

## Formulario de Registro 2025-2026

Check one:  Nuevo registro       registro continuo

Comenzando: \_\_\_ Verano      \_\_\_ Año académico (septiembre-junio)

Fecha \_\_\_\_\_

### Información del estudiante

Child's Name \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Nombre de Preferencia \_\_\_\_\_

### Información de la Familia/ Historial Familiar (favor de completar en su totalidad)

Padre/Guardián 1		
<b>Padre/Guardián 1</b>	Fecha de Nacimiento	Preferido #
Dirección	Teléfono de la casa	
Idioma preferido	Teléfono Móvil	
Otros idiomas	Teléfono del trabajo	
Dirección Correo Electrónico		
Ocupación	Empleador	
Si es guardian legal, describa la relación con el niño.:		
Padre/Guardián 2		
<b>Padre/Guardián 2</b>	Fecha de Nacimiento	Preferido #
Dirección	Teléfono de la casa	
Idioma preferido	Teléfono Móvil	
Otros idiomas	Teléfono del trabajo	
Dirección Correo Electrónico		
Ocupación	Empleador	
Si es guardian legal, describa la relación con el niño.:		

Estado Civil de los Padres:  casado  soltero  separado  divorciado  viudo

Si separado o divorciado, padre con custodia:  ambos  padre  madre  guardián(es) legal(es)

Si separado o divorciado, qué tipo de custodia:  jurídico conjunto  custodia física compartida  custodia física única

*Nota: Si su niño está matriculado en Clarke, usted tendrá que proveer una copia del documento legal que confirme la custodia.*

**Pérdida Auditiva** (completar en su totalidad)

Para desarrollar la escucha y el lenguaje hablado, un niño sordo o con problemas de audición necesita un acceso auditivo óptimo con una amplificación adecuada y funcional (audífonos, CI, bahas) y debe usar su amplificación de 11 a 14 horas al día, todos los días.

Hospital/Clínica de Audiología:

---

Audiólogo (Nombre, Teléfono, Correo Electrónico)

---

Fecha de la prueba de audiología más reciente:)/Otólogo (Nombre, Teléfono, Correo Electrónico)

---

Fecha de la prueba de audiología más reciente:

---

Si tiene menos de 6 meses de antigüedad:  Se adjunta una copia.  Ya se lo envié a Clarke.

Si hace más de 6 meses:  Tenemos una cita el (fecha): \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en sus umbrales de audición (los sonidos más bajos que un niño puede escuchar sin sus audífonos)?

derecha oreja  No  Sí Explique:

---

izquierda oreja  No  Sí Explique:

---

¿Ha habido algún cambio en los dispositivos de amplificación que utilizan?

---

A que hora su hijo::

- Comience a usar audífonos/implantes cocleares/bahas por la mañana.  
\_\_\_\_\_
- Quítese los audífonos/implantes cocleares/bahas por la noche.  
\_\_\_\_\_
- Otros momentos/actividades en los que su hijo no usa su amplificación:  
(ejemplo: hora del baño, hora de la siesta)  
\_\_\_\_\_

---

¿Qué inquietudes o preguntas tiene sobre la pérdida auditiva de su hijo?

### Información de Desarrollo

Apetito  Bueno  Justo  Quisquilloso ¿Su hijo se alimenta solo?  Sí  No  
Comidas/bebidas:  leche  agua  huevos  verduras  fruta Comentarios: \_\_\_\_\_

Necesidades dietéticas especiales: \_\_\_\_\_

Habilidades para alimentarse:  Usa una cuchara  Usa un tenedor  Bebe de una taza.

¿Su hijo usa: un chupete?  Sí  No ¿una botella?  Sí  No

¿Está su hijo entrenado para ir al baño?  Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la hora de acostarse de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas por noche duerme su hijo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo duerme la siesta?  Sí  No ¿A qué hora y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el libro favorito de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué hace su hijo cuando está molesto o enojado? \_\_\_\_\_

¿Qué ayuda a consolar a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cómo es el gusto de tu hijo? ¿Disgustos? ¿Qué más puede compartir sobre la personalidad de su hijo?

¿Cuáles son sus objetivos para su hijo este año?

### Actualización Médica y de Desarrollo (Por favor, complete toda la información solicitada)

Cada niño necesita un formulario médico/físico actualizado (menos de 1 año de edad) en el archivo con todas las vacunas requeridas, pruebas de plomo, pruebas de anemia y otra información requerida. Los niños no pueden comenzar la escuela sin esta información y no pueden continuar en la escuela si no se les proporciona la información.

