

Форма регистрации учащегося

Заполняется родителем/опекуном:

Информация об учащемся

For Official Use Для служебного пользования		
<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> HS
<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> ELL

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СР. ИМЯ	НОМЕР ID УЧАЩЕГОСЯ
ДОМАШНИЙ АДРЕС (№ дома, улица, № квартиры, город, штат, индекс)				ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг)	ВОЗРАСТ	ПОЛ <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Ни мужской, ни женский	МЕСТО РОЖДЕНИЯ		ЯЗЫК ДОМАШНЕГО ОБЩЕНИЯ/РОДНОЙ ЯЗЫК
НАЗВАНИЕ, ГОРОД, ШТАТ ПОСЛЕДНЕЙ (или нынешней) ШКОЛЫ					ОКОНЧЕННЫЙ КЛАСС
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: Есть ли у ребенка медицинская страховка? <input type="checkbox"/> ДА ⇒ Если ДА, укажите тип страховки <input type="checkbox"/> Частная страховка <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B <input type="checkbox"/> НЕТ ⇒ Если НЕТ, хотели бы вы получить информацию о возможностях страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				ВАЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Противопоказания к физической активности: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: Получает ли ребенок услуги специального образования? <input type="checkbox"/> Да ⇒ Если ДА, имеется ли у вас копия его индивидуальной учебной программы (IEP)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет					

Информация о родителе/опекуне

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УЧАЩИМСЯ
ДОМАШНИЙ АДРЕС (№ дома, улица, № квартиры, город, штат, индекс)			ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА ПИСЬМЕННЫЙ: _____ УСТНЫЙ: _____	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН		РАБОЧИЙ/МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН		ИМЕЙЛ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

To Be Completed by Enrollment Staff/Заполняется сотрудниками по набору учащихся:

Registration (check one): <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school Transfer Request (check one): <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ Notes: _____	Disposition: _____ Enrolled School Name _____ DBN _____ Referred to: School Name _____ DBN _____ 1) _____ 2) _____ 3) _____
---	--

Собеседование с консультантом состоялось, и мне понятны процесс зачисления и варианты выбора. Полученная информация мне понятна и достаточна для дальнейших действий.

Имя и фамилия/Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Имя и фамилия/Подпись консультанта: _____

Дополнительные сведения: _____

STUDENT NAME: LAST

FIRST

DATE: