



Ласкаво просимо до шкільного округу Річленд !

Ми дуже раді працювати з вами та вашою дитиною, щоб забезпечити її успіх протягом усієї академічної кар'єри. Наші рекомендації, наведені нижче, мають на меті зробити процес реєстрації в шкільному окрузі Річленда плавним переходом. Ми вимагаємо форми та документи following як частину нашого процесу реєстрації.

- Заповнений реєстраційний пакет
- Документи про підтвердження віку та імені (наприклад, свідоцтво про народження; раніше перевірені шкільні записи або будь-які інші державні документи; релігійна, лікарняна довідка або довідка лікаря із зазначенням дати народження; запис про усиновлення тощо)
- Запис про імунізацію
- Підтвердження місця проживання в зоні відвідування школи, яку ви плануєте відвідувати (наприклад, квитанція про оплату / депозит за комунальні послуги, договір оренди)
- Згода на отримання Форми розміщення, якщо потрібні послуги спеціальних програм, будь ласка, зв'яжіться з:

Управління спеціальної освіти RSD
6972 Кін-роуд Вест-
Річленд, штат Вашингтон
99353
(509) 967-6050

Будь ласка, зателефонуйте , щоб призначити зустріч зі шкільним психологом та консультантом для планування занять.

Для учнів середніх шкіл нам потрібна додаткова документація:

- Форма відмови від попередньої школи
- Стенограма з попередньої школи

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна додаткова інформація, будь ласка, не соромтеся звертатися безпосередньо до школи або зв'яжіться з офісом шкільного округу Річленд за номером 509-967-6000.

Ще раз ласкаво просимо до шкільного округу

Річленд !



6972 Кін-роуд Ми вул
Річленд, штат Вашингтон 99353
(509) 967-6000

Запит на студентські записи

Попередня назва школи: _____

Адреса вулиці попередньої школи: _____

Місто, штат, поштовий індекс попередньої школи: _____

Номер телефону попередньої школи: _____ Номер факсу: _____

ІМ'Я СТУДЕНТА _____

ДАТА НАРОДЖЕННЯ _____ УЧНІВСЬКА ОЦІНКА _____

Записи, які повинні бути надіслані факсом попередньою школою якомога швидше:

- Догляд за імунізацією
- Форма виведення коштів із SSID (студентський ідентифікаційний номер штату Вашингтон)
- Академічна довідка – поточні оцінки та перелік занять
- Записи про дисципліну / консультування

Записи, які будуть надіслані попередньою школою:

- Облік відвідуваності та будь-які втручання намагалися вирішити проблеми з відвідуваністю
- Стандартизовані результати тестування, включаючи бал MAP (вимірювання академічного прогресу)
- Медичне / медичне / свідоцтво про народження
- Спеціальні дані про розміщення програм
- Офіційна стенограма

**БУДЬ ЛАСКА,
НАДСИЛАЙТЕ ЗАПИСИ
НА АДРЕСУ:**

**БУДЬ ЛАСКА, НАДШЛІТЬ ФАКСОМ УСІ ЗАПИСИ ПРО
СПЕЦІАЛЬНУ ОСВІТУ НА НОМЕР (509) 943-0308.**

Закон про права сім'ї на освіту та недоторканність приватного життя (FERPA) більше не вимагає дозволу батьків, коли уповноважений персонал школи запитує записи.

Листопад 2020

Форма зарахування до шкільного округу Річленд

Адміністративний офіс - 6972 Кін Роуд Вест Річленд, штат Вашингтон 99353

Сьогоднішня дата/_____/_____/_____ Ви вийшли з попередньої школи (коло першого) ТАК Н
 Чи відвідувала ця дитина школу Річленда в минулому? (коло перше) ТАК НІ Якщо так, назва школи RSD
 Приблизна дата виходу учня з останньої школи _____ RSD/_____/_____

