

PARENTS: Complete For Kindergarten Students Only
РОДИТЕЛИ: Для Учеников Киндергартен

Имя Ученика: _____

Имя Родителя: _____

Посещал ли ваш ребенок детский сад и / или дошкольное учреждение? Да или Нет

Если да,

Название Учреждения	Даты Посещения	Полный День или Полдня?

Младшие братья или сестры в семье

Имя	Возраст

Хотите ли вы дополнительную информацию о летней программе школьного округа Маунт Вернон или других возможностях раннего обучения для ваших детей?

Да Нет

(Office only - English) Building Secretary - please give a copy of this sheet to the student's Kindergarten teacher and to Jump Start Kindergarten teacher(s) in your building.

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА НОВОГО УЧЕНИКА

Дата: _____

Информация об учащемся	ФАМИЛИЯ согласно документам (<i>last name</i>)		ИМЯ согласно документам		ОТЧЕСТВО согласно документам		
	ДАТА РОЖДЕНИЯ (Месяц/день/год) <i>DOB</i>	Изменялось ли когда-либо имя учащегося в документах? Если да, укажите предыдущее имя. (<i>previous legal name change</i>)	ОСНОВНОЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ ДОМА			КЛАСС (<i>grade</i>)	ПОЛ/ (gender)
	Проживание в округе <i>dist resident</i>		Место рождения: birthplace				
<input type="checkbox"/> Да <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>No</i>		Город _____ Область/штат: _____ Страна: _____				<input type="checkbox"/> Мужской (<i>M</i>) <input type="checkbox"/> Женский (<i>F</i>) <input type="checkbox"/> Трансгендер (<i>Non-binary</i>)	
		Подтверждение возраста* : BC? <input type="checkbox"/> Да <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>No</i>					
СВЕДЕНИЯ ОБ ОСНОВНОМ МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ	ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ/ОПЕКУНЕ (информация о месте проживания учащегося)						
	Фамилия первого родителя/опекуна согласно документам <i>guardian 1 name</i>			Имя			
	Номер дома #	Улица <i>street</i>	Кв. № <i>apt</i>	Город <i>city</i>	Штат	Почтовый индекс	
	Почтовый адрес <i>mail</i>	Улица <i>street</i>	Кв. №	а/я <i>po box</i>	Город <i>city</i>	Штат	Почтовый индекс
	Основной телефон <i>primary phone</i>		Второй телефон <i>2nd phone</i>		Третий телефон <i>3rd phone</i>		
<input type="checkbox"/> Поставьте отметку, если информация является конфиденциальной		<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный		<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный			
Адрес электронной почты <i>email</i>							
СВЕДЕНИЯ О ВТОРОМ МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ	Родство с учащимся: <input type="checkbox"/> Отец <i>dad</i> <input type="checkbox"/> Мать <i>mom</i> <input type="checkbox"/> Опекун <i>guardian</i> <input type="checkbox"/> Приемная мать <i>stepmom</i> <input type="checkbox"/> Приемный отец <i>stepdad</i> <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <i>grandparent</i> <input type="checkbox"/> Родная тетья <i>aunt</i> <input type="checkbox"/> Родной дядя <i>uncle</i> <input type="checkbox"/> Это мои данные <i>self</i> <input type="checkbox"/> Другое <i>other</i>						
	Фамилия первого родителя/опекуна согласно документам <i>guardian 2 name</i>			Имя			
	Адрес электронной почты <i>email</i>		Второй телефон <i>2nd phone</i>		Третий телефон <i>3rd phone</i>		
	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный		<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный		<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный		
	Родство с учащимся: <input type="checkbox"/> Отец <i>dad</i> <input type="checkbox"/> Мать <i>mom</i> <input type="checkbox"/> Опекун <i>guardian</i> <input type="checkbox"/> Приемная мать <i>stepmom</i> <input type="checkbox"/> Приемный отец <i>stepdad</i> <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <i>grandparent</i> <input type="checkbox"/> Родная тетья <i>aunt</i> <input type="checkbox"/> Родной дядя <i>uncle</i> <input type="checkbox"/> Это мои данные <i>self</i> <input type="checkbox"/> Другое <i>other</i>						
*Подтверждение возраста: Документы, которые могут быть использованы для этой цели, включают свидетельство о рождении; религиозная справка, справка с больницы или от врача с указанием даты рождения; паспорт; запись об усыновлении; ранее проверенные школьные записи; affidavit от родителя; запись в семейной Библии; или любые другие документы, разрешенные законом.							
Кто имеет право опеки над учащимся? <i>Who has legal custody</i>			Существуют ли особые права на посещение, о которых нам следует знать? Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующую юридическую документацию школе, чтобы мы могли обеспечить безопасность Вашего ребенка <i>special visitation arrangements</i>				
ИНФОРМАЦИЯ О ВТОРОМ МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ (это место проживания не является основным местом проживания учащегося)							
Фамилия первого родителя/опекуна согласно документам <i>guardian 1 name</i>			Имя				
Улица <i>street</i>	Кв. № <i>apt</i>	Улица <i>street</i>	Кв. № <i>apt</i>				
Почтовый адрес <i>mail</i>	Улица <i>street</i>	Кв. №	а/я <i>po box</i>	Город <i>city</i>	Штат	Почтовый индекс	
Основной телефон <i>primary phone</i>		Второй телефон <i>2nd phone</i>		Основной телефон <i>primary phone</i>			
<input type="checkbox"/> Поставьте отметку, если информация является конфиденциальной		<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный		<input type="checkbox"/> Поставьте отметку, если информация является конфиденциальной			
Адрес электронной почты <i>email</i>							
Родство с учащимся: <input type="checkbox"/> Отец <i>dad</i> <input type="checkbox"/> Мать <i>mom</i> <input type="checkbox"/> Опекун <i>guardian</i> <input type="checkbox"/> Приемная мать <i>stepmom</i> <input type="checkbox"/> Приемный отец <i>stepdad</i> <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <i>grandparent</i> <input type="checkbox"/> Родная тетья <i>aunt</i> <input type="checkbox"/> Родной дядя <i>uncle</i> <input type="checkbox"/> Это мои данные <i>self</i> <input type="checkbox"/> Другое <i>other</i>							
Фамилия первого родителя/опекуна согласно документам <i>guardian 2 name</i>			Имя				
Адрес электронной почты <i>email</i>		Второй телефон <i>2nd phone</i>		Адрес электронной почты <i>email</i>			
<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный							
Родство с учащимся: <input type="checkbox"/> Отец <i>dad</i> <input type="checkbox"/> Мать <i>mom</i> <input type="checkbox"/> Опекун <i>guardian</i> <input type="checkbox"/> Приемная мать <i>stepmom</i> <input type="checkbox"/> Приемный отец <i>stepdad</i> <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <i>grandparent</i> <input type="checkbox"/> Родная тетья <i>aunt</i> <input type="checkbox"/> Родной дядя <i>uncle</i> <input type="checkbox"/> Это мои данные <i>self</i> <input type="checkbox"/> Другое <i>other</i>							

ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ Ethnicity & Race

Школьные округа в штате Вашингтон обязаны сообщать данные учащихся по категориям этнической и расовой принадлежности Инспекторату государственных учебных заведений. В нашем округе используются те же категории этнической и расовой принадлежности, что и во всех школьных округах штата Вашингтон. Они установлены федеральным правительством, законодательством штата Вашингтон и Инспектором государственных учебных заведений штата.

Ответьте на ОБА вопроса: об испанском происхождении И о расе.

1. Является ли происхождение Вашего ребенка испанским или латиноамериканским ?

