



Ваша поддержка имеет большое значение...

Уважаемые родители и опекуны!

Приветствую вас в школьном округе Ферндейл! Мы планируем совместно работать с вами, поскольку вы регистрируетесь в нашем школьном округе на 2020-21 учебный год. Для детей, которые пойдут в "нулевой" класс этой осенью, мы уже составляем планы, чтобы обеспечить ребенку возможность прекрасно начать учебный год в сентябре 2020 г. Вне зависимости от возраста вашего ребенка и класса, в котором он учится, я надеюсь на то, что вы сможете активно участвовать в деятельности наших школ. Результаты исследования показывают, что ученики учатся наиболее успешно, когда учителя и родители сотрудничают друг с другом, и каждый из них позитивно относится к школе, которую посещает ребенок, и считает, что обучение в школе имеет большое значение. Ваша поддержка и помощь в этой работе является очень значимой.

К этому письму прилагается пакет регистрационных документов, которые вам необходимо заполнить и передать в школу, в которой учится ваш ребенок. В этом пакете имеются формы на бланках белого и желтого цвета. Заполните и подпишите, пожалуйста, все белые формы и передайте их в школу, в которой учится ваш ребенок. Желтые формы содержат сведения, предназначенные для вас, и их не нужно передавать в школу для продолжения процесса регистрации.

Заверяю вас в том, что мы заботливо относимся к *каждому* ученику, и проявим должную заботу о *вашем* ребенке. Если после заполнения прилагаемых регистрационных документов у вас будут вопросы, вы сможете выяснить их, обратившись в любую из наших школ, или связавшись со мной по телефону 360.383.9210.

С уважением,

Д-р Линда Куинн /Linda Quinn/

Руководитель департамента образования школьного округа Ферндейл

Приложения

Школьный округ Ферндейл ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ УЧАЩЕГОСЯ

(Заполните четким шрифтом)

Дата: _____

Учился ли когда-либо ваш ребенок в муниципальных школах округа Ферндейл? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если вы ответили "Да", укажите, пожалуйста, наименование школы, в которой учился ваш ребенок:		Период, в течение которого ребенок учился в этой школе:
Имя учащегося Официальная фамилия	Официальное имя	Официальное среднее имя	Также называют как:
Дата рождения: (Месяц/День/Год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Пол ребенка <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Небинарный	Место рождения: Город Штат Страна Класс:
Этническая и расовая информация – СМОТРИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ СТРАНИЦУ	<i>Если ваш ребенок родился за пределами США:</i> Дата первоначального поступления в общеобразовательную школу США: _____ Количество месяцев учебы K-12 за пределами США: _____		Основной язык общения дома <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Другой _____
Военная служба <input type="checkbox"/> Служба в регулярных вооруженных силах США <input type="checkbox"/> В резерве вооруженных сил США <input type="checkbox"/> Более чем один член в вооруженных силах/Национальной гвардии <input type="checkbox"/> Член Национальной гвардии <input type="checkbox"/> Не является членом			

№ 1 Основная семья Учащийся живет с: <input type="checkbox"/> Оба родителя <input type="checkbox"/> Только отец <input type="checkbox"/> Только мать <input type="checkbox"/> Бабушка и дедушка <input type="checkbox"/> Отец/мачеха <input type="checkbox"/> Мать/отчим <input type="checkbox"/> Отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Отдельно <input type="checkbox"/> Агентство <input type="checkbox"/> Другое _____			
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (МЕСТА, ГДЕ ПРОЖИВАЕТ УЧАЩИЙСЯ) () _____ Не внесенный в телефонную книгу <input type="checkbox"/>			
Основная семья (где проживает учащийся) <i>Фамилия</i> <i>Имя</i> Моб. телефон: _____ Адрес электронной почты: _____ Место работы: _____ Рабочий телефон: _____	КОНТАКТЫ НА ЭКСТРЕННЫЙ СЛУЧАЙ: Если со мной не смогли связаться, или если я по какой-либо причине не заберу ребенка, я даю согласия отдать моего ребенка:		
Основная семья (где проживает учащийся) <i>Фамилия</i> <i>Имя</i> Моб. телефон: _____ Адрес электронной почты: _____ Место работы: _____ Рабочий телефон: _____	№ 1 Имя _____ Телефон () _____ Кем приходится _____		
АДРЕС ГДЕ ПРОЖИВАЕТ УЧАЩИЙСЯ → АДРЕС (УКАЗАТЬ № КВАРТИРЫ) ГОРОД ул. ИНДЕКС	– № 2 Имя _____ Телефон () _____ Кем приходится _____		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ → УЛИЦА / А/Я № ГОРОД ул. ИНДЕКС	№ 3 Имя _____ Телефон () _____ Кем приходится _____		

№ 2 Вторая семья, родственные отношения <input type="checkbox"/> Только отец <input type="checkbox"/> Только мать <input type="checkbox"/> Бабушка и дедушка <input type="checkbox"/> Отец/мачеха <input type="checkbox"/> Мать/отчим <input type="checkbox"/> Отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Агентство <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Другое _____			
Вторая семья – НЕ там, где проживает учащийся ФАМИЛИЯ Имя Моб. телефон _____ Адрес электронной почты: _____ Место работы: _____ Рабочий телефон: _____	ВТОРАЯ СЕМЬЯ, ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН () _____ Не внесенный в телефонную книгу <input type="checkbox"/> Вторая семья, адрес (Улица, город, штат, индекс)		

Вторая семья – НЕ там, где проживает учащийся ФАМИЛИЯ _____ ИМЯ _____ Моб. телефон: _____ Адрес электронной почты: _____ Место работы: _____ Рабочий телефон: _____	Вторая семья, почтовый адрес (Улица / а/я, город, штат, индекс)
Вторая семья, запрос на получение школьной корреспонденции <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Название последней школы	Название школьного округа	Предыдущий адрес школы (Улица / а/я, город, штат, индекс)
№ телефона предыдущей школы: _____ Факс: _____		
Есть ли в школе, которую ребенок посещал до этого, какие-то неоплаченные штрафы или взносы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Учащийся когда-либо посещал школу из школьного округа Ферндейл? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите название	Дата посещения (месяц/год)

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

У вашего ребенка есть медицинская страховка? Да Нет

Контактную информацию можно предоставлять WANA (Альянс Whatcom по вопросам предоставления доступа к медицинскому обслуживанию) с целью получения помощи с медицинским страхованием Да Нет

Ваш ребенок когда-либо подвергался дисциплинарному взысканию (отстранение/исключение и т. д.) в другой школе? Да Нет Когда? _____

Причина: _____

Ваш ребенок был замечен в случаях агрессивного поведения? Да Нет

Объясните: _____

По отношению к вашему ребенку существуют какие-либо судебные предписания в данный момент? (например, опека/соглашения об осуществлении родительских прав, предписания о посещении школы, судебные запреты и т. д.) Да Нет (Если да, юридические документы необходимо приложить к делу в школе)

Пожалуйста, объясните: _____

➤ Ваш ребенок когда-либо проходил или признан таковым, который должен проходить **СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**? Да – Проходил специальное образование в прошлом году: _____ Нет

Ваш ребенок когда-либо проходил или признан таковым, которому необходим план 504? Да Нет

Ваш ребенок когда-либо получал титул/программы помощи при обучении? Да Нет Если да, математика чтение

Ваш ребенок когда-либо участвовал в: Конкурсы одаренных/талантливых Титул1 Программы обучения английскому языку LEP/ELL Другое _____

Вашего ребенка когда-либо оставляли на второй год? Да Нет Если да, в каком классе _____.

Ваш ребенок когда-либо получал услуги для иммигрантов? Да Нет

Ученик ходит в организацию, предоставляющую помощь по уходу за детьми? До школы После школы До и после школы

Организация, предоставляющая помощь по уходу за детьми	название	АДРЕС
исполнитель	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	

Дополнительные меры по уходу за ребенком (предоставьте информацию для школы в письменном виде)

Укажите других братьев или сестер, которые посещают школьный округ Ферндейл			
ФАМИЛИЯ	Имя	ШКОЛА	КЛАСС

Согласие, чтобы ребенка можно было фотографировать/снимать на видео для выпуска новостей школы: Да Нет

Я хочу стать родителем-волонтером: Да Нет

Разрешение на предоставление моего номера телефона группе поддержки родителей для проведения мероприятий: Да Нет

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

По состоянию на данный момент, информация в этой форме является правильной и точной.
 Я понимаю, что предоставление ложных данных с целью принятия ребенка в школу может привести к аннулированию
 принятия учащегося в школу школьного округа Ферндейл.

Подпись РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА _____ Дата _____

Ничего не пишите в затемненных полях – только для внутреннего пользования							Переход	Да
Нет							Поездки автобусом	
ID учащегося №	Дата поступления	Входной код школы	Отказ/переполнение	Судебное распоряжение	Медицинские противопоказания	Шкафчик №	Запрошенные данные	

Форма сбора данных об этнической и расовой принадлежности

ОТВЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВОПРОСЫ 1 А ИЛИ 1 В, А ТАКЖЕ НА ВОПРОС 2.

ШКОЛА _____ ИМЯ СТУДЕНТА _____
(Имя) (Фамилия)

Дата рождения _____

ВОПРОС 1. А. Ваш ребенок испанского или латиноамериканского происхождения? (Отметьте подходящие варианты)

<input type="checkbox"/> НЕ ИСПАНЕЦ/ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ	<input type="checkbox"/> МЕКСИКАНЕЦ / МЕКСИКАНО-АМЕРИКАНЕЦ / ЧИКАНО
<input type="checkbox"/> КУБИНЕЦ	<input type="checkbox"/> РОДОМ ИЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АМЕРИКИ
<input type="checkbox"/> ДОМИНИКАНЕЦ	<input type="checkbox"/> РОДОМ ИЗ ЮЖНОЙ АМЕРИКИ
<input type="checkbox"/> ИСПАНЕЦ	<input type="checkbox"/> ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ
<input type="checkbox"/> ПУЭРТОРИКАНЕЦ	<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ ИСПАНСКОЕ/ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

ВОПРОС 1. В. Ребенок не принадлежит к испанской / латиноамериканской этническим группам

НЕ ПРИНАДЛЕЖИТ К ИСПАНСКОЙ / ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОЙ ЭТНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

ВОПРОС 2. Представителем какой расы (рас) вы считаете своего ребенка? (Отметьте подходящие варианты)

<input type="checkbox"/> АФРОАМЕРИКАНЕЦ/ ЧЕРНЫЙ	<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ЧИХЕЛИС
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> КОЛВИЛЬ
<input type="checkbox"/> БЕЛЫЙ	<input type="checkbox"/> КАУЛИЦ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ХОХ
<input type="checkbox"/> ИНДИЕЦ	<input type="checkbox"/> ДЖЕЙМСТАУН
<input type="checkbox"/> КАМБОДЖИЕЦ	<input type="checkbox"/> КАЛИСПЕЛ
<input type="checkbox"/> КИТАЕЦ	<input type="checkbox"/> НИЖНЯЯ ЭЛВА
<input type="checkbox"/> ФИЛИППИНЕЦ	<input type="checkbox"/> ЛУММИ
<input type="checkbox"/> ХМОНГ	<input type="checkbox"/> МАКО
<input type="checkbox"/> ИНДОНЕЗИЕЦ	<input type="checkbox"/> МАКЛШУТ
<input type="checkbox"/> ЯПОНЕЦ	<input type="checkbox"/> НИСКУАЛЛИ
<input type="checkbox"/> КОРЕЕЦ	<input type="checkbox"/> НОКСАК
<input type="checkbox"/> ЛАОСЕЦ	<input type="checkbox"/> ПОРТ ГЭМБЛ С'КЛАЛЛАМ
<input type="checkbox"/> МАЛАЙЗИЕЦ	<input type="checkbox"/> ПУЙАЛЛАП
<input type="checkbox"/> ПАКИСТАНЕЦ	<input type="checkbox"/> КВИЛЕЙТ
<input type="checkbox"/> СИНГАПУРЕЦ	<input type="checkbox"/> КВИНОЛТ
<input type="checkbox"/> ТАЙВАНЕЦ	<input type="checkbox"/> САМИШ
<input type="checkbox"/> ТАИЛАНДЕЦ	<input type="checkbox"/> САУК-СИЭТТЛ
<input type="checkbox"/> ВЬЕТНАМЕЦ	<input type="checkbox"/> ШОУЛВОТЕР
<input type="checkbox"/> ИНАЯ АЗИАТСКАЯ НАРОДНОСТЬ	<input type="checkbox"/> ШОКОМИШ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> СНОКВАЛМИ
<input type="checkbox"/> КОРЕННОЙ ГАВАЕЦ	<input type="checkbox"/> СПОКАН
<input type="checkbox"/> ФИДЖИЕЦ	<input type="checkbox"/> ОСТРОВ СКВАКСИН
<input type="checkbox"/> ГУАМ ИЛИ ЧАМОРРО	<input type="checkbox"/> СТИЛЛАГУАМИШИ
<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОСТРОВА МАРИАНА	<input type="checkbox"/> СУКВОМИШИ
<input type="checkbox"/> МЕЛАНЕЗИЕЦ	<input type="checkbox"/> СВИНОМИШИ
<input type="checkbox"/> МИКРОНЕЗИЕЦ	<input type="checkbox"/> ТУЛАЛИП
<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ САМОА	<input type="checkbox"/> ПЛЕМЕНЯ АППЕР СКАГИТ
<input type="checkbox"/> ТОНГАНЕЦ	<input type="checkbox"/> ЯКАМА

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДРУГОГО ОСТРОВА ТИХОГО ОКЕАНА	ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДРУГОГО ИНДЕЙСКОГО ПЛЕМЕНИ ВАШИНГТОНА
	КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ДРУГОГО ИНДЕЙСКОГО ПЛЕМЕНИ/МЕСТНЫЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ

Подпись родителя / опекуна: _____

Дата: _____

(ПРИМЕЧАНИЕ: Этнические и расовые категории, которые используются в школьном округе Ферндайл, являются такими же, что и во всех других школьных округах штата Вашингтон. Они необходимы в соответствии с требованиями федерального правительства, законодательства штата Вашингтон и Управления по надзору за общественным образованием (OSPI).)

СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕГОСЯ

Данные необходимо вносить (обновлять) в эту форму ежегодно перед началом нового учебного года. Просим как можно скорее заполнить эту форму и передать ее в школу, в которой учится ваш ребенок.

Полное имя ученика: _____ Учебный год: _____

Наименование школы: _____ Класс: _____ Дата рождения ученика: _____

СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЯХ РЕБЕНКА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧЕСТЬ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

- Диабет (ЕК) Дата постановки диагноза: _____ Мой ребенок использует для инъекций инсулина:** инсулиновую помпу инсулиновый шприц-ручку инсулин во флаконах / шприц
- Эпилепсия (НР) Моему ребенку необходима экстренная медикаментозная помощь при судорожных припадках.**
*Наименование лекарственного средства: _____
- Сведения об особых потребностях ребенка, которые необходимо учесть при планировании мероприятий по охране здоровья –** У моего ребенка имеются особые медицинские потребности, в частности, он нуждается в зондовом питании, использует дыхательную трубку, у него установлен катетер, система для внутривенного введения медикаментов или что-либо другое. Медицинская помощь, в которой нуждается учащийся.
Опишите, пожалуйста, расстройство(а) здоровья, имеющиеся у вашего ребенка:

- Вспомогательные средства, используемые при ходьбе –** Моему ребенку необходимы специальные вспомогательные средства для ходьбы, в частности, коляска для лиц с ограниченными физическими возможностями, ходунки. _____

РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ

Если ребенок страдает астмой или аллергией в легкой или умеренной форме, внесите необходимые данные в расположенное ниже поле "Расстройства здоровья"

- Расстройства здоровья, **представляющие угрозу для жизни** (ОВ), при наличии которых необходимо использовать *автоматический инжектор эпинефрина Аллергия Астма
Аллерген(ы): _____
- Другое** расстройство здоровья, представляющее угрозу для жизни:

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ / ОПЕКУНОВ: Медсестра **должна** получить сведения о расстройствах здоровья учащегося, **ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ** (в частности, о тяжелой форме аллергии с анафилаксией, диабете, тяжелой форме астмы), **до начала учебного года**, поскольку для такого ребенка необходимо разработать Индивидуальный план мероприятий по охране здоровья (в соотв. с п. 28А.210.320 свода пересмотренных законов штата Вашингтон). Сообщите соответствующие сведения в школу, в которой учится ваш ребенок, чтобы для него своевременно был разработан план мероприятий по охране здоровья и/или обеспечено наличие необходимых лекарственных средств в школе.

РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ

Отметьте расстройства здоровья, которые имеются или имелись ранее у вашего ребенка:

- Синдром дефицита внимания / Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГА) (NB)
- Онкологическое заболевание (Т_) Психическое расстройство (Р_)
- Аллергии (Е_) в легкой или умеренной форме (обведите соответствующий вариант) Нарушения развития Неврологическое расстройство / Черепно-мозговая травма (N_)
- Астма в легкой форме (RB) **нет необходимости** в использовании ингалятора в школе Нарушения слуха или зрения (У_) Нарушения скелетно-мышечного аппарата (M_)
- Астма в умеренной форме (RC) **есть необходимость** в использовании ингалятора в школе Нарушения сердечной деятельности (С_) Другое _____
- Заболевания крови (В_)

Если вы отметили какое-либо из приведенных выше расстройств здоровья / медицинскую проблему, приведите, пожалуйста, пояснения: _____

*Для использования этого лекарственного средства необходимо специальное разрешение на применение медицинского препарата в школе и перед посещением школы.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если ребенку нужна будет неотложная медицинская помощь, и окажется невозможным немедленно связаться с родителем / опекуном и лицензированным поставщиком медицинских услуг, указанными на медицинской карте ребенка, а руководство школы посчитает, что лечение или наблюдение врача необходимо обеспечить безотлагательно, я уполномочиваю и поручаю руководству школы в такой ситуации отправить моего ребенка (с соответствующим сопровождающим лицом) в то лечебное учреждение или к тому лицензированному поставщику медицинских услуг, к которому ребенка можно доставить в кратчайший срок. Я осознаю и подтверждаю, что приму на себя полную ответственность за оплату любых оказанных услуг.

Сведения об отмеченных выше расстройствах здоровья могут в случае необходимости доводиться до соответствующих сотрудников школы.

Полное имя родителя / опекуна: _____ Дата: _____ Номер телефона: _____

Впишите печатными буквами



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
 Signed COE on File? Yes No

Заполнять печатными буквами. Инструкции по заполнению и печати формы с помощью системы Washington State Immunization Information System (IIS, Информационная система по иммунизации штата Вашингтон) приведены на обратной стороне листа.

Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Второй инициал:** _____ **Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)** _____

Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.

Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.

X _____
Подпись родителя/опекуна **Дата**

X _____
Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно **Дата**

	Дата ДД/ММ/ГГ	Дата ДД/ММ/ГГ	Дата ДД/ММ/ГГ	Дата ДД/ММ/ГГ	Дата ДД/ММ/ГГ	Дата ДД/ММ/ГГ
Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение						
▲ Требуется для школы						
● Требуется для дошкольного учреждения						
●▲ DTap (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)						
▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)						
●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)						
●▲ Гепатит В						
● Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b)						
●▲ IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV)						
●▲ OPV (ОПВ — полиомиелит)						
●▲ MMR (КПК — корь, паротит, краснуха)						
● PCV/PPSV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция)						
●▲ Ветряная оспа (ветрянка)						
<input type="checkbox"/> История болезни, проверенная в системе IIS						
Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)						
Грипп						
Гепатит А						
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)						
MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа А, С, W, Y)						
MenB (менингококковая инфекция типа В)						
Ротавирус						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.

Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶ _____

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶ _____

Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____

If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Инструкции по заполнению свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS, Свидетельство о состоянии иммунизации). Распечатайте форму из системы Immunization Information System (IIS) или заполните ее вручную.

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:

Узнайте, вводит ли ваше медицинское учреждение информацию об иммунизации в систему WA Immunization Information System (единый реестр штата Вашингтон). Если так, попросите распечатать свидетельство CIS из системы IIS, и данные об иммунизации вашего ребенка будут заполнены автоматически. Вы также можете распечатать свидетельство CIS дома, зарегистрировавшись в системе MyIR и войдя в нее на странице <https://wa.myir.net>. Если ваше медицинское учреждение не использует систему IIS, обратитесь по электронной почте или телефону в Department of Health (Управление здравоохранения), чтобы получить копию свидетельства CIS своего ребенка: waisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Чтобы заполнить форму вручную:

1. Напишите печатными буквами имя и дату рождения своего ребенка и поставьте подпись в указанном месте на странице 1.
2. Укажите дату введения каждой вакцины в столбце «Дата» (в формате ДД/ММ/ГГ). Если ребенку введена комбинированная вакцина (один укол, защищающий от нескольких заболеваний), следуйте указаниям приведенного ниже справочного руководства, чтобы правильно записать данные для каждой вакцины. Например, препарат Pediarix следует указать для дифтерии, столбняка и коклюша как «DTaP», вакцину от гепатита В как «Hep B», а от полиомиелита — как «IPV».
3. Если ребенок перенес ветрянку (ветряную оспу), но не был привит, для соответствия требованиям школы врач должен проверить информацию о его заболевании.
 - Если врач может удостовериться, что ребенок перенес ветрянку, попросите его поставить соответствующую галочку в разделе Documentation of Disease Immunity (Документация об иммунитете к заболеваниям) и подписать форму.
 - Если работники школы увидят в системе IIS подтверждение того, что ребенок перенес ветрянку, они поставят галочку напротив ветряной оспы в разделе вакцинации.
4. Положительный результат анализа крови (титр) на антитела у ребенка свидетельствует о наличии у него иммунитета к заболеванию. В этом случае врач должен поставить галочки напротив соответствующих заболеваний в разделе Documentation of Disease Immunity и подписать форму, указав дату. К этому свидетельству CIS необходимо приложить результаты лабораторных анализов.
5. Предоставьте подтверждение записей, заверенных медицинским учреждением, в соответствии с приведенными ниже руководствами.

Приемлемые медицинские записи

Все записи о вакцинации должны быть заверены медицинским учреждением. Например:

- Форма свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS), распечатанная из системы Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR или системы IIS другого штата с указанием дат вакцинации.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS, удостоверенная подписью врача.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS и приложенная форма с записями о вакцинации из электронной медицинской карты в системе медицинского учреждения, удостоверенные подписью или печатью врача. Директор школы, медсестра или другое уполномоченное лицо должны проверить правильность указания дат в свидетельстве CIS и подписать форму.

Условный допуск

Дети могут быть условно допущены к посещению школы или дошкольного учреждения и пребыванию в них, даже если они не получили все обязательные для этого вакцины. (Между введением доз вакцин в курсе вакцинации существует минимальный интервал, поэтому для завершения соответствующего курса ребенку требуется определенное время. Это значит, что дети могут посещать школу или дошкольное учреждение во время ожидания следующей дозы вакцины.) Для получения условного допуска для ребенка должен быть составлен график вакцинации с учетом всех полагающихся доз вакцин перед началом посещения школы или дошкольного учреждения.

Ученики с условным допуском могут посещать школу в течение минимально допустимого периода ожидания следующей вакцинации и еще 30 дней, отведенных на предоставление документов, подтверждающих ее проведение. Если ученику требуется завершить несколько курсов вакцинации, условный допуск будет продлеваться схожим образом, пока все обязательные вакцины не будут введены.

Если по истечении 30-дневного периода условного допуска документы не будут предоставлены в школу или дошкольное учреждение, ученику будет запрещено их дальнейшее посещение согласно положению RCW 28A.210.120 (раздел 28A.210.120 Свода законов штата Вашингтон с поправками). К приемлемой документации относятся доказательства наличия иммунитета к соответствующему заболеванию, медицинские записи о вакцинации или заполненная форма свидетельства Certificate of Exemption (COE, Свидетельство об освобождении).

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 November 2019



Ferndale School District

PO Box 698, Ferndale WA 98248

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).

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

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

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

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.**

Kim Bunch 360/3839432 kim.bunch@ferndalesd.org

Районная служба Телефон

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(a)(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(a)(2)(C));
 - (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:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)

**Уведомление и требования относительно посещения согласно закону Бекка
Школьный округ Ферндейл**

Информация об учащемся 2020/21 учебный год

Имя ученика	Год окончания	Пол
Номер учащегося	Дата рождения	Возраст

В соответствии с законом штата (RCW 28A.225), учащиеся обязаны постоянно посещать школу без неоправданного отсутствия, пропусков или опозданий. Если учащийся накапливает 7 (семь) дней отсутствия без причины в течение одного месяца (один день состоит из более, чем половины школьного дня) или 10 (десять) дней в течение учебного года, это может привести к подаче заявления (в соответствии с законом Бекка) в суд по делам несовершеннолетних, что несет за собой соответствующие санкции. Такие санкции могут включать написание дополнительных очерков, учебные классы, общественную работу, различные виды принудительного задержания после уроков. На родителей также может быть наложен штраф в размере до 25,00 долларов за каждый пропущенный без причины день.

Предоставление информации

- Я понимаю, что за каждый пропущенный мною день школы мои родители/опекун будут вынуждены предоставить объяснение причины моего отсутствия в течение 2 (двух) дней с момента моего появления в школе: написать письменное объяснение, послать электронное письмо или позвонить в школу.
- Им необходимо будет предоставить причину отсутствия.
- В случае непредоставления причины или предоставления недостаточной причины, как определено в Политике школы № 3122P, отсутствие будет считаться беспричинным.

Беспричинное отсутствие:

- Я понимаю, что если я накоплю 7 (семь) дней отсутствия без причины в течение любого месяца (один день состоит из более, чем половины школьного дня) или 10 (десять) дней в течение учебного года, это может привести к подаче заявления (в соответствии с законом Бекка) в суд по делам несовершеннолетних.
- Я понимаю, что если я пропущу 20 (двадцать) дней школы подряд, меня исключат из школы.

Отсутствие по причине:

- Я понимаю, что если я накоплю 15 (пятнадцать) дней отсутствия по причине в течение одного года, может понадобиться справка врача за каждые два дня недели отсутствия по причине. В таком случае мое отсутствие будет считаться отсутствием по причине. Без справки от врача мое отсутствие может быть принято как отсутствие без причины.
- В случае пропусков школы 20 (двадцать) дней подряд меня исключат из школы, а соответствующее заявление (согласно закону Бекка) будет подано в суд по делам несовершеннолетних.

Исключение:

- Я понимаю, что если секретарь или регистратор школы не получит от меня заявление на получение выписки в течение 10 (десяти) дней после моего исключения, то соответствующее заявление (согласно закону Бекка) будет подано в суд по делам несовершеннолетних.

Заявление учащегося

Я, _____, обязуюсь посещать ежедневные занятия, не опаздывая и не пропуская их по неуважительной причине.

Учащийся или родитель/подпись опекуна за учащегося _____

Дата _____

Заявление родителя/опекуна

Своей/нашей подписью ниже в роли опекуна учащегося _____ я/мы выражаем согласие ежедневно посылать его/ее в школу: своевременно и без беспричинных пропусков.

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____

Критерии пропусков школы по уважительной причине (для более детальной информации см. Политику № 3122P):

А. Участие в деятельности, одобренной школой	Б. Отсутствие по причине хронического заболевания
В. Отсутствие ввиду болезни, плохого самочувствия, чрезвычайных обстоятельств в семье или из-за религиозных соображений	Г. Длительная болезнь или плохое самочувствие
Д. Отсутствие с целью участия в мероприятиях, одобренных родителями – закон «Бекка». 2 изд. 6/2016	Е. Отсутствие ввиду дисциплинарных мер – или временное отстранение



Управление инспектора государственных школ
(Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI)
Анкета о языке домашнего общения

Анкета о языке домашнего общения выдается всем поступающим в школы штата Вашингтон.

Имя и фамилия учащегося:	Класс:	Дата:
Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Подпись родителя/опекуна _____		
<p>Право на услуги письменного и устного перевода Укажите предпочитаемый язык, чтобы при необходимости мы могли бесплатно предоставить вам устного переводчика или переведенные документы.</p>	<p>Все родители имеют право получать информацию об образовании своего ребенка на понятном им языке.</p> <p>1. На каком языке (языках) ваша семья предпочла бы общаться с представителями школы? _____</p>	
<p>Право на поддержку развития языковых навыков Информация о языке учащихся поможет выявить тех, кто имеет право на поддержку развития языковых навыков, необходимых для успешной учебы. Для определения потребности в языковой поддержке может понадобиться тестирование.</p>	<p>2. Какой язык ребенок начал учить первым? _____</p> <p>3. Какой язык ребенок использует дома чаще всего? _____</p> <p>4. Какой язык большинство домочадцев используют дома чаще всего? _____</p> <p>5. Получал ли ребенок поддержку развития навыков английского языка в предыдущей школе? Да___ Нет___ Не знаю___</p>	
<p>Полученное ранее образование Информация о стране рождения ребенка и полученном им ранее образовании.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщите о знаниях и навыках, с которыми ребенок идет в школу. • Может помочь школьному округу получить дополнительное финансирование для поддержки ребенка. <p>Данная анкета не используется для выявления иммиграционного статуса учащихся.</p>	<p>6. В какой стране родился ребенок? _____</p> <p>7. Получал ли ребенок официальное образование вне США? (Классы с подготовительного по 12-й) ___Да___Нет</p> <p>Если да: количество месяцев: _____ язык обучения: _____</p> <p>8. Когда ребенок впервые стал посещать школу в США? (Классы с подготовительного по 12-й)</p> <p>_____</p> <p>Месяц Число Год</p>	

Благодарим за заполнение анкеты о языке домашнего общения. С вопросами по этой форме или по услугам, предлагаемым в школе вашего ребенка, обращайтесь в свой школьный округ.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.



ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФЕРНДЕЙЛ № 502
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

№ 2314 Р-1
Приложение 1

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ (УЧАЩИМСЯ)

К сведению родителей или опекунов:

Учащимся школьного округа Ферндейл (ШОФ) предоставляется непосредственный доступ к Интернету и компьютерной сети ШОФ. Возможность пользоваться этими ресурсами сопряжена с ответственностью. Все учащиеся должны знать правила пользования Интернетом и компьютерной сетью округа и согласиться соблюдать эти правила. Школьный округ использует программное обеспечение и средства фильтрации контента для предотвращения возможности доступа учащихся в режиме онлайн к материалам, не соответствующим нормам морали и нравственности. Пользователи компьютерной сети школьного округа должны подписать "Соглашение об использовании технических ресурсов". Прочтите этот документ, обсудите содержащиеся в нем сведения со своим ребенком и поставьте подпись в поле на оборотной стороне. Родители и учащиеся должны внести соответствующие сведения в "Соглашение об использовании технических ресурсов" до первого использования этих технических средств (обычно это происходит в процессе обучения в начальной школе), а также в начале школьного года в седьмом и девятом классах. Просим вас также учесть, что в некоторых школах может оказаться необходимым ежегодно оформлять этот документ.

К сведению учащегося:

Пользование компьютерной сетью не является неотъемлемым правом учащегося и предоставляется ему в качестве привилегии. Нарушение правил пользования компьютерной сетью может повлечь за собой лишение возможности пользования этим ресурсом. В любой компьютерной системе проблемы ее безопасности имеют высший приоритет; особенно это касается компьютерной системы, доступ к которой имеет большое количество пользователей. При выявлении проблемы, относящейся к безопасности компьютерной системы, пользователь обязан сообщить о ней персоналу и не должен демонстрировать эту проблему другим пользователям. Учащиеся несут ответственность за соблюдение правил пользования школьными компьютерными сетями точно так же, как за соблюдение правил поведения в классах и коридорах школы.

**Подпишите этот документ и передайте его в
канцелярию школы, библиотеку либо туда, куда указал ваш учитель**

Приведенные ниже сведения представляют собой адаптированные фрагменты / выписки из документа "Технические ресурсы. Процедура № 2314 Р-1, принятая администрацией школьного округа Ферндейл". С полным текстом процедур и политики № 2314, принятых администрацией школьного округа, можно ознакомиться на интернет-сайте ШОФ.

Личная безопасность в сети Интернет:

1. **НЕ** раскрывайте свои контактные данные (адрес, номер телефона и т.п.) при использовании компьютерной сетью в режиме онлайн
2. Без разрешения родителей **НЕ** соглашайтесь на встречи с людьми, с которыми вы вступили в контакт через Интернет
3. **НЕ** сообщайте никому персональные данные и конфиденциальные сведения о себе и других
4. Если вы получили какое-либо сообщение неуместного характера либо неприятное вам, сообщите об этом своему учителю или другому сотруднику школы

ЭТОТ ДОКУМЕНТ НЕОБХОДИМО ПОДПИСАТЬ,
чтобы учащемуся была предоставлена возможность пользоваться какими бы то ни было техническими средствами школьного округа Ферндейл

Надлежащее пользование компьютерной сетью:

Вы должны использовать свою учетную запись пользователя для **поддержки учебного процесса и связанных с ним исследований.**

Недопустимое использование компьютерной сети:

К НЕДОПУСТИМЫМ ДЕЙСТВИЯМ относятся, в частности:

1. Демонстрация изображений или передача сообщений, имеющих явно выраженный сексуальный или порнографический характер, содержащих пошлости, непристойности или иным образом нарушающих нормы морали и нравственности
2. Использование ненормативной лексики или контента
3. Участие в оскорбительных и/или содержащих угрозы нападок и травле отдельных лиц или групп через Интернет
4. Нанесение вреда компьютерам, компьютерной системе или компьютерным сетям
5. Нарушение законодательства об авторском праве
6. Использование паролей других пользователей
7. Вмешательство в работу других пользователей в т.ч. в их компьютеры, папки, рабочий контент или файлы
8. Избыточное использование ограниченных ресурсов (сверх лимита времени, определенного администрацией / сотрудниками)
9. Использование компьютерной сети в коммерческих, личных или политических целях
10. **Пользование личной электронной почтой или не связанный с учебной просмотр интернет-сайтов в часы занятий в школе**
11. Внесение изменений в оборудование школьного округа или подключение личных технических средств к компьютерной сети без письменного разрешения
12. Осуществление доступа к любому компьютеру без получения конкретного разрешения на такой доступ
13. Подключение собственных электронных устройств (айподов, программируемых устройств, смартфонов, интернет-планшетов, ноутбуков и т.п.) к компьютерной сети ШОФ

Электронная почта учащихся

Школьный округ Ферндейл недавно создал для всех учащихся учетные записи пользователей *Google Apps for Education*, предназначенные для использования в образовательных целях, которые позволяют при необходимости пользоваться электронной почтой. ШОФ предоставляет эту возможность, поскольку такое требование содержится в схеме оценивания и постановлениях федерального органа "с целью предоставления всем учащимся возможности использовать в школах компьютеры, компьютерные сети и средства связи (в т.ч. электронную почту) для целей, связанных с обучением, и при соблюдении установленных правил". Учащиеся школ ШОФ должны уметь эффективно и с соблюдением установленных правил пользоваться электронной почтой. Необходимость овладения этими навыками отражена в **Основных требованиях к учебному процессу K-12 в штате Вашингтон (EALR) и Требованиях к навыкам пользования техническими средствами обучения, подлежащими освоению в соответствующих классах.** В частности, п. 2.3. документа "EALR 2" "Соблюдение правил пользования компьютерными сетями" предусматривает овладение навыками "общения по электронной почте со сверстниками и учителями". В соответствии с этими требованиями учащиеся школьного округа Ферндейл должны использовать свои учетные записи пользователей электронной почты *Google Apps*, созданные для них ШОФ, для переписки в пределах округа и школы.

Эта учетная запись пользователя предоставляется учащемуся при поступлении в школу округа и будет доступна для использования в целях, связанных с учебным процессом, в течение всего срока его обучения в школьном округе Ферндейл. Однако эти учетные записи пользователей можно активировать только для учеников **6^{го} класса и старше** (для учащихся младших классов активировать учетную запись можно по специальному запросу учителя для использования в его/ее классе). Кроме доступа к электронной почте *Google Mail* эта учетная запись пользователя дает возможность использовать программные средства *Google Docs* (текстовый редактор, календарь и электронные таблицы), предназначенные для совместной работы учащихся; программные средства *Google Sites*, предназначенные для разработки интернет-сайтов, а также другие инструментальные программы, связанные с учебным процессом.

Более подробные сведения о защите персональных данных пользователей, особенностях доменов и средств управления, соответствующих Соглашению об использовании ресурсов Google в образовательных целях (Google Academic Agreement) представлены на интернет-сайте:

http://www.google.com/apps/intl/en/terms/education_terms.html

ЭТОТ ДОКУМЕНТ НЕОБХОДИМО ПОДПИСАТЬ,

чтобы учащемуся была предоставлена возможность пользоваться **какими бы то ни было** техническими средствами школьного округа Ферндейл

Заявление учащегося (необходимо подписать)

Я понимаю "Политику соглашения об использовании технических средств", обязуюсь соблюдать содержащиеся в ней требования и ответственно относиться к использованию компьютерной сети. Я также понимаю, что любое нарушение правил, содержащихся в этом документе, может повлечь за собой применение дисциплинарных мер воздействия, а также может представлять собой уголовное преступление. Если я каким-либо образом нарушу установленные правила, мне могут заблокировать доступ к компьютерной сети, применить ко мне дисциплинарные меры воздействия или предъявить судебный иск.

Полное имя учащегося (печатными буквами) _____

Подпись _____

Дата _____

Разрешение родителя или опекуна (это соглашение должен также прочесть и подписать родитель или опекун учащегося, не достигшего возраста 18 лет)

Я, родитель / опекун данного учащегося, прочел данную "Политику соглашения об использовании технических средств". Я понимаю, что предоставляемый учащемуся доступ к компьютерной сети предназначен только для целей, связанных с учебным процессом. Я признаю, что школьный округ Ферндейл не может абсолютно исключить возможность доступа к содержащейся в Интернете или на других ресурсах компьютерной сети информации и контенту, имеющих оскорбительный, вредный, непристойный характер или иным образом нарушающих нормы морали и нравственности, и не буду возлагать на школьный округ ответственность за информацию и контент, полученные данным учащимся из компьютерной сети. Я понимаю, что данное соглашение будет храниться в документах школы.

Я также понимаю, что время от времени учитель или школа может пожелать опубликовать на интернет-сервере, доступном через сайты персонала школы или школьного округа, примеры проектов, разработанных учениками, неидентифицированные фото учеников и другие работы учащихся.

Обведите, пожалуйста, соответствующие варианты ответов.

Мой ребенок может пользоваться Интернетом и электронной почтой в школе (под надзором учителя) в соответствии с установленными правилами. **Да Нет**

Работа, выполненная моим ребенком, может быть опубликована в Интернете с целью ее использования в классе / школе. **Да Нет**

Полное имя родителя / опекуна (печатными буквами) _____

Подпись _____

Дата _____

****Дополнительные сведения можно получить, обратившись к директору школы, в которой учится ваш ребенок, либо в Технологический отдел школьного округа Ферндейл****

Дата вступления в силу 12.10.1995 г.

Дата пересмотра 10.06.2010 г.

ЭТОТ ДОКУМЕНТ НЕОБХОДИМО ПОДПИСАТЬ,
чтобы учащемуся была предоставлена возможность пользоваться какими бы то ни было техническими средствами школьного округа Ферндейл



ОФИЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О МЕСТЕ ЖИТЕЛЬСТВА УЧАЩЕГОСЯ

Для определения юридического местожительства учащегося по отношению к территориям, закрепленным за муниципальными школами округа Ферндейл, используется приведенное ниже определение:

Определение места жительства согласно ст. 392-137-115(13) Административного кодекса штата Вашингтон. Используемый в этой главе термин "местожительство учащегося" означает реальный адрес, по которому проживает учащийся, т.е. здание, жилой дом, квартиру, помещение, организацию или объект и т.п., в котором учащийся проживает большую часть времени.

Применяя понятие местожительства в рамках этого раздела, необходимо учитывать следующее:

- 1. Почтовый адрес учащегося, например, адрес его родителей и место нахождения их абонентного почтового ящика может не совпадать с основным местом жительства учащегося.*
- 2. Основное место жительства учащегося может не совпадать с основным местом жительства его родителя (родителей).*
- 3. Отсутствие почтового адреса у учащегося не исключает наличия у него места жительства в том смысле, который используется в рамках данного раздела.*
- 4. В случае, когда предполагается, что учащиеся проживают по данному адресу в течение двадцати или более дней подряд.*

С целью завершения процесса регистрации вашего ребенка и выдачи ему пакета документов календарного планирования необходимо приложить экземпляр недавно выписанного счета на оплату за электроэнергию или газ (счета на оплату водоснабжения и/или водоотведения не принимаются в качестве доказательства адреса), на котором указано ваше имя и адрес, по которому вы проживаете в данное время.

В соответствии с Административным кодексом штата Вашингтон (определений, содержащихся в ст. 392-137-155 АКВ) я подтверждаю нижеследующее:

Учащийся (указать полное имя)

на законных основаниях проживает по адресу

Я понимаю, что в случае, если будет установлено, что учащийся не проживает по указанному выше адресу, он / она будет исключен из учебного заведения школьного округа Ферндейл.

Подпись родителя / законного опекуна

Дата

Полное имя родителя / законного опекуна (печатными буквами)

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФЕРНДЕЙЛ ПРАВИЛА И УКАЗАНИЯ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ СОБЛЮДАТЬ УЧАЩИЕСЯ, ПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ШКОЛЬНЫМИ АВТОБУСАМИ

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ШКОЛЬНЫМ АВТОБУСОМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ УЧАЩИМСЯ В КАЧЕСТВЕ ПРИВИЛЕГИИ. Учащиеся, не соблюдающие установленные правила, могут быть лишены возможности пользоваться школьным автобусом. Ежедневно школьные автобусы доставляют из дома в школы и обратно около 2500 учащихся. Кроме того, учащихся доставляют на спортивные соревнования, музыкальные конкурсы и представления, к местам проведения экскурсий и на другие мероприятия, утвержденные администрацией. Приведенные ниже правила установлены с целью обеспечения безопасности и благополучия учащихся, пользующихся автобусами школьного округа Ферндейл.

- **С ЦЕЛЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ "НУЛЕВЫХ" КЛАССОВ УСТАНОВЛЕНО ПРАВИЛО: При выходе учащегося "нулевого" класса из автобуса должен присутствовать его родитель, опекун или назначенное ответственное лицо.**

A. ПРАВИЛА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ДО ПОСАДКИ В АВТОБУС

1. Прийти на соответствующую остановку школьного автобуса необходимо за пять минут до запланированного времени посадки. Автобус должен следовать по расписанию и не может ждать опаздывающих учащихся.
2. Если необходимо идти пешком вдоль дороги, двигайтесь по левой стороне лицом к встречному потоку транспорта. Идите по обочине или тротуару (при наличии).
3. Переходите проезжую часть шагом, не бегите через дорогу. Перед тем, как ступить на проезжую часть дороги, посмотрите налево и направо. При наличии автобуса переходить дорогу нужно не за ним, а перед автобусом на расстоянии не менее 3 м (10 футов). При этом всегда следует дожидаться разрешающего сигнала водителя.
4. Ожидая автобус, не выходите на проезжую часть. При наличии тротуара стойте на нем. Не устраивайте возню на остановке автобуса. Уважительно относитесь к частной собственности владельцев близлежащих домов. Не бегите рядом с движущимся автобусом.
5. Перед посадкой в автобус станьте в очередь по одному, не выходя на дорогу, и не подходите к автобусу до тех пор, пока он полностью не остановится. Не толкайтесь и не толпитесь.
6. Войдя в автобус, сразу же подойдите к сиденью, сядьте и оставайтесь на нем.
7. Если вы опоздали на автобус, возвращайтесь домой. Попросите родителей или опекуна доставить вас в школу другим способом.

B. ПРАВИЛА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ПРИ ПРОЕЗДЕ В АВТОБУСЕ

1. Выполняйте распоряжения водителя автобуса в т.ч. указания, относящиеся в необходимых случаях к размещению на сиденьях.
2. Не стойте и не сидите на площадке автобуса и ступеньках. В процессе движения автобуса учащиеся должны сидеть на сиденьях лицом по ходу движения и не выставлять ноги в проход между рядами сидений. Проход между рядами сидений и передняя площадка автобуса должны быть свободными; не кладите там книги, упаковки с едой, которую вы берете с собой в школу, верхнюю одежду, свертки и музыкальные инструменты. Выходя из автобуса, не забывайте в нем свои вещи.

(продолжение)

3. Ведите себя так, чтобы не отвлекать водителя и не беспокоить других пассажиров. Во время движения автобуса не разговаривайте с водителем за исключением чрезвычайных ситуаций или других случаев, когда это важно.
4. Соблюдайте тишину при подъезде автобуса к железнодорожному переезду и пересечении железнодорожной колеи, чтобы водитель мог слышать звук приближающегося поезда.
5. Пользуйтесь только назначенным для вас автобусом и выходите только на своей остановке. Чтобы учащийся мог воспользоваться другим автобусом для проезда или выйти не на своей остановке, родитель должен письменно обратиться к директору школы или соответствующему должностному лицу. В этом случае учащемуся выдадут пропуск в автобус, который необходимо сдать водителю.
6. Обо всех повреждениях автобуса необходимо сообщать водителю. Учащиеся обязаны возместить затраты на ремонт автобуса и/или других транспортных средств, поврежденных в результате вандализма или нарушения правил пользования.
7. Перед тем, как открывать окно, нужно спросить разрешения у водителя. Согласно законодательству штата, ширина открытого проема окна автобуса не должна превышать 12,7 см (5 дюймов). Никогда не высовывайте из автобуса наружу руки, голову, ноги и пр. Не просовывайте и не передавайте предметы через открытые окна автобуса.
8. Не берите с собой в автобус ножи, острые предметы, изделия из стекла, огнестрельное оружие, животных, а также крупные предметы, которые учащийся не может разместить у себя на коленях. Предметы, которые могут разрушиться или пролиться в процессе езды, приведя к беспорядку, необходимо перевозить в закрытой упаковке (мешке, коробке и т.п.)
9. Сквернословие строго воспрещается. При нахождении в автобусе запрещается употреблять и иметь при себе табак, алкогольные напитки, наркотические средства или приспособления для их употребления, а также спички / зажигалки. Нарушение этого требования влечет за собой запрет на пользование автобусом на 5 (пять) дней или на более длительный срок. Наличие указанных предметов у учащегося может, на усмотрение директора, повлечь за собой отстранение от занятий в школе.
10. Для утилизации использованной бумаги, упаковок от еды и других ненужных предметов используйте имеющиеся емкости для мусора.
11. Огнетушитель, аптечку и аварийный выход необходимо использовать только в чрезвычайных ситуациях и с разрешения водителя или другого ответственного лица. Не садитесь на сиденье водителя и не прикасайтесь к приборам на приборной панели автобуса.
12. Не вставайте с сиденья до полной остановки автобуса. При выходе из автобуса не толпитесь. Если не указано иного, учащиеся, сидевшие на передних сиденьях, выходят из автобуса первыми.

С. ПРАВИЛА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ПОСЛЕ ВЫХОДА ИЗ АВТОБУСА

1. Если после выхода из автобуса необходимо перейти на другую сторону дороги, переходите через проезжую часть перед автобусом на расстоянии не менее 3 м (10 футов) от него. Не прикасайтесь к поперечине и не перепрыгивайте через нее. Перед тем, как ступить на проезжую часть дороги, посмотрите налево и направо, чтобы убедиться в отсутствии транспортных средств, подъезжающих с обеих сторон. Посмотрите на водителя, он подаст вам сигнал, если переходить дорогу будет опасно. Переходите проезжую часть шагом, не бегите через дорогу.
2. Не обступайте автобус и не бегите рядом с ним, когда он движется.
(продолжение)

3. Не бросайте мячи, камни или какие-либо другие предметы на участок, на котором останавливается школьный автобус
4. Идите по обочине или тротуару (при наличии). Если необходимо идти пешком вдоль дороги, двигайтесь по левой стороне лицом к встречному потоку транспорта.
5. Выйдя из автобуса, идите прямо домой.

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ НАРУШЕНИЙ УСТАНОВЛЕННЫХ ПРАВИЛ

Обеспечение безопасности является важнейшим вопросом. В случае нарушения учащимся правил, изложенных в данном документе, составляется протокол о несоблюдении правил пользования школьным автобусом. Водитель автобуса передает экземпляр составленного протокола учащемуся. Учащийся должен принести протокол домой, дать на подпись родителю / опекуну и затем отдать водителю автобуса. Только после этого ему будет разрешено вновь воспользоваться школьным автобусом. Транспортная служба передаст протокол о несоблюдении правил пользования школьным автобусом по факсу или пришлет его по почте директору школы, который после принятия решения о том, какие меры необходимо принять, передаст протокол водителю автобуса. Директор школы может вызвать родителя / опекуна учащегося для беседы с целью обсудить нарушение правил и его последствия. Экземпляр составленного протокола будет храниться в документах транспортной службы.

Аппликация на Библиотечную Карточку для Детей, Подростков и Взрослых

03/2016

КТО МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ КАРТОЧКУ:

Жители Whatcom County, владельцы недвижимости в Whatcom County, и люди, которые работают на работодателей из Whatcom County имеют право получить библиотечную карточку WCLS. Не постоянные жители должны покупать библиотечную карточку за годовую плату чтобы брать материалы. Несовершеннолетние ниже 18 лет могут получить библиотечную карточку с подписью родителя или опекуна. Подпись родителя/опекуна не требуется для несовершеннолетних, которые очевидно независимы от родителей, как, например, чрез брак.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ АППЛИКАНТА:

Имя (Фамилия, Имя, Отчество): _____

День Рождения: ____ - ____ - ____
 М М Д Д Г Г Г Г

Адрес: _____

Почтовый Адрес (если другой): _____

Город: _____ Штат: _____ Зип Код: _____

Телефон: _____ Электронный адрес: _____

Библиотечный пин-код (Последние четыре цифры вашего телефона или введите другой номер здесь):

Мне 18 лет или больше

Мне меньше 18 и мой родитель или опекун будет отвечать за этот счет. Пожалуйста, смотрите раздел

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ:

Пожалуйста, напечатайте имена родителей или опекунов которые проживают по этому адресу:

Родители, пожалуйста выберите ОДИН уровень фильтра для вашего ребенка меньше 18 лет:

W0 Не пользоваться интернет в библиотеке W1 Полный доступ к интернету в библиотеке W2

Доступ к фильтрованному интернету в библиотеке

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫМ ВЫ РАЗРЕШАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ВАШИ ЗАКАЗЫ:

ПОДПИСИ

Я соглашаюсь принять полную ответственность за все материалы, выданные мне или моим подопечным, своевременно оплачивать пеню или штрафы за потерянные или испорченные материалы и немедленно извещать о потере карточки или перемене адреса. Я понимаю, что неисполнение правил WCLS библиотек может привести к потере права пользования библиотекой. Я понимаю что библиотеки WCLS и/или Фонд Библиотек Whatcom County (WCLF) может иногда присылать мне информацию о библиотечных программах и услугах. WCLS и WCLF не будет делиться или продавать мою персональную информацию.

Подпись Взрослого (18 лет и выше) или Родителя Подпись Ребенка или Подростка (необязательно)

Staff use: P/G ID ____ Alt Add ____ Filter Level ____ PUH Block ____ No email ____ Ph Notices in Eng ____ Span ____ ReadOn ____ Reg By ____ Checked ____

Инструкции

Настоящая форма предназначена для регистрации с целью голосования или обновления вашей нынешней регистрации.

Впишите всю информацию разборчивыми печатными буквами черной или синей ручкой. Отправьте заполненную форму по почте в избирательный отдел вашего округа (адрес приведен на обороте).

Сроки

Настоящая регистрация будет считаться действительной для голосования на следующих выборах, если на ней будет стоять почтовый штамп с датой не позднее понедельника за четыре недели до Дня Выборов.

Голосование

Вы получите свой избирательный бюллетень по почте. Свяжитесь с избирательным отделом вашего округа для ознакомления с вариантами доступного голосования.

Общедоступная информация

Ваше имя, адрес, пол и дата рождения являются общедоступной информацией.

Уведомление

Предоставление заведомо ложных сведений относительно своей личности или своего соответствия требованиям регистрации для голосования является тяжким преступлением класса С и наказуемо лишением свободы сроком на 5 лет, штрафом вплоть до \$10,000 или и тем и другим.

Ведомство по распределению общественных льгот

Если вы получили настоящую форму от ведомства по распределению общественных льгот, информация о ведомстве, отправившем вам форму, будет оставаться конфиденциальной и использоваться только в целях регистрации избирателя.

Регистрация или отказ от регистрации не влияет на помощь, получаемую вами от какого-либо ведомства по распределению общественных льгот. Если вы отказываетесь от регистрации, ваше решение остается конфиденциальным.

Если вы считаете, что кто-то нарушает ваше право на регистрацию или ваше право на конфиденциальное принятие решения о желании или нежелании регистрироваться, вы можете подать жалобу в Отдел по Проведению Выборов штата Вашингтон.

Контактные данные

Если вам необходима помощь при заполнении настоящей формы, свяжитесь с Отделом по Проведению Выборов штата Вашингтон.

интернет-страничка www.vote.wa.gov
телефон (800) 448-4881
адрес электронной почты elections@sos.wa.gov
почтовый адрес PO Box 40229
Olympia, WA 98504-0229

Заполняется администрацией:

Форма Регистрации Избирателей Штата Вашингтон

зарегистрируйтесь в интернете по адресу: www.vote.wa.gov.

1 Личная информация

фамилия	имя	отчество
		<input type="radio"/> мужской <input type="radio"/> женский
дата рождения (мм / дд / гггг)		
адрес места жительства в Вашингтоне		квартира #
город		почтовый индекс
почтовый адрес (если отличается от вышеуказанного)		
город		штат и почтовый индекс
номер телефона (по желанию)		адрес электронной почты (по желанию)

2 Требования

Если вы ответили «нет» на какой-либо из этих вопросов, не заполняйте эту форму.

да нет

Я гражданин Соединенных Штатов Америки.

да нет

Ко времени следующих выборов мне будет как минимум 18 лет.

3 Прохождение воинской обязанности/проживание за пределами Соединенных Штатов

да нет

В настоящее время я служу в Вооруженных силах

(включает службу в Национальной гвардии и в Запасе, а также супругов или лиц, находящихся на иждивении и не проживающих дома по причине воинской службы)

да нет

Я проживаю за пределами Соединенных Штатов

4 Удостоверение - номер водительского удостоверения, разрешения на вождение или удостоверения личности (ID), выданных со стороны штата Вашингтон

<input type="text"/>											
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Если у вас нет водительского удостоверения, разрешения на вождение или удостоверения личности (ID), выданных со стороны штата Вашингтон, вы можете вписать последние четыре цифры вашего номера социального удостоверения для регистрации.

x x x - x x -

5 Изменение имени или адреса

Эта информация будет использована для обновления вашей нынешней регистрации, если необходимо.

прежние фамилия	имя	отчество
прежний адрес места жительства		штат и почтовый индекс

6 Заявление

Я заявляю, что факты, изложенные в настоящей форме регистрации избирателей являются достоверными. Я являюсь гражданином Соединенных Штатов; я буду проживать в штате Вашингтон по этому адресу как минимум в течение 30 дней непосредственно перед следующими выборами, на которых я намереваюсь голосовать; на момент голосования мне будет не менее 18 лет; в настоящее время не имеется судебных приказов, лишаящих меня права голосования, и я не нахожусь под наблюдением Управления Исправительных Учреждений по причине признания меня виновным в тяжком уголовном преступлении штатом Вашингтон.

Подпись
здесь

Дата
здесь



Сбор
за почтовое
отправление
первого
класса



Впишите адрес избирательного отдела вашего округа:

Adams County

210 W Broadway, Ste 200
Ritzville, WA 99169
(509) 659-3249

Asotin County

PO Box 129
Asotin, WA 99402
(509) 243-2084

Benton County

PO Box 470
Prosser, WA 99350
(509) 736-3085

Chelan County

350 Orondo Ave Ste. 306
Wenatchee, WA 98801-2885
(509) 667-6808

Clallam County

223 E 4th St, Ste 1
Port Angeles, WA 98362
(360) 417-2221

Clark County

PO Box 8815
Vancouver, WA 98666-8815
(360) 397-2345

Columbia County

341 E Main St, Ste 3
Dayton, WA 99328
(509) 382-4541

Cowlitz County

207 4th Ave N, Rm 107
Kelso, WA 98626-4124
(360) 577-3005

Douglas County

PO Box 456
Waterville, WA 98858
(509) 745-8527 ext 6407

Ferry County

350 E Delaware Ave, Ste 2
Republic, WA 99166
(509) 775-5200

Franklin County

PO Box 1451
Pasco, WA 99301
(509) 545-3538

Garfield County

PO Box 278
Pomeroy, WA 99347-0278
(509) 843-1411

Grant County

PO Box 37
Ephrata, WA 98823
(509) 754-2011 ext. 2793

Grays Harbor County

100 W Broadway, Ste 2
Montesano, WA 98563
(360) 964-1556

Island County

PO Box 1410
Coupeville, WA 98239
(360) 679-7366

Jefferson County

PO Box 563
Port Townsend, WA 98368-0563
(360) 385-9119

King County

919 SW Grady Way
Renton, WA 98057
(206) 296-8683

Kitsap County

614 Division St, MS 31
Port Orchard, WA 98366
(360) 337-7128

Kittitas County

205 W 5th Ave, Ste 105
Ellensburg, WA 98926-2891
(509) 962-7503

Klickitat County

205 S Columbus, Stop 2
Goldendale, WA 98620
(509) 773-4001

Lewis County

PO Box 29
Chehalis, WA 98532-0029
(360) 740-1278

Lincoln County

PO Box 28
Davenport, WA 99122-0028
(509) 725-4971

Mason County

PO Box 400
Shelton, WA 98584
(360) 427-9670 ext 469

Okanogan County

PO Box 1010
Okanogan, WA 98840-1010
(509) 422-7240

Pacific County

PO Box 97
South Bend, WA 98586-0097
(360) 875-9317

Pend Oreille County

PO Box 5015
Newport, WA 99156
(509) 447-6472

Pierce County

2501 S 35th St, Ste C
Tacoma, WA 98409
(253) 798-VOTE

San Juan County

PO Box 638
Friday Harbor, WA 98250-0638
(360) 378-3357

Skagit County

PO Box 1306
Mount Vernon, WA 98273-1306
(360) 416-1702

Skamania County

PO Box 790, Elections Dept
Stevenson, WA 98648-0790
(509) 427-3730

Snohomish County

3000 Rockefeller Ave, MS 505
Everett, WA 98201-4060
(425) 388-3444

Spokane County

1033 W Gardner Ave
Spokane, WA 99260
(509) 477-2320

Stevens County

215 S Oak St, Rm 106
Colville, WA 99114-2836
(509) 684-7514

Thurston County

2000 Lakeridge Dr SW
Olympia, WA 98502-6090
(360) 786-5408

Wahkiakum County

PO Box 543
Cathlamet, WA 98612
(360) 795-3219

Walla Walla County

PO Box 2176
Walla Walla, WA 99362-0356
(509) 524-2530

Whatcom County

PO Box 369
Bellingham, WA 98227-0369
(360) 778-5102

Whitman County

PO Box 191
Colfax, WA 99111
(509) 397-5284

Yakima County

PO Box 12570
Yakima, WA 98909-2570
(509) 574-1340

WA State Elections Division

PO Box 40229
Olympia, WA 98504-0229
(800) 448-4881

Сложить пополам

Сложить пополам