

Школьная регистрационная форма (стр.1 из 6) Ванкуверские государственные школы

ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ЗАТЕМНЁННЫЕ ГРАФЫ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ТОЛЬКО ШКОЛЬНЫМ ПЕРСОНАЛОМ				
Alpha Key	Entity No.	Entity Name	Admission Date	Most Recent District Entry Date
Other ID	Birth Date Verified By (last name, initial):		Program	School Year
Grade	Home Room/Advisory	Bus Transportation <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bus Route	Home School Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Официальные фамилия, имя, отчество/ среднее имя ученика:			Его/ её можно также называть:	
Посещал ли ученик ранее школу Ванкуверского школьного района? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какую школу посещал последней: _____ В каком году посещал последний раз: _____		Посещал ли ученик ранее школу в штате Вашингтон? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какую школу посещал последней: _____ В каком году посещал последний раз: _____		
Дата рождения (месяц/ число/ год):		Пол <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен	Место рождения (город, штат/ страна, округ)	
За последние 36 месяцев переехал ли кто-либо в вашей семье из другого школьного района с целью получить сезонную или временную работу в сельском хозяйстве или рыболовстве? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Пожалуйста, заполните этот раздел.				
Необходимо ли получить разрешение на посещение данной школы по причине проживания ученика за пределами района, относящегося к этой школе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если да, в каком школьном районе ребёнок проживает в настоящее время? _____ К какой школе относится по месту жительства? _____				
За последние 24 месяца был ли ученик записан на специальную программу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если да, пожалуйста, укажите, какая программа: <input type="checkbox"/> AVID <input type="checkbox"/> Программа для одарённых детей <input type="checkbox"/> Дополнительные коррективные занятия <input type="checkbox"/> Специальное обучение / Индивидуальная программа обучения (IEP) <input type="checkbox"/> Программа изучения английского языка (ELL) <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Другое _____				
Является ли кто-нибудь из членов семьи сотрудником Ванкуверского школьного района? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если да, полное имя сотрудника (-ов): _____				
Пожалуйста, заполните это, только если последняя школа, в которую ходил ваш ребёнок, находится ВНЕ Ванкуверского школьного района.				
Название предыдущей школы: _____				
Название школьного района: _____		Город: _____	Штат/ страна: _____	
Принимались ли в прошлом в отношении вашего ребёнка дисциплинарные меры? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Принято ли в настоящее время или рассматривается решение о принятии дисциплинарных мер в отношении вашего ребёнка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Отмечалось ли когда-либо у вашего ребёнка опасное поведение с проявлением насилия, агрессии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Совершал ли ваш ребёнок <input type="checkbox"/> Контролируемые вещества <input type="checkbox"/> Поджог <input type="checkbox"/> Нападение уголовное преступление, связанное <input type="checkbox"/> Сексуальное <input type="checkbox"/> Огнестрельное оружие Дата правонарушения, связанного с огнестрельным со следующим: <input type="checkbox"/> правонарушение <input type="checkbox"/> оружие: _____				
Согласно федеральному закону, считается, что справочная информация может быть передана до конца текущего учебного года.				
<u>Справочная информация (СИ):</u>				
СИ для начальных и средних школ включает имя и фамилию ученика, рост и вес членов спортивных команд, дату рождения, занятия спортом, другие занятия, даты учёбы в школе, полученные награды, какую школу посещает в настоящее время и какую посещал до того. Для учеников старшей школы СИ включает всё вышеуказанное плюс профилирующие предметы, адрес, номер телефона, адрес электронной почты (E-mail) и имена родителей. Когда представители общественности (например, пресса, колледжи и университеты) запрашивают СИ, эта информация будет им передана за исключением тех случаев, когда родитель обратился с просьбой о невыдаче СИ. <input type="checkbox"/> ДА, вы можете передавать справочную информацию о моем ребёнке. В рамках СИ можно передавать мой адрес электронной почты (e-mail) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ, <u>нельзя</u> передавать справочную информацию о моем ребёнке.				
<u>Фотографии, видео- или другие изображения</u>				
передавать фотографии, видео- или другие изображения моего ребёнка для использования районом или общественностью в публикациях или средствах массовой информации. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
<u>Памятные альбомы со школьными фотографиями</u>				
публиковать фотографии моего ребёнка в ежегодном школьном альбоме. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ



Уведомление о статусе военнообязанного

RCW 28A.300.505(2)(b) (стр.2 из 6)

Начиная с 2016-2017 учебного года, законодательные органы штата Вашингтон приняли закон, обязывающий государственные школы штата **собирать информацию о статусе в вооружённых силах США**. Эти сведения дадут возможность работникам системы образования и исполнительных органов вести контроль за критическими факторами успеваемости учащихся. Целью сбора информации является более эффективное осуществление перехода учеников в новые школы/школьный район и оказание им наилучшей поддержки в обучении. <http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5163&year=2015>

Пожалуйста, отметьте соответствующую клеточку и верните в вашу школу:

- Родитель или опекун состоит на действительной военной службе в вооружённых силах США.
- Родитель или опекун является членом Национальной гвардии штата Вашингтон или другого штата.
- Более одного родителя или опекуна состоит на действительной военной службе в вооружённых силах США, находится в запасе или является членом Национальной гвардии штата Вашингтон или другого штата.
- Не один из родителей или опекунов не имеет никакого отношения к армии.
- Родитель или опекун в настоящее время находится в запасе вооружённых сил США.

Имя, фамилия ученика	Класс	Школа

Подпись родителя

Дата

Данные об этнической и расовой принадлежности (стр. 3 из 6)

Пожалуйста, ответьте на ОБА вопроса – на вопрос 1 и на вопрос 2. Если ответ не дан, школьный район обязан будет выбрать ответ за вас.

ВОПРОС 1. Является ли ваш ребёнок по происхождению латиноамериканцем? (Отметьте всё, что к этому относится.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> НЕ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ
<input type="checkbox"/> КУБИНЕЦ
<input type="checkbox"/> ДОМИНИКАНЕЦ
<input type="checkbox"/> ИСПАНЕЦ
<input type="checkbox"/> ПУЭРТОРИКАНЕЦ | <input type="checkbox"/> МЕКСИКАНЕЦ/ АМЕРИКАНЕЦ МЕКСИКАНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ/ ЧИКАНО
<input type="checkbox"/> ИЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АМЕРИКИ
<input type="checkbox"/> ИЗ ЮЖНОЙ АМЕРИКИ
<input type="checkbox"/> ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ
<input type="checkbox"/> ДРУГИЕ ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ |
|--|--|

ВОПРОС 2. К какой расе (каким расам) вы относите своего ребёнка? (Отметьте всё, что к этому относится.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> АФРОАМЕРИКАНЕЦ

<input type="checkbox"/> БЕЛЫЙ

<input type="checkbox"/> ИНДИЕЦ
<input type="checkbox"/> КАМБОДЖИЕЦ
<input type="checkbox"/> КИТАЕЦ
<input type="checkbox"/> ФИЛИППИНЕЦ
<input type="checkbox"/> КХМЕР
<input type="checkbox"/> ИНДОНЕЗИЕЦ
<input type="checkbox"/> ЯПОНЕЦ
<input type="checkbox"/> КОРЕЕЦ
<input type="checkbox"/> ЛАОСЕЦ
<input type="checkbox"/> МАЛАЗИЕЦ
<input type="checkbox"/> ПАКИСТАНЕЦ
<input type="checkbox"/> СИНГАПУРЕЦ
<input type="checkbox"/> ТАЙВАНЕЦ
<input type="checkbox"/> ТАЙЛАНДЕЦ
<input type="checkbox"/> ВЬЕТНАМЕЦ
<input type="checkbox"/> ДРУГИЕ АЗИАТЫ

<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ГАВАЕЦ
<input type="checkbox"/> ФИДЖИЕЦ
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ГУАМА ИЛИ КАМОРРЫ
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ МАРИАНСКИХ ОСТРОВОВ
<input type="checkbox"/> МЕЛАНЕЗИЕЦ
<input type="checkbox"/> МИКРОНЕЗИЕЦ
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ САМОА
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ТОНГА
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ДРУГИХ ТИХООКЕАНСКИХ ОСТРОВОВ | <input type="checkbox"/> ALASKA NATIVE
<input type="checkbox"/> CHEHALIS
<input type="checkbox"/> COLVILLE
<input type="checkbox"/> COWLITZ
<input type="checkbox"/> HOH
<input type="checkbox"/> JAMESTOWN
<input type="checkbox"/> KALISPEL
<input type="checkbox"/> LOWER ELWHA
<input type="checkbox"/> LUMMI
<input type="checkbox"/> MAKAH
<input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT
<input type="checkbox"/> NISQUALLY
<input type="checkbox"/> NOOKSACK
<input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM
<input type="checkbox"/> PUYALLUP
<input type="checkbox"/> QUILEUTE
<input type="checkbox"/> QUINAULT
<input type="checkbox"/> SAMISH
<input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE
<input type="checkbox"/> SHOALWATER
<input type="checkbox"/> SKOKOMISH
<input type="checkbox"/> SNOQUALMIE
<input type="checkbox"/> SPOKANE
<input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND
<input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH
<input type="checkbox"/> SUQUAMISH
<input type="checkbox"/> SWINOMISH
<input type="checkbox"/> TULALIP
<input type="checkbox"/> YAKAMA
<input type="checkbox"/> ДРУГИЕ ИНДЕЙЦЫ ШТАТА ВАШИНГТОН
<input type="checkbox"/> ДРУГИЕ АМЕРИКАНСКИЕ ИНДЕЙЦЫ |
|--|---|

Перечислите ВСЕХ детей/ братьев и сестёр ребёнка, проживающих с вами и посещающих государственные школы Ванкуверского школьного района

Фамилия	Имя	Отчество/среднее имя	Пол Муж.(М)/ Жен.(F)	Дата рождения (месяц /число/ год)	Посещаемая школа

Перечислите ВСЕХ детей/братьев, сестёр ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, проживающих в вашем доме

Школьная регистрационная форма (стр. 4 из 6) Ванкуверские государственные школы

Имя/ фамилия учащегося:

Alpha Key:

Родитель (ИМЕЮЩИЙ ПРАВО ОПЕКИ) / опекун, с которым проживает учащийся

Фамилия, имя, отчество/ среднее имя <u>родителя/ опекуна #1:</u>		Кем приходится ученику <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель без формального усыновления (<i>Foster Parent</i>) <input type="checkbox"/> Другое		
Адрес (где проживает учащийся):	# квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс (<i>Zip Code</i>)+ 4 цифры
Почтовый адрес, если он отличается от вышеуказанного:		Город	Штат	Почтовый индекс (<i>Zip Code</i>)+ 4 цифры
Основной телефон: () _____		Конфиденциальный: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Какой: <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		
2 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		Где работает:		
Адрес электронной почты (<i>E-mail</i>):		На каком языке разговаривают дома: Нужен переводчик: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Фамилия, имя, отчество/ среднее имя <u>родителя/ опекуна #2:</u>		Кем приходится ученику <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель без формального усыновления (<i>Foster Parent</i>) <input type="checkbox"/> Другое		
Основной телефон: Такой же, как указанный выше.		2 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		
3 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		Где работает:		
Адрес электронной почты (<i>E-mail</i>):		Можно ли обращаться в случае критической ситуации /может забирать ученика из школы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Родитель (НЕИМЕЮЩИЙ ПРАВА ОПЕКИ), с которым учащийся не проживает

Должен ли этот родитель получать табеля успеваемости или другую информацию по почте? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Фамилия, имя, отчество/ среднее имя <u>родителя #1, неимеющего права опеки:</u>		Кем приходится ученику <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель без формального усыновления (<i>Foster Parent</i>) <input type="checkbox"/> Другое		
Адрес:	# квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс (<i>Zip Code</i>)+ 4 цифры
Почтовый адрес, если он отличается от вышеуказанного:		Город	Штат	Почтовый индекс (<i>Zip Code</i>)+ 4 цифры
Основной телефон: () _____		Конфиденциальный: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		
2 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотов. <input type="checkbox"/> Раб.		Можно ли обращаться в случае критической ситуации/может забирать ученика из школы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Адрес электронной почты (<i>E-mail</i>):		Где работает:		
Фамилия, имя, отчество/ среднее имя <u>родителя #2, неимеющего права опеки:</u>		Кем приходится ученику <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель без формального усыновления (<i>Foster Parent</i>) <input type="checkbox"/> Другое		
Основной телефон: Такой же, как указанный выше.		2 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		
3 ^й номер телефона: () _____ <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Раб.		Где работает:		
Адрес электронной почты (<i>E-mail</i>):		Можно ли обращаться в случае критической ситуации/может забирать ученика из школы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Имеются ли юридические ограничения, запрещающие родителю, неимеющему права опеки, посещать школу, иметь доступ к табелям успеваемости или забирать вашего ребёнка из школы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, для их исполнения вы должны предоставить в школу необходимые юридические документы				
Имеются ли какие-либо действующие в настоящее время <i>restraining orders</i> (судебные запретительные приказы) или <i>no contact order</i> (приказ, запрещающий контакт) штата Вашингтон? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, для их исполнения вы должны предоставить в школу необходимые юридические документы				
Если да, против кого направлены эти приказы? _____				

Школьная регистрационная форма (стр. 5 из 6) Ванкуверские государственные школы

Имя/ фамилия учащегося:

Alpha Key:

Присмотр за ребёнком (Child Care / Day Care): НЕ заполняйте, если это не относится к вашему ученику.

Посещает ли ваш ученик Day Care? Да Нет Если да, когда ваш ребёнок туда ходит? До школы После школы

Фамилия, имя, отчество/ среднее имя лица, присматривающего за ребёнком:

Телефон ()

Адрес:

квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс (Zip Code)+ 4 цифры

Лица, к которым можно обращаться в случае возникновения чрезвычайной ситуации: (Только местные контакты)

В случае травмы, болезни или в других ситуациях нам необходимо иметь возможность связаться с семьёй или другими взрослыми, которые могут принимать решение.

№1 Лицо для срочного контакта (не родитель/ опекун) (Фамилия, имя, отчество/ среднее имя):Имеет право забирать ребёнка из школы Да Нет

Адрес:

квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс (Zip Code)+ 4 цифры

1^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Кем приходится ученику: _____

2^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Какой язык: _____

3^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.Нужен переводчик: Да Нет**№2 Лицо для срочного контакта (не родитель/ опекун)** (Фамилия, имя, отчество/ среднее имя):Имеет право забирать ребёнка из школы Да Нет

Адрес:

квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс (Zip Code)+ 4 цифры

1^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Кем приходится ученику: _____

2^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Какой язык: _____

3^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.Нужен переводчик: Да Нет**№3 Лицо для срочного контакта (не родитель/ опекун)** (Фамилия, имя, отчество/ среднее имя):Имеет право забирать ребёнка из школы Да Нет

Адрес:

квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс (Zip Code)+ 4 цифры

1^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Кем приходится ученику: _____

2^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Какой язык: _____

3^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.Нужен переводчик: Да Нет**№4 Лицо для срочного контакта (не родитель/ опекун)** (Фамилия, имя, отчество/ среднее имя):Имеет право забирать ребёнка из школы Да Нет

Адрес:

квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс (Zip Code)+ 4 цифры

1^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Кем приходится ученику: _____

2^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.

Какой язык: _____

3^й номер телефона: () _____ Дом. Сотовый Раб.Нужен переводчик: Да Нет

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

Подпись родителя/опекуна, регистрирующего ребёнка _____ Дата: _____

Школьная регистрационная форма (стр. 6 из 6) Банкуверские государственные школы

Имя/ фамилия учащегося: _____

Alpha Key: _____

Пожалуйста, отметьте все указанные ниже проблемы со здоровьем, которые есть или когда-либо были у вашего ребёнка .

Пожалуйста, отметьте галочкой (✓) любое из нижеперечисленных нарушений, которое есть у вашего ребёнка в настоящее время или было отмечено в прошлом:

- Проблемы со слухом (H99) _____ Когда? _____ Трубочки? Когда? _____ Другое _____
 Проблемы со зрением (E99) Носит очки Носит линзы Другое _____
 Поставлен диагноз ADD или ADHD (M40) Когда? _____ Наблюдающий медицинский работник _____

Перечислите все принимаемые лекарства: _____

Нужны ли эти лекарства в школе? Да Нет Если да, родители должны предоставить медицинское разрешение и лекарство.

- Аллергия (A99). Перечислите: _____

Опишите, что происходит: _____

Назначено ли применение EpiPen при аллергии? Да Нет Если да, родители должны предоставить медицинское разрешение и EpiPen.

- Аллергия на укус пчелы (A10) Опишите, что происходит: _____

Назначено ли применение EpiPen при аллергии? Да Нет Если да, родители должны предоставить медицинское разрешение и EpiPen.

- Астма (B10) Применяется ли ингалятор? Да Нет Как часто? _____ Что вызывает приступ: _____

Перечислите лекарства, принимаемые по поводу астмы: _____

Если лекарства будут нужны в школе, родители должны предоставить медицинское разрешение и сами лекарства.

- Судороги (F99) Какого типа? _____ Дата последнего приступа: _____ Лекарства: _____

- Диабет Когда был поставлен диагноз? _____ Тип 1 (D10) Тип 2 (D12) Дозирующий шприц (Pen)
 Дозирующая помпа (Pump)

- Церебральный паралич (S19)

- Проблемы с сердцем (C99)

- Есть ли физические нарушения, ограничивающие участие в работе класса, и/или ограничения для занятий физкультурой ?

Если да, родители должны представить медицинское заключение.

Опишите: _____

Ортопедические жалобы/ уточните: _____

Другие нарушения здоровья или изменения, не указанные выше, уточните: _____

Эти медицинские сведения могут быть сообщены сотрудникам, работающим с вашим школьником (например, водителю школьного автобуса, помощнику учителя и др.)? Да Нет

Я разрешаю любому врачу оказывать неотложную медицинскую помощь: Да Нет Поставьте инициалы _____

Я принимаю на себя финансовую ответственность за оказание медицинской помощи. _____ Да Нет

Подпись родителя/ официального опекуна _____

Наблюдающий медицинский работник: _____ Клиника: _____ Телефон: () _____

Перечислите любые другие повторяющиеся медицинские проблемы или необычные заболевания, о которых следует знать школьной медсестре.

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья

Передача внутри школы медицинской информации об учащемся ограничена сведениями, необходимыми для его обучения и поддержания здоровья. Ваша подпись означает согласие на доведение до персонала школы данных о состоянии здоровья, предосторожностях и необходимых процедурах с целью обеспечения успешной учёбы и исполнения планов на случай критической ситуации согласно решению школьной медсестры.

Подпись родителя или опекуна _____

Дата _____

Номер телефона: Домашний () _____ Рабочий () _____ Добавочный _____