

Office Use Only
Enrollment Date: _____
Records Requested Date: _____
Birth Certificate Verification Date: _____

Новая рэгістрацыйная картка / картка для надзвычайнай сітуацыі
Fox Point-Bayside школьная акруга

ДАДЗЕНЬЯ ВУЧНЯ

Прозвішча вучня: (як у пасведчанні аб нараджэнні)		Імя вучня: (як у пасведчанні аб нараджэнні)		Імя вучня па бацьку:
Клас:	Пол:	М	Ж	Дата нараджэння:
Горад нараджэння:	Штат нараджэння:	Краіна нараджэння:		Акруга нараджэння:
Нацыянальнасць				
1. Дзіця латынаамерыканец ці іспанамоўны? (выбраць толькі адно) <input type="checkbox"/> Не, ні латынаамерыканец, ні іспанамоўны <input type="checkbox"/> Так, латынаамерыканец ці іспанамоўны				
2. Дзіця: (Выбраць адно ці больш. Неабходна выбраць хаця б нешта адно) <input type="checkbox"/> Амерыканскі індзеец ці карэнны жыхар Аляскі <input type="checkbox"/> Чорны ці афраамерыканец <input type="checkbox"/> Белы <input type="checkbox"/> Азіят <input type="checkbox"/> Карэнны жыхар Гаваяў ці іншых астравоў Ціхага акіяна				

ДАДЗЕНЬЯ БАЦЬКОЎ/АПЕКУНОЎ

Сям'я 1 (АСНОЎНАЯ) Дзе пражывае вучань

Хатні адрас:				Горад	Штат	Індэкс
Імя (асноўнага кантакта):			Імя (дадатковага):			
Пазначце нешта адно: <input type="checkbox"/> Бацька <input type="checkbox"/> Маці <input type="checkbox"/> Мачыха/айчым <input type="checkbox"/> Апякун <input type="checkbox"/> Іншае			Пазначце нешта адно: <input type="checkbox"/> Бацька <input type="checkbox"/> Маці <input type="checkbox"/> Мачыха/айчым <input type="checkbox"/> Апякун <input type="checkbox"/> Іншае			
Адрас электроннай пошты:			Адрас электроннай пошты:			
Асноўны тэлефон (усе аўтаматычныя званкі перанакіроўваюцца на гэты нумар): <input type="checkbox"/> Хатні <input type="checkbox"/> Мабільны <input type="checkbox"/> Працоўны						
Другі тэлефон: <input type="checkbox"/> Хатні <input type="checkbox"/> Мабільны <input type="checkbox"/> Працоўны			Другі тэлефон: <input type="checkbox"/> Хатні <input type="checkbox"/> Мабільны <input type="checkbox"/> Працоўны			
Трэці тэлефон: <input type="checkbox"/> Хатні <input type="checkbox"/> Мабільны <input type="checkbox"/> Працоўны			Трэці тэлефон: <input type="checkbox"/> Хатні <input type="checkbox"/> Мабільны <input type="checkbox"/> Працоўны			
Наймальнік:			Наймальнік:			

Сям'я 2

Хатні адрас:				Горад	Штат	Індэкс
Імя:			Імя:			
Пазначце нешта адно: <input type="checkbox"/> Бацька <input type="checkbox"/> Маці <input type="checkbox"/> Мачыха/айчым <input type="checkbox"/> Апякун <input type="checkbox"/> Іншае			Пазначце нешта адно: <input type="checkbox"/> Бацька <input type="checkbox"/> Маці <input type="checkbox"/> Мачыха/айчым <input type="checkbox"/> Апякун <input type="checkbox"/> Іншае			
Хатні тэлефон:						
Адрас электроннай пошты:			Адрас электроннай пошты:			
Працоўны тэлефон:			Працоўны тэлефон:			
Мабільны тэлефон:			Мабільны тэлефон:			
Наймальнік:			Наймальнік:			

ДАДЗЕНЬЯ ПРА АПЯКУНСТВА

Вучань пражывае ў: Асноўнае месца жыхарства Дадатковае месца жыхарства Сумеснае пражыванне
 Іншае (растлумачыць) _____

Хто з'яўляецца законным апекуном вучня?

