

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

**Kartu Pendaftaran / Darurat Baru
 Distrik Sekolah Fox Point-Bayside**

INFORMASI MURID

Nama Belakang Murid: (Sesuai yang tercantum di Akta Lahir)		Nama Depan Murid: (Sesuai yang tercantum di Akta Lahir)		Nama Tengah Murid:	
Kelas:		Jenis Kelamin: L P		Tanggal Lahir:	
Kota Tempat Lahir:		Negara Bagian Tempat Lahir:		Negara Tempat Lahir:	
				Daerah Tempat Lahir:	
Etnis					
<p>1. Apakah anak ini keturunan Hispanik atau Latin? (pilih satu saja)</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak, ia bukan keturunan Hispanik atau Latin <input type="checkbox"/> Ya, ia adalah keturunan Hispanik atau Latin</p> <p>2. Apakah anak ini: (Pilih salah satu atau lebih dari satu. Anda harus memilih setidaknya satu pilihan)</p> <p><input type="checkbox"/> Keturunan Asli Amerika atau Keturunan Asli Alaska <input type="checkbox"/> Keturunan Warga Negara Amerika Berkulit Hitam atau Afrika Amerika</p> <p><input type="checkbox"/> Keturunan Kulit Putih <input type="checkbox"/> Keturunan Asia <input type="checkbox"/> Keturunan Asli Hawaii atau Keturunan Penduduk Pasifik Lainnya</p>					

INFORMASI ORANGTUA/WALI

Keluarga 1 (UTAMA) Tempat Murid Tinggal

Alamat Rumah:		Kota		Negara Bagian		Kode Pos	
Nama (Narahubung Utama):				Nama (Narahubung Sekunder):			
Centang salah satu: <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Orangtua Tiri <input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Lainnya				Centang salah satu: <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Orangtua Tiri <input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Lainnya			
Alamat Surel:				Alamat Surel:			
Nomor Telepon Utama (Semua Panggilan Otomatis akan diarahkan ke nomor ini): <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Ponsel <input type="checkbox"/> Tempat Kerja							
Nomor Telepon Kedua: <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Ponsel <input type="checkbox"/> Tempat Kerja				Nomor Telepon Kedua: <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Ponsel <input type="checkbox"/> Tempat Kerja			
Nomor Telepon Ketiga: <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Ponsel <input type="checkbox"/> Tempat Kerja				Nomor Telepon Ketiga: <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Ponsel <input type="checkbox"/> Tempat Kerja			
Perusahaan Tempat Bekerja:				Perusahaan Tempat Bekerja:			

Keluarga 2

Alamat Rumah:		Kota		Negara Bagian		Kode Pos	
Nama:				Nama:			
Centang salah satu: <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Orangtua Tiri <input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Lainnya				Centang salah satu: <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Orangtua Tiri <input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Lainnya			
Nomor Telepon Rumah:							
Alamat Surel:				Alamat Surel:			
Nomor Telepon Tempat Kerja:				Nomor Telepon Tempat Kerja:			
Nomor Ponsel:				Nomor Ponsel:			
Perusahaan Tempat Bekerja:				Perusahaan Tempat Bekerja:			

INFORMASI PERWALIAN

Murid tinggal di: Tempat Tinggal Utama Tempat Tinggal Sekunder Perwalian Bersama Lainnya (Jelaskan) _____

Siapa yang memegang hak perwalian sah atas murid?

Ibu dan Ayah Ibu saja Ayah saja Perwalian Bersama Lainnya _____

INFORMASI SAUDARA KANDUNG

Nama Depan	Nama Belakang	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	Kelas	Sekolah (jika bersekolah)

SEKOLAH TERAKHIR (untuk murid yang akan masuk taman kanak-kanak, harap sertakan nama prasekolah sebelumnya)

Nama Sekolah:			Kelas Terakhir:	
Alamat:		Kota/Negara Bagian	Kode pos:	Telepon:
Tahun anak Anda mulai sekolah di AS:		Apakah Anak Anda pernah dikeluarkan dari distrik sekolah sebelumnya? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		

Apakah saat ini anak Anda ikut serta dalam salah satu pilihan program berikut ini?

Bahasa Inggris sebagai Bahasa Kedua <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	Berbakat dan Bertalenta <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	Undang-Undang Pasal 504 (Undang-undang Antidiskriminasi) <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Apakah anak Anda pertama kali belajar bicara dengan bahasa selain bahasa Inggris dan/atau tinggal bersama keluarga yang menggunakan bahasa selain bahasa Inggris? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		
Jika ya, bahasa apa?		

Informasi berikut akan digunakan sebagai bagian dari proses penyaringan yang diperlukan berdasarkan PI 11.02(2)(b) untuk mengidentifikasi murid yang memerlukan, atau mungkin memerlukan, layanan pendidikan khusus. Apakah anak Anda memiliki kondisi-kondisi berikut?

