

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

**Nauja registracijos / skubios pagalbos kortelė
Fox Point-Bayside mokyklos apygarda**

INFORMACIJA APIE MOKINĮ

Mokinio pavardė: (kaip užrašyta gimimo liudijime)		Mokinio vardas: (kaip užrašyta gimimo liudijime)		Mokinio antras vardas:
Klasė:	Lytis:	Mot.	Vyr.	Gimimo data:
Miestas, kuriame gimė:	Valstija, kurioje gimė:	Valstybė, kurioje gimė:		Apskritis, kurioje gimė:
Etninė kilmė				
1. Ar šis vaikas ispanų arba Lotynų Amerikos kilmės? (pasirinkite tik vieną) <input type="checkbox"/> Ne, ne ispanų ar Lotynų Amerikos <input type="checkbox"/> Taip, ispanų ar Lotynų Amerikos				
2. Ar šis vaikas: (Pasirinkite vieną ar daugiau. Pasirinkite mažiausiai bent vieną.)				
<input type="checkbox"/> Amerikos indėnų ar Aliaskos čiabuvių kilmės <input type="checkbox"/> Juodaodis arba afroamerikietis <input type="checkbox"/> Baltaodis				
<input type="checkbox"/> Azijos <input type="checkbox"/> Havajų ar kitų Ramiojo vandenyno salų vietinės kilmės				

INFORMACIJA APIE TĖVUS / GLOBĖJUS

1 šeima (PIRMINĖ), kurioje mokinyš gyvena

Namų adresas:				Miestas	Valstija	Pašto kodas
Vardas, pavardė (pirminis asmuo ryšiams):			Vardas, pavardė (antrinis):			
Pažymėkite vieną: <input type="checkbox"/> Tėvas <input type="checkbox"/> Motina <input type="checkbox"/> Patėvis / pamotė <input type="checkbox"/> Globėjas (-a) <input type="checkbox"/> Kita			Pažymėkite vieną: <input type="checkbox"/> Tėvas <input type="checkbox"/> Motina <input type="checkbox"/> Patėvis / pamotė <input type="checkbox"/> Globėjas (-a) <input type="checkbox"/> Kita			
El. pašto adresas:			El. pašto adresas:			
Pagrindinis tel. numeris (visos automatiniai skambučiai nukreipiami šiuo numeriu):				<input type="checkbox"/> namų <input type="checkbox"/> mobilusis <input type="checkbox"/> darbo		
Antras tel. numeris: <input type="checkbox"/> namų <input type="checkbox"/> mobilusis <input type="checkbox"/> darbo			Antras tel. numeris: <input type="checkbox"/> namų <input type="checkbox"/> mobilusis <input type="checkbox"/> darbo			
Trečias tel. numeris: <input type="checkbox"/> namų <input type="checkbox"/> mobilusis <input type="checkbox"/> darbo			Trečias tel. numeris: <input type="checkbox"/> namų <input type="checkbox"/> mobilusis <input type="checkbox"/> darbo			
Darbdavys:			Darbdavys:			
2 šeima						
Namų adresas:				Miestas	Valstija	Pašto kodas
Vardas, pavardė:			Vardas, pavardė:			
Pažymėkite vieną: <input type="checkbox"/> Tėvas <input type="checkbox"/> Motina <input type="checkbox"/> Patėvis / pamotė <input type="checkbox"/> Globėjas (-a) <input type="checkbox"/> Kita			Pažymėkite vieną: <input type="checkbox"/> Tėvas <input type="checkbox"/> Motina <input type="checkbox"/> Patėvis / pamotė <input type="checkbox"/> Globėjas (-a) <input type="checkbox"/> Kita			
Namų tel. numeris:			Namų tel. numeris:			
El. pašto adresas:			El. pašto adresas:			
Darbo tel. numeris:			Darbo tel. numeris:			
Mobiliojo tel. numeris:			Mobiliojo tel. numeris:			
Darbdavys:			Darbdavys:			

INFORMACIJA APIE GLOBA

Mokinys gyvena: Pirminėje gyv. vietoje Antrinėje gyv. vietoje Bendrai globojamas Kita (paaiškinkite) _____

Kam priskirta mokinio teisinė globa?