Programame cualquier cita necesaria con anticipación para el examen físico o las vacunas de su hijo.

El formulario médico de mi hijo es  A hoy  Caducado/caducará pronto Fecha de cita \_\_\_\_\_

¿Hay algún cambio en las necesidades médicas o de desarrollo de su hijo, como nuevas alergias?

No  Si Por favor, explique, en caso afirmativo,: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido algún diagnóstico médico o de desarrollo nuevo en el último año?  No  Si

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido evaluado por algún otro especialista médico, como:

Psicólogo  Psiquiatra  Pediatra del Desarrollo  Neurólogo  Otro

Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo se ha sometido a pruebas genéticas en el último año?  No  Si En caso afirmativo,

sírvase adjuntar y explicar: \_\_\_\_\_

### Lista de Documentos o Formularios Requeridos

#### (Requerido para ser completado y actualizado)

- Forma médica/física con vacunas actualizadas para la edad del niño y pruebas (plomo, anemia)
- Neighborhood Consent Notificación de paseos vecinales y uso de áreas de juego.
- Individual/Special Health Care Needs Necesidades individuales/especiales de atención médica
- Consent to Obtain/Release Information Consentimiento para obtener/divulgar información
- mergency Contacts and Authorized Pick Ups Contactos de emergencia y recogidas autorizadas
- Consent for Emergency Medical Treatment Consentimiento para tratamiento médico de emergencia
- Media Consent, Video Consent Consentimiento de medios, Consentimiento de video
- Enrollment Form  Formulario de inscripción

### Additional Consent Forms

- Library Consent formulario de consentimiento de la biblioteca
- Technology Intake Form Formulario de admisión de tecnología
- Email Consent Consentimiento por correo electrónico
- Family Directory directorio de familia
- Consent to Apply Sunblock Consentimiento para aplicar bloqueador solar
- OT/PT Prescription from Primary Medical Provider on DOE form Receta de OT/PT del proveedor médico primario en el formulario DOE
- Medicaid consent form (DOE) Formulario de consentimiento de Medicaid (DOE)

### Información Demográfica Actualizada

Cada año solicitamos a las familias que brinden información que nos ayude a tener un registro completo de su hijo, pero también nos ayude en nuestro análisis e investigación sobre niños con pérdida auditiva. Entendemos que parte de esta información es personal. Cualquier información que pueda identificar a su hijo o a su familia no está incluida en nuestra recopilación de datos para investigación. La información que usted proporcione nos ayudará a monitorear el progreso de su hijo a lo largo del tiempo, pero también nos proporcionará datos valiosos para ayudarnos a mejorar los resultados de todos los niños sordos o con problemas de audición.

#### Racial del niño

- Caucásico / Blanco  Negro o Afroamericano  Hispano o Latino  Asiático  
 Nativo Americano/Nativo de Alaska  Nativos de Hawai/islas del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

#### Idiomas se habla en el hogar

- Inglés  Español  Chino  Francés  Alemán  Tagalong  Coreano  Urdu  
 Árabe  Rusa  Hindi  Otre(s) \_\_\_\_\_

#### Niños en su casa

**Número de niños en su hogar** (incluir niño que va a Clarke) \_\_\_\_\_

#### El más alto nivel de educación de los padres

madre/Parent 1	Padre/Parent 2
<input type="checkbox"/> 8th grado o menos	<input type="checkbox"/> 8th grado o menos
<input type="checkbox"/> Algunos estudios secundarios	<input type="checkbox"/> Algunos estudios secundarios
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED
<input type="checkbox"/> Algunos estudios de Universidad	<input type="checkbox"/> Algunos estudios de Universidad
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Estudios de postgrado	<input type="checkbox"/> Estudios de postgrado
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido

#### Estado de audiencia de los padres biológicos (infancia) y otros familiares biológicos

Madres:  sin pérdida de audición  pérdida de la audición  ignoto

Padres:  sin pérdida de audición  pérdida de la audición  ignoto

Hermanos:  sin pérdida de audición  pérdida de la audición  ignoto

Otre: \_\_\_\_\_

¿Califica niño para Medicaid del estado y / o SSI?  No  Si

#### Ingreso Familiar:

Menos de \$25,000  \$25,000-\$49,000  \$50,000-\$74,000  \$75,000-\$99,000

\$100,000 or mas  Prefiero no compartir

**Clarke Schools for Hearing and Speech/New York**  
**CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**  
**2025-2026**

Emergency care provided by Clarke School staff is limited to simple first aid (i.e., applying Band-Aids). Parents will be notified (i.e. note sent home) of all injuries.

