

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

רישום חדש / כרטיס לשעת חירום
 מחוז בתי הספר Fox Point-Bayside

מידע על התלמיד/ה

שם המשפחה של התלמיד/ה: (כפי שמופיע בתעודת הלידה)		השם הפרטי של התלמיד/ה: (כפי שמופיע בתעודת הלידה)		השם האמצעי של התלמיד/ה:
כיתה:		מין:	ז	נ
עיר לידה:		מדינת (State) לידה:	מדינת (Country) לידה:	מחוז לידה:
מוצא				
1. האם הילד/ה ממוצא היספני או לטיני? (נא לבחור רק באפשרות אחת) <input type="checkbox"/> לא, לא היספני או לטיני <input type="checkbox"/> כן, היספני או לטיני 2. האם הילד/ה ממוצא: (נא לבחור באפשרות אחת או יותר. יש לבחור לפחות באפשרות אחת) <input type="checkbox"/> אינדיאני אמריקאי או מילידי אלסקה <input type="checkbox"/> שחור או אפרו-אמריקאי <input type="checkbox"/> לבן <input type="checkbox"/> אסייתי <input type="checkbox"/> מילידי מהוואי או אי פסיפי אחר				

מידע על הורים/אפוטרופוסים

משפחה מס. 1 (עיקרית) אצלה מתגורר/ת התלמיד/ה

כתובת הבית:		עיר	מדינה (State)	מיקוד (Zip)
שם (איש קשר עיקרי):		שם (משני):		
נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		
כתובת דוא"ל:		כתובת דוא"ל:		
מס. טלפון עיקרי (כל השיחות האוטומטיות ינותבו למספר זה): <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> עבודה				
מס. טלפון שני:		מס. טלפון שני:		
<input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		
מס. טלפון שלישי:		מס. טלפון שלישי:		
<input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		
מעסיק:		מעסיק:		

משפחה מס. 2

כתובת הבית:		עיר	מדינה (State)	מיקוד (Zip)
שם:		שם:		
נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר		
מס. טלפון בבית:		מס. טלפון בבית:		
כתובת דוא"ל:		כתובת דוא"ל:		
מס. טלפון בעבודה:		מס. טלפון בעבודה:		
מס. טלפון נייד:		מס. טלפון נייד:		
מעסיק:		מעסיק:		

פרטי משמורת

התלמיד/ה מתגורר/ת ב-: מקום מגורים ראשי מקום מגורים משני סידור משותף אחר (נא להסביר) _____

למי יש משמורת חוקית על התלמיד/ה? אם ואב אם בלבד אב בלבד משותפת אחר _____

פרטי אה/ות

שם פרטי	שם משפחה	מגדר	תאריך לידה	כיתה	בית ספר (במידה ולומד/ת באחד)

בית הספר האחרון בו למד/ה (עבור תלמיד/ה המגיע/ה מהגן יש לציין כל מוסד לחינוך קדם יסודי)

שם בית ספר:	הכיתה האחרונה שסיימ/ה:		
כתובת:	עיר/מדינה (State)	מיקוד (Zip):	מס. טלפון:
השנה בה הילד/ה החל/ה לראשונה ללמוד במוסד חינוכי באר"ב:	האם הילד/ה הורחק/ה ממוסד בתי ספר קודם? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

האם הילד/ה משתתף/ת כרגע באילו מהתוכניות הבאות?

אנגלית כשפה שנייה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מחוננים ומוכשרים (Gifted and Talented) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תכנית הסתגלות 504 (Accommodation Plan) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הילד/ה למד/ה לראשונה לדבר בשפה שאינה אנגלית ו/או מתגורר/ת במשק בית בו מדוברת שפה שאינה אנגלית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

במידה וכן, מהי שפה זו?

הפרטים הבאים ישמשו במסגרת תהליך הסינון הנדרש תחת סעיף PI 11.02(2)(b) על-מנת לזהות תלמידים הדרושים להם, או שיתכן כי דרושים להם שירותי חינוך מיוחד. האם לילד/ה או בחנו אילו מהבאים?

האם לילד/ה הייתה תוכנית לחינוך אישי (IEP) בבית הספר הקודם שלו/ה? כן לא

כן	לא	אויזום (A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מוגבלות שכלית/מוגבלות התפתחותית אחרת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגבלה אורתופדית (OI, Orthopedic Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגבלה רפואית אחרת (OHI, Other Health Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עיכוב התפתחותי ניכר (SDD, Significant Developmental Delay)
אחר, נא לפרט:		

כן	לא	הפרעת למידה ספציפית (SLD, Specific Learning Disability)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הפרעה התנהגותית רגשית (EBD, Emotional Behavior Disability)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לקות בדיבור ובשפה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פגיעה מוחית טראומטית (TBI, Traumatic Brain Injury)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לקות ראייה (VI, Visual Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לקות שמיעה (HI, Hearing Impairment)

לא	כן	האם הילד/ה אובחנה/ה או שובצה/ה בעבר בתוכנית לצרכים חינוכיים מיוחדים? (לרבות במסגרת טרומית לגן ילדים של שירותים לילדות מוקדמת) במידה וכן, נא לפרט:
לא	כן	האם יש לך ילדים קטנים (בגיל 0-5) שעשויים להיות זכאים לתוכניות לבעלי צרכים מיוחדים? במידה וכן, נא לציין אותם למטה.
תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי

פרטי הירום

שמות האנשים ליצירת קשר במקרה בו לא ניתן ליצור קשר עם ההורה/האפוטרופוס

שם	סוג הקשר	בית	עבודה	נייד

מידע רפואי

שם רופא:	מס. טלפון של הרופא:	רופא שיניים:	מס. טלפון של רופא השיניים:
בעיות בריאותיות מהותיות:			
אלרגיות ידועות (נא לפרט):			
האם הילד/ה נדרש/ת לקחת תרופות לפי מרשם/לא לפי מרשם בבית הספר? במידה וכן, יש לפנות למשרד עבור הטופס המתאים.			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
<p>במידה ויידרש טיפול חירום לפי שיקול הדעת של רשויות בית הספר, אני מאשר/ת לילד/ה שלי להילקח לבית חולים באמבולנס לטיפול. אני מבינה/ה שספק האמבולנס עימו יוצר קשר שומר לעצמו את הזכות להעביר את המטופל לבית החולים הקרוב ביותר הכשיר לביצוע הטיפול לפי בחירתו, במידה ויראה זאת לנכון.</p> <p>אני מאשר/ת בזאת לרופא/י בית החולים לספק טיפול רפואי לשעת חירום לילד/ה שלי. למיטב ידיעתי, המידע לעיל מדויק ונכון.</p>			
חתימת ההורה/האפוטרופוס: _____ תאריך: _____			

אימות תושבות

נדרשים שלושה טפסים: לפחות אחד מעמודה A ושניים מעמודה B. הערה: רישיון נהיגה וחשבון טלפון נייד אינם קבילים כהוכחה לכתובת.	
עמודה A: (לפחות אחד מהבאים)	עמודה B: (שניים מהבאים)
1. התראת מס רכוש 2. מסמך סגירת רכישה בית (Home purchase closing statement) 3. הסכם רכישה או חכירה עבור נכס במסגרת גבולות המחוז a. מסמכי חכירה מוכרחים לכלול את שם הקומפלקס בו שוכנת הדירה ואת מס. הטלפון של בעל הבית b. הורה ותלמיד המתגוררים לטענתם בנכס מושכר כלשהו מוכרחים לספק הסכם שכירות חתום בו מצויינים השניים כדיירים	1. חשבונות מהחודש הנוכחי (מים/גז/חשמל בלבד) 2. תעודת רישוי כלי רכב (Vehicle Registration Certificate) 3. דוח מצב ביטוח רכב או ביטוח רפואי 4. דוח מצב להטבות W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare, או הטבה מחוזית/מדינית (State)/פדרלית אחרת 5. התראה לחידוש לחיות הרישוי 6. התראה לחידוש רישיון הנהיגה

7. אחר, כפי שאושר ע"י המחוז במקרה של נסיבות מקלות

חוק מדינת וויסקונסין 121.77 דורש שתלמידים ילמדו במחוז תושבותם, ושמחוז בתי הספר יהייב תלמידים מחוץ למחוז בשכר לימוד. המחוז חוקר ומוודא את מצב התושבות. הצדדים הנושאים באחריות החותמים על תעודה זו נתפסים כמי שמהווים את הגורם החייב בתשלום שכר לימוד בנוסף לכל עלויות חינוכיות נוספות או כל הוצאה אחרת במידה ויקבע שהתלמיד/ים אינו/ם תושב/י המחוז.

כהורה/כאפוטרופוס, אני מאשר/ת בזאת שאנו תושבי מחוז זה בעת זו, או שמילאנו את הניירת ההכרחית לרישום ללימודים במחוז זה.
הפרטים המסופקים בטופס זה הנם נכונים.

חתימת ההורה/האפוטרופוס: _____

תאריך: _____

המחוז אינו מפלה על בסיס מגדר, גזע, מדינת מוצא, גיל, יחוס, אמונה, סטטוס הריון, נישואין או הורות, נטייה מינית או לקות פיזית, מנטלית או רגשית, או קושי אחר, או על בסיסים אחרים שאינם מותרים לשקלול לפי חוק המדינה (State) או החוק הפדרלי.