Юридичне прізвище студента:		Юридичне ім'я студента:		По батькові студента :	
Дата народження:_____/_____/____		Студент # (Office призначить):		Клас:	
Чи має ця дитина шкільні документи на будь-яке інше ім'я? Якщо так, будь ласка, перерахуйте всі:					
Прізвище "Мимо" (якщо відрізняється від юридичної назви):		Ім'я "Мимо" (якщо відрізняється від юридичної назви):		Дата, коли учень піде до школи: _____/_____/_____	
Батько/опікун (Формат: Джон і Джейн Сміт):					
Адреса проживання:			Місто:		Стан:
Поштова адреса:			Місто:		Стан:
Адреса електронної пошти матері :			Адреса електронної пошти батька :		
Домашній телефон #		Це # не в списку? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>		Обмежити інформацію в довіднику? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	
Стать (коло перше) Самець <input type="checkbox"/> жіночої статі <input type="checkbox"/>	Основна мова студента (якщо відмінна від англійської):		Мова, якою розмовляють вдома (якщо відмінна від англійської):		
ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ					
Ваша дитина в даний час відрахована, відсторонена або за петицією Веса В іл І з іншого шкільного округу? НІ ТАК <input type="checkbox"/> Якщо так, прикріпіть окрему сторінку для пояснення обставин.					
Коло попередньої / поточної участі в: (все, що застосовується)					
Спеціальна освіта (IEP)	Мова	504 План	ESL	Допомога з математики або читання	Послуги ОТ
Обдаровані					
Опишіть будь-які фізичні обмеження або проблеми зі здоров'ям вашої дитини (обведіть все, що стосується вашої дитини):					
Астма	Діабет	Стан серця	Судоми / епілепсія	Алергія: укуси бджіл або їжа	
Інше (поясніть, будь ласка):					
Чи дають ліки з якоїсь причини? _____ ВДОМА _____ В ШКОЛІ - (форма медичного дозволу, необхідна для ліків у школі)					
ІНФОРМАЦІЯ ПРО БАТЬКІВ / ОПІКУНІВ					
Інформація БІОЛОГІЧНОГО батька					
Прізвище батька :			Ім'я батька:		
Адреса вулиці батька (якщо відрізняється від студентської):					
Місто:		Стан:	Поштовий індекс:	Домашній телефон батька #:	
Мобільний телефон батька #:			Денний телефон батька #:		
Роботодавець батька:			Робочий телефон батька #:		
Чи живе студент з батьком? ТА <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> К <input type="checkbox"/>			Якщо НІ, ви хочете, щоб додаткова розсилка була надіслана батькові? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>		
Чи існує наказ БЕЗ КОНТАКТУ для батька? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>			Електронна пошта:		
БІОЛОГІЧНА інформація матері					
Прізвище матері :			Ім'я матері:		
Поштова адреса матері (якщо відрізняється від студентської):					
Місто:		Стан:	Поштовий індекс:	Домашній телефон матері #:	
Мобільний телефон матері #:			Денний телефон матері #:		
Роботодавець матері:			Робочий телефон матері #:		
Студент живе з мамою? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>			Якщо НІ, ви хочете, щоб додаткова розсилка надсилалася		

	мамі? ТАК НІ
Чи є замовлення NO CONTACT для матері? ТАК НІ	Електронна пошта:

Переглянуто листопад 2020 року

Переглянуто листопад 2020 року

Збір даних про расову етнічну приналежність

ПІБ студента: _____

Будь ласка, виберіть як расову, так і етнічну приналежність. Іспаномовний Так чи Ні, якщо так, виберіть, який з них. РАСА:

Іспаномовна _____Так_____Ні	Коста-Ріка	Ямайсь	Пуерторик
Аргентинська	Кубинська	кий	анська
болівій	Домініканс	мексика	Сальвадор
ська	ька	нський	ська
бразил	Еквадорсь	метис	Іспанська
ьська	ка	Корінний	Суринамсь
Чикано (мексиканська	Гватемаль	нікарагуанець,	ка
американська) Чилійська	ська	панамський,	Уругвайськ
Колумбійський	Гаянська	парагвайський,	а
	Гондурасс	перуанський	Венесуель
	ька		ська
			Латиноамериканська/латиноам
			ериканська Пишіть на

ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ: *Обведіть будь-які етнічні групи, які можуть застосовуватися. Обов'язково зверніть увагу на жирні категорії, перш ніж вибрати ці етнічні групи.*