- Нет, мой ребенок не является испанцем или латиноамериканцем *no my child is not Hispanic or Latino*
- Да, мой ребенок является испанцем или латиноамериканцем (нужное отметить) *yes, my child is Hispanic or Latino*
 - Куба
 - Пуэрто-Рико
 - Южная Америка
 - Доминиканская Республика
 - Мексика/Мексиканская Америка
 - Латинская Америка
 - Испания
 - Центральная Америка
 - Другое испанское/латиноамериканское происхождение

2. К какой расе Вы относите своего ребенка? (Отметьте нужное) check all that apply

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Афро-американская раса <i>black</i>
<input type="checkbox"/> Белая европеоидная раса <i>white</i>

<input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов
<input type="checkbox"/> Жители Фиджи
<input type="checkbox"/> Жители Гуама или Чаморро
<input type="checkbox"/> Жители Марианских островов
<input type="checkbox"/> Жители Меланезии
<input type="checkbox"/> Жители Микронезии
<input type="checkbox"/> Жители островов Самоа
<input type="checkbox"/> Жители Тонга
<input type="checkbox"/> Жители других тихоокеанских островов | <input type="checkbox"/> Индийцы
<input type="checkbox"/> Камбоджийцы
<input type="checkbox"/> Китайцы
<input type="checkbox"/> Филиппинцы
<input type="checkbox"/> Хмонг
<input type="checkbox"/> Индонезийцы
<input type="checkbox"/> Японцы
<input type="checkbox"/> Корейцы
<input type="checkbox"/> Жители Лаоса
<input type="checkbox"/> Малайзийцы
<input type="checkbox"/> Пакистанцы
<input type="checkbox"/> Жители Сингапура
<input type="checkbox"/> Жители Тайвана
<input type="checkbox"/> Тайцы
<input type="checkbox"/> Вьетнамцы
<input type="checkbox"/> Жители Азии (другое) | <input type="checkbox"/> Коренные жители Аляски
<input type="checkbox"/> Чихелис
<input type="checkbox"/> Колвилл
<input type="checkbox"/> Коулиц
<input type="checkbox"/> Хох
<input type="checkbox"/> Джеймстаун (индейская резервация племени с'клаллам)
<input type="checkbox"/> Калиспел
<input type="checkbox"/> Племя Клаллам низовья Эльва Ривер
<input type="checkbox"/> Лумми
<input type="checkbox"/> Маках
<input type="checkbox"/> Маклшут
<input type="checkbox"/> Нисковолли
<input type="checkbox"/> Нуксек | <input type="checkbox"/> Порт-Гэмбл (индейская резервация племени с'клаллам)
<input type="checkbox"/> Пуиолап
<input type="checkbox"/> Куилет
<input type="checkbox"/> Куинолт
<input type="checkbox"/> Самиш
<input type="checkbox"/> Саук-Суйаттл
<input type="checkbox"/> Шолуотер Бэй
<input type="checkbox"/> Скокомиш
<input type="checkbox"/> Сноквалми
<input type="checkbox"/> Спокан
<input type="checkbox"/> Остров Скуэ
<input type="checkbox"/> Стилагуамиш
<input type="checkbox"/> Саквамиш
<input type="checkbox"/> Свиномиш
<input type="checkbox"/> Тулалип | <input type="checkbox"/> Якима
<input type="checkbox"/> Другое индейское племя в штате Вашингтон
<input type="checkbox"/> Другое племя американских индейцев / коренных жителей Аляски |
|--|--|---|---|--|

Ранее посещаемая школа (последняя) previous school	Дата зачисления <i>entry date</i>	Дата отчисления <i>w/d date</i>	Адрес предыдущей школы (улица, город, страна/штат, почтовый индекс) <i>previous sch address</i>
---	-----------------------------------	---------------------------------	---

Посещал ли <u>когда-либо</u> учащийся какой-либо школьный округ в штате Вашингтон? <i>Attended other WA dist</i> <input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i>	Если да, напишите название школьного округа в штате Вашингтон <i>name of school dist in WA state</i>	Школьный год: <i>sch year</i>
Посещал ли <u>когда-либо</u> учащийся школьный округ Маунт-Вернон? <i>Ever attend MVSD</i> <input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i>	Если да, назовите школу, которую посещал учащийся в школьном округе Маунт-Вернон <i>school attended in MVSD</i>	Школьный год: <i>sch year</i>

ПЕРЕЧИСЛИТЕ БРАТЬЕВ И СЕСТЕР УЧАЩЕГОСЯ, КОТОРЫЕ ПОСЕЩАЮТ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ МАУНТ-ВЕРНОН siblings			
Фамилия <i>last name</i>	Имя <i>first name</i>	Школа <i>school</i>	Класс <i>grade</i>

Посещает ли учащийся дошкольные заведения? daycare <input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i>	Название дошкольного учреждения: <i>childcare provider name</i>
<input type="checkbox"/> До школы <i>before school</i> <input type="checkbox"/> После школы <i>after school</i> <input type="checkbox"/> До и после школы <i>before & after school</i>	Адрес: <i>address</i> Телефон: <i>phone</i>

Были ли случаи исключения учащегося из школы? <i>Student ever suspended from school</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Объясните <i>explanation</i> _____
Были ли случаи исключения учащегося из школы за неправомерное пользование оружием? <i>Has student ever been suspended for a weapons violation?</i>	<input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i> Дата <i>date</i> : _____
Передавалось ли дело учащегося в суд за непосещение? <i>Has student ever been to court for attendance issues</i>	<input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i> Дата <i>date</i> : _____

Информация для экстренной связи В случае травмы, заболевания или других чрезвычайных ситуаций с участием Вашего ребенка мы хотим иметь возможность быстро связаться с семьей или другими ответственными взрослыми. Первым делом мы всегда пытаемся связаться с родителями или опекунами ребенка, но на случай, если не удастся связаться с родителями/опекунами, перечислите людей, которые по Вашему мнению смогут позаботиться о Вашем ребенке. / *Emergency contact information*

Имя (не опекун) <i>name</i>	Кем приходится учащемуся <i>relationship</i>	Номер телефона (с территориальным кодом) <i>phone</i> <input type="checkbox"/> <i>дом. home</i> <input type="checkbox"/> <i>моб. cell</i> <input type="checkbox"/> <i>раб. work</i>
Имя (не опекун) <i>name</i>	Кем приходится учащемуся <i>relationship</i>	Номер телефона (с территориальным кодом) <i>phone</i> <input type="checkbox"/> <i>дом. home</i> <input type="checkbox"/> <i>моб. cell</i> <input type="checkbox"/> <i>раб. work</i>
Имя (не опекун) <i>name</i>	Кем приходится учащемуся <i>relationship</i>	Номер телефона (с территориальным кодом) <i>phone</i> <input type="checkbox"/> <i>дом. home</i> <input type="checkbox"/> <i>моб. cell</i> <input type="checkbox"/> <i>раб. work</i>
Имя (не опекун) <i>name</i>	Кем приходится учащемуся <i>relationship</i>	Номер телефона (с территориальным кодом) <i>phone</i> <input type="checkbox"/> <i>дом. home</i> <input type="checkbox"/> <i>моб. cell</i> <input type="checkbox"/> <i>раб. work</i>

ИСТОРИЯ УЧАЩЕГОСЯ *student history*

<p>Участвовал ли Ваш ребенок когда-либо в специальных образовательных программах/планах по индивидуальному обучению? <i>SpEd/IEP</i> <input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i></p> <p>Проходил ли когда-либо Ваш ребенок в программу плана 504 и принимал ли он в ней участие? <i>Ever qualified for or had a 504 plan?</i> <input type="checkbox"/> Да <i>yes</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>no</i></p> <p>Принимал ли когда-либо Ваш ребенок участие в программах: <i>ever participated in</i> <input type="checkbox"/> Title I <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Gifted <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Migrant</p>	<p>Повторял ли или пропускал ли класс Ваш ребенок когда-либо? <i>Repeated/skipped a grade</i></p> <p><input type="checkbox"/> Да, оставался на второй год <i>repeated</i></p> <p><input type="checkbox"/> Да, перепрыгивал класс <i>skipped</i></p> <p>Какие именно классы <i>what grade level</i> _____</p>
--	---

Укажите проблемы с обучением или вид необходимой специальной помощи *specify any learning problem(s) or special help needed*

РАЗРЕШЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ: я понимаю, что в случае несчастного случая или болезни все усилия будут направлены на то, чтобы немедленно связаться с родителями/опекунами. В случае если не удастся связаться с родителями/опекунами, я разрешаю соответствующим школьным органам оказать неотложную медицинскую помощь моему ребенку

«Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенное является истинным и правильным. Я понимаю, что фальсификация информации для достижения цели зачисления или принятия может стать причиной аннулирования зачисления или принятия учащегося в государственные школы округа Маунт-Вернон. Я обязуюсь уведомить школьный округ Маунт-Вернон в письменной форме о любом изменении моего/нашего места жительства не позднее, чем через пять (5) школьных дней после этого изменения».

_____ **Подпись родителя/опекуна** *legal parent/guardian signature*

_____ **Дата** *date*

Школьный округ Маунт-Вернон
124 E. Lawrence St Mount Vernon WA 98273
Телефон (360) 428-6110 Факс (360) 428-6172

ФОРМУЛЯР ДЛЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ

Согласно решению Законодательного собрания штата Вашингтон и законодательству штата (**RCW 28A.300.507**), необходимо предоставить данные по учащимся из семей военнослужащих.

С целью указанного сбора данных мы просим Вас отметить все подходящие варианты:

- Нет - родитель или опекун **в настоящее время** не служит в Вооруженных Силах США, в Резерве Вооруженных Сил США или в Национальной гвардии штата Вашингтон.
- Да - родитель/опекун в настоящее время находится на **действительной службе** в Вооруженных Силах США.
- Да - родитель/опекун в настоящее время числится в **резерве** Вооруженных Сил США.
- Да - родитель/опекун в настоящее время числится в **Национальной гвардии штата Вашингтон**.
- Нет ответа/отказ в ответе.

ФИО учащегося: _____ Год обучения: _____

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

(Примечание: Если в любой момент в течение учебного года произойдет изменение военного статуса родителя или опекуна, просим Вас сообщить об изменениях в офисе школьного округа Маунт Вернон или в школе, где учится Ваш ребенок).



Программа Штата Вашингтон: *Transitional Bilingual Instructional Program*

Опрос о языке, на котором говорят дома

Home Language Survey

Имя учащегося: <i>Student's Name:</i>			Дата <i>Date</i>
Школа <i>School</i>	Класс <i>Grade</i>	SSID	Пол <i>Gender</i>
Форма заполнена (кем): <i>Form Completed by:</i>			
Имя родителя/опекуна _____ <i>Parent/Guardian Name</i>		отношение к учащемуся _____ <i>Relationship to Student</i>	
Подпись родителя/опекуна _____ <i>Parent/Guardian Signature</i>			
Если бы была такая возможность, на каком языке Вы бы хотели общаться со школой? <i>If available, in what language would you prefer to receive communication from the school?</i>			
Получал ли Ваш ребенок помощь в изучении английского языка по программе Transitional Bilingual Instruction Program в предыдущей школе, которую он посещал? ДА _____ Yes НЕТ _____ No <i>Did your child receive English Language development support through the Transitional Bilingual Instruction Program in the last school your child attended?</i>			
1. В какой стране родился Ваш ребенок? <i>In what country was your child born?</i>			
2. На каком языке Ваш ребенок начал говорить? <i>What language did your child first learn to speak?</i>			
3. На каком языке ВАШ РЕБЕНОК говорит дома больше всего? <i>What language does <u>YOUR CHILD</u> use the most at home?</i>			
4. На каком языке (языках) РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ говорят больше всего? <i>What language(s) do <u>PARENT/GUARDIANS</u> use the most when you speak to your child?</i>			
5. Ходил ли Ваш ребенок в школу за пределами США? <i>Has your child ever attended a school outside of the United States?</i>		В случае положительного ответа на вопрос, на каком языке велось преподавание? _____ <i>If yes, in what language(s) was instruction given?</i> Сколько месяцев: _____ <i>For how many months:</i>	
6. Ходил ли Ваш ребенок в школу в США до того, как он зарегистрировался в этом районе? (детский сад – 12-й класс) ДА _____ Yes НЕТ _____ No <i>Has your child attended school in the United States before enrolling in this district? (Kindergarten – 12th grade)</i>		Сколько месяцев? _____ <i>For how many months?</i> *Один (1) учебный год = 10 месяцев *One (1) school year = 10 months	

Reference to WAC392-160-005.

“Основной язык” означает язык, на котором учащийся говорит чаще всего (он необязательно совпадает с языком родителей, опекунов или др.) в процессе общения дома.

“Primary Language” means the language most often used by a student (not necessarily by parent’s, guardians, or others) for communication in the student’s place of residence

Цель анкетирования о родном языке

Анкета о родном языке предлагается для заполнения *всем* студентам, поступающим в школы Вашингтона. Следующая информация может помочь вам ответить на некоторые из вопросов, которые могут у вас возникнуть относительно анкеты.

Какова цель анкеты о родном языке?

Основная цель анкеты о родном языке заключается в том, чтобы выявить тех учеников, которые могут претендовать на помощь в развитии у них навыков владения английским языком, необходимых для успеха в учебе и которые могут претендовать на другие услуги. Важно, чтобы эта информация была правильно заполнена, так как это может повлиять на то, могут ли ученики претендовать на те или иные услуги, необходимые для их хорошей успеваемости в школе. Тестирование может быть необходимо для того, чтобы определить, действительно ли ученик нуждается в дополнительной поддержке по учебе и в освоении языка. Ни один ученик не будет помещен в программу по развитию навыков владения английским языком на основании исключительно ответов по данной анкете.

Почему вы спрашиваете о родном языке учащегося и о языке (языках), используемых в домашних условиях?

Два вопроса о языке учащегося помогут нам определить:

- имеет ли Ваш ребенок право на помощь в изучении английского языка, и
- следует ли сотрудникам школы знать о других языках, используемых учеником дома.

Язык, который ваш ребенок впервые освоил, может отличаться от того языка, который ваш ребенок использует в данный момент для общения дома. Ответы на оба эти вопроса помогут школе определить потребности каждого учащегося, а также помочь в решении коммуникационных вопросов, которые могут возникнуть. Студенты, для которых английский язык не является первым языком, могут претендовать на дополнительную поддержку. Даже студенты, которые говорят по-английски, могут по-прежнему нуждаться в поддержке в развитии навыков владения языком, которые необходимы, чтобы быть успешным в школе.

Почему вы спрашиваете о месте рождения ученика?

Данная информация помогает школьному округу и государству определить, соответствует ли студент определению иммигранта для целей федерального финансирования. Это относится также к тем случаям, когда родители ученика являются гражданами США, а студент родился за пределами Соединенных Штатов. Данная анкета не используется для идентификации тех студентов, у которых может не быть документов.

Почему вы спрашиваете о предыдущем образовании учащегося?

Сведения об образовании ученика помогут подтвердить тот факт, что его образование как внутри, так и за пределами Соединенных Штатов соответствует любым рекомендациям для участия в программах и услугах, предлагаемых в округе. Информация об образовании ученика также важна, чтобы определить, является ли ученик достаточно успешен в соответствии с государственными стандартами на основе его предварительного образования.

Благодарим Вас за предоставление информации, необходимой для анкетирования о родном языке. Свяжитесь с вашим школьным округом, если у вас есть дополнительные вопросы по данной форме или об услугах, которые предлагаются в школе вашего ребенка.



District Entry Date _____

School Entry Date _____

School _____

Имя учащегося: _____ Дата рождения _____
(student name) (Birthdate)

Предыдущее место обучения _____ Город _____
(previous school) (city)

Инспекторат государственных учебных заведений в Вашингтоне финансирует программы, разработанные для помощи детям в возрасте от 0 до 21, переехавшим самостоятельно или с родителями в период до трех последних лет, спойсками или получением временной или сезонной работы как основного средства к существованию, в следующих областях:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Сельское хозяйство (agriculture) | <input type="checkbox"/> Фасовка/склады (packing/warehouses) |
| <input type="checkbox"/> Лесная промышленность (forestry) | <input type="checkbox"/> Производство молочных продуктов (dairy) |
| <input type="checkbox"/> Птицеводство (poultry) | <input type="checkbox"/> Промысловое рыболовство (commercial fishing) |
| <input type="checkbox"/> Мясной скот (beef) | <input type="checkbox"/> Ракообразные (shellfish) |

.....

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы.

1. Переехали ли Вы или Ваша семья в эту местность менее трех (3) лет назад? ДА НЕТ
(Have you or your family moved within the past three years)
2. Пересекала ли Ваша семья границы школьного округа? ДА НЕТ
(Did the family cross school district boundaries)
3. Был ли осуществлен данный переезд с целью поиска или получения работы в сфере сельского хозяйства либо рыболовства? ДА НЕТ
(Was the move made for the purpose of seeking/obtaining agricultural/fishing related employment)
4. Если Вы ответили «ДА», можем ли мы связаться с Вами для обсуждения деталей? ДА НЕТ
(If YES, may we contact you for more information)



Для использования в пределах школы			
Centennial	<input type="checkbox"/>	Kindergarten Only	<input type="checkbox"/>
Jefferson	<input type="checkbox"/>	AMA	<input type="checkbox"/>
Lincoln	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>
Little Mountain	<input type="checkbox"/>		
Madison	<input type="checkbox"/>		
Washington	<input type="checkbox"/>		

ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕВОЗКЕ УЧАЩЕГОСЯ *transportation*

Автобусы школьного округа забирают учащихся на предварительно указанных остановках и отвозят их в школу и обратно. Этот документ используется при перевозке из дома/учреждения для дневного ухода в школу и из нее только в дом/учреждение для дневного ухода.

Имя учащегося _____ Класс _____ Пол _____
(student name) (grade) (gender)

Имя опекуна _____ Домашний/мобильный телефон _____
(guardian name) (home/cell phone)

Домашний адрес _____
(home address)

Название учреждения для дневного ухода _____ Телефон _____
(daycare name) (phone)

Адрес учреждения для дневного ухода _____
(daycare address)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОЛЬКО В ЦЕЛЯХ ПЕРЕВОЗКИ: (for transportation use only)

M - T - W - TH - F	M - T - W - TH - F	M - T - W - TH - F	M - T - W - TH - F
1. Bus _____	2. Bus _____	1. Bus _____	2. Bus _____
Stop _____	Stop _____	Stop _____	Stop _____
Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____

Необходимость перевозки по округу (will district transportation be needed) **ДА** yes **ДНЕТ** no

<p>Укажите место ПОСАДКИ ПЕРЕД ШКОЛОЙ, отметив соответствующие дни. <small>(indicate BEFORE SCHOOL PICK-UP location)</small></p> <p>ДОМ (home) ПН <small>mon</small> ВТ <small>tue</small> СР <small>wed</small> ЧТ <small>thu</small> ПТ <small>fri</small></p> <p>УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ДНЕВНОГО УХОДА: (daycare)</p> <p>ПН <small>mon</small> ВТ <small>tue</small> СР <small>wed</small> ЧТ <small>thu</small> ПТ <small>fri</small></p>	<p>Укажите место ВЫСАДКИ ПОСЛЕ ШКОЛЫ, отметив соответствующие дни. <small>(indicate AFTER SCHOOL DROP-OFF location)</small></p> <p>ДОМ (home) ПН <small>mon</small> ВТ <small>tue</small> СР <small>wed</small> ЧТ <small>thu</small> ПТ <small>fri</small></p> <p>УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ДНЕВНОГО УХОДА: (daycare)</p> <p>ПН <small>mon</small> ВТ <small>tue</small> СР <small>wed</small> ЧТ <small>thu</small> ПТ <small>fri</small></p>
--	---

Познакомьтесь с родителями остальных детей, выходящих на этой же остановке, чтобы иметь запасной план, если Вы не сможете лично забрать ребенка с остановки.

Если Ваш график изменился, а Вы уже зарегистрировали ребенка до открытия школы, заполните форму *Информация о перевозке учащегося* в школе



Успешные ученики
Сделаем наше общество крепче

Инструкции для родителей Посещение школы и пропуски

Attendance & Truancy Notice

Mount Vernon School District No. 320
124 East Lawrence Street
Mount Vernon, Washington 98273

Carl Bruner, Superintendent
360-428-6181 Fax: 360-428-6172
www.MountVernonSchools.org

Это закон! Посещение школы - очень важный вопрос. В штате Вашингтон существует закон (RCW 28A.225), обязывающий учащихся от шести (6) до семнадцати (17) лет зарегистрироваться и посещать государственные школы по месту проживания (имеются определенные исключения). Полный текст закона Вы можете получить, позвонив в кабинет школьного инспектора по телефону 360-428-6181 или посетив специализированную правовую библиотеку округа Скагит (360-336-9324). Его также можно найти в Сети по адресу <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.225>.

- **Обязанности родителей.** Во время учебного года родители обязаны обеспечить постоянное посещение школы ребенком. Наш районный отдел школьного образования хотел бы избежать необходимости подавать ходатайства о пропусках. Необходимо, чтобы родители следили за посещением детей и не допускали пропусков без объяснительной записки. Когда ребенок пропускает большинство учебного времени или уроков в течение дня, или не выполняет более строгие требования района школьного образования к пропускам по уважительной причине, причина его пропуска считается неуважительной. Пожалуйста, если ваш ребенок не может явиться на занятия, предпримите следующие шаги: (1) своевременно представьте записку с объяснением пропуска по уважительной причине, например, по болезни; и (2) позвоните в школу и сообщите работникам, что ваш ребенок не явится на занятия и причину неявки. Пропуск занятий учащимся без объяснения родителями неявки, будет считаться неявкой по неуважительной причине.
- **Обязанности школы.** В случае если в любое время в течение учебного года ребенок допускает один пропуск по неуважительной причине, школа уведомит родителей или опекуна в письменной форме или по телефону. Родителям также сообщат о потенциальных последствиях будущих пропусков без уважительной причины. После двух пропусков по неуважительной причине, совершенных в течение одного месяца, для того, чтобы проанализировать причины пропусков будет назначено собрание, на которое будут приглашены родители и учащийся. Школа предпримет шаги, призванные сократить или прекратить пропуски занятий ребенком.

Роль суда в обеспечении посещения школы В случае если действия школы не приводят к значительному снижению пропусков занятий учащимся, отдел школьного образования должен подать в Высший суд округа Скагит ходатайство и поддерживающий affidavit для начала гражданского процесса не позднее, чем пятый (5) пропуск без уважительной причины в течение одного месяца учебного года или не позднее десятого (10) пропуска в течение текущего учебного года. В ходатайстве должно быть заявлено о нарушении RCW 28A.225 (а) родителями, (б) ребенком или (в) родителями и ребенком. После получения ходатайства Высшим судом округа Скагит, Вы будете уведомлены относительно любых запланированных слушаний суда и возможных последствий за нарушение любых постановлений суда, если применимо в этом случае.

С вопросами обращайтесь к директору школы вашего ребенка:

Старшая школа Mount Vernon	360-428-6100	Начальная школа Lincoln	360-428-6135
Средняя школа LaVenture	360-428-6116	Начальная школа Little Mountain	360-428-6125
Средняя школа Mount Baker	360-428-6127	Начальная школа Madison	360-428-6131
Начальная школа Centennial	360-428-6138	Начальная школа Washington	360-428-6122
Начальная школа Jefferson	360-428-6128		

РАСПИСКА В ПОЛУЧЕНИИ

(Пожалуйста, заполните и передайте расписку в школу вашего ребенка)

Я, родитель/опекун указанного ниже ребенка получил и ознакомился с предоставленной отделом школьного образования Маунт Вернон информацией о пропусках по уважительной и без уважительной причины и закон о пропусках (также известного как билль Бекка)

ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ student name _____ КЛАСС grade _____

ШКОЛА school _____ ДАТА date _____

Подпись родителя parent signature _____

Уведомление о справочной информации

Notice for Directory Information

Государственный закон «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA) с учетом некоторых исключений обязывает школьный округ Маунт Вернон, прежде чем раскрыть личную информацию из дела учащегося, получить на это Ваше письменное соглашение. При этом школьный округ Маунт Вернон может без письменного разрешения публиковать определенным образом оформленную «справочную информацию», за исключением случаев, когда Вы, соблюдая процедуру школьного округа, дали распоряжение не делать этого. Основная цель справочной информации – дать возможность школьному округу Маунт Вернон включить данные из личного дела Вашего ребенка в определенные публикации, такие как:

- Афиша с указанием имени учащегося и роли, которую он исполняет в постановке;
- Годовая книга;
- Список отличников или иные списки отличия;
- Программа церемонии вручения аттестатов; и
- Списки спортивных соревнований, например, по борьбе, с указанием веса и роста членов спортивной команды.

Справочная информация, публикация которой, как обычно считается, не может нанести вреда и не рассматривается как нарушение неприкосновенности частной жизни, также может передаваться третьим организациям без предварительного письменного согласия родителей. Третьи организации включают, как минимум, предприятия, производящие перстни для выпускников или издающие годовые книги. Кроме того, два федеральных закона обязывают местные органы образования (LEAs), получающие помощь по закону 1965 года «Об образовании начальной и второй ступени» (ESEA), предоставлять по требованию служащих по набору пополнения в армию данные по трем справочным категориям: имя, адрес и номер телефона. Исключения составляют случаи, когда родители уведомили местные органы образования о том, что они не желают раскрытия данных своего ребенка без предварительного письменного разрешения со стороны родителей.¹

Если Вы не желаете, чтобы школьный округ Маунт Вернон раскрыл без Вашего предварительного письменного разрешения справочную информацию из личного дела Вашего ребенка, Вы обязаны в письменной форме уведомить об этом школьный округ до 15 сентября или в течение 14 дней после получения «Уведомления о справочной информации». Школьный округ Маунт Вернон считает следующие данные справочной информацией:

- Имя учащегося
- Класс
- Дата зачисления
- Участие в официально признанных мероприятиях и видах спорта
- Списки весов и роста членов спортивных команд
- Полученные степени, награды и призы
- Перечень школ округа, которые посещал учащийся
- Работы учащегося, выполненные для школьных публикаций и в учебных целях и/или фотографии учащегося для использования в школьных публикациях.

¹ Законы: Раздел 9528 закона «Об образовании начальной и второй ступеней» (20 Кодекс США, §7908) с поправками и 10 Кодекс США, § 503 (с) с поправками.

ПРОСЬБА ОГРАНИЧИТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЕ СПРАВОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Request to limit release of directory information

Справочная информация

Государственный закон «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» разрешает школьным округам раскрывать справочную информацию определенным лицам или организациям (таким как средства массовой информации, колледжи, или отделам по набору пополнения в армию) за исключением тех случаев, когда родители учащегося попросили НЕ раскрывать эти данные.

Правило № 3231Р Совета директоров школьного округа Маунт Вернон определяет «справочную информацию» как:

- Имя учащегося
- Вес и рост членов спортивных команд
- Работы учащегося, выполненные для школьных публикаций и в учебных целях и/или фотографии учащегося для использования в школьных публикациях
- Класс
- Полученные степени, награды и призы
- Дата зачисления
- Школы округа, которые посещал учащийся
- Участие в официально признанных мероприятиях и видах спорта

Если Вы не возражаете против публикации справочной информации, никаких действий с Вашей стороны не требуется.

Если Вы НЕ ХОТИТЕ, чтобы школьный округ Маунт Вернон раскрывал справочную информацию Вашего ребенка, пожалуйста, заполните бланк ниже и сдайте в школу до 15 сентября или в течение 14 дней с момента получения данного уведомления. Пожалуйста, заполните отдельный бланк на каждого ребенка.

Раскрытие информации для набора пополнения в армию

Государственный закон «Об образовании начальной и второй ступени» обязывает школы предоставлять списки учащихся с указанием имен, адресов и номеров телефонов в отделения по набору пополнения в армию. Родители имеют право попросить, чтобы имя их ребенка было исключено из списков. Если Вы не желаете, чтобы имя Вашего ребенка было предоставлено в отдел по набору пополнения в армию, пожалуйста, пометьте соответствующую ячейку ниже и сдайте бланк в школу до 15 сентября или в течение 14 дней с момента получения данного уведомления.

Имя ребенка: _____ Школа: _____ Класс: _____

- НЕ раскрывайте справочную информацию моего ребенка. *Do NOT release any directory info about my child*
- НЕ раскрывайте справочную информацию моего ребенка, при этом я разрешаю публиковать имя ребенка в школьной газете и справочнике. *Do NOT release directory info about my child but you can include my child's name in school newsletter & directory*
- НЕ используйте фотографии моего ребенка в любых публикациях школьного района (например, школьный настенный календарь, Интернет сайт) и не передавайте фотографии моего ребенка в средства массовой информации. *Do NOT use a photo of my child in any district-wide printed publication or release photo to the news media*
- НЕ публикуйте фотографию моего ребенка в годовой книге. *Do NOT include individual class photo in school yearbook*
- НЕ предоставляйте данные моего ребенка отделу по набору пополнения в армию. *Do NOT give my child's name/contact info to military recruiters*
- Согласие на получение автоматических телефонных звонков и текстовых сообщений: все родители и / или опекуны автоматически получают телефонные звонки или текстовые сообщения из школьного округа в чрезвычайных ситуациях. Ставя галочку в этом разделе, я даю разрешение школьному округу и школе отправлять мне автоматические телефонные звонки и текстовые сообщения по не чрезвычайным вопросам, например, информацию о школьных событиях и мероприятиях. Я понимаю, что я могу отозвать это разрешение, обратившись к сотруднику школьной администрации. *(Opt In for automated calls and texts)*

Подпись родителя/опекуна: *parent signature* _____ Дата: *date* _____

Руководство по надлежащему применению технических средств

Правила допустимого использования учащимися компьютерной сети

Technology Appropriate Use Guidelines/Student Acceptable Use Policy

Я принимаю все права и обязанности, связанные с использованием цифровых сетей:

- Я обязан вести себя цивилизованно, относиться к людям, с которыми я взаимодействую в онлайн-режиме, уважительно и вежливо, так же как я отношусь к людям, с которыми общаюсь в реальной жизни.
- Я обязан ответственно пользоваться своим правом доступа к сети Интернет в школе.
- Я не должен отправлять кому-либо в сети сообщения, содержащие мое имя, адрес и телефонный номер, так же как не должен предоставлять свою личную информацию незнакомым людям.
- Я не должен разглашать имя пользователя и пароль, так же как не должен давать ключи от своего дома незнакомым людям.
- Я обязан добавлять других в электронные образовательные проекты независимо от наличия у них компьютера, поскольку я тоже хотел бы, чтобы члены команды добавляли меня.
- Я не должен помещать оскорбительные и вредные материалы в сети Интернет, так же как не должен помещать граффити оскорбительного или вредного содержания на стенах своей комнаты.
- Я обязан, по просьбе учителя, выключать свой мобильный телефон во время занятий, чтобы не беспокоить окружающих, - так же как я это делаю в кинотеатре.
- Я не должен удалять или изменять цифровые материалы, принадлежащие другим людям, так же как не должен наносить физические увечья другим людям.
- Я не должен обманывать и заимствовать чужие идеи, работы, музыкальные и графические материалы, поскольку я тоже не хочу, чтобы другие выдавали мои авторские работы за свои.

Здесь перечислено то, что вы можете делать в онлайн-режиме

Заходить на веб-сайты, предлагаемые вашим учителем, и использовать электронные инструменты на вашем персональном компьютере, чтобы:

- создавать файлы, электронные проекты, видео, веб-страницы и подкасты для учебных проектов;
- создавать контент для учебных баз данных, блогов, вики (общедоступных досок объявлений на базе Web), редколлегий (систем телеконференцсвязи с открытым доступом для пользователей сети передачи данных), сайтов социальной сети, виртуальных сообществ, веб-страниц и электронной почты;
- публиковать свои школьные работы на школьном веб-сайте (при условии, что на это будет получено согласие вашего родителя/ опекуна).

Здесь перечислены действия, которые мы запрещаем вам совершать

Запрещается саботировать сеть:

- совершать действия, которые могут нарушить целостность школьной сети и ее ресурсной базы (хакерство, взломы и вандализм);
- совершать действия, связанные с ненадлежащим или незаконным использованием нашей информации или нашего оборудования.

Запрещается делать посмешищем, мучить, запугивать, преследовать, унижать, смущать других людей или угрожать им:

- совершать действия, связанные с запугиванием другого лица с помощью нашей системы электронной почты или сети Интернет;
- совершать действия, связанные с разжиганием ненависти и дискриминации, включая шутки и замечания подобного характера;
- совершать действия, которые несут угрозу для других людей или могут навредить другим людям. Например: интересоваться вопросом, как создать бомбу или произвести запрещенные наркотики;
- совершать действия, связанные с доступом, загрузкой/ скачиванием, хранением и распространением материалов неприличного, порнографического или сексуального содержания.

Безопасность на улице. Безопасность в онлайн-режиме. Принцип тот же.

- Во всемирной «паутине» все может стать предметом общественного обозрения. Поэтому необходимо думать, что вы помещаете в сети Интернет. Не распространяйте информацию о себе и других людях в Интернет-сетях. Вы же не стали бы передавать личную информацию незнакомцам на улице. Тот же принцип действует и в сети Интернет.

Я ознакомился с Правилами допустимого использования учащимися компьютерной сети, понял их и буду им следовать.

Подпись учащегося *student signature* _____ Дата *date* _____

Подпись учителя *teacher signature* _____ Дата *date* _____

Просьба просмотреть Правила допустимого использования учащимися компьютерной сети совместно с вашими детьми.

Mount Vernon относится к школьному округу, работающему по принципу «свободы выбора». Просьба подписать этот документ и вернуть его нам только в том случае, если вы **НЕ ХОТИТЕ**, чтобы учащийся имел доступ к сети Интернет и публиковал работы в режиме онлайн.

___ Я не хочу, чтобы учащийся _____ имел доступ к сети Интернет. *I do not want my student to have access to the Internet*
(имя учащегося)

___ Я не хочу, чтобы учащийся _____ публиковал работы на веб-сайте школы/ округа. *I do not want my student to publish works on the school/district website*
(имя учащегося)

Подпись родителя/ опекуна _____ Дата _____
Parent/guardian signature *date*

Уведомление о правах учащихся начальных и общеобразовательных школ

Notification of Rights for Elementary and Secondary Students

Закон «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA) наделяет родителей, а также учащихся, достигших 18 лет (“правомочный учащийся”), определенными правами на доступ к делу учащегося, а именно:

1. **Право в течение 45 дней с момента получения школой запроса на доступ к документам, ознакомиться с документами из дела учащегося.** Родители или правомочный учащийся должны подать заявление на имя директора школы. В заявлении должны быть перечислены те документы, с которыми родитель или правомочный учащийся желают ознакомиться. Официальный представитель школы даст необходимые распоряжения и сообщит родителям или правомочному учащемуся о месте и времени, когда можно будет ознакомиться с документами.
2. **Право попросить внести изменения в личное дело учащегося, если родители или правомочный учащийся считает сведения неточными, недостоверными либо нарушающими право на неприкосновенность частной жизни учащегося, как определено в FERPA.** Родителям или правомочному учащемуся, который желает, чтобы школа внесла изменения в дело учащегося, следует написать заявление на имя директора школы. В заявлении необходимо четко указать, в какую часть личного дела учащегося должны быть внесены изменения, и разъяснить причину. В случае если школа решит не вносить изменения, как того попросили родитель или правомочный учащийся, школа уведомит родителя или правомочного учащегося о принятом решении. В дополнение, родителям и правомочному учащемуся напомнит об их праве на слушание по вопросу о внесении изменений. Вместе с уведомлением о праве на слушание родители или правомочный учащийся получают подробную информацию о процедуре слушания.
3. **Право на сохранение в тайне данных из личного дела учащегося, по которым учащегося можно идентифицировать, за исключением данных, которые, как определено в законе FERPA, могут раскрываться без предварительного разрешения.** Исключением, позволяющим раскрытие личных данных без предварительного разрешения, является раскрытие данных официальному представителю школы для использования в учебных целях. Официальным представителем школы является лицо, работающее в школе в качестве администратора, методиста, учителя или в роли вспомогательного персонала (включая медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов); член совета директоров района школьного образования; лицо или компания, нанятые в качестве подрядчика для выполнения услуг или функций, которые в противном случае выполняли бы работники школы (например, адвокат, аудитор, медицинский консультант или специалист); родитель или учащийся – члены официального комитета, например дисциплинарной комиссии или комитета по рассмотрению жалоб; или родитель, учащийся или волонтер, оказывающий помощь официальному представителю школы в выполнении его работы. В случае если официальному представителю школы необходимо в рамках выполнения своих служебных обязанностей ознакомиться с делом учащегося, официальный представитель школы имеет на это законное право. Школа может без получения разрешения передать дело учащегося по запросу официального представителя другого школьного округа, в который собирается перейти учащийся, или в который учащийся уже перешел и раскрытие данных необходимо в связи с зачислением или переводом в другую школу.
4. **Право подать жалобу, связанную с утверждениями о несоблюдении школой требований FERPA, в министерство образования США.** Наименование и адрес отдела, отвечающего за соблюдение FERPA:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-8520



**Mount Vernon School District
124 E. Lawrence Street**

Анкета по жилищному вопросу для учащихся

Ответы на следующие вопросы помогут определить услуги, на получение которых учащийся может иметь право по закону McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Закон McKinney-Vento Act предусматривает предоставление определенных услуг и поддержки детям и молодежи, столкнувшимся с проблемой бездомности. (Дополнительная информация приведена на обороте)

Если вы являетесь владельцем жилья/снимаете жилье, вам не нужно заполнять эту анкету.

Если вы не владеете жильем/не снимаете жилье, отметьте все, что относится к вам. (Передайте заполненную анкету в районную службу по борьбе с бездомным населением District Homeless Liaison. Контактная информация приведена внизу страницы).

- В мотеле
- В приюте
- Постоянно переезжаю/останавливаюсь на ночлег
- В чужой квартире/доме с другой семьей
- В жилье с отсутствием базовых удобств (нет воды, отопления, электричества и т.д.)
- В машине, парке, кемпинге или в аналогичном месте
- Временное жилье
- Другое _____

Фамилия и имя учащегося: _____
Имя Второе имя или отчество Фамилия

Название школы/учебного заведения: _____ Класс: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____
Месяц/день/год

Пол: _____ Беспризорный учащийся (не проживает с родителем или официальным опекуном)
 Учащийся проживает с родителем или законным опекуном

АДРЕС ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА, В Т.Ч. КОНТАКТНЫЙ: _____ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО: _____

Фамилия/имя родителя(-ей)/опекуна(-ов) печатными буквами: _____
 (Или непризорный подросток)

*Подпись родителя/официального опекуна: _____ Дата: _____
 (Или непризорный подросток)

*Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что приведенная здесь информация является правдивой и точной.

Отправьте заполненную форму в:

Stephanie Thomas	360-428-6110	124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273
Районная служба	Телефон	Местоположение

Только для персонала учебного заведения: Для сбора данных и кодирования данных в системе информации об учащихся

- (N) Не бездомный(-ая)
- (A) Приюты
- (B) Совместное проживание
- (C) Без приюта
- (D) Гостиница/мотель

РАЗДЕЛ 725. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В контексте настоящего раздела:

- (1) Термин «регистрировать» и «регистрация» включает в себя право посещения занятий и участия во всех школьных мероприятиях.
- (2) Термин «бездомные дети и молодежь» —
 - (A) относится к лицам, не имеющим постоянного, полноценного и адекватно оборудованного места для ночлега (в значении раздела 103(а)(1)); и
 - (B) включает--
 - (i) детей и подростков, которые делят жилое помещение с другими людьми вследствие утраты жилья, экономических проблем либо по различным аналогичным причинам; проживают в мотелях, отелях, на стоянках для жилых автоприцепов или на территории кемпинга по причине отсутствия соответствующего требованиям жилья; проживают в аварийных или временных убежищах; остаются в госпиталях; либо ожидают своей очереди на размещение в приемную семью;
 - (ii) детей и подростков, имеющих временный ночлег в финансируемом государством либо средствами из частных источников, жилье, как не квалифицируемое как приют, так и предназначенном для постоянного проживания людей (в рамках определения, приведенного в разделе 103(а)(2)(С));
 - (iii) детей и подростков, проживающих в машинах, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, автобусах или железнодорожных вокзалах и подобных объектах; а также
 - (iv) кочующих детей (данный термин определяется разделом 1309 Акта о начальном и среднем образовании от 1965 года), квалифицированных, как лица, не имеющие определенного места жительства, в контексте данного подзаголовка, в связи с условиями проживания, описанными в пунктах с (i) по (iii).
- (6) Термин «беспризорный подросток» определяет подростков, не находящихся на попечении родителя или опекуна.

Дополнительные ресурсы

Информация и ресурсы для родителей приведены по адресам:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

**ТОЛЬКО
СПЕЦИАЛЬНОЕ
ОБУЧЕНИЕ**

Заполните, ЕСЛИ ребенку необходимо
Учащийся с потребностью в специальном/индивидуальном
обучении
Специальное обслуживание школьного округа Маунт-Вернон
920 S. 2nd Street * Mount Vernon, WA 98273
Тел.: (360) 428-6141 Факс: (360) 336-2715

**Направление на ПЕРЕВОД в службу специального обучения для учащихся,
которые перевелись из другого школьного округа**
(transfer referral for Special Education Services for students transferring from another school district)

Текущая дата: (today's date) _____

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____
(student's name) (birthdate)

Адрес: _____ Страна, штат, почтовый индекс _____
(address) (city, state, zip code)

Школа Centennial Jefferson LaVenture Lincoln LM Madison MB MVHS WA Класс (grade) _____

Имя родителя или опекуна: _____
(parent/guardian name)

Домашний телефон: _____ Мобильный телефон _____ Рабочий телефон: _____
(home phone) (cell phone) (work phone)

Предпочтительный язык общения ребенка (child's primary language): _____

Предпочтительный язык общения родителей (parent's primary language): _____

Имя и родственная связь заполняющего направление: _____
(name & relationship of the person making the referral)

Последний посещаемый школьный округ: _____
(last school district attended)

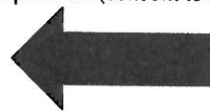
Название школы: _____ Город и штат: _____
(school name) (city & state)

**Разрешение на предоставление записей о специальном обучении из предыдущего школьного
округа/заведения:** (consent to release special education records from previous school district/agency) ДА НЕТ

Согласие на перевод и участие учащегося в программе специального обучения:
(В случае отрицательного ответа обратитесь в офис службы специального обучения)
(consent to place and serve student in the special education program) ДА НЕТ

Право на бесплатную медицинскую помощь/наличие медицинских купонов: (Medicaid coupons?) ДА НЕТ

В случае положительного ответа, согласие на предоставление бесплатной медицинской помощи и
заполнение форм для нее: См. объяснение с обратной стороны. (consent to verify/bill Medicaid) ДА НЕТ



Подпись родителя или опекуна (parent/guardian signature)

Сообщите о важных медицинских проблемах или лекарственных препаратах. (any major medical concerns or
medications we should be aware of)

Информация на этом обороте

Объяснение запроса согласия:

ЦЕЛЬ СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА УЧАСТИЕ: Школьный округ должен в полной мере сообщить родителям/опекунам всю информацию, связанную с решением округа относительно изначального участия учащегося. Родитель может согласиться или отказаться от любых действий, предложенный округом. Данный запрос используется для предоставления согласия. Если у Вас возникли вопросы относительно этого запроса, уточните его цель у руководителя службы специального обучения в школьном округе.

Предоставляя согласие, Вы признаете, что (1) Вам в полной мере предоставлена вся информация относительно действий, которые требуют согласия; (2) Вы осознаете, что предоставляете согласие добровольно и можете отменить его в любое время; (3) отмененное согласие не имеет обратного действия; и (4) если Вы откажетесь предоставить согласие, округ может привлечь посредника или запросить слушание в суде, чтобы действовать вопреки Вашему отказу. *Согласие не требуется, если округ запросил Ваше согласие на участие в программе специального образования должным образом, а Вы не ответили.

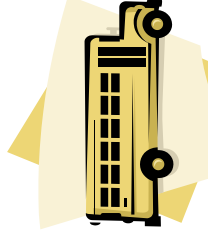
Согласие на предоставление бесплатной медицинской помощи:

Подтверждение права на бесплатную медицинскую помощь. Школьный округ должен отправить запрос на услуги, связанные со здоровьем, которые предоставляются учащимся, участвующим в программе специального обучения, или учащимся, направленным на получение специального обучения. Эти услуги включают физиотерапию, трудотерапию, логотерапию, сурдологические услуги, услуги медсестры, консультации психолога и психологический осмотр. В случае Вашего согласия имя и дата рождения учащегося будут отправлены в Департамент здравоохранения и социального обеспечения (Department of Social and Health Services – DSHS) для подтверждения права на бесплатную медицинскую помощь. Подобный запрос ни в какой мере не повлияет отрицательно на услуги в составе индивидуальной программы обучения (Individualized Education Program – IEP) Вашего ребенка.

Родители – Ваши Дети Готовы к Школе?

Обязательная Вакцинация на 2019-2020 Учебный

Год



Ресурс Родителя/Опекуна

	Hepatitis B Гепатит Б	DTaP/Tdap* (Дифтерия, Столбняк, Коклюш)	Polio Полиомиелит*	MMR (Корь, Свинка, Краснуха)	Varicella Ветряная Оспа (ветрянка)
Дошкольное Заведение для Детей/Детский Сад – 5 Класс	3 дозы	5 доз	4 дозы	2 дозы	2 дозы ИЛИ Доктор подтверждает болезнь
6 – 12 Класс	3 дозы	5 доз DTaP И 1 доза Tdap	4 дозы	2 дозы	2 дозы ИЛИ Доктор подтверждает болезнь

*Дозы вакцин могут быть меньше, чем указанные в списке.

- При вакцинации учащихся необходимо соблюдать необходимый интервал между прививками и возрастные ограничения, чтобы соответствовать требованиям по вакцинации. Обратитесь к своему врачу или школьному персоналу, если у Вас есть вопросы о требованиях по вакцинации в школах.
- Посмотрите информацию о других рекомендованных вакцинах, не обязательных для школ: www.immunize.org/cdc/schedules/



Certificate of Immunization Status (CIS, Прививочный сертификат)

Для поступления в детский сад, 12-я группа / Детское учреждение

Распечатайте документ. Ознакомьтесь с инструкциями о заполнении данной формы на оборотной стороне или распечатайте форму из информационно-справочной системы по вакцинации штата Вашингтон.

Office Use Only:

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Первая буква второго имени:** _____ **Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ):** _____ **Пол:** _____ **Дата:** _____

Подпись родителя/опекуна _____ **Дата** _____

Я разрешаю школе, в которой обучается мой ребенок, предоставлять информацию о проведенной ему/ей вакцинации в информационно-справочную систему по вакцинации для целей ведения школьного делопроизводства в отношении моего ребенка.

Я подтверждаю, что представленная в настоящей форме информация является точной и достоверной.

Подпись родителя/опекуна

Дата

- ◆ Необходимо для поступления в школу, детский сад/детское дошкольное учреждение
- Требуется только в детском саду/детском дошкольном учреждении

Прививки, которые требуются для поступления в школу или детский сад	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ
◆ Dtap / DT (дифтерия, столбняк, коклюш)					
◆ Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)					
◆ Td (столбняк, дифтерия)					
◆ Гепатит В					
□ График вакцинации с двухразовым режимом введения вакцины в возрасте от 11 до 15 лет					
◆ Hib-вакцина (вакцина против гемофильной палочки типа b)					
◆ IPV / OPV (полиомиелит)					
◆ MMR (корь, краснуха, паротит)					
◆ PCV / PPSV (пневмококковая инфекция)					
◆ Ветряная оспа (ветрянка)					
□ Анамнез заболевания, подтвержденный IIS					

Рекомендуемые прививки (не требуются для поступления в школу или детский сад)	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ	ДД/ММ/ГГГГ
Грипп					
Гепатит А					
ВПЧ (вирус папилломы человека)					
MCV / MPSV (менингококковая инфекция)					
MenB (менингококковая инфекция)					
Ротавирусная инфекция					

Подтверждение наличия иммунитета к заболеваниям

Исключительно для использования врачом

Наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS, в анамнезе ветряной оспы (ветрянки) или иммунитета (титр антител) по результатам анализов крови ДОЛЖНО быть подтверждено медицинским учреждением

Подтверждаю наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS:

- подтвержденной ветряной оспы в анамнезе;
 - подтвержденного результатами лабораторных исследований иммунитета (титр антител) к указанному (-ым) ниже заболеваниям (-ям).
- НЕОБХОДИМО также приложить результаты(-ы) лабораторных анализов на титры антител.**

<input type="checkbox"/> Дифтерия	<input type="checkbox"/> Свинка	<input type="checkbox"/> Другое: _____
<input type="checkbox"/> Гепатит А	<input type="checkbox"/> Полиомиелит	_____
<input type="checkbox"/> Гепатит В	<input type="checkbox"/> Краснуха	_____
<input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа B)	<input type="checkbox"/> Столбняк	_____
<input type="checkbox"/> Корь	<input type="checkbox"/> Ветряная оспа	_____

Подпись лицензированного врача (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____

Инструкции по заполнению Прививочного сертификата (ПС): распечатка из информационно-справочной системы по вакцинации (IIS) или заполнение вручную.

Распечатать с заполненной информацией о вакцинации: Узнайте у своего врача, регистрирует ли он факт проведенной вакцинации в информационно-справочной системе по вакцинации штата Вашингтон (общей базе данных штата Вашингтон). В случае положительного ответа попросите его распечатать CIS из IIS, и информация о вакцинации Вашего ребенка будет заполнена автоматически. CIS можно также распечатать дома, зарегистрировавшись и зайдя на портал MyIR на странице <https://wa.myir.net>. Если ваш врач не пользуется IIS, обратитесь за копией CIS Вашего ребенка по электронной почте или по телефону в Министерство здравоохранения: waisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Для заполнения формы вручную:

№1 Введите имя, дату рождения и пол Вашего ребенка и напишите Ваше Ф.И.О. в обозначенном месте на странице 1.

№ 2 Информация о вакцинации: Укажите в колонках с датами введения каждой дозы вакцины (в формате ДД/ММ/ГГГГ). Если Ваш ребенок получает комбинированную вакцину (которая защищает от нескольких заболеваний), воспользуйтесь приведенным ниже справочником для правильного обозначения каждой вакцины. Например, обозначьте «Педиатрикс» в графе «дифтерия, столбняк, коклюш» как DTaP, гепатит В как Hep B и полиомиелит как IPV.

№ 3 Анамнез заболевания ветряной оспой: Если у Вашего ребенка была ветрянка (ветряная оспа), и он не прошел вакцинацию от этого заболевания, в соответствии с требованиями школы наличие ветрянки в анамнезе должно быть подтверждено медицинским учреждением.

Если Ваш врач может подтвердить, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, попросите его поставить соответствующую отметку в разделе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию» и подписать форму.

Если персонал школы получит доступ в IIS и увидит подтверждение того, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, они проверят отметку в ячейке «Ветряная оспа» в разделе «Вакцинация».

№ 4 Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию: Если у Вашего ребенка положительный результат анализа крови на антитела (титр антител), свидетельствующий о наличии иммунитета, в отсутствие вакцинации, попросите своего врача поставить отметку в ячейках с указанием соответствующих заболеваний в графе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию», подписаться и поставить дату в форме. С CIS необходимо предоставить результаты лабораторных исследований.

Справочник с сокращенными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cprif/ivweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины
DT	Дифтерия, столбняк	Hep A	Гепатит А	MCV / MCV4	Менингококковая конъюгированная вакцина	OPV	Пероральная полиомиелитная вакцина	Tdap	Столбняк, дифтерия, ацеллюлярный коклюш	VAR / VZV	Ветряная оспа
DTaP	Дифтерия, столбняк, ацеллюлярный коклюш	Hep B	Гепатит В	MenB	Менингококковая вакцина B	PCV / PCV7 / PCV13	Пневмококковая конъюгированная вакцина				
DTP	Дифтерия, столбняк, коклюш	Hib	Вакцина против гемофильной палочки типа b	MCV / MPSV4	Менингококковая полисахаридная вакцина	PPSV / PPV23	Пневмококковая полисахаридная вакцина				
Flu (IV)	Грипп	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Вирус папилломы человека	КПК	Корь, паротит, краснуха	Rota (RV1 / RV5)	Ротавирусная инфекция				
HBIG	Иммуноглобулин к гепатиту В	IPV	Инактивированная полиомиелитная вакцина	MMRV	Корь, паротит, краснуха с ветряной оспой	Td	Столбняк, дифтерия				

Справочник с фирменными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте <https://fortress.wa.gov/doh/cprif/ivweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина
Акт-ХИБ® (ActHIB®)	Hib	Флюарикс® (Fluarix®)	Грипп	Хаврикс® (Havrix®)	Hep A	Менвео® (Menveo®)	Менингококковая инфекция	Ротарикс® (Rotarix®)	Ротавирусная инфекция (RV1)	Ротарикс® (Rotarix®)	Ротавирусная инфекция (RV5)
Адацел® (Adacel®)	Tdap	Флуселвакс® (FlucelvaX®)	Грипп	Хиберикс® (Hiberix®)	Hib	Педиарикс® (Pediarix®)	DTaP + Hep B + IPV	Ротатек® (RotaTeq®)	Ротавирусная инфекция (RV5)	Тенивак® (Telnivac®)	Td
Афлурия® (Afluria®)	Грипп	ФлуЛавал® (FluLaval®)	Грипп	ХибТИТЕР® (HibTITER®)	Hib	ПедвакХИБ® (PedvaxHIB®)	Hib	Тенивак® (Telnivac®)	Td	Труменба® (Trumenba®)	MenB
Бексеро® (Bexsero®)	MenB	ФлуМист® (FluMist®)	Грипп	Ипол® (Ipol®)	IPV	Пентасел® (Pentacel®)	DTaP + Hib + IPV	Труменба® (Trumenba®)	MenB	Твинрикс® (Twinrix®)	Hep A + Hep B
Боострикс® (Boostrix®)	Tdap	Флувирин® (Fluvirin®)	Грипп	Инфанрикс® (Infanrix®)	DTaP	Пневмовакс® (Pneumovax®)	PPSV	Твинрикс® (Twinrix®)	Hep A + Hep B	Вакта® (Vacta®)	Hep A
Серварикс® (Servarix®)	2vHPV	Флузон® (Fluzone®)	Грипп	Кинрикс® (Kinrix®)	DTaP + IPV	Превнар® (Prevnar®)	PCV	Вакта® (Vacta®)	Hep A	Варивакс® (Varivax®)	Ветряная оспа
Даттасел® (Daptacel®)	DTaP	Гардасил® (Gardasil®)	4vHPV	Менактра® (Menactra®)	MCV или MCV4	ПроКвад® (ProQuad®)	MMR + ветряная оспа	Варивакс® (Varivax®)	Ветряная оспа		
Энгерикс-Б® (Engerix-B®)	Hep B	Гардасил® 9 (Gardasil® 9)	9vHPV	Меномунт® (Menomune®)	MPSV4	Рекомбивакс ХБ® (Recombivax HB®)	Hep B				

Если у вас есть инвалидность и вам нужен этот документ в другом формате, пожалуйста, позвоните по номеру 1-800-525-0127 (TDD/TTY: звоните 711).

DOH 348-013 December 2016 Russian

Маунт-Вернон Школьный округ/Mount Vernon School District
Анкета о состоянии здоровья/Health Inventory Form

Имя учащегося/Student Name: _____ Дата рождения/Date of Birth: _____

Телефон в дневное время/Daytime Phone Number: _____ Класс/Grade: _____

Пожалуйста, отметьте все проблемы со здоровьем Вашего учащегося. Если Ваш учащийся здоров, просто отметьте значок "Проблемы со здоровьем в настоящее время отсутствуют". Пожалуйста, заполните и верните эту форму в школу как можно скорее.

Проблемы со здоровьем в настоящее время отсутствуют/No Health Concerns at this Time

Есть ли у вашего ученика опасное для жизни состояние? Да/Yes Нет/No

В соответствии с Законом штата Вашингтон «Состояния, угрожающие жизни» означает состояние здоровья, которое ставит ученика под угрозу смерти в течение школьного дня, если лечение не проводится (Эпипен / Диастат / Мидазолам / Глюкагон / Тяжелая астма)/Under Washington State Law, "Life Threatening Condition" means a health condition that puts the student in danger of death during the school day if a medication is not administered (Epi-Pen/Diastat/Midazolam/ Glucagon/Severe Asthma)

Аллергии/Allergies:

Аллергия на пчел или насекомых/ Bee/Insect Allergy

- Средняя реакция /Mild Reaction
- Анафилактическая реакция/Anaphylactic reaction
- Ери-Пен Бенадрил Benadryl
- Не нужны лекарства/No medications

Пищевая аллергия/Food Allergy _____

- Средняя реакция /Mild Reaction
- Анафилактическая реакция /Anaphylactic reaction
- Ери-Пен Бенадрил/Benadryl
- Не нужны лекарства/No medications

Аллергия на лекарства/Drug Allergy _____

Сезонная аллергия/аллергия на цветение/
Environmental/ Seasonal _____

Астма /Asthma:

Ингалятор/Inhaler: да/yes нет/no

Провоцирует/Triggers:

- Занятия спортом/Exercise
- Простуды/Colds Погода/Weather
- Аллергии/Allergies

Диабет/Diabetes:

Тип 1/Type 1 Тип 2/Type 2

Психические проблемы/Mental Health Concerns:

с диагнозом невроз навязчивых состояний/
Diagnosed with OCD:

- Принимает лекарства ежедневно/Takes medication у
- Не нужны лекарства/ No medications

с диагнозом о оппозиционно- вызывающее
расстройство поведения/ Diagnosed with ODD:

- Принимает лекарства ежедневно/Takes medication
- Не нужны лекарства/No medications

с диагнозом тревожный невроз/Diagnosed with
Anxiety Disorder:

- Принимает лекарства ежедневно/Takes medication
- Не нужны лекарства/No medications

с диагнозом биполярное расстройство/
Diagnosed with Depression/Bipolar Disorder:

- Принимает лекарства ежедневно /Takes medication
- Не нужны лекарства/No medications

с диагнозом Синдром дефицита внимания
и гиперактивности/ Diagnosed with ADHD:

- Принимает лекарства ежедневно/Takes medication
- Не нужны лекарства/No medications

с диагнозом Расстройства аутистического
спектра/Diagnosed with Autism Spectrum Disorder:

- Принимает лекарства ежедневно/Takes medication
- Не нужны лекарства/No medications

Судороги/Seizures:

- Эпилептические судороги/Grand Mal Seizures
- Малые припадки/Petit Mal Seizures
- В прошлом были конвульсии при высокой
температуре /History of Febrile Seizures

Другое/Other:

- Болезни крови/Blood Disorder
- Детский церебральный паралич/Cerebral palsy
- Хронические запоры/Chronic constipation
- Дальтоник/Color Blindness
- Линзы или очки/Contacts/Glasses
- Синдром Дауна/Down Syndrome
- Потеря слуха /Documented Hearing loss
- Экзема/Eczema
- Генетическое состояние/Genetic Condition
- Частый отит (инфекция уха)/Frequent ear infections
- Частые носовые кровотечения/Frequent Nosebleeds
- Головные боли/Headaches
- Шумы в сердце/Heart Murmur
- Ограничения активности?/Activity restrictions?
 да/yes нет/no
- Слуховой аппарат/Hearing aids
- Гемофилия/Hemophilia
- Гипертония/High blood pressure
- Болезни почек/Kidney problems
- Мышечная дистрофия/Muscular Dystrophy
- Расщепление позвоночника/Spina Bifida
- Заболевания щитовидной железы/Thyroid Problems
- Синдром Туретта (тиковые расстройства)/Tourette
Syndrome
- Язвы/Ulcers

Другие проблемы со здоровьем (пожалуйста, укажите)/Other Health Concerns (please list): _____

История болезни/ Medical History

Был ли ваш ребенок рожден до 37 недель беременности (преждевременно)?/Was your child born *before* 37 weeks gestation (premature)? Да/Yes Нет/No

Если да, то во сколько недель?/If yes, how many weeks? _____

Был ли ваш ребенок когда-либо госпитализирован? /Has your child ever been hospitalized? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Была ли у вашего ребенка когда-либо операция?/Has your child ever had surgery? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Была ли у вашего ребенка когда-либо травма головы (сотрясение)?/Has your child ever had a head injury (concussion)? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Были у вашего ребенка какие-либо серьезные травмы?/Has your child ever had any significant injuries? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Были у вашего ребенка какие-либо серьезные проблемы со здоровьем?/Has your child ever had significant health problems? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Есть ли у вас какое-либо беспокойство о здоровье вашего ребенка?/Do you have any concerns about your child's health? Да/Yes Нет/No

Пожалуйста объясните/Please Explain _____

Есть ли у вашего ребенка лечащий врач?/Does your child have a primary health care provider? Да/Yes Нет/No

Дата последнего визита/Date of last visit _____

Есть ли у вашего ребенка стоматолог?/Does your child have a dentist? Да/Yes Нет/No

Дата последнего визита/Date of last visit _____

Есть ли у вашего ребенка окулист?/Does your child have an eye doctor? Да/Yes Нет/No

Дата последнего визита/Date of last visit _____

Подпись родителя/Parent Signature: _____

Дата/Date: _____