Apakah anak Anda mengikuti Program Pendidikan Individual (PPI) di sekolah asalnya? YA TIDAK

Kesulitan Belajar Spesifik (SLD, Specific Learning Disability)	YA	TIDAK	Autisme (A)	YA	TIDAK
Kesulitan Perilaku Emosional (EBD, Emotional Behavior Disability)	YA	TIDAK	Kesulitan Intelektual / Kesulitan Perkembangan Lainnya	YA	TIDAK
Gangguan Wicara dan Bahasa	YA	TIDAK	Gangguan Ortopedi (OI, Orthopedic Impairment)	YA	TIDAK
Cedera Otak Traumatis (TBI, Traumatic Brain Injury)	YA	TIDAK	Gangguan Kesehatan Lainnya (OHI, Other Health Impairment)	YA	TIDAK
Gangguan Penglihatan (VI, Visual Impairment)	YA	TIDAK	Keterlambatan Perkembangan Signifikan (SDD, Significant Developmental Delay)	YA	TIDAK
Gangguan Pendengaran (HI, Hearing Impairment)	YA	TIDAK	Lainnya, Sebutkan:		

Apakah anak Anda pernah dievaluasi atau diikutsertakan dalam program untuk kebutuhan pendidikan khusus? (Termasuk layanan pendidikan anak usia dini sebelum jenjang taman kanak-kanak) Jika ya, harap jelaskan:	YA	TIDAK
Apakah Anda mempunyai anak yang lebih muda (usia 0-5 tahun) yang memenuhi kriteria untuk program khusus atau luar biasa? Jika ya, silakan sebutkan di bawah ini.	YA	TIDAK
Nama Depan	Nama Belakang	Tanggal Lahir

INFORMASI DARURAT

Nama orang yang harus dihubungi saat orangtua/wali tidak dapat dihubungi

Nama	Hubungan	Rumah	Tempat Kerja	Ponsel

INFORMASI MEDIS

Nama Dokter:	Nomor Telepon Dokter:	Dokter Gigi:	Nomor Telepon Dokter Gigi:
Masalah Kesehatan Khusus:			
Alergi (sebutkan):			
Apakah anak Anda memerlukan pengobatan dengan/tanpa resep dokter di sekolah?			<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Jika ya, harap ambil formulir terkait di kantor.			
Jika, menurut penilaian pihak berwenang sekolah, diperlukan penanganan darurat, saya memberikan izin untuk membawa anak ke rumah sakit dengan ambulans agar mendapatkan perawatan. Saya mengerti bahwa penyedia ambulans yang dihubungi berhak membawa pasien ke rumah sakit terdekat yang menyediakan perawatan yang dibutuhkan, jika dianggap perlu.			
Dengan ini, saya memberikan izin kepada dokter di rumah sakit untuk memberikan penanganan darurat kepada anak saya. Sepengetahuan saya, informasi di atas merupakan informasi terbaru dan benar adanya.			
Tanda Tangan Orangtua/Wali: _____		Tanggal: _____	

VERIFIKASI KEPENDUDUKAN

Tiga dokumen ini diperlukan: Setidaknya satu dari Kolom A dan dua dari Kolom B. CATATAN: Surat Izin Mengemudi dan tagihan telepon tidak diterima sebagai bukti kependudukan.	
KOLOM A: (Setidaknya salah satu dari yang tercantum di bawah ini)	KOLOM B: (Dua dari yang tercantum di bawah ini)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Pajak Bumi dan Bangunan 2. Surat bukti pembelian rumah 3. Perjanjian sewa atau beli untuk tanah dan bangunan dalam batasan distrik <ol style="list-style-type: none"> a. Perjanjian sewa harus mencantumkan nama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tagihan bulanan terbaru (tagihan air/ gas/listrik saja) 2. Surat Keterangan Pendaftaran Kendaraan 3. Surat Keterangan Asuransi Kesehatan atau Kendaraan Bermotor 4. W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare, atau Surat

- kompleks apartemen dan nomor telepon pemilik tanah/bangunan
- b. Orangtua dan murid yang mengaku bertempat tinggal di hunian sewa harus menyediakan surat perjanjian sewa sah yang menyatakan mereka sebagai penghuni

- Keterangan Program Jaminan Tingkat Daerah/Negara Bagian/Negara Federasi
5. Surat pernyataan perpanjangan pelat nomor kendaraan
 6. Surat Pernyataan Perpanjangan Surat Izin Mengemudi
 7. Lainnya, sebagaimana yang disetujui oleh Pemerintah Distrik dalam keadaan khusus

Undang-Undang Negara Bagian Wisconsin No. 121.77 mewajibkan agar murid masuk sekolah di wilayah tempat tinggal mereka dan agar sekolah membebaskan biaya sekolah untuk murid non-residen (bukan penduduk). Pemerintah Distrik melakukan penyelidikan dan memverifikasi kependudukan. Pihak yang bertanggung jawab menandatangani surat ini berkewajiban untuk membayar biaya serta dana pendidikan atau lainnya, apabila diputuskan bahwa murid tersebut bukan penduduk Distrik yang bersangkutan.

Sebagai orangtua/wali, dengan ini saya menyatakan bahwa saat ini kami bertempat tinggal di Distrik ini atau telah melengkapi dokumen penting terkait agar anak kami dapat masuk sekolah di Distrik ini. Informasi yang dinyatakan dalam formulir ini benar adanya.

Tanda Tangan Orangtua/Wali: _____

Tanggal: _____

Pemerintah Distrik tidak melakukan diskriminasi atas dasar jenis kelamin, ras, asal negara, umur, keturunan, kepercayaan, status kehamilan, status pernikahan, status orangtua, orientasi seksual atau disabilitas fisik, mental, emosional, atau belajar atau kendala atau dasar lainnya yang dilarang oleh hukum federal atau hukum negara bagian.