

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

**Новая регистрационная карта / карта для экстренных ситуаций
 Школьный округ Fox Point-Bayside
 ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ**

Фамилия ученика: (как в свидетельстве о рождении)		Имя ученика: (как в свидетельстве о рождении)		Среднее имя ученика:	
Класс:		Пол: М Ж		Дата рождения:	
Город, где родился:		Штат, где родился:		Страна, где родился:	
				Округ, где родился:	
<u>Этническая принадлежность</u>					
1. Ваш ребенок испанского или латиноамериканского происхождения? (выберите одно)					
<input type="checkbox"/> Нет, он(а) не испанского или латиноамериканского происхождения					
<input type="checkbox"/> Да, он(а) испанского или латиноамериканского происхождения					
2. Этническая группа, к которой относится Ваш ребенок: (Выберите один или несколько вариантов. Необходимо выбрать хотя бы один вариант.)					
<input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски		<input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы		<input type="checkbox"/> Белые	
<input type="checkbox"/> Азиаты		<input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайев или других тихоокеанских островов			

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ/ОПЕКУНАХ

Семья №1 (ОСНОВНАЯ) по месту проживания учащегося

Домашний адрес:		Город		Штат		Индекс	
Имя, фамилия (основное контактное лицо):				Имя, фамилия (неосновное контактное лицо):			
Выберите одно: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Неродной родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое				Выберите одно: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Неродной родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое			
Адрес электронной почты:				Адрес электронной почты:			
Основной телефон (все автоматические звонки будут поступать на этот номер):						<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Раб.	
Второй телефон:				Второй телефон:			
<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Раб.				<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Раб.			
Третий телефон:				Третий телефон:			
<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Раб.				<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Раб.			
Работодатель:				Работодатель:			

Семья № 2

Домашний адрес:		Город		Штат		Индекс	
Имя, фамилия:				Имя, фамилия:			
Выберите одно: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Неродной родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое				Выберите одно: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Неродной родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое			
Домашний телефон:							
Адрес электронной почты:				Адрес электронной почты:			
Рабочий телефон:				Рабочий телефон:			
Мобильный телефон:				Мобильный телефон:			

Работодатель:	Работодатель:
---------------	---------------

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЕКЕ

Ученик проживает по: основному месту жительства неосновному месту жительства двум адресам
 другое (поясните) _____

Кто осуществляет юридическую опеку над ребенком?
 мать и отец только мать только отец совместно другое _____

ИНФОРМАЦИЯ О БРАТЬЯХ И СЕСТРАХ

Имя	Фамилия	Пол	Дата рождения	Класс	Школа (если посещает)

КАКУЮ ПОСЛЕДНИЮ ШКОЛУ ПОСЕЩАЛ (для учеников, начинающих учебу в подготовительном классе, укажите, какое дошкольное учреждение посещал)

Название школы:			Какой класс закончил:	
Адрес:		Город/Штат	Индекс:	Телефон:
В каком году ребенок пошел в школу в США:		Исключался ли Ваш ребенок из предыдущего школьного округа? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

Принимает ли ваш ребенок в настоящее время участие в следующих программах?

Английский как второй язык (English as a Second Language) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Одаренные и талантливые (Gifted and Talented) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	План обучения по статье 504 (504 Accommodation Plan) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Ваш ребенок впервые начал говорить не на английском языке и(или) проживает в семье, где говорят не на английском языке? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Если «да», то на каком языке?		

Следующая информация будет использоваться в ходе анализа, проводимого согласно PI 11.02(2)(b) для выявления учащихся, которые нуждаются или могут нуждаться в услугах специального образования. Наблюдается ли у Вашего ребенка следующее?

Есть ли у Вашего ребенка индивидуальная программа обучения (Individualized Education Program (IEP)) от предыдущей школы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
--

Специфические трудности обучения (SLD, Specific Learning Disability)	ДА	НЕТ
Проблемы, связанные с эмоциональным поведением (EBD, Emotional Behavior Disability)	ДА	НЕТ
Расстройство речи	ДА	НЕТ
Черепно-мозговая травма (TBI, Traumatic Brain Injury)	ДА	НЕТ

Аутизм (A)	ДА	НЕТ
Нарушение интеллекта / Другое нарушение развития	ДА	НЕТ
Ортопедические нарушения (OI, Orthopedic Impairment)	ДА	НЕТ
Другое расстройство здоровья (OHI, Other Health Impairment)	ДА	НЕТ

Нарушение зрения (VI, Visual Impairment)	ДА	НЕТ
Нарушение слуха (HI, Hearing Impairment)	ДА	НЕТ

Значительное отставание в развитии (SDD, Significant Developmental Delay)	ДА	НЕТ
Другое (укажите):		

Проходил ли ваш ребенок оценку или участвовал в программе для детей со специальными потребностями обучения? (Включает услуги в период раннего детства до поступления в подготовительный класс) Если «да», пожалуйста, опишите:	ДА	НЕТ
Есть ли у вас дети младшего возраста (от 0 до 5 лет), на которых может распространяться право на участие в программах для детей со специальными или исключительными потребностями? Если «да», пожалуйста, укажите их ниже.	ДА	НЕТ
Имя	Фамилия	Дата рождения

ИНФОРМАЦИЯ НА СЛУЧАЙ ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ

Имя(имена) человека(людей), которому(которым) можно позвонить, если отсутствует связь с родителем/опекуном

Имя, фамилия	Кем приходится ребенку	Номер домашнего телефона	Номер рабочего телефона	Номер мобильного телефона

МЕДИЦИНСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Имя, фамилия врача:	Тел. врача:	Стоматолог:	Тел. стоматолога:
Серьезные проблемы со здоровьем:			
О каких аллергиях ребенка вам известно (указать):			
Нужно ли будет вашему ребенку принимать рецептурные или нерцеписурные препараты в школе? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «да», пожалуйста, обратитесь в офис для получения необходимой формы.			
Если администрация школы считает, что мой ребенок нуждается в неотложной медицинской помощи, я разрешаю перевезти его на машине скорой помощи в больницу для прохождения лечения. Я понимаю, что учреждение, в которое школа обратилась для оказания неотложной помощи, оставляет за собой право перевести пациента в ближайшую больницу для прохождения окончательного медицинского лечения по своему выбору, если они сочтут это необходимым.			
Настоящим я разрешаю врачу(ам) больницы оказать неотложную помощь моему ребенку. Насколько мне известно, приведенная выше информация является действительной и точной.			
Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____			

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ

Необходимо предоставить три документа: не менее одного из списка А и два из списка В. ПРИМЕЧАНИЕ: Водительские права и счет за услуги мобильной связи не принимаются как подтверждение места жительства.

СПИСОК А:

(как минимум один из следующих документов)

1. Уведомление об уплате налога на недвижимость (Property tax notification)
2. Договор о покупке дома (Home purchase closing statement)
3. Договор об аренде или покупке недвижимости в пределах школьного округа
 - a. В договоре об аренде должно быть указано название комплекса апартаментов и номер телефона арендодателя.
 - b. Если родитель и ученик утверждают, что проживают по определенному месту жительства в арендованном жилье, то в подписанном договоре об аренде оба должны значиться как жильцы.

СПИСОК В:

(два документа из следующего списка)

1. Счет за коммунальные услуги (только за воду/газ/электричество) за текущий месяц
2. Свидетельство о регистрации автомобиля (Vehicle Registration Certificate)
3. Страховка на автомобиль или медицинская страховка (Auto or Health Insurance Statement)
4. W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare или другие документы, подтверждающие получение окружных, штатных или федеральных пособий
5. Напоминание о продлении срока действия регистрационного номера автомобиля (License plate renewal notice)
6. Напоминание о продлении срока действия водительских прав (Driver's License Renewal Notice)
7. Другое по разрешению округа при наличии уважительных причин

Согласно статье 121.77 Закона шт. Висконсин (Wisconsin State Statute 121.77), ученики должны посещать школу в округе по месту их проживания, при этом школьный округ взимает плату за обучение с учеников, проживающих за пределами данного округа. Округ проводит расследование и проверяет место проживания. Ответственные стороны, подписавшие настоящее свидетельство, будут нести ответственность за компенсацию платы за обучение и любых дополнительных расходов на обучение и других расходов, если будет определено, что ученик(и) не проживает(ют) в данном округе.

Как родитель/опекун я заверяю, что в настоящее время мы проживаем в данном округе или оформили необходимые документы на посещение школы в данном округе. Информация, предоставленная в данной форме, соответствует действительности.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Округ не допускает дискриминации на основе пола, расы, национального происхождения, возраста, исторических корней, вероисповедания, беременности, семейного положения или наличия детей, сексуальной ориентации или ограниченных физических, умственных, эмоциональных и образовательных возможностей, а также на основе инвалидности или других основаниях, запрещенных законом штата или федеральным законодательством.