For more serious injuries:

1. If care than simple first aid is needed, 911 is called. In some situations, Clarke may call 911 for injuries or illness that you, as parents, would not call 911 consider an emergency.
2. After calling 911, a Clarke School staff member will telephone the child’s parents; if the parents are unavailable, an emergency contact will be called.
3. By regulation, EMTs must bring any child aged 5 and under to the ER. If a parent arrives at the school before the EMTs leave for the hospital, the parent can sign to refuse medical treatment.

**Clarke staff cannot refuse medical treatment under any circumstances.**

4. The two closest ERs are:

**New York Presbyterian Hospital**-Pediatric Emergency Room at 525 E 68th St, New York, NY 10065 (212) 746-5050

**Lenox Hill Hospital** at 100 East 77<sup>th</sup> Street (between Lexington and Park Avenues- 212.434-2000).

5. If ambulance transportation is necessary, a staff member will accompany the child if the parent is not able to do so.

Clarke School needs your permission to proceed with emergency care in instances where delay might compromise your child’s well-being. Children cannot attend Clarke without this signed consent on file.

Child’s Name:	Date of Birth:
Parent/Guardian:	Relationship to child if not the parent:
Parent Signature:	Date:
Parent/Guardian:	Relationship to child if not the parent:
Parent Signature:	Date:

Pediatrician’s Name/Number	
----------------------------	--

<p>HEALTH ALERTS : List any health alerts, medical conditions, allergies, etc. and instructions in case of emergency and the parent/emergency contacts can’t be reached. Please list any regular medicines your child takes.  <b>Include for children with cochlear implants “No MRI allowed”</b></p>

**Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York**  
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**  
**2025-2026**

Atención de emergencia proporcionada por Clarke School empleados se limitará a procedimientos simples de primeros auxilios. (es. decir., aplicando tiritas.). Los padres serán notificados de todas las heridas el día en que ocurre la herida.

En el caso de una más seria herida, se aplica el siguiente procedimiento:

1. Si se necesita atención de emergencia más allá de los simples procedimientos de primeros auxilios, se llama al 911. Es importante tener en cuenta que Clarke llamará al 911 por heridas o enfermedades que ustedes, como padres, no considerarían una emergencia y es posible que ni siquiera llamen al médico para tratar. Esto se debe a que no somos profesionales médicos y a que las situaciones de salud de los niños pueden empeorar rápidamente.
2. Un miembro del personal de la escuela Clarke llamará por teléfono a los padres del niño; si los padres no están disponibles, se llamará a un contacto de emergencia.
3. Por reglamento, paramédicos debe traer a cualquier niño de 5 años o menos a la sala de emergencias. Si un padre llega a la escuela antes de que los paramédicos se vayan al hospital, el padre puede firmar para rechazar el tratamiento médico. Los empleados de Clarke no puede firmar una denegación de tratamiento médico bajo ninguna circunstancia.
4. Las dos mas cercana sala de emergencias son:  
**New York Presbyterian Hospital-Pediatric ER** en 525 E 68th St (212) 746-5050  
**Lenox Hill Hospital** en 100 East 77th Street (Lexington y Park Avenues, 212.434-2000).
5. Si es necesario el transporte en ambulancia, un empleado de Clarke acompañará al niño si los padres no pueden hacerlo.

Clarke School necesita su permiso para proceder con la atención de emergencia en casos en los que la demora pueda comprometer el bienestar de su hijo. Los niños no pueden asistir a Clarke sin este consentimiento firmado en el archivo

Nombre de estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Padre/Guardián 1:	Relación con estudiante si no con el padre:
Firma de Padre:	Fecha:
Padre/Guardián 2:	Relación con estudiante si no con el padre:
Firma de Padre/Guardián:	Fecha:

Nombre / número del pediatra:	
ALERTAS DE SALUD: Listar las alertas de salud, afecciones médicas, alergias, etc. e instrucciones en caso de emergencia y no se pueda localizar a los padres/contactos de emergencia. Enumere los medicamentos que toma su hijo con regularidad. <b>Incluir para niños con implantes cocleares "No se permiten MRI - resonancias magnéticas"</b>	

Student's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Clarke Schools for Hearing and Speech/New York**  
**Emergency Contacts and Consent to Pick Up**

Full Name Parent 1:  Signature:		Parent 1 cell number:  Parent 1 work number:	Parent 1 address:
Full Name Parent 2:  Signature:		Parent 2 cell number:  Parent 2 work number:	Parent 2 address (if different):

**Emergency Contacts**

**List 3 people, not including either parent.** If there is an emergency or your child is sick and we can't reach a parent, an emergency contact will be called. Please make sure your contacts know they are on this list.

Name	Phone Number	Relationship to Child

**Unauthorized Contacts: List anyone who is not allowed to pick up or have contact with your child.**

Name	Relationship to child	Is there a court order related to this individual? (if yes, it must be attached)

Pediatrician's Name/Number: \_\_\_\_\_

**HEALTH ALERTS:** List any health alerts, medical conditions, allergies, etc. and instructions in case of emergency and the parent/emergency contacts can't be reached. Please list any regular medicines your child takes.

--

**People authorized to pick-up your child.**

Children will not be released to anyone that is not on this list. This is for babysitters, emergency contacts, or family members who may pick up your child occasionally or regularly. Please make sure that anyone authorized to pick up your child brings valid picture identification. Children will not be released to anyone who does not show valid picture identification. Please add any additional names on the back.

Name:	Relationship to child	Phone Number	E-mail address

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

**Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York**  
**Contactos de emergencia Consentimiento para recoger**

Nombre completo padre 1:  Firma:	Número de celular padre 1:  Número del trabajo padre 1:	Dirección padre 1:  
Nombre complete padre 2:  Firma:	Número de celular padre 2:  Número del trabajo para 2::	Dirección padre 2 (si es diferente):

**Contactos de emergencia**

**Ponga en lista a 3 personas, sin incluir a ninguno de los padres.**

Si hay una emergencia o si un niño está enfermo y no podemos conseguir a uno de sus padres, llamaremos a uno de los contactos de emergencia. Favor de asegurarse que los contactos son informados de que han sido incluidos en esta lista.

Nombre	Número de teléfono	Parentesco con el niño

**Contactos NO autorizados: Favor de poner en la lista a cualquier persona quien NO está autorizada a recoger al niño o a NO tener contacto con el niño.**

Nombre del contacto NO autorizado	Parentesco con el niño	Hay una orden de la corte relacionada a este(a) individuo(a)? (si es así, incluya una copia)

<b>Nombre/número del pediatra</b>	
<b>ALERTAS DE SALUD:</b> Provea una lista de cualquier alerta de salud, condiciones médicas, alergias, etc. y las instrucciones en caso de emergencia en caso de que el padre o contacto de emergencia no se puedan conseguir. Por favor, haga una lista de los medicamentos que su niño toma.	

**Personas autorizadas a recoger a su niño.**

Los niños no serán entregados a ninguna persona que no haya sido incluida en esta lista. Esta lista es para las niñeras, contactos de emergencia o miembros de la familia quienes vayan a recoger a su niño ocasional o regularmente. Favor de asegurarse que cualquier persona autorizada a recoger a su niño sepa que tiene que presentar una identificación válida con foto. Favor de añadir cualquier nombre adicional en el reverso de este documento.

Nombre:	Parentesco con el niño	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

**Clarke Schools for Hearing and Speech/New York  
Individual Health Care Plan for A Child with Special Health Care Needs  
Clarke School does not have a nurse and does not administer medication.**

**Date:**

Child's Name	Child's date of birth
Name/Contact information of involved health care provider:	
Name/Contact information of involved health care provider:	
Parents/Guardian(s) Names/Cell Numbers	

**For Medical Professional to Complete:** For each need, describe warning signs of distress, and what to do if there is a problem related to this need at school. Clarke may only provide simple first aid. Other options for care include calling the parent to pick up the child or calling 911.

<input type="checkbox"/> Child has a cochlear implant. No MRI allowed.		
<input type="checkbox"/> Child is prescribed an epi-pen for ** _____		
<i>**allergy epipen must be listed below.</i>		
Special Need	What to look for:	Plan for school:

Please list medications, including vitamins, antihistamines, or inhalers, regularly given to child at home for anything listed above. **Clarke is not authorized to dispense medication.**

Medicine	Dose	Frequency

---

Health Care Provider Name/Signature/Date Completed

*Parents are required to update Clarke and this form if there are any changes to a child's health.*

**Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York**  
**Plan de atención médica individual para un niño/a con necesidades especiales de atención médica.**  
**La escuela Clarke no tiene una enfermera y no administra medicamentos.**

**Fecha:**

Nombre de estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre / información de contacto del proveedor de atención médica involucrado:	
Nombre / información de contacto del proveedor de atención médica involucrado:	
Padre/Guardián	

***Para que lo complete el profesional médico***

Para cada necesidad especial que se enumera a continuación, describa las señales de advertencia de angustia y qué hacer si hay un problema relacionado con esta necesidad en la escuela. Clarke solo puede proporcionar primeros auxilios simples. Otras opciones de cuidado incluyen llamar a los padres para que recojan al niño/a o llamar al 911.