Motinai ir tėvui Tik motinai Tik tėvui Bendrai Kita _____

INFORMACIJA APIE BROLIUS / SESERIS

Vardas	Pavardė	Lytis	Gimimo data	Klasė	Mokykla (jei lanko)

PASKUTINĖ LANKYTA MOKYKLA (įrašydami vaikų darželių auklėtinius, nurodykite bet kurią lankyta priešmokyklinio ugdymo įstaigą)

Mokyklos pavadinimas:			Paskutinė baigta klasė:	
Adresas:		Miestas / valstija	Pašto kodas:	Tel. numeris:
Metai, kuriais buvo pradėtas vaiko mokyklinis ugdymas JAV?		Ar Jūsų vaikas buvo pašalintas iš ankstesnės apygardos mokyklos? <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE		

Ar Jūsų vaikas šiuo metu dalyvauja kurioje nors iš šių programų?

Anglų kaip antroji kalba <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE	Gabus ir talentingas <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE	Priemonių planas pagal 504 str. <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE
Ar Jūsų vaikas pirmiau išmoko kalbėti ne anglų kalba ir (ar) gyvena namuose, kur kalbama kita nei anglų kalba? <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE		
Jei taip, kokia kalba?		

Toliau pateikta informacija turi būti naudojama kaip pagal PI 11.02 2-os dalies (b) punktą vykdomo patikrinimo proceso dalis, siekiant nustatyti mokinius, kuriems reikia arba galėtų reikėti specialiųjų ugdymo paslaugų. Ar Jūsų vaikui nustatyta kuri nors išvardyta medicininė būklė?

Ar Jūsų vaikui buvo taikoma individuali ugdymo programa (IEP, Individualized Education Program) ankstesnėje mokykloje?
 TAIP NE

Specifinis mokymosi sutrikimas (SLD, Specific Learning Disability)	TAIP	NE	Autizmas (A)	TAIP	NE
Emocinio elgesio sutrikimas (EBD, Emotional Behavior Disability)	TAIP	NE	Protinis atsilikimas / kitoks raidos sutrikimas	TAIP	NE
Kalbėjimo ir kalbos sutrikimas	TAIP	NE	Ortopedinis raidos sutrikimas (OI, Orthopedic Impairment)	TAIP	NE
Trauminis smegenų sužalojimas (TBI, Traumatic Brain Injury)	TAIP	NE	Kitoks sveikatos sutrikimas (OHI, Other Health Impairment)	TAIP	NE
Regėjimo sutrikimas (VI, Visual Impairment)	TAIP	NE	Reikšmingai uždelstas vystymasis (SDD, Significant Developmental Delay)	TAIP	NE
Klausos sutrikimas (HI, Hearing Impairment)	TAIP	NE	Kita, įrašykite:		

Ar Jūsų vaikas kada nors buvo įtrauktas į specialiųjų ugdymo poreikių programą arba įvertintas kaip jai tinkantis? (tai apima paslaugas vaikams prieš pradėdant lankyti darželį). Jei taip, aprašykite:	TAIP	NE
Ar turite jaunesnių (0–5 metų) vaikų, kurie atitiktų įtraukimo į specialiąsias arba ypatingąsias programas kriterijus? Jei taip, įrašykite juos žemiau.	TAIP	NE
Vardas	Pavardė	
	Gimimo data	

INFORMACIJA SKUBIAI PAGALBAI

Vardas, pavardė asmens (-ų), kuriam (-iems) reikia skambinti, jei su tėvais / globėjais neįmanoma susisiekti

Vardas, pavardė	Ryšys su vaiku	Namų tel.	Darbo tel.	Mob. tel.