Чорношкірий / афроамериканець: Чорний/ афроамериканець	Чадськ а	Танзаній ський	Венесуельський
Афроамериканц і Афро- Карибський басейн: Anguillan Антигуан ський Багамсь кий Барбадо ський Barthelemois/Barthelemoises Британські Віргінські острови Кайманська (Кайманові острови) Куба Домінікана Домініканська (Домініканська Республіка) Голландські Антильські острови Гренадська гваделупська гаїтянська Джамайкан Martiniquais/Martiniquaise Montserratian Пуерториканські Кариби Пишіть центральноафрик анською:	Конголезька (Республіка Конго)Замбійська Ангольська камерунська Центральноафриканська Республіка (Центральноафриканська Республіка)	Конголезька (Демократична Республіка Конго) Екваторіальна Гвінейська Габонська Сан- Томей- Прінсіпі Central African Пишіть східноафриканською : бурундійською Гоморан Джибутійс ька Еритрейсь ка Ефіопська Кенійська Малагасійська (Мадагаскар) Малавійська Маврикійська (Маврикій) Махоран (Майотта) Мозамбікська Реюньонська Руандійська Seychellois/Seychelloise Somali	Латиноамериканська пишть по- Південносуданськ а суданська угандійська

Зімбабвійська
Східна Африка Пишіть
латиноамериканськ
ою: аргентинською
Белізька
Болівійська
Бразильська
Чилійська
Колумбійськ
а Коста-
Ріканська
Екваторська
Сальвадорс
ька
Житель
Фолклендських
островів
Французька
Гвіанська
Гватемальська
Гаянська
Гондураська
Мексиканська
Нікарагуанська
Панамська
Парагуаянська
Перуанська
Південна Джорджія/Південні
Сандвічеві острови
Суринамська
Уругвайська

Південноафр

иканська:

Ботсванська
Мосото
(Лесото)
Намібійська

Півден
ноафри
канська
Свазі

Південноафрика
нська Пишіть

західноафрикан
ською:

бенінською
Бісау-Гвінейський
Буркінабе
(Буркіна-Фасо)
Кабо-Верде
льворійська (Кот-д'Івуар)
Гамбійська
Ганськ
а
Ліберій
ська
Малійс
ька
Маври
танськ
а
Нігерійська
(Нігер)
Нігерійська
(Нігерія)
Острови
Святої
Еленії
Сенегальс
ька
Сьєрра-
Леонеан
Тоголезь
ка
Західна Африка
Пишіть чорним
Пишіть

Азіатський:

Азіатський
Азіатська
Індійська
Малайзійс
ька Мієн
Бангладес
ька
Бутанська
Бірманська/М'ян
ма

Камбоджійська/к
хмерська Чам
китайська
філіппінська
хмонг
індонезійськ
а японська

корейськ
а,
лаоська,
монгольс
ька,
непальсь
ка,
окінавськ
а,
пакистан
ська,
пенджабі

Сінгапурсь
ка Шрі-
Ланка
Тайванськ
а тайська
Тибетська
В'єтнамська
Азіатська
Пишіть на

Переглянуто в березні 2019 року

Корінний гавайець / інший житель тихоокеанських островів:

Корінні гавайці/інші жителі тихоокеанських островів	і-Кірібаті/Гілбертез е Косрейський	Палауан	Токелауанська
Житель тихоокеанських островів Каролінський	Маорі	Папуан	тонганська
Чаморро	Маршаллезе	Похпейська	ка тувалуанська
Чуукесе, фіджійська	Корінний гавайський	Самоа	япес
	Ні-Вануату	Житель Соломонових Островів	Житель островів Тихого океану
		Таїтян	Написати в

Білий:	Близькосхідні та північноафриканські:	Єгипетська	Оманська
Білий	Алжирський	Еміратська	Палестинська
Східна Європа:	Амазігська або берберська	Іранська	Катарська
боснійська	арабська або арабська	Іракська	Саудівська
Герцеговинська	ассирійська	Ізраїльська	Аравія
польська	Бахрейнська	Йорданська	Сирійська
Румунська		Курдська	Туніська
		а	Єменська
		Кувейт	Близькосхідний Пишіть у:

Російська	Бедуїни	Ліванський	Північна Африка Пишіть в:
Українська	Халдейська	ий	_____
Східноєвропейський	Коптський	Лівійська	
Пишіть у:	друзі	Марокко	

Американські індіанці/корінні жителі Аляски:

