

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

Нова реєстраційна картка / Картка на випадок екстренної ситуації
Шкільний округ Fox Point-Bayside

ІНФОРМАЦІЯ ПРО УЧНЯ

Прізвище учня: (як у свідоцтві про народження)		Ім'я учня: (як у свідоцтві про народження)		Середнє ім'я учня:	
Клас:		Стать: Ч Ж		Дата народження:	
Місто, де народився:		Штат, де народився:		Крайна, де народився:	
				Округ, де народився:	
Етнічна приналежність					
1. Чи має ваша дитина іспанське або латиноамериканське походження? (виберіть одне)					
<input type="checkbox"/> Ні, вона не має іспанського або латиноамериканського походження					
<input type="checkbox"/> Так, вона має іспанське або латиноамериканське походження					
2. Чи ваша дитина належить до наступних груп: (Виберіть один або декілька варіантів. Треба вибрати якнайменше один варіант.)					
<input type="checkbox"/> Американські індіанці або коренні мешканці Аляски		<input type="checkbox"/> Чорношкірі або афроамериканці		<input type="checkbox"/> Білі	
<input type="checkbox"/> Азіати		<input type="checkbox"/> Коренні мешканці Гаваїв або інших тихоокеанських островів			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ

Сім'я № 1 (ОСНОВНА) за місцем проживання учня

Домашня адреса:				Місто		Штат		Індекс	
Ім'я, прізвище (основна контактна особа):					Ім'я, прізвище (неосновна контактна особа):				
Виберіть одне: <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Матір <input type="checkbox"/> Нерідні батьки <input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Інше					Виберіть одне: <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Матір <input type="checkbox"/> Нерідні батьки <input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Інше				
Адреса електронної пошти:					Адреса електронної пошти:				
Основний номер телефону (всі автоматичні дзвонки надходять на цей номер): <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Роб.									
Другий номер телефону: <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Роб.					Другий номер телефону: <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Роб.				
Третій номер телефону: <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Роб.					Третій номер телефону: <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Роб.				
Роботодавець:					Роботодавець:				

Сім'я № 2

Домашня адреса:				Місто		Штат		Індекс	
Ім'я, прізвище:					Ім'я, прізвище:				
Виберіть одне: <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Матір <input type="checkbox"/> Нерідні батьки <input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Інше					Виберіть одне: <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Матір <input type="checkbox"/> Нерідні батьки <input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Інше				
Номер домашнього телефону:									
Адреса електронної пошти:					Адреса електронної пошти:				
Номер робочого телефону:					Номер робочого телефону:				
Номер мобільного телефону:					Номер мобільного телефону:				
Роботодавець:					Роботодавець:				

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОПІКУ

Учень мешкає за: основним місцем проживання неосновним місцем проживання двома адресами однаково
 інше (роз'ясніть) _____

Хто здійснює юридичну опіку над дитиною?
 Матір та батько Тільки матір Тільки батько Спільно Інше _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО БРАТІВ І СЕСТЕР

Ім'я	Прізвище	Стать	Дата народження	Клас	Школа (якщо відвідує)

ОСТАННЯ ШКОЛУ, ЯКУ ВІДВІДУВАВ УЧЕнь (якщо учень іде в підготовчий клас, будь ласка, вкажіть, який дошкільний заклад відвідував)

Назва школи:			Який клас закінчив:	
Адреса:		Місто/Штат	Індекс:	Телефон:
Рік, в якому учень пішов до школи в США:		Чи виключається ваша дитина з попереднього шкільного округу? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		

Чи приймає ваша дитина участь в будь-якій з наступних програм?

Англійська як друга мова (English as a Second Language) <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	Обдарені та талановиті (Gifted and Talented) <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	План навчання за ст. 504 (504 Accommodation Plan) <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
Чи почала ваша дитина вперше говорити не англійською мовою і(або) чи мешкає вона у сім'ї, де спілкуються не англійською мовою? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		
Якщо «так», якою мовою?		

Наступна інформація використовуватиметься для аналізу згідно до PI 11.02(2)(b) для виявлення учнів, які вимагають або можуть вимагати послуг спеціального навчання. Чи має ваша дитина будь-які з наступних станів?

Чи має ваша дитина індивідуальну програму навчання (Individualized Education Program (IEP)) з попередньої школи?
 ТАК НІ

Специфічні навчальні труднощі (SLD, Specific Learning Disability)	ТАК	НІ
Проблеми, пов'язані з емоційною поведінкою (EBD, Emotional Behavior Disability)	ТАК	НІ
Розлад мовлення	ТАК	НІ
Черепно-мозкова травма (TBI, Traumatic Brain Injury)	ТАК	НІ
Порушення зору (VI, Visual Impairment)	ТАК	НІ
Порушення слуху (HI, Hearing Impairment)	ТАК	НІ

Аутизм (A)	ТАК	НІ
Порушення інтелекту / Інші порушення розвитку	ТАК	НІ
Ортопедичні порушення (OI, Orthopedic Impairment)	ТАК	НІ
Інші порушення здоров'я (OHI, Other Health Impairment)	ТАК	НІ
Значна затримка розвитку (SDD, Significant Developmental Delay)	ТАК	НІ
Інше (вказіть):		

Чи проходила ваша дитина оцінку або брала участь у програмі для дітей із спеціальними потребами навчання? (Включає послуги на етапі раннього дитинства до початку відвідування підготовчого класу) Якщо «так», будь ласка, опишіть:	ТАК	НІ
Чи маєте ви молодших дітей (віком від 0 до 5 років), які можуть підпадати під умови участі у програмі для дітей із спеціальними або виключними потребами? Якщо «так», будь ласка, вкажіть їх нижче.	ТАК	НІ
Ім'я	Прізвище	Дата народження

ІНФОРМАЦІЯ НА ВИПАДОК ЕКСТРЕННОЇ СИТУАЦІЇ

Ім'я(імена) людини(людей), до якої(яких) будуть телефонувати, якщо не буде зв'язку з батьками/опікунами

Ім'я, прізвище	Відношення до дитини	Домашній	Робочий	Мобільний

МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Ім'я, прізвище лікаря:	Тел. лікаря:	Стоматолог:	Тел. стоматолога:
Важливі проблеми із здоров'ям:			
Про які алергії відомо (вказіть):			
Чи буде ваша дитина приймати рецептурні або нерецептурні ліки у школі?		<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ
Якщо «так», будь ласка, візьміть належну форму в офісі.			
Якщо шкільна адміністрація вирішить, що моя дитина потребує негайної медичної допомоги, я дозволяю перевезти мою дитину машиною швидкої допомоги до лікарні для отримання лікування. Я розумію, що заклад, до якого школа звернулася для надання негайної допомоги, залишає за собою право перевести пацієнта в найближчу лікарню для повного лікування за своїм вибором, якщо вони будуть вважати це за потрібне.			
Я дозволяю лікарю(ям) лікарні надати негайну медичну допомогу моїй дитині. Наскільки мені відомо, надана інформація є дійсною і вірною.			
Підпис одного з батьків/опікуна: _____		Дата: _____	

ПІДТВЕРДЖЕННЯ МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Потрібно надати три документи: якнайменше один документ із списку А та два з списку В. ПРИМІТКА: Посвідчення водія або рахунок за надання послуг мобільного зв'язку не вважаються доказами місця проживання.

СПИСОК А:
(якнайменше один з наступних)

1. Повідомлення про сплату податка на нерухомість (Property tax notification)
2. Договір купівлі-продажу будинку (Home purchase closing statement)
3. Договір про оренду або купівлю нерухомості у межах округу
 - a. Договір про оренду повинен включати назву комплексу апартаментів і номер телефону орендодавця.
 - b. Якщо хтось з батьків і учень заявляють про мешкання у орендованому житлі, то підписаний договір про оренду повинен вказувати обох як мешканців

СПИСОК В:
(два з наступних)

1. Рахунок за комунальні послуги (тільки за постачання води/газа/електрики) за поточний місяць
2. Свідоцтво про реєстрацію автомобіля (Vehicle Registration Certificate)
3. Автомобільна або медична страховка (Auto or Health Insurance Statement)
4. W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare або інші документи, які підтверджують отримання допомоги від округу, штата або федеральної допомоги
5. Повідомлення про подовження дії реєстраційного номеру автомобіля (License plate renewal notice)
6. Повідомлення про подовження дії посвідчення водія (Driver's License Renewal Notice)
7. Інше за дозволом округу за наявності поважних причин

Стаття 121.77 Закону шт. Вісконсін (Wisconsin State Statute 121.77) вимагає, щоб учні відвідували школу в окрузі за місцем проживання, при цьому шкільний округ стягує плату за навчання з учнів, які мешкають за його межами. Округ проводить розслідування та перевіряє місце проживання. Відповідальні особи, які підписують це свідоцтво, відповідатимуть за компенсацію плати за навчання та додаткових навчальних та інших витрат, якщо буде визначено, що учень(учні) не мешкає на території округу.

Як один з батьків/опікун я заявляю, що ми мешкаємо в цьому окрузі або оформили необхідні документи на відвідування школи в цьому окрузі. Інформація, що вказана в формі, вірна.

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

Округ не дозволяє дискримінації на підставі статі, раси, національного походження, віку, історичних коренів, віросповідання, вагітності, сімейного стану або наявності дітей, сексуальної орієнтації або обмежених фізичних, розумових, емоційних і навчальних можливостей, а також на підставі інвалідності або інших підставах, що заборонені законом штату або федеральним законодавством.