El niño/a tiene un implante coclear. No se permiten resonancias magnéticas - MRI. Su hijo/a se le receta un epi-pen para _____		
**Por favor incluye alergia en el cuadro a continuación		
Necesidad especial	Qué buscar:	Plan para la escuela:

Enumere los medicamentos, incluidas las vitaminas, los antihistamínicos o los inhaladores, que se administran regularmente al niño/a en el hogar para cualquier cosa mencionada anteriormente. **Clarke no está autorizado para dispensar medicamentos.**

Medicina	Dosis	Frecuencia

---

Nombre del proveedor de atención médica / Firma / Fecha en que se completó

# Parental Consent to Use E-mail to Communicate with Clarke Staff (Early Intervention or Preschool)

Parent 1's Name

Parent 2's Name

Parent 1's E-mail

Parent 2's E-mail

Child's Name

Child's DOB

At your request, you have chosen to communicate personally identifiable information concerning your child by e-mail without the use of encryption. E-mail has a number of risks that you should be aware of prior to giving your permission. These risks include, but are not limited to the following:

- E-mail can be forwarded and stored in electronic and paper format easily without prior knowledge of the parent.
  - E-mail senders can mis-address an e-mail and personally identifiable information can be sent to incorrect recipients by mistake.
  - E-mail sent over the Internet without encryption is not secure and can be intercepted by unknown third parties.
  - E-mail content can be changed without the knowledge of the sender or receiver.
  - Backup copies of e-mail may still exist even after the sender and receiver have deleted the messages.
  - Employers and online service providers have a right to check e-mail sent through their systems.
  - E-mail can contain harmful viruses and other programs.
- \* Even when e-mail is encrypted, Clarke cannot guarantee that it is completely secure.

## Parental Acknowledgement and Agreement

I acknowledge that I have read and understand the items above which describe the inherent risks of using e-mail to communicate personally identifiable information. Nevertheless, I, authorize the Clarke School professionals (therapists, teachers, administrative staff, etc.) to communicate with my at the email address I have provided concerning my child's participation in the Early Intervention or Preschool/CPSE program and any other related matters. I understand that use of e-mail with and without encryption presents the risks noted above and may result in an unintended disclosure of such information. My signature below indicates my consent for the use of e-mail to communicate.

Date

In addition, I give permission for members of my child's team to communicate personally identifiable information concerning my child with each other using unencrypted e-mail. Early intervention or Preschool team members who I give permission to use unencrypted e-mail to communicate with each other about my child include:

E-mail address for:

E-mail address for:

E-mail for:

E-mail address for:

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA USAR EL CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON EL  
PERSONAL DE CLARKE  
INTERVENCIÓN TEMPRANA O PREESCOLAR**

Nombre de padre (1)

Nombre de padre (2)

Padre (1) correo electrónico

Padre (2) correo electrónico

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

A sus órdenes, ha elegido comunicar información de identificación personal sobre su hijo por correo electrónico sin el uso de cifrado. El correo electrónico tiene una serie de riesgos que debe conocer antes de otorgar el permiso.

Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico se puede reenviar y almacenar en formato electrónico y en papel fácilmente sin el conocimiento previo de los padres.
- Los remitentes de correo electrónico pueden enviar una dirección incorrecta a un correo electrónico y la información de identificación personal puede enviarse a destinatarios incorrectos por error.
- El correo electrónico a través de Internet sin cifrado no es seguro y puede ser interceptado por terceros desconocidos.
- El contenido del correo electrónico se puede cambiar sin el conocimiento del remitente o el receptor.
- Es posible que aún existan copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado los mensajes.
- Los empleadores y los proveedores de servicios en línea tienen derecho a verificar el correo electrónico enviado a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede contener virus dañinos y otros programas.
- Incluso cuando el correo electrónico está encriptado, Clarke no puede garantizar que sea completamente seguro.