MEDICININĖ INFORMACIJA

Gydytojo vardas, pavardė:	Gydytojo tel. numeris:	Odontologas:	Odontologo tel. numeris:
Reikšmingos su sveikata susijusios aplinkybės:			
Žinomos alergijos (nurodykite):			
Ar Jūsų vaikui reikės vartoti receptinius / nereceptinius vaistus mokykloje? <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE Jei taip, kreipkitės į administraciją dėl tinkamos formos užpildymo.			
Jei, mokyklos administracijos manymu, bus reikalinga skubi medicininė pagalba, aš leidžiu mano vaiką vežti į ligoninę gydyti skubios medicininės pagalbos automobiliu. Aš suprantu, kad skubios medicininės pagalbos teikėjas, į kurį kreipiamasi, turės teisę pervežti pacientą į artimiausią teikėjo pasirinktą stacionarios sveikatos priežiūros įstaigą, jei manys tai esant būtina.			
Leidžiu ligoninės gydytojui (-ams) suteikti skubią medicininę pagalbą mano vaikui. Mano žiniomis, pirmiau pateikta informacija yra naujausia ir teisinga.			
Tėvų / globėjų parašas: _____		Data: _____	

GYVENAMOSIOS VIETOS PATVIRTINIMAS

Reikalingi trys dokumentai: bent vienas iš išvardytų A stulpelyje ir du iš išvardytų B stulpelyje. PASTABA: vairuotojo pažymėjimas ir mobiliojo telefono sąskaita nėra laikomi gyvenamąją vietą įrodančiais dokumentais.	
A STULPELIS: (bent vienas iš išvardytų)	B STULPELIS: (du iš išvardytų)
<ol style="list-style-type: none"> Pranešimas dėl nekilnojamojo turto mokesčio Būsto pirkimo galutinis patvirtinimas Nekilnojamojo turto objekto, esančio apygardos teritorijoje, nuomos ar pirkimo sutartis: <ol style="list-style-type: none"> Nuomos sutartyje turi būti nurodytas daugiabučio pavadinimas ir buto šeimininko telefono numeris Tėvai ir mokinys, teigiantys gyveną bet kokiam nuomojamame būste, turi pateikti pasirašytą nuomos 	<ol style="list-style-type: none"> Einamojo mėnesio sąskaita už komunalines paslaugas (tik vandenį, dujas, elektrą) Transporto priemonės registracijos liudijimas Transporto priemonės savininko atsakomybės draudimo arba sveikatos draudimo dokumentas Darbo užmokesčio ir mokesčių (W-2), papildomų draudžiamųjų pajamų (SSI), sveikatos priežiūros paslaugų gaunantiems nedideles pajamas programos („Medicaid“), sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo programos

sutartį, kurioje tiek tėvai, tiek mokinys būtų įrašyti kaip gyventojai

(„BadgerCare“) arba kitų apskrities / valstijos / federalinių išmokų pažyma

5. Pranešimas apie automobilio valstybinės registracijos numerio pakeitimą nauju
6. Pranešimas apie vairuotojo pažymėjimo pakeitimą nauju
7. Kitas dokumentas, apygardos įstaigos patvirtintas tinkamu pateikti aplinkybėms

Viskonsino valstijos konstitucijos 121.77 straipsnis reikalauja, kad mokiniai lankytų mokyklą, esančią jų gyvenamojoje apygardoje, ir kad konkrečioje apygardoje esanti mokykla imtų mokesť už mokslą, jei mokinys gyvena kitos apygardos teritorijoje. Apygardos administracija ištiria ir patikrina informaciją apie gyvenamąją vietą. Šį pažymėjimą pasirašantys asmenys bus laikomi atsakingais už mokesčio už mokslą mokėjimą, taip pat už bet kokių papildomų ugdymo ir kitų išlaidų padengimą, jei būtų nustatyta, kad mokinys (-iai) negyvena apygardos teritorijoje.

Aš, vienas iš tėvų / globėjų, patvirtinu, kad mes šiuo metu gyvename šios apygardos teritorijoje arba esame pateikę būtinus dokumentus reikalingus šioje apygardoje esančios mokyklos lankymui. Šioje formoje pateikta informacija yra teisinga.

Tėvų / globėjų parašas: _____

Data: _____

Ši apygarda nediskriminuoja lyties, rasės, tautinės kilmės, amžiaus, protėvių, tikėjimo, nėštumo, santuokinės padėties ar tėvystės / motinystės, lytinės orientacijos arba fizinės, psichinės negalios, emocinių ar mokymosi sutrikimų arba kitokios negalios pagrindu, taip pat kitais pagrindais, kuriuos draudžia valstijos arba federaliniai įstatymai.