Американські індіанці/корінні племена штату Вашингтон	Плем'я чавічі	Плем'я квілеут резервації Quileute
Конфедеративні племена і групи нації якама	Конфедеративні племена резервації Чехаліс	Індіанська нація Quinault
Конфедеративні племена резервації Колвілл	Індіанське плем'я Коуліц	Індіанська нація самішів
Індіанське плем'я Дуваміш	Плем'я Дуваміш	Індіанське плем'я Саук-Суїаттл у Вашингтоні
Індіанське плем'я Хо	Плем'я Джеймстаун С'Клаллам	Затока Шолвотер, індіанське плем'я індіанської резервації Шолвотер-Бей
		Скокоміш Індіанське плем'я Снохоміш
		Плем'я Сноквалмі
		Індіанське плем'я Сноквалмо
		Плем'я острова Сквоксін резервації острова Сквоксін
Кікіаллус Індійський Нат іон	Племінна громада Нижня Ельва	Плем'я Стейлакум
Плем'я Луммі резервації Луммі	Плем'я індіанців Мака з індіанської резервації Мака	Стіллагуаміш плем'я індіанців Вашингтона
Плем'я індіанців Мака з індіанської резервації Мака	Група марієтт з племені нуксак	Індіанське плем'я Сукуаміш резервації Порт-Медісон
Muckleshoot Індіанське плем'я Nisqually Індіанське плем'я	Індіанське плем'я Нуксак з Вашингтона	Індіанська племінна громада свіноміш
Порт Гембл Плем'я С'Клаллам	Порт Гембл Плем'я С'Клаллам	Тулаліпські племена Вашингтона, корінні жителі Аляски
Плем'я Пуйоллап резервації Пуйоллап		Корінний житель Аляски
		Пишіть в: Американські індіанці: Американські індіанці Пишіть в:

Індикатор сім'ї військовослужбовця : (Будь ласка, виберіть один)

_____ **N-** Жоден батько чи опікун зараз не служить.

_____ **A-** Батько або опікун, який є поточним членом дійсної служби в США Збройні сили.

_____ **R**- Батько або опікун, який є чинним членом резерву США Збройні сили.

_____ **G**- Батько або опікун, який є нинішнім членом Національної гвардії Вашингтона.

_____ **M**- Більше одного з батьків або опікунів, які відповідають вимогам A, R або G вище.

_____ **X**- Дані недоступні .

_____ **Z**- Немає відповіді/Відмова від заяви.

Переглянуто в березні 2019 року

(N) Не бездомні(А) Притулки(Б) Подвоєні(В) Безпритульні

(D) Готелі/мотелі

РОЗДІЛ 725. ВИЗНАЧЕННЯ.

Для цілей цього підзаголовка:

- (1) Умови зарахування та зарахування» включають відвідування занять та повноцінну участь у шкільних заходах.
- (2) Термін «безпритульні діти та молодь» —
 - (A) означає осіб, які не мають фіксованого, регулярного та адекватного нічного проживання (у значенні статті 103(a)(1)); та
 - (B) включає —
 - (i) діти та молодь, які ділять житло інших осіб через втрату житла, економічні труднощі або аналогічну причину; проживають у мотелях, готелях, трейлерних парках або кемпінгах через відсутність альтернативного адекватного житла; проживають в аварійних або перехідних притулках; покинуті в лікарнях;
 - (ii) діти та молодь, які мають основне нічне місце проживання, яке є громадським або приватним місцем, не призначеним або зазвичай не використовується як звичайне спальне місце для людей (у значенні статті 103(a)(2)(C));
 - (iii) діти та молодь, які живуть в автомобілях, парках, громадських місцях, покинутих будівлях, неякісному житлі, на автобусних або залізничних вокзалах або в подібних умовах; та
 - (iv) міграційні діти (як такий термін визначено в статті 1309 Закону про початкову та середню освіту 1965 року), які кваліфікуються як бездомні для цілей цього підзаголовка, оскільки діти живуть за обставин, описаних у пунктах (i) - (iii).
- (6) Термін «молодь без супроводу» включає молодь, яка не перебуває під фізичною опікою батьків або опікунів.

Додаткові ресурси

Інформацію та ресурси для батьків можна знайти за адресою:

[Національний центр освіти бездомних](#)

[Національна асоціація освіти бездомних дітей та молоді \(NAENCSY\)](#)

<http://www.schoolhouseconnection.org/> [Підключення](#) шкільного будинку

[Редакція від 22.10.2020](#)



Офіс суперінтенданта громадського навчання (OSPI) Опитування
домашньої мови

Опитування домашньої мови надається всім учням, які навчаються у школах Вашингтона.

Ім'я студента:	Клас:	Дата:
Ім'я батька / опікуна _____ Підпис батьків / опікунів _____		
<p>Право на послуги письмового та усного перекладу Вкажіть свої мовні уподобання, щоб ми могли безкоштовно надати перекладача або перекладені документи, коли вони вам потрібні.</p>	<p>Всі батьки мають право на інформацію про освіту своєї дитини мовою, яку вони розуміють.</p> <p>1. Якою мовою (мовами) ваша сім'я воліла б спілкуватися зі школою? _____</p>	
<p>Право на підтримку мовного розвитку Інформація про мову учня допомагає нам визначити учнів, які мають право на підтримку, щоб розвинути мовні навички, необхідні для успіху в школі. Тестування може бути необхідним, щоб визначити, чи потрібна підтримка мови.</p>	<p>2. Яку мову ваша дитина вивчила в першу чергу? _____</p> <p>3. Якою мовою ваша дитина найбільше користується вдома? _____</p> <p>4. Яка основна мова використовується вдома, незалежно від мови, якою розмовляє ваша дитина? _____</p> <p>5. Чи отримувала ваша дитина підтримку розвитку англійської мови в попередній школі? Так _____ Ні _____, не знаю _____</p>	
<p>Попередня освіта Ваші відповіді про країну народження вашої дитини та попередню освіту:</p> <ul style="list-style-type: none"> Надайте нам інформацію про знання та навички, які ваша дитина приносить до школи. Може дозволити шкільному округу отримати додаткове федеральне фінансування для надання підтримки вашій дитині. <p>Ця форма не використовується для визначення імміграційного статусу студентів.</p>	<p>6. Ваша дитина коли-небудь отримувала формальну освіту за межами Сполучених Штатів? (Дитячий садок – 12 клас) Так _____ Ні _____</p> <p>Якщо так: Кількість місяців: _____ Мова навчання: _____</p> <p>7. Коли ваша дитина вперше відвідувала школу в Сполучених Штатах? (Дитячий садок – 12 клас) _____</p> <p>Місяць День Рік</p>	

Дякуємо, що надали необхідну інформацію про опитування домашньої мови. Зв'яжіться зі своїм шкільним округом, якщо у вас є додаткові запитання щодо цієї форми або послуг, доступних у школі вашої дитини.

Примітка для району: Ця форма доступна кількома мовами на <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. Відповідь, яка включає іншу мову, крім англійської, на питання #2 АБО питання #3 запускає тестування на знання англійської мови. Відповіді на питання #1 або #4 мовою, відмінною від англійської, можуть спонукати до подальшої розмови з сім'єю, щоб переконатися, що #2 і #3 були чітко зрозумілі. "Формальна освіта" в #7 не включає табори біженців або інші неакредитовані освітні програми для дітей.



<http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/TranslatedMaterial.aspx> від [Управління двомовної освіти](#),
[Управління суперінтенданта громадського навчання](#) ліцензовані за ліцензією [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#)
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Лист від вашої шкільної медсестри

Шановний батько / опікун,

Я хотів би привітати вас та вашого учня в шкільному окрузі Річленд! Наша мета – допомогти вашій дитині розпочати навчання безпечно та здорово.

У реєстраційному пакеті ви знайдете такі форми та інформацію, пов'язані зі здоров'ям:

- Форма «Історія здоров'я студента»
- Повідомлення про права батьків / учнів відповідно до розділу 504
- Інформація щодо державних вимог щодо імунізації для відвідування школи
- Форма свідоцтва про статус імунізації (СНД) повинна бути заповнена батьками / опікунами

Зверніть увагу, що існує ймовірність відкладеного зарахування, якщо статус імунізації вашої дитини не відповідає державним нормам. Існує також ймовірність затримки зарахування, якщо ваш учень має небезпечний для життя конд, а поточний план охорони здоров'я не зберігається до першого дня школи.

Небезпечні для життя стани:

Закон штату Вашингтон (RCW 28A.210.320) передбачає, що перед тим, як учень може відвідувати школу, учень із небезпечним для життя станом здоров'я (стан, який може поставити учня під загрозу смерті протягом навчального дня) повинен мати план охорони здоров'я, підписаний медичним працівником на файл у закріпленому навчальному закладі. Цей мандат включає, але не обмежується ними, студентів з такими станами, як анафілактична алергія, важка астма, певні серцеві захворювання, діабет або судомний розлад.

Медикаментозне лікування в школі:

Ліки визначаються як усі ліки, як рецептурні, так і безрецептурні, включаючи, але не обмежуючись ними, краплі від кашлю, антациди, тайленол, Адвіл та вітаміни. Закон штату Вашингтон (RCW 28A.210.260) та районна політика вимагають, щоб для того, щоб ваша дитина отримувала ліки в школі, повинні бути виконані наступні умови: поточний наказ про прийом ліків, який вважається необхідним у навчальний час, підписаний ліцензованим постачальником медичних послуг, який призначив повноваження, підписані батьком, і підписані шкільною медсестрою. У планах охорони здоров'я вже є область для лікування ліків, пов'язаних з лікуванням. Для всіх інших ліків, будь ласка, використовуйте форму: Medical FormDrug Authorization. Плани охорони здоров'я та форма авторизації ліків доступні в медичній кімнаті та на веб-сайті RSD за адресою: <https://www.rsd.edu/departments/studentформи здоров'я.html>

Що потрібно заповнити до початку школи:

- Запишіться на прийом до свого лікаря якомога швидше, щоб оновити щеплення та / або заповнити плани охорони здоров'я та форми замовлення ліків.
- Візьміть із собою на прийом відповідні шкільні форми, пов'язані зі здоров'ям.
- Попросіть свого лікаря заповнити та підписати форми. Заповніть і підпишіть батьківську область.
- Заповнюйте шкільні рецепти у вашій аптеці. Попросіть у фармацевта маркований контейнер для школи. Якщо ліки без рецепта, зберігайте ліки в оригінальній упаковці.
- Поверніть заповнені форми та ліки шкільній медсестрі принаймні за тиждень до початку школи.

Щиро ваш

Шкільна медсестра

Форма історії здоров'я студента

Батьки / опікуни, будь ласка, заповніть: Ім'я студента: _____

Школа: _____ Клас: _____ Дата народження: _____ Стать: Чоловік Жінка

Небезпечні для життя медичні стани:

Законодавство штату Західна Австралія вимагає наказу про ліки / лікування від постачальника медичних послуг, якщо стан здоров'я вашої дитини поставить *вашу дитину під загрозу смерті протягом невеличкого дня*. Письмові накази повинні бути отримані шкільною медсестрою і якщо це доречно:

Чи має ваша дитина **НЕБЕЗПЕЧНИЙ ДЛЯ ЖИТТЯ СТАН ЗДОРОВ'Я?** Ні Так

Якщо так, будь ласка, вкажіть умову: _____

Ні Так Важка алергічна реакція на укус бджоли. Анафілактичний Ні Так описують: _____

Ні Так Сильна алергічна реакція на їжу або горіхи. Тип: _____ Анафілактичний Ні Так

Описати: _____

Ні Так Легка алергічна реакція на їжу або горіхи. Тип: _____ Реакція: _____

Ні Так інші алергічні реакції. Тип: Реакція: _____

Ні Так Астма. Чи будуть вашій дитині потрібні ліки від астми в шкільні години? Ні Так

Ні Так цукровий діабет. Тип: _____ Самоуправління: _____ Насос: Ні Так

Ні Так стан серця. Діагноз: _____ кардіостимулятор: Ні Так

Ні Так порушення згортання крові. Діагностики: _____

Ні Так ортопедичний стан. Діагностики: _____

Ні Так судоми/неврологічні розлади. Описати: _____

Ні Так ГІ / Умови годування. Описати: _____

Ні Так стан кишечника/сечового міхура. Описати: _____

Ні Так Інші проблеми зі здоров'ям: _____

Ні Так Чи має ваша дитина будь-які інші умови, які могли б вплинути на успішність у класі або ПЕ. Діяльності? Якщо так, будь ласка, поясніть: _____

Ні Так Поведінкові/емоційні проблеми: _____

Ні Так Окуляри: _____ Контакти: Причина: Дата останнього очного іспиту: _____

Ні Так Порушення слуху: Дата останнього іспиту на _____ слухання: Слухання Aids: Ні Так

Ні Так Медичне страхування: назва _____

Ні Так Надавач первинної медичної допомоги (лікар/ARNP/PA) _____

Щоденні ліки:

Законодавство штату вимагає письмового дозволу від постачальника медичних послуг та батьків, перш ніж **будь-які** ліки, що відпускаються за рецептом або без рецепта, можуть бути надані в школі. Форми ліків доступні в Інтернеті за адресою www.rsd.edu.

Ні Так Ліки, необхідні в школі: (вказіть): (Потрібен дозвіл _____)

Ні Так Ліки, необхідні вдома: (вказіть): _____

Батько/опікун (друковане ім'я): _____

Підпис батьків / опікунів: _____ **дата** _____

Телефон: (домашній) (_____ мобільний) _____ (робочий) _____

передана шкільному персоналу за потреби під час зарахування вашої дитини до шкільного округу Річленд, якщо ви не попросите про інше в письмовій формі.

RSD 3/2018 Історія здоров'я студентів (ред.) - Небезпечні для життя стани

**ПОВІДОМЛЕННЯ ШКІЛЬНОГО
ОКРУГУ РІЧЛЕНДА ПРО ПРАВА
БАТЬКІВ / УЧНІВ
ВІДПОВІДНО ДО РОЗДІЛУ 504
Форма 504-1**

Закон про реабілітацію 1973 року ("Закон"), який зазвичай називають "розділом 504", є законом про недискримінацію, прийнятим Конгресом Сполучених Штатів. Метою Закону є заборона дискримінації та забезпечення того, щоб студенти-інваліди мали освітні можливості та пільги, рівні тим, що надаються студентам, які не є інвалідами.

Це повідомлення про ваші права відповідно до розділу 504. Цей документ не призначений для вирішення прав, наданих відповідно до Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями ("IDEA"), який застосовується до студентів, які мають право на спеціальні освітні послуги. Повідомлення Управління начальника громадського навчання ("OSPI") про *процедурні процедури* спеціальної освіти *для студентів та їхніх сімей* доступне через районний відділ спеціальної освіти та встановлює права, гарантовані IDEA. Метою цього повідомлення є викладення прав, гарантованих розділом 504 тим студентам-інвалідам, які мають фізичні або психічні порушення, які суттєво обмежують одну або кілька основних видів життєвої діяльності, які не відповідають вимогам IDEA.

Федеральні закони та правила надають батькам (батькам) / опікунам та учням такі права:

1. Округ має право бути поінформованим округом про ваші права відповідно до розділу 504 (мета цього повідомлення – повідомити вас про ці права).
2. Ви маєте право на те, щоб ваша дитина брала участь і отримувала вигоду від освітньої програми округу без дискримінації за ознакою інвалідності.
3. Ви маєте право отримати повідомлення до того, як район вживе будь-яких заходів щодо ідентифікації, оцінки та / або влаштування вашої дитини.
4. Ваша дитина має право на оцінювання до початкового розміщення за розділом 504 та будь-яких подальших значних змін у розміщенні. Ви маєте право відмовитися від згоди на первинну оцінку та первинне влаштування вашої дитини.
5. Ви маєте право, щоб ваша дитина отримувала безкоштовну відповідну державну освіту ("FAPE"). Він включає право вашої дитини на навчання з учнями, які не є інвалідами, у максимально відповідному ступені. Це також включає право на те, щоб округ надавав відповідні допомоги та / або послуги, щоб надати вашій дитині рівну можливість брати участь у шкільних заходах, освітніх та / або пов'язаних з ними допоміжних засобах та послугах, що надаються вашій дитині безкоштовно, за винятком цих зборів накладається на батьків / опікунів (опікунів) дітей, які не є інвалідами.
6. Ваша дитина має право на зручності, послуги та / або заходи, які можна порівняти з тими, що надаються для студентів, які не мають інвалідності.
7. Ви маєте право приймати рішення щодо оцінювання, навчання та / або

влаштування вашої дитини на основі інформації з різних джерел групою осіб, які знають вашу дитину, дані оцінки вашої дитини та / або варіанти розміщення.

