEW STUDENT APPLICATION

APLICACIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES

Uso de la Oficina

**IN DISTRICT**  
DENTRO DEL DISTRITO

**OUT OF DISTRICT \*\*\***  
FUERA DEL DISTRITO

### We must have the following BEFORE beginning school...

*Necesitamos lo siguiente ANTES de comenzar la escuela....*

\_\_\_ **Completed Application**  
*Aplicación Completa*

\_\_\_ **Proof of Address (Property Bill/Contract)**  
*Comprobante de Domicilio (pago o contrato de la propiedad)*

\_\_\_ **Birth Certificate**  
*Acta de Nacimiento*

\_\_\_ **Special Services/IEP (If Applicable)**  
*Servicios Especiales/IEP (si es aplicable)*

\_\_\_ **Immunizations/Medical or Non-Medical Exemption**  
*Cartilla de Vacunación/Exención Médica o no Médica*

\_\_\_ **Custody Papers (If Applicable)**  
*Papeles de custodia si es aplicable*

\*\*\* \_\_\_ **Most Recent Grade Card** \_\_\_ **Most Recent Attendance Report** \_\_\_ **Behavior Report\*\*\***  
\_\_\_ **Tarjeta más reciente de Calificaciones** \_\_\_ **Reporte más reciente de Asistencia** \_\_\_ **Reporte de conducta**

Sheridan School District No. 2 is an equal opportunity educational institution and does not unlawfully discriminate on the basis of race, age, gender, color, sex (which includes gender identity), sexual orientation (which includes marital status), religion, national origin, ancestry, creed, disability or need for special education services, genetic information or conditions related to pregnancy or childbirth. Inquiries concerning Title VI, Title IX, Section 504 and ADA may be referred to Jenny Pilger, Special Education Director (720) 833-6601, [jpilger@ssd2.org](mailto:jpilger@ssd2.org) or Patrick Santos, Superintendent, (720) 833-6620, [psandos@ssd2.org](mailto:psandos@ssd2.org), 4150 S Hazel Ct., Englewood Colorado, 80110 or to the office of Civil Rights, U.S. Department of Education, Region VIII, Federal Office Building, 1244 North Speer Blvd., Suite 310, Denver, Colorado, 80204, (303) 844-2991.

El Distrito Escolar de Sheridan No. 2 es una institución educativa que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina fuera de la ley en base a raza, edad, género, color, sexo (que incluye la identidad de género), orientación sexual (que incluye el estado civil), religión, nacionalidad, descendencia, credo, discapacidad o que tiene necesidad de servicios de educación especial, información genética o condiciones relacionadas con embarazo o parto. Las preguntas relacionadas al Título VI, Título IX, Sección 504, ADA pueden ser referidas a Jenny Pilger, Directora de Educación Especial al (720) 833-6601 o a Patrick Santos, Superintendente, (720) 833-6620, [psandos@ssd2.org](mailto:psandos@ssd2.org), 4150 S Hazel Ct., Englewood Colorado, 80110 o a la oficina de Derechos Civiles, Departamento de Educación de EE.UU., Región VIII, Edificio de la Oficina Federal, 1244 North Speer Blvd., Suite 310, Denver, Colorado, 80204, (303) 844-2991.

**SHERIDAN SCHOOL DISTRICT**

**STUDENT REGISTRATION FORM**  
 DISTRITO ESCOLAR DE SHERIDAN  
 FORMA DE INSCRIPCION PARA ESTUDIANTES

EARLY CHILDHOOD CENTER                       FORT LOGAN NORTHGATE 6 - 8  
 ALICE TERRY ELEMENTARY                       SHERIDAN HIGH SCHOOL  
 FORT LOGAN NORTHGATE 3 - 5                       SOAR ACADEMY

Grade Entering \_\_\_\_\_  
 Grado al que Ingresa \_\_\_\_\_

Student's Legal Name: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante (Last) Apellido (First) Nombre (Middle) 2do nombre

Gender (M/F) \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_  
 Sexo Fecha de Nacimiento Lugar de Nac. (City) Ciudad (State or Nation) Estado o Pais

Please answer BOTH of the following questions.

**REQUIRED - SE REQUIERE**

**MUST CHECK ONE of the following Ethnicities: DEBEN MARCAR UNA de las siguientes categorías étnicas**

Hispanic or Latino (*Hispano o Latino*)                       Not Hispanic or Latino (*No Hispano o Latino*)

**REQUIRED SE REQUIERE**

**MUST CHECK ONE OR MORE that apply POR FAVOR MARQUEN UNO O MAS a las que aplican**

Racial categories: *Categorías Raciales:*

- American Indian or Alaskan Native (*Indio Americano o Nativo de Alaska*)
- Asian (*Asiático*)
- Black or African American (*Negro o Afro Americano*)
- White (or of Spanish origin) *Blanco (o de origen hispano)*
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 (*Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico*)

School transferring from: \_\_\_\_\_ City and State \_\_\_\_\_  
*Escuela de donde es Transferido Ciudad y Estado*

How many consecutive years has student been enrolled in US? \_\_\_\_\_ What month and year? \_\_\_\_\_ in Colorado? \_\_\_\_\_ What month and year? \_\_\_\_\_  
*¿Cuántos años consecutivos ha estado su niño inscrito en una escuela en Estados Unidos? Mes y año en Colorado? Mes y Año*

Has your student attended Sheridan Schools in the past? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Is this student a refugee? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
*¿Su estudiante ha asistido a las escuelas de Sheridan en el pasado? Si No ¿Es un estudiante refugiado? Si No*

Has student ever been enrolled in Special Education/Gifted & Talented programs? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
*¿Su estudiante ha estado inscrito en un programa de Educ. Especial o para Niños Dotados? Si No*

If Yes, which one? \_\_\_\_\_ Special Ed. (IEP) \_\_\_\_\_ G/T \_\_\_\_\_ 504 \_\_\_\_\_ Reading Program  
*¿Si contesto Si, en cual? Educ. Especial (IEP) G/T 504 Programa de Lectura*

Household Address:

Domicilio de la Familia

(Number) Número (Street) Calle (Apt #) (City) Ciudad (State) Estado (Zip) Código Postal

Main Phone: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono Principal

**Parent/Legal Guardian Demographic Data**  
 Datos Demográficos del los Padres/Tutores Legales

Adult Name (Nombre del adulto): \_\_\_\_\_ Adult Name (Nombre del Adulto): \_\_\_\_\_  
 Relationship (Relación): \_\_\_\_\_ Relationship (Relación): \_\_\_\_\_  
 Employer (Lugar de Trabajo): \_\_\_\_\_ Employer (Lugar de Trabajo): \_\_\_\_\_  
 Work Phone (Teléfono del Trabajo): \_\_\_\_\_ Work Phone (Teléfono del Trabajo): \_\_\_\_\_  
 Cell Phone (Teléfono Celular): \_\_\_\_\_ Cell Phone (Teléfono Celular): \_\_\_\_\_  
 E-Mail Address (Dirección Electrónica): \_\_\_\_\_ E-Mail Address (Dirección Electrónica): \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_ Married \_\_\_ Divorced \_\_\_ Separated \_\_\_ Single \_\_\_ Widow  
 Estado Civil Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

Student Resides With:  
 El Estudiante Vive con:

\_\_\_\_\_ Both Parents (Ambos Padres) \_\_\_\_\_ Father Only (Solo con el Padre) \_\_\_\_\_ Legal Guardian (Tutor Legal)  
 \_\_\_\_\_ Mother Only (Solo con la Madre) \_\_\_\_\_ Father & Stepmother (Padre y Madrastra) \_\_\_\_\_ Foster Parent (Padres Adoptivos)  
 \_\_\_\_\_ Mother & Stepfather (Madre y Padrastro) \_\_\_\_\_ Other Relative (Otro Familiar) \_\_\_\_\_ Emancipate / Independent Student  
 (Emancipado/Estudiante Independiente)

Please give names of all other adults living in the home if different from mother and father listed above:  
 Por favor, anote los nombres de otros adultos que viven en la casa aparte de la madre y padre nombrados arriba

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

All Children Living in Household Todos Niños que viven en casa	School Attending Escuela que Asisten	Age Edad	All Children Living in Household Edad Todos Niños que viven en casa	School Attending Escuela que Asisten	Age Edad
1 _____	_____	_____	2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____	4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____	6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____	8 _____	_____	_____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

Emergency Contact (Contacto de Emergencia): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

Name(s) of person(s) other than parent and/or Emergency Contact(s) to whom the student may/may not be released  
 (Please provide documentation for persons who may not pick up student):

Nombre(s) de persona(s) aparte de los padres y/o o Contacto de Emergencia que pueden/no pueden recoger al estudiante. (Por favor, muestre documentación sobre las personas que no pueden recoger a un estudiante)

1. \_\_\_\_\_ (May / May Not) 2. \_\_\_\_\_ (May / May Not)  
 (Puede/No puede) (Puede/No puede)  
 3. \_\_\_\_\_ (May / May Not) 4. \_\_\_\_\_ (May / May Not)  
 (Puede/No Puede) (Puede/No puede)

Failure to completely and truthfully answer all above questions may result in removal from school. I certify the answers to the above questions are up-to-date, accurate, and complete.