### **Reconocimiento y acuerdo de los padres**

Reconozco que he leído y entiendo los puntos anteriores que describen los riesgos inherentes de usar el correo electrónico para comunicar información de identificación personal. Sin embargo, autorizo a los profesionales de la Escuela Clarke (terapeutas, maestros, personal administrativo, etc.) a comunicarse conmigo a la dirección de correo electrónico que proporcioné con respecto a la participación de mi hijo en el programa de Intervención Temprana o Preescolar / CPSE y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del correo electrónico con y sin cifrado presenta los riesgos mencionados anteriormente y puede resultar en una divulgación no intencionada de dicha información. Mi firma a continuación indica mi consentimiento para el uso del correo electrónico para comunicarme

Fecha

Además, doy permiso para que los miembros del equipo de mi hijo se comuniquen entre sí información de identificación personal sobre mi hijo utilizando correo electrónico no cifrado. Los miembros del equipo de intervención temprana o preescolar a quienes doy permiso para usar el correo electrónico no cifrado para comunicarse entre sí sobre mi hijo incluyen:

Correo electrónico para:

Correo electrónico para:



80 East End Avenue  
New York, NY 10028-8004

V/TTY 212.585.3500  
FAX 212.585.3300

[clarkeschools.org](http://clarkeschools.org)

Notification of Neighborhood Walks  
2025-2026

Clarke does not have a playground or outdoor space at the school. We use the beautiful playground and facilities at Carl Shurz Park, at East 84<sup>th</sup> Street. We also take neighborhood walks for physical activity and for learning. This letter is to notify you that these activities happen daily, weather permitting. If there are any offsite trips other than those mentioned here, a permission slip will be sent home for you to review and sign.

I am aware that my child will take neighborhood walks and use the park and playground at Carl Shurz Park.

\_\_\_\_\_  
Child's Name

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

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Notificación de paseos vecinales

2025-2026

Clarke no tiene un patio de juegos ni un espacio al aire libre en la escuela. Usamos el hermosa área de juegos y las instalaciones del parque Carl Schurz, en East 84th Street. También realizamos caminatas por el vecindario para realizar actividad física y aprender. Esta carta es para notificarle que estas actividades se realizan diariamente, si el clima lo permite. Si hay viajes fuera del sitio distintos de los mencionados aquí, se enviará a casa un formulario de permiso para que lo revise y firme.

Soy consciente de que mi hijo realizará caminatas por el vecindario y utilizará el parque y el área de juegos infantiles del parque Carl Shurz.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 2025-2026 Technology Intake Form

Name		Date of Birth	
Facility where child receives Audiology Services			
Managing Audiologist Name			
Managing Audiologist Email			
Phone & Fax Number			
Type/Degree of Hearing Loss			
Date of most recent UNAIDED audiological evaluation (less than one year old)			
Date of most recent AIDED audiological evaluation (less than one year old)			

	Hearing Aid or CI Manufacturer	Hearing Aid/CI Model	Serial Number
Right			
Left			

	Manufacturer	Model	Serial Number
FM Transmitter			
FM Receiver Right			
FM Receiver Left			

I hereby authorize the release of any and all Audiological information pertaining to my child \_\_\_\_\_  
(D.O.B. \_\_\_\_\_) to the Clarke Schools for Hearing and Speech and by the individuals listed below:

Name /Address Phone number Email address	Consent to Release Information (parent signature required on each line/name)	Consent to obtain information: (parent signature required)
Audiologist:		
ENT/Otologist		

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**This consent is valid for one year from the time of signature. Parents can revoke consent at anytime.  
Parents can limit consent at any time. Please speak to the Campus Director if a limited release is preferred.**

### 2025-2026 Formulario de Admisión de Tecnología

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Instalación donde el niño recibe servicios de audiología:			
Nombre del audiólogo:			
Correo electrónico del audiólogo:			
Teléfono y número de fax:			
Tipo/Grado de Pérdida Auditiva:			
Fecha de la evaluación audiológica más reciente de prueba de audición sin ayuda (menos de un año de edad):			
Fecha de la evaluación audiológica más reciente de prueba de audición con ayuda (menos de un año de edad):			

	Fabricante de audífonos/CI	Modelo de audífonos/CI	Número de serie
Derecha			
Izquierda			

	Fabricante	Modelo	Número de serie
Transmisor FM			
Receptor FM Derecho			
Receptor FM Izquierda			

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información audiológica relacionada con (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ a las Escuelas de Clarke for Hearing and Speech y por las personas que se enumeran a continuación:

Nombre / Dirección Número de teléfono Dirección de correo electrónico	Consentimiento para divulgar información: (se requiere firma de los padres)	Consentimiento para obtener información: (se requiere la firma del padre)
Audiólogo:		
ORL otorrinolaringólogo / Otólogo		

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

2025-2026 School Year  
Preschool Family Directory

Dear Families,

Clarke families come from all over NYC, which can make playdates and parent connections a little more challenging than with a neighborhood school. If you would like your contact information included in the school directory for other parents to see and to contact you, please provide your contact information and your permission below.

As a suggestion, if two families live far from each other, you could plan for something after school. Parents could pick up their children from school and take advantage of the lovely Carl Schurz Park, just a few blocks north of Clarke. Clarke will not be arranging any of these playdates-it will be up to families to connect and make plans. We did try to anticipate what information might be helpful to families so that they can connect with each other.

If you would like to be included in the class directory, please send back the following information:

Child's Name:			
Child's Borough of Residence			
Where do you prefer to meet?	Other child's home   my home   at Clarke for an afterschool play date Other:		
<b>Parent 1</b> Name		<b>Parent 1</b> Languages spoken:	
<b>Parent 1</b> Cell #		<b>Parent 1</b> Email address	
<b>Parent 2</b> Name		<b>Parent 2</b> Languages spoken:	
<b>Parent 2</b> Cell #		<b>Parent 2</b> Email address	

Please let me know if you have any questions.

Meredith Berger  
Director

**2025-2026 School Year  
Preschool Family Directory**

Queridos padres,

Muchos padres han expresado interés en reunir a sus hijos después de la escuela o en los fines de semana o conectarse con otros padres de la escuela. Nuestras familias vienen de muchos lugares en Nueva York, lo que hace que esto sea un poco más complicado. Estamos tratando de armar una clase descubrimiento, para aquellas familias que quieren ser incluidas.

En el caso de que viajar por la ciudad para las fechas de juego pueda ser difícil, sugerimos planificar para algo después de la escuela, los padres se reúnen aquí en Clarke y van al patio de recreo o otros ubicación.

El directorio se organizará por clase. Si desea ser incluido en el directorio de la clase, por favor envíe la siguiente información:

Fecha:

Nombre de estudiante:	Nombre de padre (s) o guardián:	Lenguaje principal:	Otros lenguajes conocido por padre o guardián:
Ciudad de residencia:  Número de teléfono:	Prefiere jugar / Dispuesto a reunirse: ___ en casa de otro compañero ___ en casa de mi hijo/a ___ En Clarke/ cita de juego después de la escuela Otro:		

Por favor comunicase conmigo si tienes algunas preguntas.

Meredith Berger  
Directora



## RELEASE AND CONSENT FORM

Clarke Schools for the Hearing and Speech (“Clarke”) demonstrates unconditional respect for each child’s and family’s well-being without regard to differences. In partnership with families, program curriculum maximizes learning and development of the whole child, including listening and spoken language, speech, literacy, cognition, social-emotional, physical, and academic skills. The developmentally appropriate curriculum is goal-oriented and based on current research and evidence-based practices. It intentionally brings the skills of listening and talking to the family’s natural routines and daily schedule, incorporating time and materials for play, self-initiated learning, individual and group interaction, and creative expression.

Clarke’s program facility provides observation areas or spaces with video cameras or audio capability designated as available for observation by families, professionals, donors, and the greater community.

I, the undersigned being the parent or guardian for the student listed below, do hereby give my permission and my consent to Clarke to use my child’s name, words, and images and for my child to be photographed, video/audio recorded, or live streamed (each a “Recording”). I agree that Clarke may use these Recordings and my child’s information to allow for observations of students for the purposes of evaluating students, professional development and teachers’ performance evaluations, mentor training for individuals who support families and their children with hearing loss who use listening and spoken language to communicate and learn, and for observation of students by Clarke’s families and donors. Clarke supports direct service observations via live and recorded video.

Please indicate your answer by checking:      **YES** or      **NO**

---

Student’s Name

---

Printed Name of Parent/Guardian

Relationship to Student

---

Signature of Parent or Guardian

Date

---

Street Address

---

City

State

Zip

---

Phone:    (home)

(work)

(cell)

---

Parent/Guardian Email address



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Clarke Schools for the Hearing and Speech ("Clarke") demuestra respeto incondicional por el bienestar de cada niño y familia sin importar las diferencias. En colaboración con las familias, el currículo del programa maximiza el aprendizaje y el desarrollo del niño(a) en su totalidad, incluyendo la comprensión auditiva y el lenguaje hablado, el habla, la alfabetización, la cognición, las habilidades socioemocionales, físicas y académicas. El currículo apropiado para el desarrollo está orientado a objetivos y se basa en investigaciones actuales y prácticas basadas en evidencia. Trae intencionalmente las habilidades de escuchar y hablar a las rutinas naturales y el horario diario de la familia, incorporando tiempo y materiales para el juego, el aprendizaje por iniciativa propia, la interacción individual y grupal y la expresión creativa.

Las instalaciones del programa de Clarke brindan áreas o espacios de observación con cámaras de video o capacidad de audio designados como disponibles para la observación por parte de familias, profesionales, donantes y la comunidad en general.

Yo, el abajo firmante que son los padres o tutor del estudiante que se menciona a continuación, por la presente doy mi permiso y mi consentimiento a Clarke para usar el nombre, las palabras y las imágenes de mi hijo(a) y para que mi hijo(a) sea fotografiado, grabado en video/audio o en transmitido en vivo (cada uno una "Grabación"). Estoy de acuerdo que Clarke puede usar estas Grabaciones y la información de mi hijo(a) para permitir la observación de los estudiantes con el fin de evaluar a los estudiantes, el desarrollo profesional y las evaluaciones de rendimiento de los maestros, capacitación de mentores para las personas que apoyan a las familias y a sus hijos con pérdida auditiva que usan la escucha y lenguaje hablado para comunicarse y aprender, y para la observación de los estudiantes por parte de las familias y los donantes de Clarke. Clarke está a favor de observaciones de servicio directo a través de video en vivo y grabado.

Por favor indique su respuesta con un  
Círculo:    SI o NO

---

Nombre del Estudiante

---

Nombre del Padre/Madre/Tutor

Relación al Estudiante

---

Firma del Padre/Madre o Tutor

---

Fecha

---

Dirección

---

Ciudad

Estado

Código Postal

---

Teléfono: (hogar)

(trabajo)

(celular)

---

Padres/Tutor Correo Electrónico



**RELEASE AND CONSENT FORM**

*We believe the best way to demonstrate the power of Clarke's work is by providing real-life examples of our children, families and educators.*

I, the undersigned being the parent or guardian for the student listed below, do hereby give my permission to Clarke Schools for Hearing and Speech to use my child's name, words, art and images (via photos/video/audio/other electronic recordings or screenshots) in any media coverage, as well as any print and/or electronic promotional, educational or other materials. I agree that Clarke Schools for Hearing and Speech can allow others to use my child's words, art or images without limitations or compensation.

Please indicate your answer by circling: YES  or NO

\_\_\_\_\_  
Student's Name

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent/Guardian Relationship to Student

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
City State Zip

\_\_\_\_\_  
Phone: (home ) (work) (cell)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Email address



# Clarke Schools for Hearing and Speech

## Formulario de consentimiento y de liberación

*Creemos que la mejor manera de demostrar el poder del trabajo de Clarke es proporcionando ejemplos de la vida real de nuestros niños, familias y educadores.*

Yo, el abajo firmante, siendo el padre o tutor del estudiante que se indica a continuación, por la presente doy mi permiso a las Escuelas de Clarke para la Audición y el Habla para usar el nombre, las palabras, el arte y las imágenes de mi hijo (a través de fotografías / video / audio / otras grabaciones capturas de pantalla) en cualquier cobertura de los medios, así como en cualquier material promocional, educativo o de otro tipo impreso y / o electrónico. Estoy de acuerdo en que las Escuelas de Audición y Habla de Clarke pueden permitir que otros usen las palabras, el arte o las imágenes de mi hijo sin limitaciones ni compensación.

Por favor, indique su respuesta haciendo un círculo: **SÍ**  o **NO**

---

Nombre del estudiante

---

Nombre de padre o guardián

Relación con el estudiante

---

Firma de padre o guardián

Fecha

---

Dirección de casa

---

Ciudad

Estado

Área postal

---

Numero teléfono:

---

Padre o guardián dirección de correo electrónico

**PERMISSION TO APPLY SUN BLOCK**

Dear Parents:

Please fill out the information below and send in sunblock with your child's name and date of birth on it. We will keep the sunblock in your child's cubby for use.

Date: \_\_\_\_\_

I am sending in sun block to be used for my child, \_\_\_\_\_.

I give Clarke School permission to apply the sunblock before going outside.

**Sunblock Information (must be filled in by the parent)**

The brand is \_\_\_\_\_.

The SPF is \_\_\_\_\_.

My child has used this brand before and has not had an allergic reaction.

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**PERMISO PARA APLICAR BLOQUEADOR SOLAR**

Queridos padres:

Complete la siguiente información y envíe bloqueador solar con la inicial de su hijo. Mantendremos el bloqueador solar de su hijo en un cubículo para uso diario.

Fecha \_\_\_\_\_

Estoy enviando bloqueador solar para que lo use mi hijo/hija \_\_\_\_\_.  
Te doy permiso para aplicarlo antes de salir al aire libre en días soleados.

**Información Sobre Bloqueador Solar (Debe Ser Completada Por Los Padres)**

La marca es \_\_\_\_\_.

El SPF es \_\_\_\_\_.

Mi hijo ha usado esta marca antes y no ha tenido una reacción alérgica.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha