

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

नया पंजीकरण / आपातकालीन कार्ड
Fox Point-Bayside स्कूल डिस्ट्रिक्ट

विद्यार्थी संबंधी जानकारी

विद्यार्थी का अंतिम नाम: (जैसा जन्म प्रमाण-पत्र में दर्ज है)		विद्यार्थी का प्रथम नाम: (जैसा जन्म प्रमाण-पत्र में दर्ज है)		विद्यार्थी का मध्य नाम:
वर्ग:	लिंग:	पु	म	जन्मतिथि:
जन्म का शहर:	जन्म का राज्य:	जन्म का देश:	जन्म का देश:	
नस्ल				
1. क्या यह बच्चा हिस्पैनिक या लातिनो है? (केवल एक चुनें) <input type="checkbox"/> नहीं, हिस्पैनिक या लातिनो नहीं है <input type="checkbox"/> हाँ, हिस्पैनिक या लातिनो है				
2. क्या यह बच्चा है: (एक या अधिक चुनें। आपको कम से कम एक अवश्य चुनना चाहिए)				
<input type="checkbox"/> अमेरिकन इंडियन या अलास्का मूल निवासी <input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकन अमेरिकन <input type="checkbox"/> श्वेत				
<input type="checkbox"/> एशियन <input type="checkbox"/> हवाई के मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीपीय				

अभिभावक/संरक्षक संबंधी जानकारी

परिवार 1 (प्राथमिक) जहाँ विद्यार्थी रहता है			
घर का पता:	शहर	राज्य	जिप
नाम (प्राथमिक संपर्क):	नाम (द्वितीयक):		
एक पर निशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभिभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य	एक पर निशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभिभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य		
ईमेल पता:	ईमेल पता:		
प्राथमिक फोन (सभी ऑटोमेटेड कॉलें इस नंबर पर जाएंगी):	<input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
द्वितीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल	द्वितीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
तृतीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल	तृतीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
नियोक्ता:	नियोक्ता:		
परिवार 2			
घर का पता:	शहर	राज्य	जिप
नाम:	नाम:		
एक पर निशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभिभावक <input checked="" type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य	एक पर निशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभिभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य		

घर का फोन:	
ईमेल पता:	ईमेल पता:
कार्यस्थल का फोन:	कार्यस्थल का फोन:
सेल्यूलर फोन:	सेल्यूलर फोन:
नियोक्ता:	नियोक्ता:

अभिरक्षा संबंधी जानकारी

विद्यार्थी निवास करता है: <input type="checkbox"/> प्रारंभिक निवास <input type="checkbox"/> द्वितीयक आवास <input type="checkbox"/> संयुक्त निवास <input type="checkbox"/> अन्य (व्याख्या करें) _____
विद्यार्थी की कानूनी अभिरक्षा किसके पास है?
<input type="checkbox"/> माता और पिता <input type="checkbox"/> केवल माता <input type="checkbox"/> केवल पिता <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/> अन्य _____

भाई-बहन संबंधी जानकारी

पहला नाम	अंतिम नाम	लिंग	जन्मतिथि:	वर्ग:	स्कूल (यदि जाते हों)

अंतिम स्कूल जिसमें गए हों (किंडर्गार्टन विद्यार्थियों के प्रवेश के लिए जिस पिछले प्रीस्कूल में गए हों उसे बताएं)

स्कूल का नाम:	अंतिम पूर्ण किया गया वर्ग:
पता:	शहर/राज्य:
	जिप:
यूएस में बच्चे ने जब स्कूल जाना शुरू किया, वो वर्ष बताएं:	क्या आपका बच्चा पिछले स्कूल डिस्ट्रिक्ट से निकाला गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	फोन:

क्या आपका बच्चा वर्तमान में निम्न में से किन्हीं कार्यक्रम विकल्पों में भाग ले रहा है?

अंग्रेजी एक द्वितीयक भाषा के रूप में <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	प्रतिभाशाली और बुद्धिमान <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	504 निवास योजना <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपके बच्चे ने सर्वप्रथम अंग्रेजी के अतिरिक्त किसी दूसरी भाषा को सीखा था और/या वो ऐसे परिवार में रहता है जहाँ अंग्रेजी के अतिरिक्त दूसरी भाषा बोली जाती है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
यदि हाँ, तो कौन सी भाषा?		

निम्न सूचना को PI 11.02(2)(b) के अंतर्गत ऐसे विद्यार्थी की पहचान करने के लिए जिसे विशेष शिक्षा सेवाओं की आवश्यकता है; या संभावित रूप से आवश्यकता है, की स्क्रीनिंग प्रक्रियाओं के एक भाग के रूप में प्रयोग किया जाना है। क्या आपके बच्चे को निम्न में से कोई स्थितियाँ रही हैं?

क्या आपके बच्चे या बच्ची का अपने पिछले स्कूल के साथ वैयक्तिक शिक्षा कार्यक्रम (आईईपी) में भाग लिया है? हाँ नहीं

विशिष्ट अध्ययन अक्षमता (SLD, Specific Learning Disability)	हाँ	नहीं	ऑटिज्म (A)	हाँ	नहीं
भावनात्मक व्यवहार अक्षमता (EBD, Emotional Behavior Disability)	हाँ	नहीं	बौद्धिक अक्षमता / अन्य विकासात्मक अक्षमता	हाँ	नहीं
बोली और भाषा दुर्बलता	हाँ	नहीं	आर्थोपेडिक दुर्बलता (OI, Orthopedic Impairment)	हाँ	नहीं
सदमाग्रस्त मस्तिष्क चोट (TBI, Traumatic Brain Injury)	हाँ	नहीं	अन्य स्वास्थ्य दुर्बलता (OHI, Other Health Impairment)	हाँ	नहीं
दृष्टि दुर्बलता (VI, Vision Impairment)	हाँ	नहीं	महत्वपूर्ण विकासात्मक विलंबता (SDD, Significant Developmental Delay)	हाँ	नहीं
बधिर (HI, Hearing Impairment)	हाँ	नहीं	अन्य, बताएं:		

क्या आपके बच्चे को कभी भी विशेष शिक्षा आवश्यकताओं के लिए मूल्यांकित किया गया है या किसी कार्यक्रम में रखा गया है? (इसमें किंडर्गार्टन से पूर्व की आरंभिक बाल्यपन सेवाएं शामिल हैं) यदि हाँ, तो कृपया बताएं:	हाँ	नहीं
क्या आपका कोई छोटा बच्चा है (उम्र 0-5) जो विशेष या विशिष्ट कार्यक्रमों के लिए योग्य हो सकता है? यदि हाँ, तो कृपया उन्हें यहाँ दर्ज करें	हाँ	नहीं
पहला नाम	अंतिम नाम	जन्मतिथि

आपातकालीन सूचना

जब अभिभावक/संरक्षक तक पहुँच न सकते हों उस समय सूचित किए जाने वाले व्यक्ति(यों) के नाम

नाम	संबंध	घर	कार्यस्थल	सेल्यूलर

चिकित्सीय सूचना

डॉक्टर का नाम:	डॉक्टर का फोन:	डेंटिस्ट:	डेंटिस्ट का फोन:
विशेष स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं:			
जात एलर्जी (स्पष्ट करें):			
क्या आपके बच्चे को स्कूल में प्रिस्क्रिप्शन वाली/बिना प्रिस्क्रिप्शन की दवायाँ लेने की आवश्यकता होगी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो ऑफिस से उचित फार्म प्राप्त करें।			
यदि स्कूल अधिकारियों के विचार में आपातकालीन उपचार आवश्यक है, तो मैं अपने बच्चे को एम्बुलेंस द्वारा किसी हॉस्पिटल में उपचार के लिए ले जाए जाने की स्वीकृति देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि संपर्क किए गए एम्बुलेंस प्रदाता को रोगी को अपने विवेक से नज़दीकी उपचारात्मक सुविधा संपन्न हॉस्पिटल में ले जाने का अधिकार होता है, यदि उन्हें इसकी आवश्यकता लगे।			
मैं एतद्वारा डॉक्टर(रों) को मेरे बच्चे को हॉस्पिटल में आपातकालीन उपचार देने की अनुमति देता/देती हूँ। मेरी पूरी जानकारी में, ऊपर दी गई जानकारी वर्तमान की और सत्य है।			
अभिभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर: _____		तिथि: _____	

आवासीय सत्यापन

तीन दस्तावेजों की आवश्यकता है: कॉलम ए से कम से कम एक और कॉलम बी से दो। नोट: ड्राइवर लाइसेंस और सेल फोन का बिल आवास के प्रमाण के रूप में मान्य नहीं है।	
कॉलम ए: (निम्न से कम से कम एक)	कॉलम बी: (निम्न में से दो)
<ol style="list-style-type: none"> 1. संपत्ति कर नोटिफिकेशन 2. घर खरीद क्लोजिंग विवरण 3. डिस्ट्रिक्ट सीमाओं के भीतर संपत्ति के लिए पट्टा या खरीद अनुबंध <ol style="list-style-type: none"> a. पट्टे में अपार्टमेंट काम्प्लेक्स का नाम और मकान-मालिक का फोन नंबर अवश्य ही शामिल होना चाहिए b. किसी किराए की संपत्ति पर दावा करने वाले अभिभावक और विद्यार्थी एक हस्ताक्षरित पट्टे अवश्य उपलब्ध कराना चाहिए जो दोनों को निवासी के रूप में दर्ज करता हो 	<ol style="list-style-type: none"> 1. वर्तमान माह का युटिलिटी बिल (केवल पानी/गैस/विद्युत) 2. वाहन पंजीकरण प्रमाण-पत्र 3. ऑटो या स्वास्थ्य बीमा विवरण 4. W-2, SSI, मेडिकेड, BadgerCare, या अन्य देश/राज्य/संघ लाभ विवरण 5. लाइसेंस प्लेट नवीनीकरण नोटिस 6. ड्राइवर लाइसेंस नवीनीकरण नोटिस 7. अन्य, जैसा डिस्ट्रिक्ट द्वारा आंशिक स्थितियों में स्वीकृत हो
<p><i>विस्कांसीन राज्य अधिनियम 121.77 के तहत आवश्यक है कि विद्यार्थी अपने निवास के डिस्ट्रिक्ट में स्कूल जाएं और कि कोई स्कूल डिस्ट्रिक्ट गैर-निवासी विद्यार्थियों के लिए शिक्षण शुल्क ले। डिस्ट्रिक्ट आवासीय स्थिति की जाँच और सत्यापन करता है। यदि यह निर्धारित हो, कि विद्यार्थी डिस्ट्रिक्ट का(के) निवासी नहीं है, तो इस प्रमाण-पत्र पर हस्ताक्षर करने वाले जिम्मेदार पक्षों को शिक्षण साथ ही किसी प्रकार के अतिरिक्त शैक्षणिक या अन्य खर्चों के भुगतान का उत्तरदायी माना जाएगा।</i></p>	

अभिभावक/संरक्षक के रूप में, मैं एतद्वारा स्वीकार करता हूँ हम वर्तमान में डिस्ट्रिक्ट में निवास या डिस्ट्रिक्ट के भीतर स्कूल में जाने के लिए आवश्यक दस्तावेजी कार्रवाई कर चुके हैं। इस फार्म पर उपलब्ध कराई गई जानकारी सत्य है।

अभिभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

डिस्ट्रिक्ट लिंग, नस्ल, राष्ट्रीयता, उम्र, वंशवली, वंश, गर्भावस्था, वैवाहिक स्थिति या अभिभावक स्थिति, लैंगिक झुकाव या दैहिक, मानसिक, भावनात्मक या सीखने में अक्षमता या अन्य विकलांगता या राज्य या फेडरल कानून द्वारा निषिद्ध होने के आधार पर भेद-भाव नहीं करता है।