(El no responder completamente y con la verdad a todas las preguntas puede resultar en la remoción del estudiante de la escuela. Certifico que las respuestas a las preguntas de la parte de arriba están actualizadas, precisas y completas.)

Parent Signature \_\_\_\_\_  
 Firma de los Padres

Date \_\_\_\_\_  
 Fecha

## Tabla de Comprobante de Ingresos

(Se requiere solamente para nuestros programas financiados)

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Para ser considerado para nuestros programas financiados de Head Start o Programa Preescolar de Colorado (CPP) debe presentar 3 meses de ingresos de todos adultos de su hogar. Usted puede presentar:

- 3 meses de talones de pago
- Una copia de sus impuestos federales del año pasado (1040)
- Una carta de su empleador que verifique, cuántas horas trabaja y su tasa de pago.

### Por favor llene lo siguiente:

Nombre de la Madre/Tutor _____ Nombre de la compañía _____ Días y horas de trabajo _____ ¿Recibe horas extras regulares? _____	<b>Empleado</b> <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo	<b>Frecuencia de Pagos</b> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente
Nombre del Padre/Tutor _____ Nombre de la compañía _____ Días y horas de trabajo _____ ¿Recibe horas extras regulares? _____	<b>Empleado</b> <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo	<b>Frecuencia de Pagos</b> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente

El niño(a) vive con: (marque uno)    ambos padres    madre    padre    tutor: \_\_\_\_\_  
(Nombre)

Situación de Vida: (marque uno)    casa propia    parientes/amigos    vivienda compartida    otro: \_\_\_\_\_

Usted recibe: (marque y complete la cantidad que usted recibe, por favor entregue comprobantes.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TANF \$ _____                                      | <input type="checkbox"/> Estampillas de comida     |
| <input type="checkbox"/> SSI \$ _____                                       | <input type="checkbox"/> Vivienda                  |
| <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____                                 | <input type="checkbox"/> CCCAP (su costo \$ _____) |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/Mantención de menores \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otro ingreso _____        |
| <input type="checkbox"/> WIC  |  |

¿Asiste usted a un programa de entrenamiento o clases?    Si    No    explique: \_\_\_\_\_

Nombres de **TODOS** los miembros en su hogar que cuentan con el respaldo de su ingreso(s) mencionados anteriormente (si necesita más espacio, use la parte posterior de la hoja).

NOMBRE	RELACION CON LA NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que toda la información es correcta y verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Yo sé que cualquier representación falsa de esta información implicaría que yo pudiera ser procesado por las leyes estatales y federales y/o mi niño(a) puede ser expulsado del programa.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SHERIDAN EARLY CHILDHOOD CENTER

Historia de Salud

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Médico de la Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Dentista de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la dentista \_\_\_\_\_

Su hijo ha perdido la conciencia debido a:

- \_\_\_\_\_ Herida
- \_\_\_\_\_ Enfermedad
- \_\_\_\_\_ Desmayo
- \_\_\_\_\_ Llanto
- \_\_\_\_\_ Sostener la respiración

¿Su hijo toma medicinas (con o sin receta médica)? Por favor explique.

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

¿Su hijo se orina en la cama, tiene accidentes de día o es constipado? \_\_\_\_\_

Si es así, explique. \_\_\_\_\_

¿Ha sido evaluado para necesidades especiales? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Qué clase de exámenes? \_\_\_\_\_



¿Su hijo ha recibido alguna vez servicios especiales?

\_\_\_\_\_

¿Qué clase? (terapia física, ocupacional, de lenguaje, de habla, educación especial, conserjería)

\_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un I.E.P.? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los padres recibió educación especial en la escuela? \_\_\_\_\_

Explique. \_\_\_\_\_

¿La mayoría de las personas pueden entender el habla de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo hábitos que le preocupan a Ud.? \_\_\_\_\_

Explique. \_\_\_\_\_

¿Hay algo en particular que asusta a su hijo? \_\_\_\_\_

Explique. \_\_\_\_\_

Generalmente su hija esta (marque todo lo que corresponde):

\_\_\_ feliz

\_\_\_ triste

\_\_\_ amistoso

\_\_\_ tímido

\_\_\_ tranquilo

\_\_\_ buen genio

\_\_\_ irritable (enojan)

¿Llora su hijo con facilidad? \_\_\_\_\_

¿Qué cosa hace enojar a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Forma su hijo amistades fácilmente? Explique si no. \_\_\_\_\_

¿Son los amigos de su hijo de su edad, mayores o menores? \_\_\_\_\_

¿Prefiere su hijo jugar dentro de casa o fuera? \_\_\_\_\_

¿Juega juegos de imaginación? \_\_\_\_\_

Edad de la madre cuando se embarazo de este niño: \_\_\_\_\_ Edad del padre: \_\_\_\_\_

**Firma del padre o guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Sheridan Early Childhood Center

Fax 720-833-6649 + Ph 720-833-6600 + Email: [SheridanECC@ssd2.org](mailto:SheridanECC@ssd2.org)

Child's Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

*I give permission for my child's physician and Sheridan Early Childhood Center to discuss my child's health concerns.*

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

---

## PHYSICAL EXAMINATION

Medicaid guidelines require all Medicaid children to receive EPSDT physical.

Review of Health History (include birth and development)? \_\_\_\_\_

Any limitations in this child's activities while in school? \_\_\_\_\_

Does this child have any recurrent chronic illness health problems of concerns with development?  
\_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

Describe reaction \_\_\_\_\_ Medications \_\_\_\_\_

*\*The following screenings are required for Head Start Programs and EPSDT screening for Medicaid patients:*

_____ Head/Ears/Eyes/Nose/Throat	_____ Height
_____ Cardio/Respiratory Abdomen/GI	_____ Weight
_____ Extremities/Back/Chest	_____ Hearing
_____ Developmental (speech, fine and gross motor)	_____ Vision
_____ Genitalia	_____ Blood Pressure
_____ Skin nodes	_____ WIC recipient?

_____ <b>Lead</b>	_____ Date Done	_____ Results
_____ Hct/Hgb	_____ Date Done	_____ Results

Office Telephone Number \_\_\_\_\_

Office Address \_\_\_\_\_

**Physician's Signature** \_\_\_\_\_

**Date of physical exam** \_\_\_\_\_

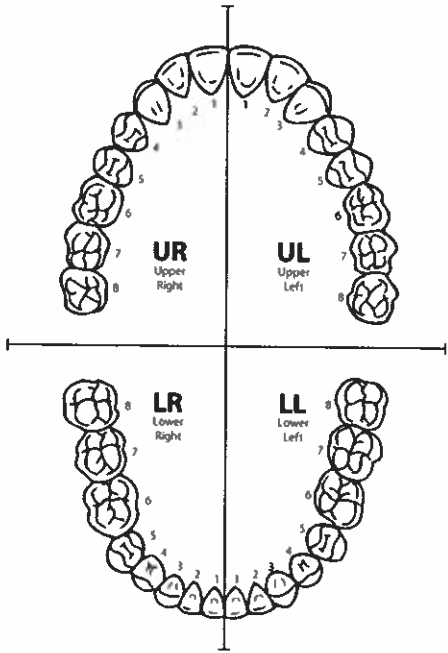
**Recommended Date of next physical exam** \_\_\_\_\_

Sheridan Early Childhood Center

Fax 720-833-6649 + Ph 720-833-6600 + Email: [SheridanECC@ssd2.org](mailto:SheridanECC@ssd2.org)

# Dental Examination

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_



### Priority Group

- \_\_\_\_\_ Needs Attention Immediately
- \_\_\_\_\_ Needs Attention Soon
- \_\_\_\_\_ Needs Routine Care

Additional Comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Results of Examination

- \_\_\_\_\_ This child is referred for further dental examination and/or treatment
- \_\_\_\_\_ This child does not need dental treatment at this time
- \_\_\_\_\_ This child cannot be examined at this time

Office Telephone Number \_\_\_\_\_

Office Address \_\_\_\_\_

**Dental Examiner's Signature** \_\_\_\_\_

**Date of Exam** \_\_\_\_\_

**Recommended Date of next Dental Exam** \_\_\_\_\_