

WEST ORANGE PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF STUDENT SUPPORT SERVICES

179 Eagle Rock Avenue • West Orange • New Jersey • 07052
Telephone: 973-669-5400 Ext. 20538
Fax: 973-669-8601

Ms. KRISTIN GOGERTY-FITZGERALD, EXECUTIVE DIRECTOR

MRS. DAWN RIBEIRO, SUPERVISOR

MANDATORY HEALTH SCREENINGS OPT OUT FORM
SCHOOL YEAR: 2020-2021

Dear Parent/Guardian,

Throughout a typical school year, multiple health screenings required by the state of New Jersey are conducted. As per, N.J.A.C. 6A:16-2.2(g)3 and N.J.A.C. 6A:16-2.3(b)3ii mandated health screenings include height, weight, blood pressure, hearing, vision, and scoliosis.

The grades in which these screening must be carried out are as follows:

Mandated Screenings						
Required Grade Level	Height	Weight	Blood Pressure	Vision	Hearing	Scoliosis
K – 12	X	X	X			
K – 2, 4, 6, 8, 10				X		
K – 3, 7, 11					X	
Biannually for students between 10 – 18 years old						X

Please note that many of these screenings are typically a part of the physical for sports, entry to school or annual well visits. Health screening information provided on these documents that were submitted this year will satisfy the mandatory requirements. Some school-based screenings may have already been completed, however you may opt-out of remaining required screenings by indicating this and signing below.

******The form should be completed and returned to your school nurse by Friday, May 21, 2021. A failure to complete and return this form by this date will be considered an OPT OUT OPTION.**

Student Name: _____ Grade: _____ Teacher: _____

(check one)

I chose to opt my child out of health screenings for the 2020-2021 school year.

I chose to have my student screened as mandated for the 2020-2021 school year.

*If your student is a remote learner and you chose not to opt out of the mandatory screenings, please contact your school nurse to make an appointment for the screenings to be conducted.

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

ESCUELAS PÚBLICAS WEST ORANGE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE APOYO ESTUDIANTIL

179 Eagle Rock Avenue • West Orange • New Jersey • 07052
Teléfono: 973-669-5400 Ext. 20538
Fax: 973-669-8601

SRA. KRISTIN GOGERTY-FITZGERALD, DIRECTORA EJECUTIVA

SRA. DAWN RIBEIRO, SUPERVISORA

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE EXÁMENES DE SALUD OBLIGATORIOS AÑO ESCOLAR: 2020-2021

Estimado padre / tutor:

En un año escolar típico, se realizan múltiples exámenes de salud requeridos por el estado de Nueva Jersey. Según NJAC 6A: 16-2.2 (g) 3 y NJAC 6A: 16-2.3 (b) 3ii, los exámenes de salud obligatorios incluyen estatura, peso, presión arterial, audición, visión y escoliosis.

Los grados en los que se deben realizar estos exámenes de detección son los siguientes:

examen de salud obligatorio						
Nivel de grado requerido	Estatura	Peso	Presión sanguínea	Visión	Examen de audición	Escoliosis
K-12	X	X	X			
K-2, 4, 6, 8, 10				X		
K-3, 7, 11					X	
Bianualmente para estudiantes entre 10-18 años						X

Tenga en cuenta que muchos de estos exámenes suelen ser parte del examen físico para los deportes, el ingreso a la escuela o las visitas anuales de bienestar. La información sobre exámenes médicos proporcionada en estos documentos que se presentaron este año cumplirá con los requisitos obligatorios. Es posible que algunas evaluaciones escolares ya se hayan completado, sin embargo, puede optar por no recibir las evaluaciones requeridas restantes indicando esto y firmando a continuación.

******El formulario debe completarse y devolverse a la enfermera de la escuela antes del viernes 21 de mayo de 2021. Si no completa y devuelve este formulario antes de esta fecha, se considerará una OPCIÓN DE EXCLUSIÓN.**

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Maestro: _____

(marque uno)

Elegí excluir a mi hijo de los exámenes de salud para el año escolar 2020-2021.

Elegí que mi hijo fuera evaluado según lo ordenado para el año escolar 2020-2021.

* Si su estudiante es un aprendiz remoto y usted decide no optar por no participar en las evaluaciones obligatorias, comuníquese con la enfermera de su escuela para programar una cita para que se realicen las evaluaciones.

Nombre de Padre / tutor _____

Firma de padre / tutor: _____ Fecha: _____