Маці і бацька Толькі маці Толькі бацька Сумесная апека Іншае _____

ДАДЗЕНЬЯ АБ БРАТАХ/СЁСТРАХ

Прозвішча	Імя	Пол	Дата нараджэння	Клас	Школа (калі наведвае)

Апошняя школа, якую наведваў(-ла) (калі гэта вучні дзіцячага саду, пазначце сады, які яны наведвалі)

Назва школы:			Апошні клас, які скончыў(-ла):		
Адрас:		Горад/штат	Індэкс:	Тэлефон:	
Год, з якога дзіця пачало наведваць школу ў ЗША:		Ці выключалі ваша дзіця з папярэдняй школьнай акругі? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ			

Ці ўдзельнічае зараз ваша дзіця ў адной з наступных праграм?

Англійская мова ў якасці другой <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ	Праграма для таленавітых дзяцей <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ	План адаптацыі па артыкулу 504 <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ
Ваша дзіця спачатку навучылася размаўляць на іншай мове, а не на англійскай, і/або пражывае ў сям'і, дзе размаўляюць не толькі па-англійску? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ		
Калі так, укажыце мову.		

Наступная інфармацыя выкарыстоўваецца падчас адбору, абавязковага ў адпаведнасці з артыкулам PI 11.02(2)(b), для вызначэння вучняў, якім (магчыма) патрабуюцца асаблівыя адукацыйныя паслугі. Ці падыходзіць ваша дзіця пад наступныя ўмовы?

У мінулых школах ваша дзіця займалася па індывідуальнай адукацыйнай праграме (IEP, Individualized Education Program)?
 ТАК НЕ

Спецыфічныя цяжкасці ў навучанні (SLD, Specific Learning Disability)	ТАК	НЕ	Аутызм (A)	ТАК	НЕ
Парушэнне эмацыянальных паводзін (EBD, Emotional Behavior Disability)	ТАК	НЕ	Разумовая адсталасць або іншыя цяжкасці развіцця	ТАК	НЕ
Парушэнне мовы	ТАК	НЕ	Артапедычнае парушэнне (OI, Orthopedic Impairment)	ТАК	НЕ
Чэрапна-мазгавая траўма (Traumatic Brain Injury)	ТАК	НЕ	Іншыя парушэнні здароўя (OHI, Other Health Impairment)	ТАК	НЕ
Парушэнне зроку (VI, Visual Impairment)	ТАК	НЕ	Значная затрымка развіцця (SDD, Significant Developmental Delay)	ТАК	НЕ
Парушэнне слыху (HI, Hearing Impairment)	ТАК	НЕ	Іншае, пералічыце:		

Вашаму дзіцяці рэкамендавалі ці ўключалі яго ці яе ў адукацыйную праграму з улікам асаблівых патрэб? (сюды ўваходзяць і дзіцячыя паслугі да паступлення ў дзіцячы сад) Калі так, апішыце:		ТАК	НЕ
Ці ёсць у вас малодшыя дзеці (0-5 гадоў), якім маглі б спатрэбіцца асаблівыя праграмы? Калі так, укажыце іх ніжэй.		ТАК	НЕ
Прозвішча	Імя	Д.н.	

ІНФАРМАЦЫЯ НА ВЫПАДАК НАДЗВЫЧАЙНАЙ СІТУАЦЫІ

Імя (імёны) чалавека (людзей), якім можна патэлефанаваць, калі бацькі ці апекуны недаступныя

