Westerly Public Schools
Central Registration
23 Highland Avenue
Babcock Hall
Westerly, RI 02891
401-315-1502 (call for an appointment)

Registration Packet

注册所需文件/表格：Documents/Forms Required for Registration:

- 完成学生注册包（学前班和幼儿园 注册还必须完成发展调查）
- 孩子的出生证明或护照原件
- 儿童的免疫记录和身体状况
- 居住证明（见下文）
- 保管文件（如适用）
- 父母/监护人驾驶执照/州身份证
- 要为您的孩子预约注册，您必须拨打 401-315-1502 联系学生注册办公室。

如果您在提供任何所需信息时遇到困难，请在安排预约时告知我们。

可接受的居住证明形式：

- **租赁/租赁协议/抵押声明**
- **当前水电费账单**
- **Westerly物业税法案**
- **州住房公函**

你是军人家庭吗？ 请检查以下其中一项：

□现役军人 **□ 警卫** **□ 储备**

Westerly 公立学校的政策是在其教育计划、活动或就业政策中不得因年龄、肤色、性别、国籍、种族、宗教、性取向或残疾而歧视。如需特殊服务，请提前48小时致电401-315-1500.

Westerly 公立学校

学生注册表格（请为每个要注册的孩子填写一份表格）

学生信息 SASID# LASID#

学生姓名_____
First 名字 Middle 中间名 Last 姓

首选名称_____ 性别_____男**M/F女**_____ 出生日期: _____

出生地:_____ 进入年级_____ 学年 _____

学生居住信息

家庭地址 _____
街道地址 Apt # 城市 状态 邮编

邮寄地址（如果与上述不同）_____家庭电话_____

您目前是否与其他家庭共享您的家？ 是的 不

如果是，该家庭是否有在 Westerly 公立学校就读的孩子？ 是的 不 如果是，请在下面列出学生/学校.

学生姓名	学校名称	学生姓名	学校名称

家庭户主信息 FAMILY#

学生同住（圈一）： 父母 母亲 父亲 监护人 其他说明）_____

父母情况（选一）： 已婚 离婚 寡 分离 单身/未婚

如果离婚，谁有合法监护权？母亲 父亲 **（请附上法律文件的副本）**

是否有监护协议？ 是的 唯一 联合的

目前的限制命令？ 是的 不 截止日期：_____

您是孩子的亲生父母/收养父母吗？ 是的 不 如果不是，你的关系: _____

父亲/监护人

名称：_____

地址：_____

_____

家庭电话：_____

单元格/寻呼机：_____

电子邮件：_____

雇主：_____

工作电话：_____

母亲/监护人

名称：_____

地址：_____

_____

家庭电话：_____

单元格/寻呼机：_____

电子邮件：_____

雇主：_____

工作电话：_____

学生登记表（继续）

军事：您或您的配偶是否在现役军人？**是的** _____

请注明您的军事部门（如适用） _____

特别服务

您的孩子是否接受过以下任何服务？（请圈出所有适用项）

资优教育　　个人教育计划 (IEP)　　504个性化特别计划

兄弟姐妹

您的孩子有兄弟姐妹在 Westerly 公立学校就读吗？

名称	出生日期	年级	学校

紧急联系信息 LASID#

家长/监护人以外的当地白天联系方式：

只有以下成年人可能会被通知并被授权如果在孩子生病/紧急情况下或孩子在学校放学前被解雇的情况下承担责任。

关系	名称	家庭电话	手机
关系	名称	家庭电话	手机
关系	名称	家庭电话	手机

学生交通需求

您的孩子需要轮椅运输吗？　是的　不　安全带/安全套（如果在 IEP 中说明）　是的　不

圈出(早上AM)的一项选择和（中午PM)的一项选择

早上：巴士　步行　自己送回校　　中午：　巴士　步行　自己接回家

如果学校提前关闭（恶劣天气）并且没有人在家，我的孩子已被指示遵循此应急计划:

如果没有制定应急计划，您的孩子将被带回他们就读的学校，等待家长或指定联系人接机。请注意，可能会联系警方.

我证明我已尽我所知填写了此注册表.

印刷名称：　　关系:　　日期

Westerly Public Schools
Race/Ethnicity Identification Form

学生的名字：

_____ _____ _____

名字 *中间名字* *姓*

性别： ____男性_____女性 **出生日期：** _____ **年级：** _____

民族/种族信息——A 和 B 部分新的联邦规定问题

请回答这两个问题。

A 部分 – 种族：

学生是西班牙裔还是拉丁裔？（仅选择一项）

_____是的

_____不

B 部分 - 种族：

学生的种族是什么？（选择一项或多项）

____美洲印第安人或阿拉斯加原住民

____亚洲人

____黑人或非裔美国人

____夏威夷原住民或其他太平洋岛民

____白色人

_____ _____

家长/监护人签名 *日期*

用于联邦报告的种族和民族类别的定义

种族

- *西班牙裔*古巴、墨西哥、波多黎各、中南美洲或其他西班牙文化或血统的人，不分种族。

比赛类别：

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

- 起源于北美洲和南美洲（包括中美洲）的任何原始民族，并保持部落隶属关系或社区依附关系的人。

亚洲人

- 起源于远东、东南亚或印度次大陆的任何原始民族的人，包括例如柬埔寨、中国、印度、日本、韩国、马来西亚、巴基斯坦、菲律宾群岛、泰国和越南..

黑人或非裔美国人

- 出身于任何非洲黑人种族群体的人.

夏威夷原住民或其他太平洋岛民

- 起源于夏威夷、关岛、萨摩亚或其他太平洋岛屿的任何原始民族的人.

白色人

- 起源于欧洲、中东或北非任何原始民族的人.

2009 年 8 月

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Angélica Infante-Green
Commissioner

Home Language Survey (HLS)

亲爱的家长或监护人，
此表格中要求的信息对于您孩子最合适的学校安置是必要的，不会用于任何其他目的[1].
谢谢您的合作.

由家长或监护人填写

学生姓名:		
First 名字	Middle 中间名	Last 姓
出生日期:	出生地:	
月 日 年		
家长或监护人与学生的关系： ❑ 母亲 ❑ 父亲 ❑ 其它		

Home Language Code:

Language Background语言背景 (Please check all that apply) 请勾选所有适用项）		
1.无论学生说什么语言，在家中使用的主要语言是什么？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
2. 学生最常说的是什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
3.学生首先掌握的是什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
4. 您的孩子懂什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
5.您的孩子会说什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定 ❑ 不会说话
6.您的孩子阅读什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定 ❑ 不会阅读
7.您的孩子会写什么语言？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定 ❑ 不会写

[1]根据罗德岛州法律（RIGL&16-54-2）和《平等教育机会法案》（20 USC&1703（f））
[2].家庭们不需要提供出生地，但提供信息可以帮助 LEAd 更好地准备好适应文化。 最后更新 4/30/2020

Family Interview – Educational History

1.您认为您的孩子是否有任何困难或状况会影响他或她用英语或任何其他语言理解、说、读或写的能力？ 如果是，请描述它们。

❑ 是* ❑ 否 ❑ 不知道 *如果是，请描述: _____

你认为这些困难有多严重? ❑ 较小的 ❑ 有点严重 ❑ Very severe 很严重

2a. 您的孩子过去是否曾被转介接受特殊教育评估？ ❑ 否 ❑ 是 *

* 如果转介进行评估，您的孩子是否已被确定？ ❑ 否 ❑ 是*

* 如果转介进行评估，并确定您的孩子过去是否接受过任何特殊教育服务？

❑ 否 ❑ 是 - 接受的服务类型:

2b. 接受服务的年龄（请勾选所有适用项）：

❑ 出生到 3 岁（早期干预 ❑ 3 到 5 岁（特殊教育） ❑ 6 岁或以上（特殊教育）

2c. 您的孩子是否有个性化教育计划 (IEP)。 还是504计划？ ❑ 否 ❑ 是

3.您更喜欢用哪种语言收到学校或学区的口头交流？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
4您更喜欢用哪种语言收到学区的书面通信？	❑ 英语 ❑ 其它	_____ 指定
5. 注明首次在任何美国学校注册的日期	_____ (**mm/dd/yyyy**) 月/日/年	

您认为学校还需要了解您孩子的其他方面吗？ （例如，特殊才能、健康问题等）

_____

_____

_____ Month: Day: Year:

Signature of Parent or Guardian父母或监护人签名 **Date日期**

_____

Print Parent/Guardian name打印父母/监护人姓名

OFFICIAL ENTRY ONLY – NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS		
Name:_____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL REVIEW		
Name:_____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
Oral Interview Necessary: ❑ YES ❑ NO	**Date of Individual Interview**: _____ Month Day Year	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT		
Name:_____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES		
Name:_____	Position: _____	
Date of Screener: _____ Month Day Year	Name of the Language Screening Assessment: _____	Score achieved: _____
Proficiency Level Achieved: Entering 1 ❑ / Beginning 2 ❑ / Developing 3 ❑ / Expanding 4 ❑ / Bridging 5 ❑ / Reaching 6 ❑		
FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:		

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Angélica Infante-Green
Commissioner

Home Language Survey (HLS)

To be completed by Parent or Guardian

Dear Parent or Guardian,

The information requested on this form is necessary for the most appropriate school placement of your child, and will not be used for any other purposes[1].

Thank you for your collaboration.

Student Name:		
First	*Middle*	*Last*
Date of Birth:		**Place of Birth[2]:**
Month	*Day* *Year*	

Parent or Guardian Relationship to student:
☐ *Mother* ☐ *Father* ☐ *Other* _____

Home Language Code:

Language Background

(Please check all that apply)

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
2. What is the language most often spoken by the student?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
3. What is the language that the student first acquired?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
4. What language(s) does your child understand?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
5. What language(s) does your child speak?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not speak
6. What language(s) does your child read?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not read
7. What language(s) does your child write?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not write

[1] *Required by Rhode Island Law (R.I.G.L. § 16-54-2) and the Equal Educational Opportunity Act (20 U.S.C. §1703(f))*

[2] *Families are not required to provide the place of birth, but providing the information can help LEAs to better prepare to be culturally responsive.*

Last Updated: 4/30/2020

Family Interview – Educational History

1. **Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.**

   Yes* ☐ No ☐ Not sure ☐ *If yes, please explain: _____

How severe do you think these difficulties are? ☐ Minor ☐ Somewhat severe ☐ Very severe

2a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past? ☐ No ☐ Yes*

If referred for an evaluation, has your child been identified? ☐ No ☐ Yes

*If referred for an evaluation, and identified has your child ever received any special education services in the past?

☐ No ☐ Yes – Type of services received: _____

2b. Age at which services received (Please check all that apply):

☐ Birth to 3 years (Early Intervention) ☐ 3 to 5 years (Special Education) ☐ 6 years or older (Special Education)

2c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP), or 504 plan? ☐ No ☐ Yes

3. In which language do you prefer to receive oral communications from the school or district? ☐ English ☐ Other _____ *Specify*

4. In which language do you prefer to receive written communications from the school or district? ☐ English ☐ Other _____ *Specify*

5. Indicate date first enrolled in ANY U.S. school _____ **(mm/dd/yyyy)**

Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

_____

_____

_____ Month: _____ Day: _____ Year: _____

Signature of Parent or Guardian ***Date***

_____

Print Parent/Guardian Name

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

Oral Interview Necessary: ☐ YES ☐ NO

Date of Individual Interview: _____ *Month Day Year*

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES

Name: _____ Position: _____

Date of Screener: _____ *Month Day Year*

Name of the Language Screening Assessment: _____

Score achieved: _____

Proficiency Level Achieved: Entering 1 ☐ / Beginning 2 ☐ / Developing 3 ☐ / Expanding 4 ☐ / Bridging 5 ☐ / Reaching 6 ☐

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

Westerly Public Schools

23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891

授权发布机密信息和记录

记录将发布到:

□ Dunns Corners School
8 1/2 Plateau Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2320
Fax 401-348-2325

□ Springbrook School
39 Springbrook Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2296
Fax 401-348-2305

□ State Street School
35 State Street
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2340
Fax 401-348-2345

□ Westerly Middle School
10 Sandy Hill Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1601
Fax 401-348-2752

□ Westerly High School
23 Ward Avenue
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1576
Fax 401-315-1611

□ Central Registration
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1502
Fax 401-348-2707

亲爱的先生或女士：

以下姓名的学生已在 Westerly 公立学校注册。我们要求将所有学术和健康记录转发到上述地址。预先感谢您立即关注此请求。

真诚的
Dr. Mark Garceau
教育局局长

_____ _____

学生的法定全名（如果适用，姓氏） **年级或毕业日期**

以前的学校信息

请将此请求的副本与记录附在一起

学校名称： _____

街道地址: _____

城市/城镇/邮编: _____

关注: _____

电话: _____ *传真:* _____

为了获得您的儿子/女儿以前上的学校的必要记录，需要签署一份发布表格。以下表格由上述学生的家长或法定监护人签署，将授予 Westerly 公立学校必要的许可，以请求和接收任何和所有以前的学校记录。

我在此授权将上述学生的记录发布给 Westerly 公立学校。

Westerly Public Schools
Special Education Office
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891

特殊教育记录信息发布授权

日期：_____

关于_____出生日期:_____
学生姓名

我/我们特此授权 Westerly 学校部门： 向姓名发布和/或从姓名处获取：_____
地址：_____

_____电话：_____
（学校、医疗机构、人士、机构、组织名称）

特殊教育文件

_____所有特殊教育记录
_____资格证明
_____个人教育计划
_____心理评估
_____神经心理评估
_____教育评估
_____临床心理评估
_____精神评估评估
_____神经学评估
_____医疗评估
_____辅助技术评估
_____咨询
_____评估小组总结
_____会议记录
_____出院总结
_____社会史
_____言语评估
_____职业治疗评估
_____物理治疗评估
_____适应性体育评估
_____视力和行动能力评估
_____观察
_____功能行为评估
_____其他

需要此信息用于以下目的:

_____
_____
_____

我/我们理解上述任何一方发布/接收的信息未经我/我们的明确书面授权不得发布给任何第三方。此外，本人/我们了解任何涉及酒精、药物滥用或 HIV (AIDS) 检测的记录均根据联邦法规 42 CFR、酒精和药物滥用保密以及 RI Public Law Ch. 进行处理。 88-405，Sec．23.

本授权自签署之日起一年内有效，并可随时撤回。

签名: _____ _____
父母或法定监护人　　学生 如果 18 岁

_____ _____
关系　　日期

Westerly Public Schools

居住政策

居住要求

1. 政策

1.1 只有居住在 Westerly 的儿童，居住权由罗德岛州一般法律 16-64-1 定义，并且在他们居住的成年人的合法控制下，才被允许上 Westerly 公立学校。

1.2 非居民儿童的家长可以书面形式向学校教育局长申请允许一个或多个儿童按照学校委员会制定的学费率就读 Westerly 公立学校。非居民学生不提供交通服务。

1.3 将在学年结束前离开 Westerly 的家长或监护人可以根据罗德岛州普通法 16-64-8 的规定，以书面形式请求允许其子女就读 Westerly 公立学校。学生在一个学期内更改住所的，允许学生在Westerly完成该学期。如果学生是高中12年级或即将进入高中12年级，只要学生有足够的学分，他/她就可以在Westerly的额外的一年完成毕业。

将在学年开始后不久搬到 Westerly 的父母或监护人可以书面请求允许他们的孩子进入 Westerly 公立学校。所述请求必须包括预期居住地的任何买卖协议或租赁协议以及该住所的预计入住日期。家长将被要求从第一天开始支付学费，并且必须至少支付本季度的学费。如果父母在开学后四十五 (45) 个上课日内在社区居住，学费将全额退还。如果居住是在第四十五 (45) 个上课日之后进行的，那么学费将按非居民身份就读的所有天数按每日津贴标准收取。

2. 程序

2.1 所有注册学生都必须填写居住宣誓书。

2.2 每位校长应向学校教育局长提交其学校中他/她怀疑可能不是 Westerly 居民的任何学生的姓名。

2.3 教育局长应调查每次转介以确保执行居住要求。

通过：2001 年 10 月 3 日

Central Registration Office
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891
401-315-1502
Fax: 401-348-2707

居住证明

必须在 48 小时内（两个工作日）完成

必须在 Westerly 公立学校中央注册公证人在场的情况下签署。

下列签字人是其父母或正式指定的监护人_____.
一个未翻身未成年人，特此证明以下信息真实、完整、准确。据了解，Westerly 公立学校会寻求并要求提供此信息，以确定指定儿童的住所以供学校使用。

学校委员会要求提供居住证明文件，例如租赁/租赁协议、电费单等.

孩子的名字 _____

孩子的住所_____

孩子在此地址的居住时间 _____

孩子父母的姓名 _____

家长地址_____

如果父母居住在不同的城市或城镇，哪个父母对孩子拥有实际监护权？

_____

法定监护人姓名_____

监护人地址 _____

委任的监护人 _____

孩子是否与父母或法定监护人同住？ _____

如果孩子不与父母或法定监护人同住，孩子与谁同住？

_____

请说明与孩子的关系_____

孩子上一学年的住所 _____

如果孩子不与父母或法定监护人同住，请说明原因 _____

_____

本人了解，只有符合条件的 Westerly 镇居民才有资格免费接受 Westerly 镇的教育。

_____

附体

华盛顿县罗德岛州

签署并在我面前宣誓这个在_____, _____ 由上述个人作为他/她的自由行为和行为。

_____公证人

Westerly Public Schools

机密信息和报告的发布授权

我在此授权 Westerly 公立学校获取/发布以下标记为学生注册目的的信息:

X	复选标记表示要求的表格
	免疫证明
	身体证明
	铅筛查
	视力筛查
	结核病皮肤PPD结果
	其他:

记录将被发布:

医生姓名: _____

医生地址: _____

电话:_____传真: _____

我了解这些记录受州医疗保健信息保密法和隐私法以及联邦家庭教育权利和隐私法以及其他联邦和州法律的保护；我同意就有关此类释放的任何索赔向您作出赔偿；并声明在未事先获得我的额外书面同意的情况下，不得向任何人进一步披露所提供或收到的任何信息。

该授权可以在任何进一步的时间通过书面通知撤回。该授权将从以下日期起六 (6) 个月到期。可以接受此授权的机械复制，就像原件一样。

学生的名字:_____出生日期: _____

目前的地址: _____

同意: _____

打印名称　　日期

与学生的关系: _____

签名: _____

拒绝:_____日期: _____

Department of Health

Three Capitol Hill Providence, RI 02908-5097

TTY: 711

www.health.ri.gov

向 KIDSNET 提供信息的许可

KIDSNET 是卫生部的一个信息系统，其中包含医疗保健信息，包括免疫接种和铅筛查记录。这些信息会与学校护士和医生等授权医疗保健专业人员共享，以帮助确保儿童获得最新的免疫接种和其他预防性健康服务。签署此表格允许您的学校护士与 KIDSNET 分享您的地址和/或免疫信息，以帮助协调您的医疗保健并确保您满足入学的免疫要求。

我,_____, 特此同意并授予
（姓名）
_____允许提供
（学校名称）

检查所有适用:

_____地址

_____免疫信息

向罗德岛州卫生部(to the Rhode Island Department of Health, KIDSNET Program, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908) 进行医疗保健协调，包括与父母或监护人的通信，并确保负责验证免疫状态的所有医疗保健提供者拥有完整准确的信息:

学生姓名: _____

邮寄地址: _____

_____

在签署本同意书时，学生和/或学生的父母或法定监护人同意允许发布这些记录.

_____
父母/法定监护人签名
（适用于 18 岁以下的学生）

_____
学生签名
（适用于 18 岁以上的学生）

_____
父母/法定监护人的印刷体姓名

_____
学生的印刷体姓名

日期:_____

日期: _____

医疗和发展史表格

孩子的姓名_____出生日期_____男_____女_____

地址_____电话号码 _____

母亲的名字_____父亲的名字 _____

地址地址_____地址地址_____
（如果与以上不同）　　（如果与以上不同）

医师_____上次体检的日期_____

孩子的家庭包括：
兄弟（姓名和出生日期）　　姐妹（姓名和出生日期）

_____ ___ _____ _____ _____ _____

_____ ___ _____ _____ _____ _____

_____ ___ _____ _____ _____ _____

以下医疗和发育史是机密的。只有当了解到信息可帮助您计划孩子的教育课程时，您的答复才会与专业人员分享。.

1. **一般健康史**

请检查您的孩子可能遇到的以下任何问题：

_____对昆虫过敏　　环氧丙烷? _____
_____过敏（除上述以外）　　环氧丙烷? _____
_____哮喘_____ 吸入器？　　其他 _____
_____脑瘫　　_____糖尿病
_____癫痫　　_____心脏问题
_____骨科　　_____言语缺陷
_____听力问题　　_____视力问题
_____泌尿问题　　_____手术还是住院？
_____其他（请注明）_____

如果您的孩子目前正在接受治疗或正在经历任何医疗状况，请描述当前的问题并提供有关当前治疗的任何信息，包括药物、限制等。

_____

_____

请列出您的孩子在医院接受过的任何免疫接种、传染病、重伤和/或手术或住院治疗。

去年:

_____

_____

提醒：在上课时间需要由学校护士/老师给您的孩子服用的任何药物
需要处方医生提供完整的医生表格 (WO-123)。可应要求提供药物管理表 (WO-123) 和/或 Westerly 公立学校与在校儿童管理药物相关的政策副本。

签名_____关系_____

Westerly Public Schools
医疗和发展史表格附录

仅在为学前班或幼儿园学生注册时填写.

孩子的名字_____

出生日期_____ 男_____女 _____

怀孕、分娩、分娩或刚出生后的时间（剖腹产、产钳、早产、婴儿需氧、黄疸等）是否有任何异常情况？

_____

如果是，请说明_____

_____

_____

孩子的出生体重_____

语言发展

您的孩子几岁开始说话？如果您不记得确切年龄，请提供大概年龄:

第一句话: _____
两三个字放在一起_____
句子_____

你的孩子是否:	是的	不
1. 口吃?		
2. 难以表达想法和概念?	_____	_____
3. 很难被其他人理解?	_____	_____
4. 参加言语或语言治疗计划?	_____	_____

哪几年?_____保健提供者 _____

运动发育是指儿童骨骼、肌肉以及四处走动和操纵环境的能力的发育

这个孩子在这个年龄开始走路（如果猜测，标记为这样） 年龄_____

你觉得你的孩子有足够的大肌肉协调能力吗？	是的	不

你的孩子是否:	是的	不
1. 接住扔给他/她的球?		
2. 享受体育活动?		
3. 比平时更容易失去平衡、绊倒和跌倒?	_____	_____
4. 跑步有困难?	_____	_____
5. 通常踮起脚尖走路?	_____	_____

Westerly Public Schools
医疗和发展史表格附录

视觉发展

	是的	不
您的孩子是否曾接受过眼科医生的检查?	_____	_____
什么时候?_____通过谁?_____		
结果_____		
眼镜规定?	_____	_____

你的孩子是否:	是的	不
1. 眯睛?		
2. 有内转的眼睛?	_____	_____
3. 有一双会发光的眼睛?	_____	_____
4. 坐在离电视机很近的地方?	_____	_____
5. 多揉眼睛?	_____	_____
6. 转头主要使用一只眼睛?	_____	_____
7. 看别人的时候，头部的一侧降低?	_____	_____

听力评估

	是的	不
您的孩子是否曾接受过任何耳朵/听力检查/治疗?	_____	_____

什么时候?_____通过谁?_____

结果_____

耳朵里的管子?_____日期_____

	是的	不
您是否怀疑您的孩子有任何听力问题?	_____	_____

你的孩子是否:		
1. 似乎有听力困难?	_____	_____
2. 把电视开得比别人大声?	_____	_____
3. 似乎偏爱一只耳朵而不是另一只?	_____	_____
4. 如果有突然的噪音，跳起来或看起来比其他人更受惊?	_____	_____
5. 如果你低声说话，似乎能听到你的声音?	_____	_____
6. 让你大声说话或经常重复?	_____	_____
7. 一次遵循两个以上的口头指示时会感到困惑?	_____	_____
8. 长时间难以记住事物?	_____	_____
9. 短时间内难以记住事物?	_____	_____

Westerly Public Schools
医疗和发展史表格附录

社会发展

你的孩子是否:	是的	不
1. 有固定的同龄玩伴?		_____
2. 与其他孩子相处有困难?	_____	_____
3. 喜欢和其他孩子一起玩而不是一个人玩?	_____	_____
4. 容易受挫?	_____	_____
5. 经常哭?		_____
6. 经常发脾气?	_____	_____
7. 经常变得烦躁或喜怒无常?	_____	_____
8. 因日常变化而心烦意乱?	_____	_____
9. 需要很多成人的个人关注?	_____	_____
10. 接受纪律和限制?	_____	_____

有没有其他信息可以帮助我们了解这个孩子?

_____

_____

_____

++

以前的学校经验（包括学前班）

年　　学校名称/地点

_____

_____

_____

你想和学校护士单独会面吗?_____社工?_____

其他（请注明）_____

感谢您耐心填写这份问卷.

签名_____关系_____日期_____