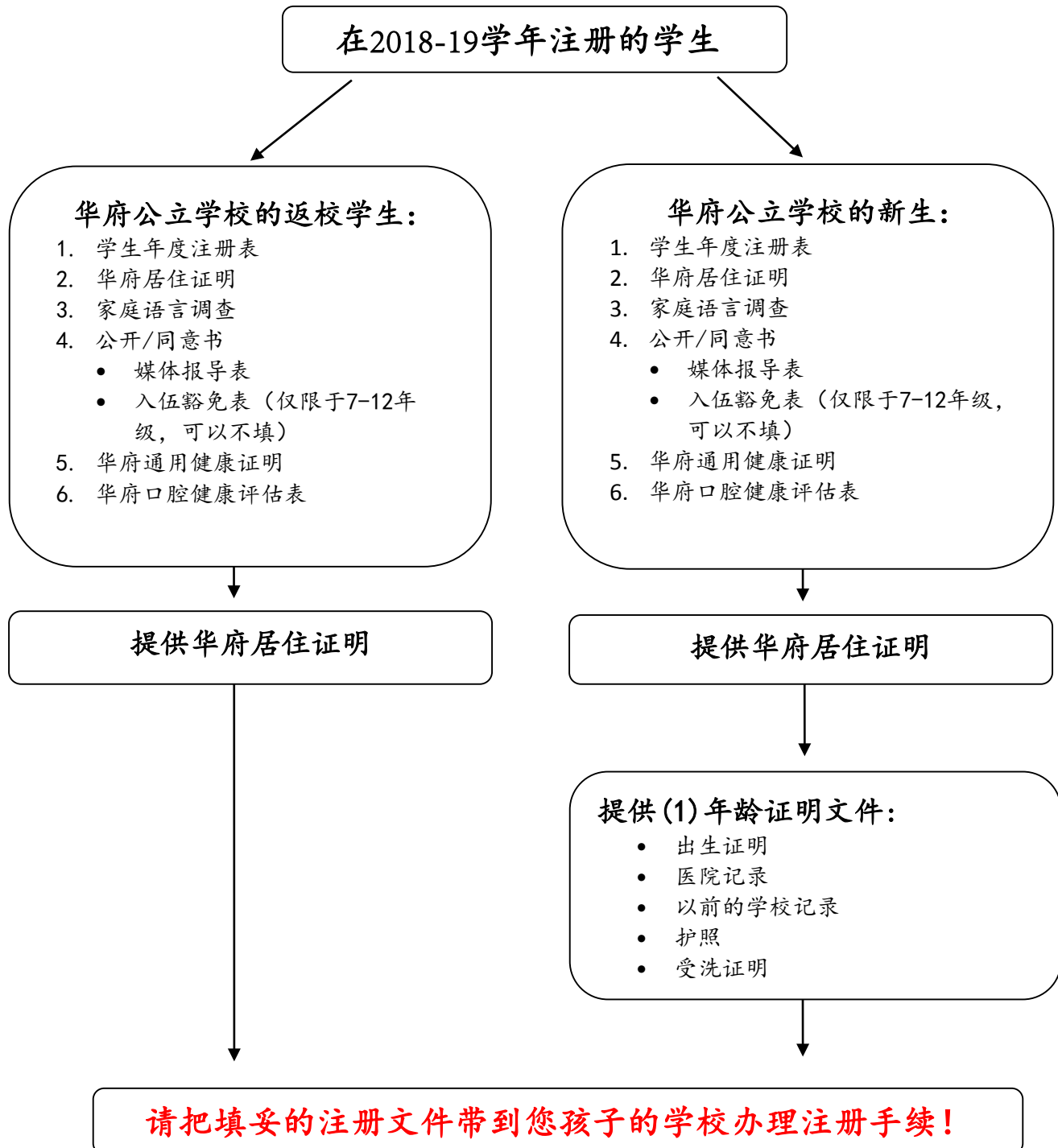


如何在华府公立学校注册

注册2018-2019学年的3个简单的步骤：

- 1) 填写注册文件。
- 2) 根据居住证明指南列出的规定提供华府居住证明。
- 3) 把填妥的注册文档带到您孩子的学校



更多的资源：

- 华府居住证明指南
- 华府通用健康证明说明
- 华府公立学校健康和免疫接种规定
- 家庭教育权利和隐私法案（FERPA）规定的权利通知
- 免费及减价的校餐申请通知
- 有关校餐、免费及减价的校餐、过敏和饮食调整的资讯

您可以登录www.enrolldcps.dc.gov找到所有文件。该网站提供阿姆哈拉语、中文、法语、西班牙语和越南语的翻译件。

如果您对填写用于注册的文件/表格有任何疑问，请不要犹豫，直接联系您孩子的学校，或拨打202-478-5738联系首席运营官办公室（Office of the Chief Operating Officer）内的注册团队（Enrollment Team）。

学生年度注册表 2018-2019 学年

(Chinese)

(正楷书写所有信息)

学生信息

姓		名		中间名	华府公立学校学生编号
种族名称: <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔	人种 (选择一项或多项): <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加土著人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著人/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人			出生日期 (月月/日日/年年年年) / /	学生性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生地所属国家 (如果不是美国):			电话号码: ()	
街道地址		公寓号		华府公立学校的新生	
城市		州	邮编	以前就读的学校 (如果不是华府公立学校): 城市、州、邮编:	
下一个学年 (18-19) 的年级。				为接受特殊教育服务现有的个人教育计划	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 成年				现有的 504 计划	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是
				过敏 (如果回答“是”, 请填写表格)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是
				饮食限制 (如果回答“是”, 请填写表格)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是
				需要的药物 (如果回答“是”, 请填写表格)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是

家长/监护人信息

家长/监护人		关系	家长/监护人/联系人		关系
街道地址		街道地址			
城市		州	邮编	城市	州 邮编
电子邮箱		<input type="checkbox"/> 加入电子信箱 <input type="checkbox"/> 加入短信		电子邮箱	<input type="checkbox"/> 加入电子信箱 <input type="checkbox"/> 加入短信
家庭电话	手机	工作电话		家庭电话	手机 工作电话

兄弟姐妹信息

	第 1 位兄弟姐妹	第 2 位兄弟姐妹	第 3 位兄弟姐妹	第 4 位兄弟姐妹
姓名				
学生编号				
学校				
出生日期				

紧急情况联系人信息 (除了家长/监护人之外)

姓名		关系	姓名		关系
街道地址		街道地址			
城市		州	邮编	城市	州 邮编
家庭电话	手机	工作电话		家庭电话	手机 工作电话

住房状况 (选择所有适用的选项)

永久性 <input type="checkbox"/>	酒店/汽车旅馆 <input type="checkbox"/>	收容所 <input type="checkbox"/>	无家可归 <input type="checkbox"/>	合住 <input type="checkbox"/>	收养/CFSA <input type="checkbox"/>	等待收养 <input type="checkbox"/>	无人陪伴的青少年 <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

华府公立学校同意学生注册表上提供的数据/信息都应保密, 并仅用于华府公立学校的合法事务。我完成了此表并且保证以上信息是准确的。我明白以欺骗政府为目的而提供虚假的信息会受到法律制裁。我在以下签字表明赞成在本表中提供的同意或加入。表格在 4 月 1 日之后才能签名。

为孩子注册的家长/监护人的签名

日期



地方教育机构 (Local Education Agency (LEA))/学校名称

表 1 - 哥伦比亚特区 (DC) 居民身份核查表

A 部分 父母/监护人/看护人或成年学生确认函

我是 父母/监护人 其他主要看护人 成年学生 谁 正在重新报名登记** 正在报名登记 _____ 入学读书。
(成年学生/学生全名)

我作为父母/监护人/看护人或成年学生, 证实本人居住在以下地址:

_____ 街道 _____ 城市, 州 _____ 邮政编码

*若 B 部分的所有四项均适用, 则仅可选择重新报名登记。

B 部分 同意声明 (本部分针对那些使用内部代理协议来核查特区居民身份的报名登记之人所提供的)。

报名登记之人必须在全部四项声明中签下姓名首字母并确认采用了何种跨机构数据分享流程来进行居民身份核查。

- 我据此确认招生学校/LEA 于上一学年核查了我的居民身份; 我据此任命州教育督学办公室 (OSSE) 作为代表, 授权其通过与以下任一部门进行跨机构数据分享流程来核查学生的居民身份: (请勾选以下任一项)
- 我据此确认本人会继续和上一学年一样在特区居住; 人类服务部 (Department of Human Services) — 以核查参与任何哥伦比亚特区经济援助或公共福利计划的情况; 或
- 我据此同意可在本学年期间对我的居民身份进行随机的核查; 税收和财政收入办公室 (OTR) — 核查纳税人身份.**

**报名登记之人必须登入 OTR 的单独的居民身份核查系统。招生的学校会提供指导文件。

C 部分 父母/监护人/看护人或成年学生的哥伦比亚特区居民身份誓词

我明白上述学生在哥伦比亚公立学校、公共特许学校或其他由哥伦比亚特区提供资金提供教育服务的学校的报名登记, 是基于本人对真实的哥伦比亚特区居民身份的陈述, 包括此真实的居住声明誓词以及本人对居民身份核查文件的呈递。若此誓词是虚假的, 我明白我有义务为学生支付追补学费, 同时学生也有可能被学校退学。此外, 我明白根据哥伦比亚特区法典第 38-312 款, 任何故意向政府工作人员提供与学生居民身份核查有关的虚假信息者, 均应处以不超过 \$2,000 的罚款或不超过 90 天的监禁, 但不会同时受到罚款和监禁处罚。我据此放弃与我住所相关信息的机密权, 同时明白哥伦比亚特区将自行决定采取何种法律手段来核查我的住所。同时我还同意就本人或学生所发生的任何住所改变, 会在该改变发生的三 (3) 个教学日内将其告知学校。

(父母/监护人/看护人或成年学生打印体姓名)

电话号码)

(父母/监护人/看护人或成年学生签名)

(日期)

D 部分 学校官员确认

以下所选各项被用作和/或被呈递, 作为哥伦比亚特区居民身份证明。请查阅背面详细说明。

- 以下各项中的任一项:
 - 45 天之内的工资单。
 - 未到期的哥伦比亚特区政府经济援助的官方文件。
 - 哥伦比亚特区纳税申报表格 D40 的经核实的副本。
 - 军用住房法令。
 - 大使馆信函。
- 在以下具有匹配姓名和地址的各项中任选两项:
 - 未到期的哥伦比亚特区机动车登记证件。
 - 未到期的哥伦比亚特区驾驶证或非驾车者身份证明。
 - 未到期的租约及单独的付款证明。
 - 公共设施账单及单独的付款证明。
- 无需任何支持性文件。需要报名登记之人在 C 部分提供签名。
 - 有证据证明该学生无家可归且无家可归者联络员已提供了无家可归证明。
 - 这名孩子是/曾是哥伦比亚特区监护的未成年人。
- 请选择是否已通过内部代理协议验证特区居住身份。
 - 税收和财政收入办公室核查.**
 - 哥伦比亚特区经济援助核查。
- 仅在以上各项均不适用时使用。
 - 为学生或成年学生进行注册之人已同意进行家访。

我证明, 依照伪证之处罚, 本人已亲自审查了所有呈递的文件并确认以上呈现的信息, 据我所知所信以及所掌握的信息, 均真实可信。我还确认针对此表格的所有支持性文件将由学校保留并可应要求供州教育督学办公室、外部审计员和其他机构 (包括但不局限于哥伦比亚特区监察长办公室、哥伦比亚特区总检察官办公室等) 使用。

学校官员 (打印体)

学校官员 (签名)

日期



可接受的支持性文件核查清单

1. (需要该清单中的任一项来核查居民身份。每一项中的地址和姓名必须一致。)

- 工资单:** 呈递居民身份证明前四十五 (45) 天之内下发的有效工资单。其中必须包含为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生的姓名, 显示其当前哥伦比亚特区家庭住址, 以及当前纳税年度的仅哥伦比亚特区个人所得税扣缴税款。
- 哥伦比亚政府下发的未过期的经济援助的官方文件:** 向为学生进行报名登记之人或成年学生下发的, 以及在呈递给学校之时有效的, 包括但不限于贫困家庭临时救助 (TANF)、医疗补助计划 (Medicaid)、州儿童健康保险计划 (SCHIP)、附加保障收入、住房补助或其他计划。
- 纳税申报表 D40 的经核实的副本:** 经哥伦比亚特区税收和财政收入办公室核实, 且文件上有为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生姓名, 作为当前或最近纳税年度的哥伦比亚税款支付证明。
- 当前军用住房法令:** 显示为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生的姓名以及特区居住地址, 包括但不限于国防报名登记资格报告系统 (DEERS) 声明或其他以军事信头进行的官方通讯。
- 大使馆信函:** 在过去十二 (12) 月内下发的、包含为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生的姓名且表明看护人和受抚养的学生或成年学生当前居住于哥伦比亚特区的大使馆物业内或将于相关学年期间居住在经大使馆确认的哥伦比亚特区物业内, 同时盖有官方大使馆印章的信函。

2. (需要该清单中的任意两项来核查居民身份。每一项中的地址和姓名必须相同。)

- 有效且未过期的 **哥伦比亚特区机动车注册登记**, 上面有为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生的姓名以及其当前特区内家庭住址。
- 在为学生进行报名登记之人或成年学生名下的, 针对学生当前实际居住的哥伦比亚特区地址以及针对学校审查居民身份文件之前的两 (2) 个月内任一时间段的, 有效且未过期的**租约或租赁合同以及单独的一份租金付款证明**。
- 在为学生进行报名登记之人或成年学生名下的且显示了其当前哥伦比亚特区家庭住址的、有效且未过期的**哥伦比亚特区机动车驾驶证许可**或政府下发的非驾车者身份证明。
- 针对学校审查居民身份文件之前的两 (2) 个月内的任一时间段的**公共设施账单 (仅接受煤气、电和水费账单)** 以及一份单独的**显示账单款项的已付款收据**, 上面包含为学生进行报名登记之人的姓名或成年学生姓名和其当前哥伦比亚特区家庭住址。

3. (无需任何支持性文件。需要报名登记之人在 C 部分提供签名。)

- 无家可归者:** 有证据证明该学生无家可归且学校的无家可归者联络员已提供了适当的无家可归者信息。
- 受哥伦比亚特区监护** 表明孩子是哥伦比亚特区监护的未成年的证明, 形式包括法院法令或来自哥伦比亚特区儿童与家庭服务机构的官方文件。

4. (报名登记的家庭/学生同意对其居住身份进行电子核查。)

- 税收和财政收入办公室:** 重新报名登记的家庭/学生统一使用 OTR 居民身份验证流程来核查居民身份。报名登记之人必须登录一个单独的居民身份验证系统。招生学校提供的指导文件。
- 哥伦比亚特区经济援助:** 参与经认定的特区经济援助或公共福利计划, 其中的信息直接通过机构内部数据分享协议提供给 OSSE。这些计划包括医疗补助计划 (Medicaid)、补充营养援助计划 (SNAP)、贫困家庭临时救助计划 (TANF)。

针对虚假信息的处罚:

根据 1960 年 9 月 8 日获批的且经 2012 年哥伦比亚特区公立学校和公共特许学校学生居民身份欺诈预防修正案 (哥伦比亚特区法典第 38-312 款) 修订的哥伦比亚特区走读生学费法案, 任何人, 包括任何哥伦比亚特区公立学校或公共特许学校官员, 故意向公务人员提供与学生居民身份核查有关的虚假信息, 均负责支付学生的追补学费, 同时处以不超过 \$2,000 的罚款或不超过 90 天的监禁, 但不会同时受到罚款和监禁处罚。任何此类人员的案件会由州教育督学办公室提交给总检察官办公室。



居住证明指南

可接受的居住证明文件的清单 所有文件必须是原件并且不得过期

- 每一个学年，家长/监护人需要证明每一名注册学生在华府居住。
- 家长/监护人可以提供 A 表中的一份文件或 B 表中的两份文件以证明学生在华府居住。
- 家长/监护人必须向学校官员提供原件，并且原件必须写有为孩子注册的家长/监护人的姓名。
华府法律要求学校官员复印居住证明的原件以备审核之用。
- 家长/监护人必须每年为孩子注册时填写一份华府居住证明表。该表必须由为孩子注册的家长/监护人签署，签署人的姓名与居住证明文件上的姓名必须一致。

A 表	B 表
下列任何 一份 写有为孩子注册的家长/监护人的姓名和地址的文件。	下列任何 两份 写有为孩子注册的家长/监护人的姓名和地址的文件。 两份 文件显示的姓名和地址都必须相同。
一份在学校审查居住文件前 45 天 之内发出的工资单并含有您在华府的家庭住址和缴纳华府税款的信息	未过期的华府车辆注册证
补充保障收入 (Supplemental Security Income) 年度福利金通知	
证明信和军队住房命令；或国防注册资格报告系统 (DEERS) 声明	未过期的华府车辆驾驶许可证或非驾驶者的合法的身份证件
一份证明使馆资助华府住房的使馆信件并盖有使馆的章印	
接受华府政府财政资助 (包括贫困家庭临时救济 (TANF)、医疗补助 (Medicaid)、儿童健康保险计划 (SCHIP)、补充保障收入 (SSI)、住房补助或其它华府政府计划) 的尚未过期的正式文件	一份未过期的租约，附带在学校审查居住文件前两个月以内的付款收据
由华府税务局 (DC office of Tax & Revenue, OTR) 认证签发的一份 D-40 表	
一份法庭命令文件或华府儿童和家庭服务机构 (CFSA) 的通知，证明孩子受华府监护	一份水电气帐单 (仅接受煤气和水电帐单)，附带在学校审查居住文件的 60 天以内的缴费收据。

若有疑问并需要指导，请致电 202-478-5738 或发邮件至 enroll@dc.gov 联系注册团队 (Enrollment Team)。

DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.

This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

School: _____	Student ID #: _____
Student's Last Name: _____	Student's First Name _____

<p>English</p> <ol style="list-style-type: none"> Is a language other than English spoken in your home? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language) Does your child communicate in a language other than English? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language) What is your relationship to the child? <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <p>If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.</p>	<p style="text-align: center; margin: 0;">REGISTRAR PROCESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication. If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation.
---	---

<p>Español (Spanish)</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) ¿Cuál es su relación con el estudiante? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <p>Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es " Sí ", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.</p>	<p>Français (French)</p> <ol style="list-style-type: none"> Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) Quel est votre relation avec l'enfant ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____ <p>Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui ", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.</p>
--	--

<p>中文 (Chinese)</p> <ol style="list-style-type: none"> 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (请指明语言) 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗? <input type="checkbox"/> 不会 <input type="checkbox"/> 会 _____ (请指明语言) 您和孩子的关系是什么? <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它(请指明) _____ <p>如果第一或第二项问题的答案为“是”，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。</p>	<p>Tiếng Việt (Vietnamese)</p> <ol style="list-style-type: none"> Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em? <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Liên hệ khác (xin ghi rõ) <p>Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là " Có ", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thăm định trình độ thông thạo Anh ngữ.</p>
---	--

<p>አማርኛ (Amharic)</p> <ol style="list-style-type: none"> በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) ገጽቶ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገርብት ሌላ ቋንቋ ስለት? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) ስለጃ ደስዎት ዝምድና ምንድን ነው? <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አናት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ <input type="checkbox"/> ሌላ _____ (ይገልጹ) <p>ስፕሶቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የገጽቶ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅጠጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።</p>	<p>School Official's Comments:</p>
--	---


2018-2019 学年学校健康规定

请在为您的孩子注册时提交下列表格给您孩子的学校**教务员**。华府法律要求所有的学生都应该有最新的免疫接种以便入学。华府法律也要求所有年级的注册学生持有全面健康证明和口腔健康评估。

表格	描述	适用对象	注意事项
全面健康证明	两页的表格和为您的医护人员提供的两页的说明	所有年级（3岁学前班-12年级）的注册学生	<p>让您孩子的医生或护士填写全面健康证明。</p> <p>全面健康证明必须记录在开学前的365天之内完成的免疫接种、结核病检查和体检。不满6岁的孩子必须进行两次血液铅中毒测试。不论孩子是否接触过铅，测试必须完成并记录在全面健康证明上。</p> <p>如果您的孩子参加体育运动，全面健康证明从表格上列出的体检日期开始的第365天起失效。为了保留参加体育运动的资格，新的体检开始时，一份新的全面健康证明必须交给学校。</p> <p>（需要医疗保险吗？您可能有资格申请州的医疗保险或减价的医疗补助计划。请访问https://dchealthlink.com获得更多资讯。需要帮忙找医生吗？请按照您的医保卡反面的号码联系您的医保计划的会员服务部。）</p>
免疫接种文件	适龄的免疫接种应该被记录到全面健康证明中。所需的一页免疫接种传单包括在内。	所有年级（3岁学前班-12年级）的注册学生。开学10天后，学校将不允许尚未递交免疫接种的学生上课并单独监管他们。	<p>如果您孩子的免疫接种尚未更新，请尽快安排时间拜访您孩子的医生。有些免疫接种要求不止一剂并需要回访。</p> <p>如果您对华府免疫接种要求有疑问，请与您孩子的医生讨论。您也可以致电202-576-9325联系华府健康免疫接种部（Department of Health Immunization Division）。</p>
口腔健康评估表	一页	所有年级（3岁学前班-12年级）的注册学生	<p>让您孩子的牙医完成此表。</p> <p>（需要牙保险吗？您可能有资格申请州的医疗补助计划或减价的医疗保险。请访问https://dchealthlink.com以获得更多资讯。）</p> <p>（持有州的医疗补助计划，但需要帮忙找一名牙医或预约？请致电1-866-758-6807或访问http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html）</p>
用药指示	<p>需要填写一些表格让学校满足您孩子的用药或医疗干预的需要。</p> <p>您可以从学校的护士那里或登录www.dcps.dc.gov获取这些表格。</p>	<p>在校期间为了治疗哮喘、过敏、糖尿病、癫痫、或其他疾病每天需要服用药物或接受医疗干预的学生。如果这适用于您的孩子，请与校长及护士谈论您孩子的身体健康或行为健康和干预要求。</p>	<p>为了确保您的孩子的用药需求在校可以得到满足，请参阅满足您的孩子在校用药和治疗的需要，了解详细信息。这份文档可以在http://dcps.dc.gov/health上找到。</p> <p>尽可能在家服药。如果您的孩子需要在上学期间服药或接受治疗，请让他/她的医生填写相应的表格-用药和治疗授权表、哮喘行动方案 and 过敏行动方案。您可以从华府公立学校的网站http://dcps.dc.gov/health下载这些表格或从学校护士那里领取这些表格。如果您对您的孩子需要哪一种表格有疑问，请与学校的护士交谈。获准在校期间自己服用治疗哮喘、过敏或糖尿病药物的学生还必须拥有由学生家长或监护人和医生签署的用药行动方案。</p> <p>如果您的孩子需要饮食的特殊安排，他/她的医生也应该填写特殊饮食需求表。该表可以从华府公立学校网站http://dcps.dc.gov/publication/dietary-accommodations-instructions-and-forms下载。</p>

如果您有任何疑问，请随时致电202-442-5103或发送电子邮件至Diana.Bruce@dc.gov联系Diana Bruce，华府公立学校的健康与卫生主管。您可以在华府公立学校的网站上找到这些表格。



2018-2019 学 年 华 府 免 疫 接 种 规 定 ¹



到开学第一天为止，所有在华府上学的学生
必须提供间隔适当天数的免疫接种的证明

2 岁或 2 岁以上的孩子即将进入
托儿所或者启蒙计划

- 4 针白喉/破伤风/百日咳 (DTaP) 疫苗
- 3 针脊髓灰质炎疫苗 (Polio)
- 1 针水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 1 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗
- 3 针或 4 针乙型流感嗜血杆菌 (Hib) ³
- 4 针肺炎球菌疫苗 (Pneumococcal)

4 岁的孩子即将进入
学前班

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗 (MMR)
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗
- 3 针或 4 针乙型流感嗜血杆菌 ³
- 4 针肺炎球菌疫苗 (PCV)

5-10 岁的孩子即将进入
幼儿园到 5 年级

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗 (如果孩子 在 05 年 1 月 1 日当天或者之后出生)

11 岁和 11 岁以上的孩子即将进入
6 年级到 12 年级

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 1 针白喉-破伤风-百日咳三合一
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 1 针脑膜炎疫苗 (Meningococcal)
- 3 针人类乳突状病毒疫苗 (HPV)

¹ 对于达到上学年龄和各年级的学生，疫苗注射的剂量根据孩子的年龄和距上次注射疫苗的时间间隔而定。请向您孩子学校的护士或医护人员询问详细信息。

² 所有水痘病毒感染史必须由一名医护人员（医生、护士、医生助理、注册护士）证明或者诊断，并且文件必须写明感染该病毒的年份和月份。

³ 疫苗的品牌决定了注射的剂量。



2018-2019 学年 华府免疫接种规定¹



(Chinese)

到开学第一天为止，所有在华府上学的学生
必须提供间隔适当天数的免疫接种的证明

2岁或2岁以上的孩子即将进入
托儿所或者启蒙计划

- 4 针白喉/破伤风/百日咳 (DTaP) 疫苗
- 3 针脊髓灰质炎疫苗 (Polio)
- 1 针水痘疫苗-如果没有病毒感染史²
- 1 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗
- 3 针或 4 针乙型流感嗜血杆菌³
- 4 针肺炎球菌疫苗 (Pneumococcal)

4岁的孩子即将进入
学前班

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗 (MMR)
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗
- 3 针或 4 针乙型流感嗜血杆菌³
- 4 针肺炎球菌疫苗

5-10岁的孩子即将进入
幼儿园到5年级

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 2 针甲肝疫苗 (如果孩子于 05 年 1 月 1 日当天或者之后出生)

11岁和11岁以上的孩子将进入
6年级到12年级

- 5 针白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 1 针白喉-破伤风-百日咳三合一
- 4 针脊髓灰质炎疫苗
- 2 针水痘疫苗-如果没有病毒感染史²
- 2 针麻疹、流行性腮腺炎和风疹疫苗
- 3 针乙肝疫苗
- 1 针脑膜炎疫苗 (Meningococcal)
- 3 针人类乳突状病毒疫苗 (HPV)

¹ 对于达到上学年龄和各年级的学生，疫苗注射的剂量根据孩子的年龄和距上次注射疫苗的时间间隔而定。请向您孩子学校的护士或医护人员询问详细信息。

² 所有水痘病毒感染史必须由一名医护人员（医生、护士、医生助理、注册护士）证明或者诊断，并且文件必须写明感染该病毒的年份和月份。

³ 疫苗的品牌决定了注射的剂量。



华府通用健康证明书

第 1 部分：孩子个人信息

家长/监护人：请清楚完整地填写第 1 部分并签署下面的第 5 部分。

孩子的姓：	孩子的名和中间名：	出生日期：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	种族/民族： <input type="checkbox"/> 白人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亚裔或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____
家长或监护人姓名：	电话： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作。	家庭地址：		区：
紧急联系人：	紧急联系人电话： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	城市/州 (如非华府)	邮编：	
学校或托儿所：	<input type="checkbox"/> 医疗补助 <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无 姓名/保险号 _____	家庭医生 (PCP):		

第 2 部分：孩子的病史、检查和建议

医护人员：表格必须填写完整。

检查日期：	体重 <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 公斤	身高 <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 厘米	血压： (≥3岁) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常	身高体重指数 (BMI) (≥2岁) % _____
血红蛋白 (HGB) / 血球密度 (HCT) <small>(对于 6 岁以下的孩子是必须的)</small>	视力检查 右眼 20/____ 左眼 20/____	<input type="checkbox"/> 眼镜 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 已尝试	听力检查 通过 _____ 没通过 _____	<input type="checkbox"/> 仪器 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 已尝试
健康担忧：	已转诊或治疗		健康担忧：	
哮喘	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	语言/说话	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
癫痫	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	发育/行为	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
糖尿病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	其他 _____	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
年度牙医检查：孩子去年看过牙医/牙科吗？ <input type="checkbox"/> 看过 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 氟化钠涂膜 日期：_____				

A. 重要的病史、疾病、传染性疾病或可能会影响学生参与学校、托儿所、运动、或营会的限制。

无 有，请提供详情：

B. 学生在学校、托儿所、营会、或体育活动中因重要的食物/药物/环境过敏而需要的紧急医疗

无 有，请提供详情：

C. 使用长期药物、柜台药物 (OTC) 或有特殊的医疗需要。 无 有，请提供详情。(如果学生在上学期间需要服用药物或接受治疗，请务必将持有执照的医护人员开出的药物计划或药物授权指示和这份表格一起上交)

第 3 部分：肺结核和铅接触的风险评估与测试：

肺结核风险评估	<input type="checkbox"/> 高 → <input type="checkbox"/> 低	结核菌素皮肤测试 (TST) 日期：	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	如果结核菌素皮肤测试为阳性 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阴性 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阳性 <input type="checkbox"/> 治愈	医护人员：如果结核菌素皮肤测试为阳性，应转送给家庭医生进行评估。如有问题，请联络肺结核控制计划：202-698-4040
铅接触风险	铅测试日期：	结果：	医护人员：所有铅含量的结果必须报告给华府儿童铅中毒预防项目 (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program)：传真：202-535-2607		

第 4 部分：要求持有执照的医护人员认证和签名

是 否 医护人员对这名孩做了适当的检查，查阅了他/她的病史并按照这份表格列出的项目记录了检查结果。截止检查之日，除上述情况以外，这名孩子的健康满足参加所有学校、营会或托儿所活动的要求。

是 否 这名运动员可以参加竞技性的体育运动。

是 否 本学年已完成必需的同龄的健康检查。如没有，请解释：

正楷书写姓名	医生/高级注册护士 (APRN) / 护士签字	日期
地址	电话	传真

第 5 部分：要求家长/监护人签名。(公布健康信息/民事责任弃权声明书)

我允许在此签名的健康检查人员/机构将此表中或孩子的信息与我孩子的学校、托儿机构、营会或适当的华府政府机构分享。此外，我在此确认并同意免除我根据华府法律 17-107 对华府、华府公立学校、学校教职工和代理的行为或疏忽追究民事责任。这类行为或疏忽不包括犯罪行为、故意不当行为、重大过失或故意不当行为。

正楷书写姓名

签名

日期

华府通用健康证明书

学生的姓氏: _____

学生的名: _____

出生日期: _____

第 1 节: 免疫接种: 请填写或附上含有持有执照的医护人员的签名和日期的复印件

免疫疫苗	接种疫苗的日期记录 (月、日、年)						
	1	2	3	4	5	6	7
白喉、破伤风、百日咳 (DTP,DTaP)							
白喉 (<7 岁) /破伤风-白喉二合一 (>7 岁)							
破伤风-白喉-百日咳三合一加强剂							
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)							
乙肝 (HepB)							
脊髓灰质炎 (灭活脊髓灰质炎疫苗、口服脊髓灰质炎疫苗)							
麻疹、流行性腮腺炎和风疹 (MMR)							
麻疹							
流行性腮腺炎							
风疹							
水痘							
有水痘 (Chicken Pox) 病史: 是 <input type="checkbox"/> 日期: 月 _____ 年 _____ 证明人: _____ (医护人员) 姓名和职称							
肺炎球菌疫苗							
甲肝 (HepA) (2005 年 1 月 1 日当天或之后出生)							
脑膜炎疫苗							
人类乳突状病毒疫苗 (HPV)							
流感 (推荐)							
轮状病毒 (推荐)							
其它							

持有执照的医务人员签名 _____ 正楷书写姓名或盖章 _____ 日期 _____

第 2 节: 药物豁免。仅供医护人员填写。(MEDICAL EXEMPTION. For Licensed Health Practitioner Use Only.)

I certify that the above student has a valid medical contraindication to being immunized at the time against: (check all that apply)
 我保证上述学生在接受疫苗时存在有效的医疗禁忌: (选择所有适用的选项)

Diphtheria 白喉: () Tetanus 破伤风: () Pertussis 百日咳: () Hib 乙型流感嗜血杆菌: () HepB 乙肝: () Polio 脊髓灰质炎: () Measles 麻疹: ()
 Mumps 腮腺炎: () Rubella 风疹: () Varicella 水痘: () Pneumococcal 肺炎球菌: () HepA 甲肝: () Meningococcal 脑膜炎: () HPV 人类乳突状病毒: ()

Reason 原因: _____

This is a permanent condition 这是永久性的 () or temporary condition 或暂时的医疗状况 () until 直到 _____

Signature of Licensed Health Practitioner _____ Print Name or Stamp (正楷书写姓名或盖章) _____ Date (日期) _____
 (持有执照的医护人员签名)

第 3 节: 替代免疫证明。仅供持有执照的医护人员填写。(Alternative Proof of Immunity. To be completed by Licensed Health Practitioner or Health Official.)

I certify that the student named above has laboratory evidence of immunity: (Check all that apply & attach a copy of titer results)
 我保证上述学生有实验证明的免疫力: (选择所有适用的选项并附上血浓度检测结果的复印件)

Diphtheria 白喉: () Tetanus 破伤风: () Pertussis 百日咳: () Hib 乙型流感嗜血杆菌: () HepB 乙肝: () Polio 脊髓灰质炎: () Measles 麻疹: ()
 Mumps 腮腺炎: () Rubella 风疹: () Varicella 水痘: () Pneumococcal 肺炎球菌: () HepA 甲肝: () Meningococcal 脑膜炎: () HPV 人类乳突状病毒: ()

Signature of Licensed Health Practitioner _____ Print Name or Stamp (正楷书写姓名或盖章) _____ Date (日期) _____
 (持有执照的医护人员签名)



华府通用健康证明说明书

这份表格用来取代签署日期为 2015 年 4 月 1 日之前的所有体检表格。就读托儿机构 (Child Development Facilities, CDF)、启蒙计划 (Head Start) 以及华府公立、公立私营、私立和教区学校的孩子每年都需要这份华府通用健康证明 (DCUHC)。

例外：它不能取代早期和定期普查、诊断和治疗 (EPSDT) 表或卫生部口腔健康评估表 (Department of Health Oral Health Assessment Form)。华府通用健康证明由华府卫生部制定并遵循美国儿科学会 (American Academy of Pediatrics, AAP) 对儿童和青少年 (从出生到 21 岁) 的预防保健建议。这份表格属于保密文件，遵循针对医疗机构发布的 1996 年健康保险流通与责任法案 (HIPAA) 的规定和针对教育机构发布的 1974 年家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 的规定。

一般说明：请用黑色圆珠笔填写此表。

第 1 部分：孩子个人信息：

家长或监护人：请填写孩子的所有个人信息包括孩子的姓、名和中间名、出生日期和性别。同时填写您的姓名、电话、家庭地址和家庭住址所在的区域，以及当无法联系到您时，紧急情况联系人的姓名和电话。提供学校或托儿机构的名称。勾选描述您孩子医保类别的方框。此外，请在空白处提供保险公司的名称和孩子的保险卡号。写出孩子的持有执照的医护人员 (医生或护士) 的姓名。如果您的孩子没有特定的持有执照的医护人员提供医疗，在空白处写“没有”。此表如没有家长或监护人在第 5 部分的签名便不算完成。

第 2 部分：孩子的病史、检查和建议：(由持有执照的医护人员填写)。请标注所有相关的方框。

- **健康检查日期：**根据美国儿科学会的建议和华府官方法典 § 38-602(a)，所有孩子必须接受由医生或护士 (一些护士也持有高级注册护士 (APRN) 头衔) 进行的体检。签署的日期必须是实际检查的日期。
- **体重 (WT)：**孩子的体重或是磅 (LB) 或是公斤 (KG)；**身高 (HT)：**孩子的身高或是英寸 (IN) 或是厘米 (CM)。
- **血压 (BP)：**如果孩子年满三 (3) 岁或以上，在方框里写下血压值并在正常或异常处打勾。如异常，在第 2 部分 A 栏提供原因和解决方案。
- **身高体重指数 (Body Mass Index/BMI)：**如果孩子年满两 (2) 岁或以上，身高体重指数必须被计算并被记录成百分比。BMI 是从孩子的体重和身高计算出的测量值。
- **血红蛋白 (HGB)/血球密度 (HCT)：**所有六 (6) 岁以下的孩子都要求做血红蛋白/血球密度测试。同时，根据美国儿科学会的建议，月经期少女建议做贫血检查。请记录血液浓度并圈出所接受的血红蛋白密度测试、血球密度测试。
- **视力和听力检查：**孩子们应当从三 (3) 岁起开始接受常规的客观的视力检查并从四 (4) 岁起开始接受常规的客观的听力检查。如果孩子不能完成这些客观的检查，但家长又有担忧，请在第 2 部分 A 栏说明情况并提出解决方案。
- **健康担忧：**医护人员必须做以下健康检查：哮喘、癫痫、糖尿病、语言、发育/行为和其他可能需要特殊护理的疾病。如果有“健康担忧”导致的检查，医护人员必须勾选表明已经做了适当的转诊或孩子目前正在接受相关治疗 (Rx) 的方框。如果没有“健康担忧”，那么在每项健康检查处勾选“否”或“无”。
- **特别注明：“牙齿检查”-医护人员必须写明牙医是否在过去 12 个月里检查过孩子的牙齿。如果没有，孩子应被转介看牙医。美国儿科学会和美国儿科牙科学会 (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD) 建议孩子在长出第一颗牙的六 (6) 个月内或年满 12 个月时开始看牙医，并且每隔六 (6) 个月复查。对于三 (3) 岁以下的孩子，如果他/她还没有家庭牙医，持有执照的医护人员可以向孩子提供一份含氟化钠涂膜的申请表，但这份申请表对孩子进入托儿机构或学校不是必需的。**
- **A：**请注明任何重要的病史、疾病、传染性疾病、或可能会影响孩子参与学校的运动或项目时的表现能力的限制，或标注“无”。
- **B：**请注明学生在参与学校的活动或项目中需要**紧急医疗**的严重过敏，或标注“无”。
- **C：**请注明学生在参与学校的活动或项目中需要的任何长期的药物、柜台药物或特殊医疗需要，或标注“无”。
- **特别注明：**请注明学生在参与第 2 部分 C 栏列出的与学校有关的活动或项目时需要的药物或治疗，填写用药方案 (Medication Plan) 或持有执照的医护人员开出的药物授权指示 (Medication Authorization Order)，并将它附在本表之后。

第 3 部分：肺结核与铅接触的风险评估与测试

- **肺结核的风险评估：**按照美国儿科学会最新出版的**红皮书**对**婴儿、儿童和青少年进行肺结核皮肤测试**的建议并遵照华府官方法典 § 38-602(c) (1) 检查规定和**华府市政规章 29-325.3(g) 公众安康条例**以及**儿童发展中心 (Child Development Center)** 的建议，对孩子进行肺结核的风险评估。现有的华府市规要求所有入读儿童发展机构或学校的孩子每年做一次全面的体检，包括肺结核风险评估并将结果记录在华府通用健康证明上。只有孩子在被评为具有肺结核**高危风险**时他/她才必须做结核菌素皮肤测试 (Tuberculin Skin Test)。对被评为肺结核**高危风险**的孩子，请进行结核菌素皮肤测试并注明测试结果 (阴性或阳性)。如果**结核菌素皮肤测试结果为阳性**，那么标注胸腔 X 光 (CXR) 结果。如果孩子接受了治疗，请标注“已治疗”的方框。**所有小于五 (5) 岁的孩子的阳性的结核菌素皮肤测试都必须致电 202-698-4040 报告给华府肺结核控制项目 (DC T.B. Control Program)**。如果孩子被评为具有低风险，请在方框里标注“低”。**请注意我们不推荐也不要要求孩子必须接受统一的结核菌素皮肤测试才能入读儿童发展机构和学校。**
- **铅接触危险：**所有小于六岁的孩子必须接受**两次**的铅检测，无论他/她铅接触的风险如何。请在华府通用健康证明上记录最近一次铅测试的“日期”和“结果”。请注明是否“等待结果”。处于“等候”状态的结果有效期为**自检查日期算起的 2 个月**，这将不会导致孩子被学校相关的活动或项目排除在外。“**铅中毒测试证书**”可以充当测试文件并可以从华府环境部 (District Department of the Environment, DDOE) 的网站上下载：<http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>。所有铅测试的结果必须由实验室以电邮的方式报告给华府**儿童铅和安全居住项目 (DC Childhood Lead and Healthy Housing Program)**。如需详细说明，请致电 202-654-6036/202-535-2624。医护人员可以将结果传真至 202-535-2607。请写明持有执照的医护人员和**家长/监护人的姓名、地址和电话号码。**

第 4 部分：需要持有执照的医护人员 (医生或护士) 的认证和签名：请医护人员正楷书写他/她的姓名并使用其办公室/诊所的印章。持有执照的医护人员请对以下声明说明“是”或“否”：

这名孩子已接受了适当的检查，并且他/她的病史也已被查阅；

这名孩子可以参加竞技性的体育运动 (根据评估并遵循美国儿科学会参与前的身体评估)；并且孩子已在本年度接受了适龄的检查 (遵循美国儿科学会的建议和早期和定期普查、诊断和治疗的指导)。如果标注“否”，请在空白处解释原因。所有信息将被保密。

第 5 部分：需要家长/监护人签名。(公布健康信息)

家长或监护人必须正楷书写姓名；提供签名和日期。一旦在此签名，家长或监护人允许持有执照的医护人员与孩子的学校、托儿机构、营会、或相应的华府政府机构分享他/她的健康信息。

表格可以从 www.doh.dc.gov 下载

请登录 <https://dchealthlink.com> 查阅医保计划。您可以通过孩子所在学校的主办公室联系学校护士。

华府通用健康证明

第6部分: 免疫接种信息

一般说明: 请用黑色圆珠笔填写此表

孩子/学生个人信息: 正楷书写孩子/学生的姓、名和中间名/首字母。按月月/日日/年年年年记录生日。通过选择女或男注明孩子/学生的性别。注明孩子就读的学校或托儿机构名称。

第1栏: 免疫接种信息 - 清楚地记录注射疫苗的日期(月月/日日/年年年年)或附上同等的有医生的签名、地址、电话和日期的复印件。接种疫苗必须间隔适当的天数,并在适当的年龄进行。在最小间隔或年龄4天之内的疫苗接种都算作有效。例外:不在同一天注射的两种活病毒疫苗必须间隔至少28天。

根据华府法律3-20“1979年学校学生免疫条例”、华府市政规章第22条第一章以及疾病控制中心(Centers for Disease Control, CDC)、免疫实践咨询委员会(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)、美国儿科学会(American Academy of Pediatrics, AAP)和美国家庭医生学会(American Academy of Family Physicians, AAFP)制定和出版的接种时间表,学生必须接种疫苗。

规定-有关就读华府公立学校和儿童看护机构的免疫接种规定,请登录<https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>向健康免疫计划部(Department of Health Immunization Program)咨询。

免疫接种的规定可能会更改。

参考指南

疫苗的商品名称按字母顺序排列 (最新的名称列表参阅 http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗
ActHIB	乙型流感嗜血杆菌	Engerix-B	乙肝	Ipol	脊髓灰质炎灭活疫苗	Pneumovax	肺炎球菌多糖疫苗	Vaqtta	甲肝
Adacel	破伤风、白喉、无细胞百日咳	Fluarix	流感(IIV)	Infanrix	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Prevnar	肺炎球菌结合疫苗	Varivax	水痘
Afluria	流感(IIV)	FluLaval	流感(IIV)	Kinrix	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	ProQuad	麻疹、腮腺炎、风疹 + 水痘		
Boostrix	破伤风、白喉、无细胞百日咳	FluMist	流感(LAIV)	Menactra	脑膜炎球菌结合疫苗	Recombivax	乙肝		
Cervarix	人乳头瘤病毒2	Fluvirin	流感(IIV)	Menomune	脑膜炎球菌多糖疫苗	Rotarix	轮状病毒(RV1)		
Comvax	乙肝 + 乙型流感嗜血杆菌	Fluzone	流感(IIV)	Pediarix	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 乙肝 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	RotaTeq	轮状病毒(RV5)		
Daptacel	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Gardasil	人乳头瘤病毒4	PedvaxHIB	乙型流感嗜血杆菌	Tripedia	白喉、破伤风、无细胞百日咳		
Decavac	破伤风、白喉	Havrix	甲肝	Pentacel	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 乙型流感嗜血杆菌 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	Twinrix	甲肝 + 乙肝		

疫苗的缩写按字母顺序排列 (最新的名称列表参阅 http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称
DT	白喉、破伤风	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	甲肝 乙肝	MPSV or MPSV4	脑膜炎球菌多糖疫苗	Rota (RV1 or RV5)	轮状病毒
DTaP	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Hib	乙型流感嗜血杆菌	MMR / MMRV	麻疹、腮腺炎、风疹疫苗/麻疹、腮腺炎、风疹和水痘混合疫苗	Td	破伤风、白喉
DTP	白喉、破伤风、百日咳	HPV	人乳头瘤病毒	OPV	口服脊髓灰质炎疫苗	Tdap	破伤风、白喉、无细胞百日咳
Flu (IIV or LAIV)	流感	IPV	脊髓灰质炎灭活疫苗	PCV or PCV7 or PCV13	肺炎球菌结合疫苗	TIG	破伤风免疫球蛋白
HBIG	乙肝免疫球蛋白	MCV or MCV4	脑膜炎球菌结合疫苗	PPSV or PPV23	肺炎球菌多糖疫苗	VAR or VZV	水痘

第2栏: 药物豁免: 如果医疗的禁忌阻碍了孩子根据华府法律3-20条和免疫实践咨询委员会的建议按时接种一种或多种疫苗,填写此栏。勾选所有禁忌的疫苗并解释禁忌的原因。如果药物豁免是永久性的,勾选适当的选项。如果药物豁免是暂时的,勾选适当的选项并签署失效的日期。医生必须签名、正楷书写姓名、地址、电话或盖章,并在此栏签署日期。

第3栏: 替代免疫证明: 当血浓度测定证明学生有足够免疫力时填写此栏。勾选血液里测定的疫苗。附带一份血浓度测定结果的报告。医生必须签名、正楷书写姓名、地址、电话号码或盖章,并在此栏签署日期。

华府地区口腔健康 (牙医) 评估表



为家长/监护人提供的说明:

第1部分: 请完整填写包括孩子的种族或民族的所有栏目。请写明您家庭住址的所在区域、家庭医生、牙医和牙科保险的种类。如果孩子既没有牙医也没有保险,请在每个方框里填写“无”。

第2部分: 通过在本栏签名,家长或监护人允许牙医或牙科诊所与孩子的学校、托儿机构、营会、卫生部、或要求此表的单位分享口腔信息。所有信息将被保密。此表如没有家长或监护人的签名便不算完成。家长/监护人必须在本栏签名、正楷书写姓名并写上日期。

第1部分: 孩子个人信息 (由家长/监护人填写)

孩子的姓:	孩子的名和中间名:	出生日期: 月/月/日/年/年/年	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	学校或托儿所名称: 年级:
家长/监护人姓名 1:	电话 1: <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	家庭地址:		区:
家长/监护人姓名 2:	电话 2: <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	紧急状况联系人:	电话:	
种族: <input type="checkbox"/> 白人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亚洲或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他				
家庭医生 (医疗):	牙医/牙科诊所:	牙科保险的种类: <input type="checkbox"/> 州医疗保险 <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他		

第2部分: 要求家长/监护人签名

家长或监护人公布健康信息。

我允许在此签名的医检人员/机构与我孩子的学校、托儿机构、营会、或卫生部分享这份表格上有关我孩子健康的信息。

家长或监护人正楷书写姓名:

家长或监护人签名:

日期:

为牙医提供的说明:

第3部分: 在“检查结果”一栏圈出是或否。如果是,请在“评注”一栏说明。

第4部分: 说明孩子是否做过适当的检查以及治疗是否完成。如果治疗没有完成,推荐病人接受跟踪护理。牙医必须签名、签署日期并提供要求的信息。

第3部分: 孩子的检查结果和家长的建议 (请在检查结果一栏中写明)

保密的表格

	检查结果	评注
牙龈发炎	是 否	
斑块/或结石	是 否	
异常牙龈附着物	是 否	
牙齿错位咬合	是 否	
治疗的龋齿	是 否	
未经治疗的龋齿	是 否	<input type="checkbox"/> 若是紧急的,请在方框里打勾
在白齿上涂密封剂	是 否	
唇腭裂	是 否	
接受预防性治疗	是 否	完成了哪一种预防性治疗? <input type="checkbox"/> 抛光 <input type="checkbox"/> 氟化物 <input type="checkbox"/> 口腔卫生

第4部分: 最终评估/需要牙医签名

这个孩子已经接受了合适的检查。治疗 已完成 尚未完成 正在治疗 拒绝治疗 没有必要。

这个孩子有持续的 紧急的 非紧急的治疗需要并正在接受治疗 在我的诊所或 已被转诊到:

牙医签名:

正楷书写姓名:

地址:

传真:

电话:

日期:

华府健康证明 (District of Columbia Health Certificate):

此表取代以前的为进入华府学校、所有启蒙计划、托儿所、营会、所有学校计划、体育活动或运动的参与或任何要求体检的其他华府活动的华府口腔健康 (牙医) 评估表。该表获华府卫生部批准并遵循美国儿科学会 (AAPD) 强制性入学口腔健康检查指导。该学会建议孩子在长第一颗牙齿的 6 个月内和不迟于他或她的一岁生日做口腔健康检查。华府卫生部建议所有 3 岁和 3 岁以上的孩子接受由持有执照的牙医所做的口腔健康检查,并让牙医填写华府口腔健康评估表。此表为保密文件。保密性遵守适用于医务工作者的 1996 年健康保险流通与责任法案 (HIPAA) 和适用于华府学校和其他提供者的家庭教育权利和隐私法案 (FERPA)。

学生接受摄像/拍照/采访以及同意自己的形象/声音/作业被使用的 书面通告

我, _____, 特此授予华府公立学校及其雇员和代理、华府、其继任者和代理人以录像带、胶片、照片、数字媒体和任何其他形式的电子或印刷媒介录制我的孩子, _____ 的形象和/或声音并使用他/她的艺术作品或书面作业并对这类摄制酌情编辑的权利。我明白我的孩子的全名、地址和履历资料在没有得到我的明确的书面同意的情况下将不被公开。

我还授予华府公立学校和华府、其继任者和代理人以互联网、手册和任何其他媒介使用并允许他人使用我孩子的形象和/或声音的权利, 并特此同意这种使用。

在这份通告之后, 我特此免除我或者我的孩子现在或以后因为华府公立学校及其雇员和代理、华府政府、其继任者和代理人以及其他任何人使用我的孩子的形象和/或声音、艺术作品和/或书面作品而对他们追究任何和所有的索赔、损害赔偿金、欠款、及花费。这份书面通告在表格签署日期所在学年的暑期学校结束之前有效。

我知道这份通告的条文具有法律约束力。(请勾出一项选择) 我同意。 我不同意。

家长/监护人姓名[请用正楷书写]

家长/法定监护人或学生(如果已成年)签名

日期

学生选择不披露信息给部队招募人员的权利 (只适用于 7 - 12 年级的学生)

联邦法律规定地方教育机构 (LEA) 如华府公立学校一经请求, 需要向部队招募人员提供所有中学生的姓名、住址和电话号码, 除非学生的家长/法定监护人 (或学生本人, 如果已成年) 已经书面通知了地方教育机构, 说明他/她不希望学生的信息未经书面同意被披露。家长/法定监护人 (或成年的学生) 的这类通知必须在学校告知这些权利的 30 天之内发出, 并且可以通过勾出以下一项适当的选择、签署本表并交给华府公立学校来给出这类通知:

_____ 作为姓名如下的学生的家长/法定监护人, 我请求华府公立学校不要披露我孩子的姓名、地址和电话号码给部队 (Armed Services)、部队招募人员或军事院校, 除非我另外书面同意披露此类信息。

_____ 作为一名成年的学生 (年满 18 岁), 我请求华府公立学校不要披露我的姓名、地址和电话号码给部队、部队招募人员或军事院校, 除非我另外书面同意披露此类信息。

学生姓名 (正楷书写)

家长/法定监护人或学生 (如果已成年) 签名

日期

不歧视声明 按照州和联邦法律的要求, 华府公立学校不因实际或者觉察到的种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、个人长相、性取向、性别认同或者表达、家庭状况、家庭责任、高考、政治派别、基因信息、残障、收入来源、因家族成员侵犯所造成的受害者身份、或居住地或生意所在地而歧视。想要查阅全文并获取更多资讯, 请浏览 <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>。



家庭教育权利和隐私法案（FERPA）是一项联邦法律，它要求华府公立学校，除了一些个例以外，在公布教育记录中的个人信息之前得到您的许可。但是，华府公立学校可以公布基本的“通讯信息”，这些信息不被视为有害或未经您的同意而侵犯了隐私权。公布通讯信息的主要目的是让华府公立学校在诸如戏剧制作手册、毕业项目、优等生名单或足球/篮球等体育运动队的活动传单之类的一些学校出版物中包括这类信息。通讯信息也可以与外部机构共享，如提供就业和教育福利的联邦和州政府机构、媒体以及制作毕业戒指和出版毕业班纪念册的公司。

下面列出的信息根据华府法律和家庭教育权利和隐私法案已被指定为通讯信息，并且华府公立学校可以因此酌情公布这些信息。通过签署本表，您有权利指示华府公立学校在事先未征求您的书面同意的情况下不得公布以下任何一条或全部信息。您在这份表格上做出的决定在本学年余下的期间将是有效的。**家长每学年必须完成一份新的学生通讯信息公布表（Release of Student Directory Information Form）。**

请在下列您不希望华府公立学校未经您的同意就公布的任何通讯信息（如果有的话）旁边的横线上打勾。

<input type="checkbox"/> 学生的姓名	<input type="checkbox"/> 运动队成员的体重和身高
<input type="checkbox"/> 学生的地址	<input type="checkbox"/> 获得的证书和奖励
<input type="checkbox"/> 学生的电话号码	<input type="checkbox"/> 学生的出生日期和地点
<input type="checkbox"/> 就读学校的名称	<input type="checkbox"/> 以前学校的名称
<input type="checkbox"/> 参与校方认可的活动	<input type="checkbox"/> 上学的日期
<input type="checkbox"/> 和体育运动	

通过在下面签字，我书面通知华府公立学校它不得公布我勾选的上述通讯信息，除非我事先给出书面同意。我明白如果家庭教育权利和隐私法案规定可以公布这些信息，华府公立学校当然可以公布这些信息。

学生姓名（正楷书写）

家长/监护人姓名（正楷书写） 家长/监护人签名 日期

如果年满18岁，学生签名 日期

如果您没有在9月15日之前交回这份表格，我们将假设上述信息在剩下的学年期间可以被定为通讯信息。



关于家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 赋予的权利的通知

家庭教育权利和隐私法案就学生的教育记录为家长和年满 18 岁或以上的学生 (“有资格的学生”) 提供了有关学生教育记录的某些权利。这些权利包括:

- (1) 在华府公立学校 (DCPS) 收到查阅记录请求的 45 天内, **检查和审查学生教育记录的权利**。家长或符合资格的学生应向学校校长递交一份书面申请, 以确定他们想要查阅的记录。学校校长或者其他合适的学校官员将会安排并通知家长或者符合资格的学生可能会查阅记录的时间和地点。
- (2) 如果家长或者符合资格的学生认为学生的教育记录不准确、令人误解、或违反了家庭教育权利和隐私法案赋予学生的隐私权, **他们有权要求修改学生的教育记录**。家长或者有资格的学生可以写信给校长, 清楚地表明他们想要更改的记录的部分, 并阐明应该被修改的原因。如果华府公立学校决定不按照家长或者符合资格的学生要求修改记录, 学校会将此决定通知家长或者有资格的学生, 并告知他们有权利参加与修改请求相关的听证会。有关听证会程序的更多信息, 将在获取听证权时向家长或者符合资格的学生提供。
- (3) **有权同意 (以书面形式) 公布学生教育记录中包含的个人身份信息**, 但家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 未经同意授权公布的学生个人信息除外。例如, 华府公立学校在未经同意的情况下向其他学校或学区的官员公布学生的教育记录, 学生 (在那个学校或学区) 寻求或打算入学或已经入学的情况下, 为了学生的入学或转学目的而被要求公布这些信息。另外, 家庭教育权利和隐私法案允许无需征求同意即可直接公布给华府公立学校确定的有合法的教育利益的学校官员。学校官员是指受雇于华府公立学校的管理者、主管、老师、或支持工作的员工 (包括健康或医务人员和执法单位人员); 华府公立学校签约执行特殊任务的人员或公司 (例如律师、审计员、医疗顾问或治疗师); 或学生想要注册的另外一个学校系统的官员, 或学生已经注册的学校的官员; 或为官方委员会如纪律处分或申诉委员会服务的家长或学生或其他义工, 或协助另外一所学校的官员执行他或她的任务的家长、学生或其他义工。如果学校官员为履行他或她的职责而需要查阅一份教育记录, 那么这位官员就拥有合法的教育利益。
- (4) **不公布通讯录信息的权利**。华府公立学校可酌情公布基本的 “通讯录信息”。根据华府法律和家庭教育权利和隐私法案的条款, 这些信息不被视为有害或未经家长或者符合资格的学生同意而侵犯了隐私权。通讯录信息包括:
 - A. 学生的姓名
 - B. 学生的地址
 - C. 学生的电话目录
 - D. 就读学校的名称
 - E. 参与官方认可的活动和体育运动
 - F. 运动队成员的体重和身高
 - G. 获得的证书和奖励
 - H. 学生的出生日期和地点
 - I. 以前就读学校的名称
 - J. 上学的日期

家长或符合资格的学生可以通过填写随附的 “学生通讯录信息的公布 (Release of Student Directory Information)” 表格指示华府公立学校不公布任何一项或所有上述信息 (i) (该表可以从 www.dcps.dc.gov/enroll 下载或到您孩子的学校领取)。

(5) 指控华府公立学校没有履行家庭教育权利和隐私法案的规定, 有权向美国教育部 (U.S. Department of Education) 提出申诉的权利。负责执行家庭教育权利和隐私法案的办公室的名称和地址如下: 家庭政策申诉办公室 (Family Policy Compliance Office), 美国教育部 (U.S. Department of Education), 400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202。

关于保护学生权利修正案 赋予的权利的通知

这份通知告知家长/监护人和有资格的学生（离开父母独立生活的未成年人或年满 18 岁或 18 岁以上）在接受调查、以营销为目的对其信息的收集和使用和特定的体检时的权利。保护学生权利修正案（*Protection of Pupil Rights Amendment, PPRA*）阐明了这些权利（参阅 20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Part 98）。法律和法规要求教育机构如华府公立学校（DCPS）通知家长和有资格的学生他们有以下权利：

1. 如果一项调查的全部或部分由美国教育部（USDE）的一项计划资助，在学生需要接受涉及以下一个或多个受到保护的领域的调查（“受保护的信息调查”）之前，需要征得家长和有资格的学生的同意：

- 学生或学生家长的政治背景或信仰；
- 学生或学生家人的精神或心理问题；
- 性行为或态度；
- 非法、反社会、自证其罪或有损人格的行为；
- 对与被调查者有亲密关系的其他家庭成员的重要评估；
- 在法律上认可的特权关系，如与律师、医生或牧师的关系；
- 学生或家长的宗教习俗、背景或信仰；和
- 除了法定收入之外的其他收入，用来确定学生是否符合计划的资格。

2. 收到通知和有机会让学生决定不参加—

- 任何其他受到保护的信息调查，无论资金的来源如何；
- 除了听力、视力或脊柱侧弯筛查、或任何马州法律许可或规定的体检或筛查之外，由学校或其代理在非紧急情况下实施的侵入式体检或筛查，作为上学的一个前提且不一定保护学生的切身健康和安全；和
- 任何涉及收集、披露或使用学生的个人信息用于促销、营销或向他人传递其信息的活动。（这并不适用于收集、披露或使用学生的个人信息达到为学生/教育机构开发、评估或向他们提供教育产品或服务的专门的目的。）

3. 在提出要求之后和在实施或使用以下信息之前，收到关于家长审查权利的通知—

- 对学生受到保护的信息的调查和第三方发起的调查；
- 以上述促销、营销或传递为目的收集学生个人信息的手段；和
- 部分课程使用的教材。

华府公立学校已经制定并采用有关这些权利的政策，并且在受保护信息实施调查时以及以促销、营销或传递为目的收集、披露或使用个人信息时，做出保护学生的隐私的安排。此外，华府公立学校让公众使用其调查日历表（*Survey Calendar*）。该表从每学年初起不断地通知家长和有资格的学生下列活动的具体或近似的日期（连同让学生决定不参加活动的机会）—

- 以营销、销售或传递为目的对个人信息的收集、披露或使用；
- 对任何全部或部分没有得到美国教育部资助的受到保护的信息进行调查；以及
- 如上所述，在任何非紧急情况下实施的侵入式体检或筛查

您可以访问以下网站：<http://dcps.dc.gov/page/conduct-research-or-obtain-confidential-data>，查阅与保护学生权利修正案赋予的权利相关的华府公立学校的政策和调查日历表。此外，家长/监护人和有资格的学生也可以联系他们的住家学校以了解这类政策和调查日历表的资讯。

认为自己的权利被侵犯的家长/监护人和有资格的学生可以向以下办公室投诉—

家庭政策服从办公室（Family Policy Compliance Office）
美国教育部（U.S. Department of Education）
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-4605

家长知情权通知

尊敬的家长：

根据 2015 年学生成功法案（Every Student Succeeds Act of 2015），华府公立学校（DCPS）通知您您有权要求获得您的孩子的任课教师的专业资格的信息。华府公立学校很高兴向您提供这类信息。您随时可以要求获得以下信息：

- 教师是否达到华府公立学校对他/她所教授的年级和科目的资格和执照标准的规定；
- 教师是否在紧急情况下或临时状态下教学并且华府公立学校因此免除了对他/她的资格或执照标准的规定。
- 教师是否在他/她认证的学科领域从事教学。

您也可以随时询问您的孩子是否正在获得由教学辅助人员提供的服务以及（如果是的话）他们的资格。

如果您想获得教师和辅助人员的资格信息并有任何疑问，请向华府公立学校提出，电子邮箱：dcps.hrdataandcompliance@dc.gov，或传真：（202）535-2483。