Імя	Роднасць	Хатні	Працоўны	Мабільны

МЕДЫЦЫНСКІЯ ДАДЗЕННЯ

Імя доктара:	Тэлефон доктара:	Зубны доктар:	Тэлефон зубнога доктара:
Адметныя праблемы са здароўем:			
Алергіі (пазначыць):			
Ці трэба вашаму дзіцяці прымаць ў школе рэцэптурныя / безрэцэптурныя медыцынскія прэпараты? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕ Калі так, наведайце офіс, каб атрымаць адпаведную форму.			
Калі, згодна з меркаваннем школьнага кіраўніцтва, спатрэбіцца неадкладная медыцынская дапамога, я дазваляю перавозіць маё дзіця ў бальніцу ў машыне хуткай дапамогі. Я разумею, што прыбыўшая хуткая дапамога мае права, калі гэта спатрэбіцца, даставіць пацыента ў бліжэйшую па іх меркаванню бальніцу.			
Гэтым я дазваляю доктару(-ам) ў бальніцы аказаць майму дзіцяці неадкладную медыцынскую дапамогу. Наколькі я ведаю, інфармацыя вышэй з'яўляецца актуальнай і дакладнай.			
Подпіс аднаго з бацькоў ці апекуна: _____			Дата: _____

ПАЦВЯРДЖЭННЕ МЕСЦА ЖЫХАРСТВА

Патрабуецца тры дакументы: хаця б адзін са слупка А і два са слупка В. ЗАЎВАГА: вадзіцельскія правы і квіток за мабільны тэлефон не прымаюцца ў якасці пацвярджэння месца жыхарства.

СЛУПОК А:
(хаця б адзін з наступных)

1. Апавяшчэнне аб падатку на нерухомасць
2. Письмовая справаздача аб продажы нерухомасці
3. Пагадненне аб арэндзе ці пакупцы нерухомасці ў межах раёна
 - a. У пагадненне аб арэндзе павінны ўваходзіць назва шматкватэрнага комплексу і тэлефонны нумар арэндадаўцы
 - b. Для пацвярджэння месца жыхарства бацькоў і вучня ў любой здымаемай нерухомасці патрабуецца падпісанае пагадненне аб арэндзе, дзе ўказаныя і бацькі, і вучань

СЛУПОК В:
(два з наступных)

1. Квітанцыя аб аплаце камунальных паслуг за бягучы месяц (толькі вада, газ і электрычнасць)
2. Пашпарт транспартнага сродку
3. Пагадненне аб страхаванні аўтамабіля ці жыцця
4. Пагадненні аб сацыяльным забеспячэнні W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare ці іншых акруговых / федэральных праграм / праграм штата
5. Апавяшчэнне аб аднаўленні нумарнога знака
6. Апавяшчэнне аб аднаўленні вадзіцельскіх правоў
7. Іншыя дакументы, зацверджаныя Раёнам у змякчаючых акалічнасцях

Закон 121.77 штата Вісконсін патрабуе, каб вучні наведвалі школу ў сваім раёне пражывання і каб школьная акруга брала аплату за навучанне вучняў, што пражываюць у іншым раёне. Раён высвятляе і пацвярджае месца жыхарства. Адказныя бакі, якія падпісваюць дадзены сертыфікат, павінны будучы аплаціць навучанне, а таксама любыя дадатковыя адукацыйныя ці іншыя выдаткі ў тым выпадку, калі высветліцца, што вучань(-ні) не з'яўляецца жыхаром раёна.

Я, як адзін з бацькоў / апякун, пацвярджаю, што ў дадзены момант мы пражываем у гэтым Раёне ці запоўнілі ўсе неабходныя для наведвання школы ў межах гэтага Раёна дакументы. Дадзеныя, запісаныя ў гэтай форме, з'яўляюцца дакладнымі.

Подпіс аднаго з бацькоў бацькі ці апекуна: _____ Дата: _____

Гэты Раён не дыскрымінуе на падставе пола, расы, нацыянальнага паходжання, узросту, сацыяльнага паходжання, веравызнання, цяжарнасці, шлюбнага ці бацькоўскага стану, сексуальнай арыентацыі, фізічных, разумовых, эмацыянальных парушэнняў, цяжкасцяў навучання, інваліднасці, а таксама іншых падставах, забароненых законамі штата або федэральнымі законамі.