

Dear Parent/Guardian,

I am excited to be able to assist you with your child's healthcare needs at school.

If your child has **asthma**, please [click here](#) for the necessary documents.

Please [click here](#) for the necessary documents if your child has a severe allergy.

For **special diet** needs such as food allergies: [click here](#)

If your child has **diabetes**, please [click here](#) for the necessary documents.

Please [click here](#) for a medication authorization form for all other medication needs.

Medications cannot be administered at school without a doctor's order.

Immunization requirements for elementary school include Dtap, Polio, MMR, HIB, and Varicella. These will be required before the 30th day of school along with an [NC Health Assessment](#) if you have a kindergartner, are new to NC schools, or enrolling from a charter or private school.

Immunization requirements for 12-year-olds/7th graders include Tdap and MCV. These will be required before the 30th day.

Immunization requirements for 16-year-olds/12th graders include MCV. These will be required before the 30th day

[GCHD Immunization Clinic](#)

I look forward to working with you and your child.

Nurse Maddie

980-448-9174

WA Bess Mon/Tues/Fri

York Chester Wed/Thurs

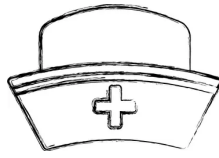
Kintegra Telehealth and school-based Therapy enrollment forms:

Kintegra Health - DocuSign - English

Kintegra School Enrollment Form - English

Kintegra Health DocuSign - Spanish

Kintegra School Enrollment Form - Spanish



Estimado padre/tutor,

Estoy emocionada de poder ayudarles con las necesidades de atención médica de su hijo/a en la escuela.

Si su hijo/a tiene **asma**, haga [clic aquí](#) para obtener los documentos necesarios.

Haga [clic here](#) para obtener los documentos necesarios si su hijo tiene una **alergia grave**.

Para necesidades **dietéticas especiales**, como **alergias alimentarias**: haga [clic here](#)

Si su hijo/a tiene **diabetes**, haga [clic here](#) para obtener los documentos necesarios.

Haga [clic here](#) para obtener un formulario de autorización de medicamentos para todas las demás necesidades de medicamentos. No se pueden administrar medicamentos en la escuela sin orden médica.

Los requisitos de vacunación para la escuela primaria incluyen Dtap, Polio, MMR, HIB y Varicela. **Estos serán necesarios antes del día 30 de clases** junto con una evaluación de salud de Carolina del Norte si tiene un niño de jardín de infantes, es nuevo en las escuelas de Carolina del Norte o se está inscribiendo en una escuela autónoma o privada.

Los requisitos de vacunación para niños de 12 años/estudiantes de séptimo grado incluyen Tdap y MCV. **Estos serán requeridos antes del día 30 de clases.**

El requisito de vacunación para jóvenes de 16 años/estudiantes de 12.º grado incluye MCV. **Este será requerido antes del día 30 de clases.**

[GCHD Clínica de Vacunación](#)

Espero trabajar con usted y su hijo.

Nurse Maddie

980-448-9174

WA Bess-lunes/martes/viernes

York Chester-miércoles/jueves

Kintegra Formularios de inscripción de telesalud y terapia escolar:

Kintegra Health - DocuSign - English

Kintegra School Enrollment Form - English

Kintegra Health DocuSign - Spanish

Kintegra School Enrollment Form - Spanish

