



欢迎来到华府公立学校(DCPS)的 2026-2027 学年(SY26-27)！请为即将到来的 26-27 学年填写全套注册表格。以下是每一步的说明。您可以在 <https://enrolldcps.dc.gov/> 上在线找到所有表格。这个网站也提供翻译成阿姆哈拉文、中文、法文、西班牙语和越南文的全套注册表格。DCPS 致力于保护每个学生入读公立学校的权利，无论其移民身份或国籍如何。因此，DCPS 允许所有符合条件的华府居民上学，而无需询问学生或家庭的移民身份。

在 DCPS，我们的使命是确保我们的每一所学校都提供世界一流的教育，为所有学生在大学、职场和生活中获取成功做好准备，无论他/她们的背景或环境如何。为所有学生提供服务是一种荣幸和特权，我们期待着另一个美好学年的到来。

第 1 步：填写全套注册表格。其他表格位于 <https://enrolldcps.dc.gov/>。

- A. 注册表
- B. 居住证明表
- C. 技术表
- D. 同意书
- E. 关于学生和家/监护人权利的通知
- F. 华府卫生部(DC Health)通用健康证书
- G. 华府卫生部(DC Health)口腔健康评估表

第 2 步：收集辅助材料。为您的孩子注册可能需要辅助材料：

DCPS 新生(以前从未在一所 DCPS 学校上学)

- 年龄和学生法定姓名证明——例如出生证明、医院记录、法院命令、收养判决书、之前的学校记录、护照、签证、入籍表格或洗礼证明。
- 父母关系或监护权证明——例如出生证明、医院记录、法院命令、收养判决书或亲子关系证明，以及州政府签发的身份证件。
- 居住证明 - 有关可接受的文件和证明方法的完整列表，请参阅 [居住证明表](#)

返回 DCPS 学校

- 州政府签发的注册人身份证
- 如果注册人与上一学年不同，需提供父母关系或监护权证明。 - [见上文](#)
- 居住证明 - 有关可接受的文件和证明方法的完整列表，请参阅 [居住证明表](#)

第 3 步：将全套注册表格和所有支持文件提交给您孩子学校的注册团队，包括开学第一天所需的健康和免疫接种表格。

请注意：按照法律规定，DCPS 每年必须核查每一个打算在 DCPS 注册的学生的华府居民身份。一旦学生注册，DCPS 将核查其居民身份（必须在学生首次注册之日起十个日历日内核查其居民身份）。如果您不能按照华府的要求证明华府居民身份或者不同意支付非居民类学费，您的孩子将面临不能在 DCPS 上学的风险。如有任何问题，请联系 DCPS 注册团队：enroll@k12.dc.gov。

在 DCPS 注册有三种注册方式：通过权利、My School DC 抽签和通过正式安置。在华府居住且处于接受义务教育年龄段的每一名学生在每一个年级都有至少一所有权就读的 DCPS “学区”学校——所他们可以随时注册的学校。在以下网站确认您的学区学校

<https://enrolldcps.dc.gov/node/41>。有关注册方法的更多信息，请查看 DCPS 注册和抽签手册：<https://enrolldcps.dc.gov/node/66>。

不歧视通知：根据华府和联邦法律的规定，华府公立学校不会根据实际或察觉到的种族、肤色、宗教信仰、国籍、性别、年龄、婚姻状况、个人形像、性倾向、性别认同或表达、家庭状况、家庭责任、入学状况、政治派别、遗传信息、残疾、收入来源、家庭内部犯罪的受害者身份或居住地/营业场所对您有所歧视。想要阅读全文并获得更多信息，请访问 <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>。



2026/2027 学年注册表

请使用这份表格为您的每一个初次到 DCPS 上学或返校的孩子注册。请将这份表格交给您的孩子将在 2025/2026 学年就读的学校。您必须回答以下全部问题。请注意：学校必须在您提交这份表格之日起十个日历日内核实您在华府居住。

DCPS 学生					
法定名字:		法定姓氏:		出生日期:	
地址:		学生 ID:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 中性		邮编:
2025/2026 学年学校或幼教计划:			城市/州:		
2026/2027 学年学校:			学生电子邮件:		
2026/2027 学年年级: 仅勾选一项		<input type="checkbox"/> Pre-K3 <input type="checkbox"/> Pre-K4 <input type="checkbox"/> 幼儿园	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 成人教育
住房状况: 仅勾选一项		<input type="checkbox"/> 永久 (有房、租房)	<input type="checkbox"/> 酒店/旅馆	<input type="checkbox"/> 收容所	<input type="checkbox"/> 合租 <input type="checkbox"/> 无家可归
学生是否存在下列情况?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 在收养中或在等待收养	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 无人陪伴的青少年 (不住在永久性住房中)		
种族称谓: 仅勾选一项		<input type="checkbox"/> 西班牙/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 非西班牙/非拉丁裔		
人种: 勾选所有适用的选项		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加土著人	<input type="checkbox"/> 亚裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人
学生是否存在下列情况? 为每一项选择“是”或“否”。学校可能会跟进。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 过敏	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 需要服药	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 饮食上的限制	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 504 计划	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 用于特殊教育服务的 IEP		
家长/监护人/联系人	法定名字:		与学生的关系:		
	电子邮件:		电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 座机		
	<input type="checkbox"/> 与学生的相同 地址:		电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 座机		
	公寓号:	城市/州:	邮编:	<input type="checkbox"/> 我希望通过短信/电子邮件接收有关我孩子的信息。 <input type="checkbox"/> 我想获得访问 Aspen 中的 Parent Portal 的权限。	
	法定名字:		与学生的关系:		
	电子邮件:		电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 座机		
<input type="checkbox"/> 与学生的相同 地址:		电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 座机			
公寓号:	城市/州:	邮编:	<input type="checkbox"/> 我希望通过短信/电子邮件接收有关我孩子的信息。 <input type="checkbox"/> 我想获得访问 Aspen 中的 Parent Portal 的权限。		
家庭语言调查 仅在第一次注册 DCPS 的情况下填写。					
如果您对以下任何问题的回答是除英语之外的一种语言, 您的孩子将接受英语语言服务评估。如有问题, 请致电语言习得处 202-671-0750。了解支持: dcps.dc.gov/service/supports-english-learners-els					
家庭主要讲哪一种语言? _____ (说明哪一种语言)					
学生经常讲哪一种语言? _____ (说明哪一种语言)					
学生最初讲哪一/几种语言? _____ (说明哪一种语言)					
您希望以哪一种语言接受学校发来的信息? 如果勾选了“其他”, 将向家长发送英文信。如果家长需要口译, 学校将提供此类服务。		<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 西班牙语	<input type="checkbox"/> 阿姆哈拉语	<input type="checkbox"/> 法语
		<input type="checkbox"/> 中文	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 其他: _____	
紧急联系人 如果无法联系到学生的家长或监护人, 学校将在紧急情况下联系以下人员。家长、监护人和被列为紧急联系人的人可以从学校接走学生。					
姓名:		与学生的关系:		电话:	
姓名:		与学生的关系:		电话:	
学生在 DCPS 的兄弟姐妹 请提供学生在任何一所 DCPS 学校上学的所有兄弟姐妹的信息。					
	兄弟姐妹 1	兄弟姐妹 2	兄弟姐妹 3	兄弟姐妹 4	
法定名字:					
出生日期:					
为孩子注册的人士的确认					
我确认以上提供的所有信息据我所知都是正确的。我理解 DCPS 将对这些信息保密并且仅为了校方需要使用这些信息。我知道如果我提供了虚假的信息, 我将受到法律制裁。我知道我无法为 26-27 学年在多于一所的学校注册, 并且我正在确认为 26-27 学年在上列学校的注册。我知道, 如果我因收到这所学校的候补名单的邀请而注册, 我在 My School DC 申请中所有排名低于这所学校的学校将把我从候补名单上删除。					
工整书写姓名: _____		签名: _____		日期: _____	
仅限于学校工作人员填写: 就读的学区: <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> OOB 注册方式: <input type="checkbox"/> 老生或新生: <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 抽签号码 _____					



哥伦比亚特区居住地核实表——2026-27 学年

请使用此表以核实您为哥伦比亚特区居民，因而您或您家学生有资格注册就读哥伦比亚特区 (DC) 公立或公立特许学校。所有表格和居住证明文件均会提交至所注册的学校。

第一步：选择最适合您的居住地核实方法。

第二页提供了用于核实您在哥伦比亚特区居住地可用方法的详情。完成下面的第 2 部分和第 3 部分之后，选择一种方法。如需获得资格免学费注册就读哥伦比亚特区公立或公立特许学校：1) 注册人必须为父母、成年学生或有效的合法监护人、监管人或其他主要照顾人 (OPR)，并提供适当的证明文件；2) 注册人已在哥伦比亚特区内实际居住；以及 3) 注册人已提交有效且适当的证明文件，以证实其按法律和法规规定确立居住地。

第二步：提供有关学生和报名人员的信息。

学生的名字：		学生姓氏：		出生日期：	
2026-27 学年就读学校名称：					
注册人（请参见第 2 页）名字：			姓氏：		
我是：					
<input type="checkbox"/> 学生的家长	<input type="checkbox"/> 学生的其他主要照顾人 (OPC) 并填写了 OPC 表格				
<input type="checkbox"/> 学生的法定监护人/托管人（提供证明）*	<input type="checkbox"/> 未成年父母并填写了宣誓声明				
<input type="checkbox"/> 成年学生	<input type="checkbox"/> 代成年学生签字的法定监护人（有限用途）*				
注册人的地址：				公寓号：	
城市：		州：	邮政编码：	哥伦比亚特区居民：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电子邮件：			电话：		

第三步：签署居住地要求证明。

- 我同意在住所发生任何变动后的三个(3)学日内通知学校，并填写新的《哥伦比亚特区居民身份验证表》。
 - 我声明，我为成年学生或学生的法定父母、监护人、托管人或其他主要照顾者 (OPC)；我已在《5A DCMR § 5004》所定义的学区范围内建立并将继续保持实际住所；我将提交有效文件以证明居住身份，或已表明我为非居民，并将完成所需的学费协议及支付。
 - 我授权 OSSE 从特区、联邦政府以及任何州或地方政府机构或计划（包括马里兰州和弗吉尼亚州的机构）获取并核实有关我居住身份的信息，包括但不限于哥伦比亚特区公共服务部 (DHS)、哥伦比亚特区住房管理局 (DCHA)、医疗保健财务部 (DHCF)、弗吉尼亚州税务局、马里兰州审计长办公室、机动车管理局，以及诸如 Medicaid、贫困家庭临时援助计划 (TANF) 或补充营养援助计划 (SNAP) 之类的计划，以核实我在哥伦比亚特区公立或公立特许学校入学时的居住身份。OSSE 将根据适用的联邦、特区和州法律保护我的信息。
 - 我授权 OSSE 或其指定人员核实为证明居住地而提交的任何文件，包括但不限于工资单或就业记录，并联系入学记录上列出的其他人员（例如，另一方家长、监护人、托管人或 OPC）以核实我的居住情况。
 - 我明白，如果 OSSE 认定我不是居民或未获批准的非居民（依据《哥伦比亚特区市政条例》第 5A 卷第 5007 节），我可能需要退还学费，且学生可能会被退学。
 - 我明白，提供虚假信息或文件可能会导致被转交至哥伦比亚特区总督察长办公室 (OIG) 进行刑事起诉，或者被转交至哥伦比亚特区总督察长办公室 (OAG) 依据《哥伦比亚特区法典》第 38-312 条处以民事处罚，包括最高 2,000 美元的罚款或最高 90 天的监禁。
 - 我明白，此表格及相关证明文件将由学校保存。我同意可将其与 OSSE、外部审计员以及学区的其他机构（例如 OIG、OAG）共享，以供核实之用。
- 我授权哥伦比亚特区学籍与居住办公室 (OSSE) 以及哥伦比亚特区税务与收入办公室 (OTR) 查阅并审核我最近三 (3) 年的特区纳税申报表，以确认我的居住情况

注册人在此处签字：_____ 日期：_____

第四步：将此填妥的表格相关证明文件提交至您所在学校。

仅供校方使用 用于核实哥伦比亚特区居住权的方法如下。请选择一种方法。

我证明，我已亲自审读所提交的所有文件，并确认据我所知、所悉和所信，上述信息均属实，如有不实，甘受作伪证罪之罚。我还申明，本表的所有证明文件将由学校保留，并应要求提供给州教育厅长办公室 (OSSE)、外部审计员和其他机构，包括但不限于哥伦比亚特区监察长办公室和哥伦比亚特区总检察长办公室。

学校官员姓名 (正楷书写): _____ 签名: _____ 日期: _____

方法 A: 校方已核实

- OSSE 居住地已核实 (QLIK、ASPEN 或 CBO 补贴)
- 无家可归联络员已核实
- 哥伦比亚特区行政区
- 地址保密计划 (ACP)

方法 B: 选择一个文件

- 工资单
- 哥伦比亚特区政府经济援助
- 经认证的哥伦比亚特区税表-D40
- 军队住房令
- 大使馆信函

方法 B: 选择两个文件

- 哥伦比亚特区机动车辆登记
- 哥伦比亚特区驾驶执照/非驾驶员身份证
- 含付款的租约
- 含付款的公用事业账单

方法 C: 家访

非居民

注册人，请按照任一方法 (A-C) 来核实您在哥伦比亚特区的居住地。

A 与校方核实。 如果您无家可归、受哥伦比亚特区政府监护和/或参与哥伦比亚特区政府公共福利计划，如 Medicaid、SNAP 或 TANF——您的学校可能已经掌握了您的信息。请向校方负责人或校方无家可归联络员咨询。

通过税务局 (OTR) 核实。 重新报名的家庭/学生通常能够使用 OTR 居住权核实流程来核实居住权。报名人员必须在上一个财政年度期间已在哥伦比亚特区缴税，并拥有学生的社会安全号码。学生必须在同一个地方教育机构重新报名，并报名入读 K-12 年级。登录到系统，网址：ossedctax.com。如果成功，那么您的核实将可供您的学校进行确认。

通过提交支持文件资料核实。 所有项目都必须包括哥伦比亚特区居住权核实表格上和基于学校的报名文件中填写的报名人员的相同姓名和地址。

需要此列表中的一个项目。	需要此列表中的两个不同项目。
<p>B</p> <ul style="list-style-type: none">• 在学校审核此表格后的 45 天内签发的有效工资单。必须包含当前纳税年度的仅限哥伦比亚特区个人所得税的预扣税款，并且没有列出要扣款的任何其他州，即使该税额为零。该工资单还必须显示当前纳税年度和当前工资结算期的哥伦比亚特区个人所得税预扣税款金额大于零。与联邦和特区税收有关的部分不得删节。• 哥伦比亚特区政府出具的未到期经济援助官方证明文件，在过去 12 个月内签发给注册人且在向学校递交时仍有效，援助包括但不限于贫困家庭临时援助 (TANF)、Medicaid、补充保障收入、住房援助或其他计划。• 经哥伦比亚特区税务局 (OTR) 认证的 D40 表副本，附有本纳税年度或最近一个纳税年度的哥伦比亚特区税款缴纳证明，且必须盖有 OTR 印章。• 军人住房令或带有军方信笺的声明，在过去 12 个月内签发且在向学校提交时有效。住房令必须为官方信函，并注明具体的哥伦比亚特区居住地址。该命令必须表明注册人目前正居住，而非打算居住。• 过去 12 个月内签发的大使馆信函。必须加盖大使馆公章并含有大使馆官员的签名；并指出在相关的学年期间，报名人员目前居住在或将居住在哥伦比亚特区内的大使馆房产处。	<p>或者</p> <ul style="list-style-type: none">• 有效且未过期的哥伦比亚特区机动车驾驶员许可证或政府签发的非驾驶员身份证明。• 有效且未到期的哥伦比亚特区机动车登记。临时登记不予接受。• 有效且未到期的租约或租赁协议（包括军事租约），附有单独的租金付款证明，例如付款收据、汇票或已兑现支票的副本。 <i>租约必须包含开始日期、月租金额、房东姓名，并由注册人和房东签字。</i> <i>单独的付款证明必须在学校审核本表格之前的两个月内有效，并且与租约上注明的月租金额保持一致。如果您的付款凭证金额与您的租赁合同金额不符，请向学校提供一份由房东签署的说明差异的信函。请联系您的学校了解详情。</i>• 公用事业账单（仅可接受煤气费、电费和水电费账单），并带有显示账单付款的单独已付款收据，例如付款收据打印件、汇票或已兑现支票的副本。 <i>公用事业账单必须在学校审核本表格之前的两个月内有效。</i> <i>单独的付款证明必须对应所提交的特定账单。最常见的提交是两个连续的账单，其中第二个账单显示第一个账单上的付款。针对付款证明，账单上的贷记金额</i>

和政府机构补贴公用事业费信函, 均予以接受。所有付款均必须予以确认, 而非日后预定付款。

C 通过家访核实。如果您无法通过上述任一方法进行核实, 请向学校负责人咨询家访事宜。访问必须在住所内进行, 并证明注册人和学生居住在该住所内。

以非居民学生身份注册

非居民学生只有在候补名单上没有符合资格的哥伦比亚特区居民, 地方教育机构 (LEA) 同意招收该学生, 与州教育厅长办公室签订了学费协议并且已经支付了首期学费的情况下, 才有资格就读特区公立学校。如需完成学费协议和学费付款, 请发送电子邮件至 osse.residency@dc.gov。非居民没有资格通过特区的学前班增强和扩展资助计划进行报名。

有资格为学生注册的人员。

- **父母**——对学生拥有监护权或控制权 (包括共同监护权) 的亲生父母、继父母、同居伴侣或领养父母。
- **监护人**——由有法定管辖权的法院为学生指定的法定监护人。应提供辅助法律文件。
- **监管人**——有法定管辖权的法院已授予其生活监护权的人员。应提供辅助法律文件。
- **其他主要照顾者**——是指除父母、法院指定的监管人或监护人之外的人员, 此人是照顾或管控和扶养与他或她同住的 *并且* 其父母、监管人或监护人由于严重的家庭困难而无法提供此类照顾和扶养的学生的主要提供者。
- **成年学生**——年满 18 周岁或以上的学生, 或者由于婚姻、法规或有法定管辖权法院的命令而脱离父母完全独立生活的学生。
- ****法定监护人代表成年学生签字**** - 只有在成年学生因身体或精神上的无行为能力而无法自行签字的情况下, 才应选择此选项。所有其他成年学生应自行报名。



2026-2027 学年技术设备调查表

使用这份表格来分享您使用高速互联网和技术设备的情况。

DCPS 学生		
法定名字:	法定姓氏:	出生日期:
2026-2027 学年学校:		
技术使用调查 DCPS 正在努力了解我们所有家庭的技术设备需求。		
您的孩子在家里是否可以使用可靠的互联网连接?		
<input type="checkbox"/> 是		
<input type="checkbox"/> 否		
您的孩子在家里是否可以使用笔记本电脑/平板电脑? 仅勾选一项。		
<input type="checkbox"/> 我的孩子可以使用 DCPS 提供的笔记本电脑/平板电脑		
<input type="checkbox"/> 我的孩子可以使用个人或非 DCPS 的笔记本电脑/平板电脑		
<input type="checkbox"/> 我的孩子在家里没有笔记本电脑/平板电脑		

规范使用技术政策确认书
<p>DCPS 为学生和教职工提供访问互联网、数据和网络系统(DCPS 网络)的权限。DCPS 还为学生提供了使用计算机、平板电脑、和/或其他技术设备(例如打印机)(DCPS 设备或技术)的权限。DCPS 网络和 DCPS 技术提供给学生用于教育、研究和职业发展的目的。DCPS 网络和 DCPS 技术的使用受 DCPS 学生和教职工技术和网络规范使用政策的制约, 参阅 https://dcps.tech/aup。未能按照学生和教职工技术和网络规范使用政策使用 DCPS 设备、技术或网络可能会导致纪律处分。通过勾选下面的方框, 你承认你已阅读并理解规范使用技术政策并同意该政策概述的所有条款和条件。</p> <p><input type="checkbox"/> 通过勾选此方框, 我确认我已阅读、理解并同意 DCPS 规范使用技术政策概述的条款和条件。我还确认我希望我的孩子能够使用 DCPS 设备、技术和网络。我确认这些物品归 DCPS 所有, 借给我的孩子仅用于教学和学业目的, 但我必须根据要求归还。如果我未能归还设备, 学校可能会向我收费。</p>



2026/2027 学年同意书

请使用这份表格向华府公立学校(DCPS)说明您对下列事项的喜好: 1)DCPS 使用您孩子的形象、声音和学校作业; 2) 向军队招生人员披露您孩子的信息以及 3) 选择向学生手机发送出勤提醒。

DCPS 学生

名字: _____

姓氏: _____

由您选择 - 向媒体披露信息的同意书

通过在下面签名, 我特此授予华府(包括 DCPS)及其员工和代理、合同工、继任者和受让人以下权利: (1) 录制我的孩子的形象和声音; (2) 酌情编辑此类录制品; (3) 使用此类录制品、涉及孩子的艺术作品和书面作品的录像带、照片、数字媒介制品以及任何其他形式的电子或印刷媒介制品(含有我孩子的形象、声音、艺术作品或书面作品的照片、数字媒介制品和其他电子或印刷媒介制品统称为“音像制品”)。我明白这份向媒体披露信息的同意书不授予 DCPS 或华府披露我孩子的身世或其他身份信息权利, 并且我可以随时联系孩子的学校以撤销我的同意。

我特此免除我或我的孩子现在或以后因为 DCPS 和华府、其继任者和受让人以及其他任何人根据这份同意书使用我孩子的任何音像制品而向他们追讨任何和所有的索赔、损害、赔偿金和花费。我知道这份同意书的条文具有法律约束力。这份同意书对于在学年结束前制作的有关我孩子的任何音像制品永远有效, 并且我可以随时撤销我的同意。

我同意。 我不同意。

工整书写姓名: _____ 签名: _____ 日期: _____

由您选择 - 向军队招生人员披露信息 (6-12 年级学生)

联邦法律规定 DCPS 根据军队招生人员的要求向其提供所有 6 至 12 年级学生的姓名、地址和电话号码(“信息”), 除非学生的家长/法定监护人(或学生, 前提是学生已成年)通过在下面签名来选择披露这类信息。这份同意书在您的孩子在 DCPS 注册期间有效, 并且您可以随时撤销您的同意。

我请求 DCPS 不要向军队招生人员披露我的孩子/我(如果学生是成年人)的信息。

工整书写姓名: _____ 签名: _____ 日期: _____

由您选择 - 向学生手机发送短信提醒 (6 至 12 年级)

我, 签名者, 明白提供我孩子的手机号码不是必需的, 并将专门用于向我 6-12 年级的孩子发送与出勤相关的短信。我同意安全存储此信息, 并明白它不会作为“通讯”信息发布。我还承认, 我的孩子或我有权随时使用每条短信中包含的选择退出条款选择不接收短信。

学生姓名和手机号码: _____ 和 _____。

工整书写姓名: _____ 签名: _____ 日期: _____

由您选择 - Panorama 调查退出 (3 至 12 年级)

在秋季和春季, DCPS 对 3 年级及以上的学生开展全学区 Panorama 学生调查, 帮助 DCPS 和学校管理人员了解学生如何看待他们的学校经历。这项调查是自愿和保密的。教师可以在调查中看到您孩子在不同主题上的平均分数, 但看不到学生对各个问题的回答。学生姓名永远不会出现在调查报告中。这项调查向 6 年级及以上的学生询问其性别和性认同。这些问题有助于学区促进对所有学生的公平对待。学生可以跳过这些问题或任何其他问题。

如果您希望您的孩子退出全学区的调查, 请填写此表格: [2026-27 学年 Panorama 学生调查退出表](#)。表格、调查问题和之前的结果均可在 dcps.dc.gov/surveys 上找到。

由您选择 - 同意与儿童医院的医疗服务提供者共享学生出勤记录

教育与健康出勤资源协作 (CARE-H) 项目是 DCPS 与儿童医院当地的医疗服务提供者合作，为在 DCPS 就读的学生提供服务。CARE-H 项目旨在支持学生健康并减少缺课，因为健康的学生更有能力上学和学习。为了确保 CARE-H 项目顺利实施，DCPS 学校必须向我孩子的医疗服务提供者提供我孩子的出勤信息。

签署此同意书，即表示我允许 DCPS 安全地与我孩子的医生、护士和医务室工作人员共享出勤信息。这些信息将帮助这些医疗专业人员在需要时为学生及其家人提供特殊的外展和医疗服务。这将使 DCPS 与这些医疗医疗保健专业人员合作，保持我孩子在学校的健康和成功。我确认并理解，我有机会查阅这些记录，并有权对记录内容提出质疑。

这份同意书在我的孩子就读 DCPS 期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。我可以随时撤回我的同意。请注意：如果 DCPS 希望与我孩子的医疗团队共享或讨论我孩子的学业记录的其他部分，我需要另外提供同意。

我同意。 我不同意。

工整书写姓名： _____ 签名： _____ 日期： _____



关于 2015 年《每个学生成功法案》赋予的权利的通知

本通知旨在通知您，如果您是就读于 Title I 学校的学生家长，根据 2015 年《每个学生成功法案》的规定，您有权要求获得有关您孩子的任课教师的专业资格信息。您可以随时询问以下信息：

- 教师是否达到华府对他/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其他临时状态下教学并且华府因此免除了对他/她的资格或执照标准的规定；
- 教师是否在教师资格认证的学科领域从事教学；
- 学生是否正在获得由教学辅助人员（在教师监督下辅助课堂教学但未经认证的教学助手）提供的服务以及（如果是的话）教学辅助人员的资格。

可在 <https://dcps.dc.gov/publication/list-title-i-and-non-title-i-schools> 上找到 DCPS Title I 学校的当前列表。请把与本通知相关的所有请求和任何其他问题提交给 DCPS，电子邮件：dcps.hrdataandcompliance@k12.dc.gov，或传真：(202) 535-2483。

关于保护学生权利修正案(PPRA)赋予的权利的通知

这份通知告知家长/监护人和符合条件的学生（离开父母独立生活的未成年人或年满 18 岁及以上的学生）在接受调查和体检/筛查时以及在学校以营销为目的收集和使用其个人信息时的权利。PPRA 阐明了这些权利(参阅 20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR 第 98 节)。这份通知也列出了这些权利。DCPS 已经制定并实施有关这些权利的政策，而且它也针对在实施调查时以及在以促销、营销或其它分发为目的的收集、披露和使用个人信息时如何保护学生隐私制定并实施了相关规程。在进行任何受保护的信息调查（定义见下文）和对学生进行体检/筛查之前，DCPS 会通知受影响的家长/监护人和符合条件的学生。对于所有的体检/筛查以及所有需要被调查者同意的调查，DCPS 为家长和符合条件的学生提供通知，其中包含有关检查/筛查或调查的信息，并说明他们可以选择让子女不参加某项活动。作为学生的家长/监护人或符合条件的学生，您拥有 PPRA 赋予的以下权利：

1. **同意接受调查的权利。** 根据 PPRA 的规定，在学生需要参加由美国教育部(USDE)的一项计划全部或部分资助的调查、分析或评估并且此类调查、分析或评估涉及下列受保护信息类别中的一个或多个类别之前，家长/监护人和符合条件的学生必须提供有效的同意：
 - 学生或学生家长的政治派别或信仰；
 - 学生或学生家人的精神或心理问题；
 - 性行为或态度；
 - 非法的、反社会的、自证其罪的或有损人格的行为；
 - 对与被调查者有密切关系的其他家庭成员的批判性评估；
 - 法律认可的特权关系，例如与律师、医生或牧师的关系；
 - 学生或学生家长的宗教习俗、派别或信仰；以及
 - 除了法定收入之外的其他收入，用于确定学生是否符合计划的资格。

虽然 PPRA 没有要求，但 DCPS 要求任何包含与上述类别相关的一个或多个问题的调查（无论资金来源如何）都需要参与者的有效同意。

2. **能够选择不参加的权利。** 家长/监护人和符合条件的学生将始终有机会选择让学生不参加以下活动：
 - 任何不询问与受保护类别相关的问题的调查；
 - 由代表 DCPS 进行研究的外部方进行的任何学生焦点小组或访谈；
 - （除了听力、视力和脊柱侧弯检查以及州法律规定的任何体检/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但不一定保护学生的切身健康和安全的；以及
 - 任何涉及收集、披露或使用学生的个人信息用于促销、营销或分发的活动（这并不适用于收集、披露或使用学生的个人信息以达到为学生/教育机构开发、评估或提供教育产品或服务的专门的目的）。
3. **检查下列信息的权利。** 家长/监护人和符合条件的学生在提出要求之后以及在学校/教育机构实施或使用下列手段之前，可以检查：
 - 对学生的所有调查，无论他们是否提出与受保护类别、资金来源相关的问题，以及是否由 DCPS 或外部方制定；
 - 以任何促销、营销或分发为目的收集个人信息的手段/方法；以及
 - 部分课程使用的教材。

认为自己的权利被侵犯的家长/监护人和符合条件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, S.W., Washington, D.C. 20202。

关于家庭教育权利和隐私法案(FERPA)赋予的权利的通知

FERPA 就学生的教育记录赋予家长/监护人和年满 18 岁或以上的学生（“符合条件的学生”）一定的权利。这份通知的目的是向您通报您拥有哪些具体的重要权利：

1. 在 DCPS 收到查阅记录要求后的 45 天内，**检查和审查学生教育记录的权利**。家长/监护人或者符合条件的学生应该向校长提交一份确认他们想要查阅的记录书面请求。校长或者其他有关的学校领导将做出关于查阅教育记录的安排并向家长/监护人或者符合条件的学生告知查阅记录的时间和地点或想要查阅的记录是否存在。
2. 如果家长/监护人或者符合条件的学生认为学生的教育记录不准确、令人误解或违反了 FERPA 赋予学生的隐私权，他们有**要求更正学生教育记录的权利**。家长/监护人或者符合条件的学生可以写信给校长，清楚地说明他们想要更改教育记录中的哪些部分和原因。如果 DCPS 决定不按照家长/监护人或者符合条件的学生的要求更改记录，学校会将此决定通知他们，并告知他们有权利参加与更改教育记录要求相关的听证会。当通知家长/监护人或者符合条件的学生有参加听证会的权利时，学校也向他们提供听证会程序的更多信息。
3. 除了 FERPA 授予的无需征求家长/监护人或符合条件的学生的同意即可直接披露学生个人信息之外，**（书面）同意披露学生教育记录中个人信息的权利**。例如，DCPS 可以在未征求家长/监护人或符合条件的学生的同意的情况下向学生打算或已经注册的另一所学校或学区的领导披露学生的教育记录，目的是让学生注册或转学。此外，FERPA 允许无需征求家长/监护人或符合条件的学生的同意即可直接把这类信息披露给 DCPS 认定的有合法的教育兴趣的学校相关人士。学校相关人士是指受雇于 DCPS 的校领导、主管、老师或辅助人员（包括医护人员和执法人员）；与 DCPS 签约以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）；或为校方委员会如纪律处分或申诉委员会服务或协助学校的其他相关人士执行任务的家长/监护人、学生或义工。如果学校相关人士为履行职责需要查阅一份教育记录，他/她就拥有合法的教育兴趣。
4. 向美国教育部**投诉 DCPS 没有履行 FERPA 的规定的权利**。管理 FERPA 的办公室的名称和地址是 Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave.SW, Washington, DC 20202。
5. **不披露学生通讯信息的权利**。DCPS 可自行决定披露基本的“通讯信息”。根据华府法律及 FERPA 条款的规定，在未经家长/监护人或者符合条件的学生同意的情况下，披露这些信息不被视为有害或侵犯了其隐私权。家长/监护人或符合条件的学生可以通过在学生注册后十(10)个上学日内完成下面的“学生通讯信息发布”部分，指示 DCPS 不披露上述任何或所有信息。如果在注册后十(10)个上学日内未提供以下发布书，DCPS 将假定以下信息可能被指定为您的孩子在本学年剩余时间内的通讯信息。

由您选择 - 不披露学生通讯信息

您可以选择限制 DCPS 披露的信息。如果有的话，请勾选您不希望 DCPS 在未经您同意的情况下披露的以下信息：

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 学生姓名 | <input type="checkbox"/> 参与校方认可的活动和赛事 | <input type="checkbox"/> 获得的证书/奖励 |
| <input type="checkbox"/> 学生地址 | <input type="checkbox"/> 运动队队员的体重和身高 | <input type="checkbox"/> 上学的日期 |
| <input type="checkbox"/> 家长/监护人电子邮箱 | <input type="checkbox"/> 以前就读的学校名称 | <input type="checkbox"/> 学生的电话通讯录 |
| <input type="checkbox"/> 年级 | <input type="checkbox"/> 学生的出生日期和地点 | <input type="checkbox"/> 目前就读的学校名称 |

我在下面签名以确认以下内容：

- DCPS 不得披露我在上面勾选的任何信息；
- 我在此同意 DCPS 可以披露我没有勾选的任何信息；但是，
- 我明白，如果需要或按照 FERPA 的规定，DCPS 可能仍然会披露我勾选的信息。

学生法定姓名： _____

家长/监护人姓名： _____

签名： _____

日期： _____

此为哥伦比亚特区关键年级儿童入学所需接种疫苗总览。✓ 的数量代表需要供应给这些年级的总剂量数。有关疫苗接种要求的更多详情，可经 dchealth.dc.gov/immunizations 进行查阅。

即将入读学前班 3 岁班级 (Pre-K3)*	即将入读幼儿园	即将入读 7 年级	即将入读 11 年级
白喉、百白破、破伤风三联疫苗 DTaP ✓✓✓✓✓	白喉、百白破、破伤风三联疫苗 DTaP ✓✓✓✓✓	白喉、百白破、破伤风三联疫苗 DTaP ✓✓✓✓✓	白喉、百白破、破伤风三联疫苗 DTaP ✓✓✓✓✓
脊髓灰质炎疫苗 ✓✓✓	脊髓灰质炎疫苗 ✓✓✓✓	脊髓灰质炎疫苗 ✓✓✓✓	脊髓灰质炎疫苗 ✓✓✓✓
水痘疫苗 ✓	水痘疫苗 ✓✓	水痘疫苗 ✓✓	水痘疫苗 ✓✓
麻疹、腮腺炎、风疹三联疫苗 MMR ✓	麻疹、腮腺炎、风疹三联疫苗 MMR ✓✓	麻疹、腮腺炎、风疹三联疫苗 MMR ✓✓	麻疹、腮腺炎、风疹三联疫苗 MMR ✓✓
乙型肝炎疫苗 (HepB) ✓✓✓	乙型肝炎疫苗 (HepB) ✓✓✓	乙型肝炎疫苗 (HepB) ✓✓✓	乙型肝炎疫苗 (HepB) ✓✓✓
甲型肝炎疫苗 (HepA) ✓✓	甲型肝炎疫苗 (HepA) ✓✓	甲型肝炎疫苗 (HepA) ✓✓	甲型肝炎疫苗 (HepA) ✓✓
肺炎球菌 (PCV) ✓✓✓✓		百白破、白喉、破伤风三联疫苗 (Tdap) ✓	百白破、白喉、破伤风三联疫苗 (Tdap) ✓
乙型流感嗜血杆菌疫苗 (Hib) ✓✓✓(✓) 根据使用的品牌可能有所不同		人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) ✓	人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) ✓✓
		脑膜炎球菌疫苗 (ACWY) ✓	脑膜炎球菌疫苗 (ACWY) ✓✓

✓ = 接种剂数

*您入读 Pre-K3 孩子满 4 周岁时，可能有资格接种 MMR、水痘、脊髓灰质炎和白喉、百白破、破伤风三联疫苗的加强剂。我们强烈建议按时接种此类疫苗，但此类疫苗接种不计入年中出勤要求。

通用健康证

使用此表向您孩子所在学校/托儿所报告其身体健康状况。此为《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 38-602 节所要求。请持执照医疗专业人士完成第 2 至第 4 部分。如需获取健康保险计划，请访问：dchealthlink.com。您可以通过您孩子所在学校的总务处联系保健套餐服务 (Health Suite) 工作人员。

第 1 部分：孩子个人信息 (由家长/监护人填写。)					
孩子姓氏：	孩子名字：	出生日期：			
学校名称或托儿所名称：	学生年级：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别			
家庭住址：	公寓号：	城市：	州：	邮编：	
族裔：(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不愿回答					
种族：(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿回答					
家长/监护人姓名：			家长/监护人电话：		
紧急联系人姓名：			紧急联系人电话：		
保险类型： <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无			保险名称/身份识别号码：		
此孩子在过去一年内是否看过牙医/牙科服务提供者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
我允许签署本表格的健康检查人员/设施与我孩子所在学校、托儿所、营地或相应的哥伦比亚特区政府机构共享此表格上的健康信息。此外，本人特此确认并同意，除犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为外，依据《哥伦比亚特区法》(DC Law) 第 17-107 节规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员及代理人不因其作为或不作为而承担民事责任。我明白本表格应每年填写并交回至我孩子所在学校。					
家长/监护人签名： _____			日期： _____		
第 2 部分：孩子健康史、检查和建议 (由持执照医疗保健提供者填写。)					
健康检查日期：	血压： ____/____ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常	体重： ____ <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 千克	身高： ____ <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 厘米	体质指数 (BMI)：	BMI 百分位数：
视力筛查视力水平：对于 3-6 岁儿童，只需填写 (合格/不合格)。6 岁及以上儿童则需在此部分提供视力水平。					
视力筛查：	左眼：20/____ 右眼：20/____	<input type="checkbox"/> 矫正	<input type="checkbox"/> 佩戴眼镜	<input type="checkbox"/> 已转诊	<input type="checkbox"/> 未检测
	左： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 右： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 未矫正			
听力筛查：	(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未检测 <input type="checkbox"/> 使用助听器 <input type="checkbox"/> 已转诊				

此孩童是否有以下健康问题？（请勾选所有适用项，并在下方提供详情）

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 生长迟缓 | <input type="checkbox"/> 镰状细胞 |
| <input type="checkbox"/> 自闭症 | <input type="checkbox"/> 心脏衰竭 | <input type="checkbox"/> 可能需要紧急医疗护理的显著食物/药物/环境过敏。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 行为问题 | <input type="checkbox"/> 肾脏衰竭 | <input type="checkbox"/> 长期用药、非处方药 (OTC) 或特殊护理要求。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 语言/言语 | <input type="checkbox"/> 显著健康史、病情、传染性疾病或限制。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 脑瘫 | <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 发育问题 | <input type="checkbox"/> 脊柱侧凸 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 癫痫 | |

请提供详情。如果此孩子接受处方/治疗，请附上一份完整的药物/医疗计划表；如果此孩子经转诊，请注明。

结核病 (TB) 评估 | 结核检测呈阳者，应被转介至初级保健医师处进行评估。如有疑问，请致电 (202) 698-4040 联系 DC Health 结核病控制中心。请访问 dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics，了解有关结核病的更多信息。

此孩子患肺结核的风险等级为？ <input type="checkbox"/> 高 > 完成皮肤检测 和/或 γ -干扰素释放试验 (IGRA) 检测 <input type="checkbox"/> 低	皮肤检测日期： 皮肤检测结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阴性 <input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阳性 <input type="checkbox"/> 阳性，已治疗	IGRA 血液检测日期： IGRA 结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阳性，已治疗
---	---	--

关于结核病检测补充说明：

铅接触风险筛查 | 所有铅含量均须报告至哥伦比亚特区儿童铅中毒预防中心 (Childhood Lead Poisoning Prevention)。请致电 (202) 481-3837 或传真至 (202) 535-2607。

仅适用于 6 岁以下儿童 每个孩子在 2 岁前必须进行 2 次铅检测	第 1 次检测日期：	第 1 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常， 发育筛查日期：	第 1 次血清/手指铅水平：
	第 2 次检测日期：	第 2 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常， 发育筛查日期：	第 2 次血清/手指铅水平：
	第 3 次检测日期：	第 3 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常， 发育筛查日期：	第 3 次血清/手指铅水平：

第 3 部分：免疫信息 | (由持执照医疗保健提供者填写。)

孩子姓氏：	孩子名字：					出生日期：	
免疫接种	请在下方方框内提供免疫接种日期 (月/日/年)						
白喉、破伤风、百日咳 (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
白喉和破伤风 (DT) (< 7 岁) / 破伤风和白喉 (TD) (> 7 岁)	1	2	3	4	5		
百白破 (Tdap) 疫苗加强剂	1						
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗 (IPV)	1	2					
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌	1	2	3				
百白破-乙型肝炎-灭活脊髓灰质炎疫苗	1	2	3				
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌-乙型肝炎	1	2	3				
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)	1	2	3	4			
乙型肝炎 (HepB)	1	2	3	4			
脊髓灰质炎 (脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV), 口服脊髓灰质炎疫苗 (OPV))	1	2	3	4			
麻疹、腮腺炎、风疹 (麻腮风三联疫苗 (MMR))	1	2					
麻疹	1	2					
腮腺炎	1	2					
风疹	1	2					
水痘	1	2	孩子起过水痘 (月份和年份) : _____ 核实人 (姓名和职称) : _____				
肺炎球菌联合疫苗	1	2	3	4			
甲型肝炎 (HepA) (出生于 2005 年 1 月 1 日或之后)	1	2					
人乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗	1	2	3				
脑膜炎球菌疫苗	1	2					
流感疫苗 (建议)	1	2	3	4	5	6	7
轮状病毒疫苗 (建议)	1	2	3				
COVID-19/冠状病毒疫苗 (建议)	1	2	3	4	5	6	7
其他	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> 此孩童未能按时进行免疫接种，但已制定计划恢复接种。 下次预约为： _____							

医疗豁免 (如适用)

我证明上述孩童当下患有有效的医疗禁忌症，不适合接受以下免疫接种：

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 破伤风 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 乙型流感嗜血杆菌 | <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型) | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌疫苗 (ACWY) | <input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) |
| <input type="checkbox"/> COVID-19/ 冠状病毒 | | | | | | |

此医疗禁忌为永久性或暂时性？

- 永久性 暂时性，直至： (日期)

替代免疫接种证明 (如适用)

我证明上述孩童具有针对下列免疫接种的实验室证据，我已附上滴度结果副本。

- | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 破伤风 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 乙型流感嗜血杆菌 | <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型) | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 | | <input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) |

第 4 部分：持执照保健执业医师证明 | (由持执照医疗保健提供者填写。)

该孩童已按照本表规定的项目进行了适当的检查，健康史已审查并记录。在检查时，该孩童的健康状况良好，可参加所有学校、夏令营或托儿所的活动，除第一页注明的情况外。 否 是

该孩童获批可以参加**竞技运动**。 不适用 否 是 是，有待来自以下的额外许可：

我特此证明，我对该孩童进行了检查，此处记录信息根据检查结果确定。

持执照医疗保健提供者办公室印章 **医疗保健提供者姓名：**

医疗保健提供者电话：

医疗保健提供者签名：

日期：

仅供办公室使用 | 学校官员和 Health Suite 工作人员收到的通用健康证。

学校官员姓名：

签名：

日期：

Health Suite 工作人员姓名：

签名：

日期：

口腔健康评估表

对于所有 3 岁及以上的学生，请使用此表格向其学校/托儿所报告其口腔健康状况。

说明

- 完成下方第 1 部分。请将此表格交至儿童/学生的牙科服务提供者处。牙科服务提供者应填写第 2 部分。
- 请完整填写并签署表格，并交至学生的学校/托儿所。

第 1 部分：儿童/学生信息（由家长/监护人填写）

名 _____ 姓 _____ 中间名首字母 _____

学校名称或托儿所名称 _____

学生学号 _____ 出生日期

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(月/日/年)：

当前性别认同： _____

家庭住址： _____ 家庭所在州： _____

家庭邮政编码

--	--	--	--	--	--

学校 年级	日托	学前班 3岁	学前班 4岁	幼 儿 园	1年 级	2年 级	3年 级	4年 级	5年 级	6年 级	7年 级	8年 级	9年 级	10 年 级	11 年 级	12 年 级	成人 教育
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 2 部分：儿童/学生的口腔卫生状况（由牙科服务提供者填写）

- 患者是否至少有一颗牙齿有**明显龋齿**（未经治疗的龋齿）？
包括牙釉质结构没有明显染色凹坑或裂隙，或非龋齿
脱矿病变（即白斑）。 是 否
- 患者是否至少有一颗**治疗过的龋齿**？这包括任何因龋齿治疗而使用银汞合金、复合材料、临时修复材料或牙冠的牙齿。
- 患者是否至少有一颗白恒牙带有**部分或完全保留的密封剂**？
- 在常规检查前**，患者是否有未经治疗的龋齿或其他需要**护理**的口腔卫生问题？（**需要早期护理**）
- 患者是否有**疼痛、脓肿或肿胀**？（**需要紧急护理**）
- 患者口腔中有多少颗**乳牙**受到龋齿影响，且属于以下任一情况：
a. 未经治疗
b. 已用填充物/牙冠治疗？
- 患者口腔中有多少颗**恒牙**受到龋齿的影响，且属于以下任一情况：
a. 未经治疗
b. 已用填充物/牙冠治疗
c. 因龋齿拔牙？
- 患者的牙科保险是什么类型？ Medicaid 私人保险 其他 无

牙科服务提供者姓名 _____

牙科诊所印章

牙科服务提供者签名 _____

牙科检查日期 _____

此表格取代哥伦比亚特区口腔健康评估表先前版本，用于入读哥伦比亚特区学校、所有启蒙计划 (Head Start) 和托儿中心。此表格经 DC Health 批准，为保密文件。对于医疗服务提供者而言，保密性系指遵守 1996 年《健康保险流通与责任法案》(HIPAA)，而对于哥伦比亚特区学校和其他提供者而言，保密性系指遵守《家庭教育权利和隐私法案》(FERPA)。