8. Ви маєте право на те, щоб вашій дитині була надана рівна можливість брати участь у неакадемічних та позакласних заходах, пропонованих районом.
9. Ви маєте право переглянути документи про освіту вашої дитини та отримати копію таких записів. Ви також маєте право отримати відповідь на обґрунтовані запити про пояснення та тлумачення документів про освіту вашої дитини.
10. Ви маєте право вимагати від округу внести зміни до документів про освіту вашої дитини, якщо ви вважаєте, що вони є неточними, оманливими та/або іншим чином порушують права вашої дитини на недоторканність приватного життя. Якщо округ відхиляє цей запит, ви маєте право оскаржити таку відмову відповідно до Закону про права сім'ї на освіту та недоторканність приватного життя ("FERPA").
11. Ви маєте право вимагати медіації або неупередженого слухання щодо дій Округу щодо ідентифікації, оцінки та /або влаштування вашої дитини з можливістю участі батьків у слуханні та представництві адвокатом.
12. Якщо ви хочете оскаржити дії округу щодо ідентифікації, оцінки та / або влаштування вашої дитини на навчання, ви повинні подати письмовий запит на слухання до Брайана Мура, координатора програми студентської секції 504, 615 Snow Ave, Richland, Washington 99352; надішліть електронний лист на адресу: Brian.Moore@rsd.edu за допомогою Запиту на слухання (форма 504-2). Слухання буде призначено перед неупередженим слухачем, і ви будете письмово повідомлені про дату, час і місце слухання.
13. Якщо ви не згодні з рішенням неупередженого слухача, ви маєте право переглянути це рішення судом компетентної юрисдикції. Якщо ви перемагаєте в цивільному позові проти округу, ви маєте право вимагати сплати розумних витрат на адвоката через суд.
14. Ви маєте право подати скаргу або скаргу до США. Управління з цивільних прав Департаменту освіти або подати скаргу до федерального суду. Адреса регіонального відділення, яке охоплює Річленд:
Управління цивільних прав
Міністерства освіти США
915 Друга авеню, кімната 3310
Сіетл, Вашингтон 98174-1099
Телефон: (206) 607-1600
Сайт: www.ed.gov/OCR
Адреса електронної пошти: OCR.seattle@ed.gov

Батьки – чи готові ваші діти до школи?

Необхідні щеплення на 2020-2021 навчальний рік



Інструкції: Щоб побачити, які вакцини потрібні для школи, знайдіть оцінку вашої дитини в першій колонці. Подивіться на відповідний рядок на сторінці, щоб знайти кількість вакцин, необхідних для вступу нашої дитини до школи.

	Гепатит В	DTaP/Tdap (Дифтерія, правець, кашлюк)	Поліомієліт	КПК (Кір, паротит, краснуха)	Вітряна віспа (Вітряна віспа)
Дитячий садок до 6 класу	3 дози	5 доз*	4 дози*	2 дози	2 дози АБО Медичний працівник підтвердив, що дитина має захворювання
3 7 по 12 клас	3 дози	5 доз АКДС* 1 доза Tdap	4 дози*	2 дози	2 дози АБО Медичний працівник підтвердив, що дитина має захворювання

* Дози вакцини можуть бути меншими, ніж зазначено, залежно від ситуації вашої дитини.

Додаткова інформація: Учні повинні отримати дози вакцини в правильні терміни, щоб відповідати шкільним вимогам. Поговоріть зі своїм лікарем або працівниками школи, якщо у вас є питання про вимоги до шкільної імунізації.

Існують важливі вакцини для дітей, які не потрібні для вступу до школи. Інформацію про ці вакцини можна знайти на www.immunize.org/cdc/schedules/.

Щоб запросити цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127.

Глухі або слабочуючі клієнти, будь ласка, зателефонуйте за номером 711 (Washington Relay) або надішліть електронний лист civil.rights@doh.wa.gov. **DOH 348-295 серпня 2020 року**

Батьки – чи готові ваші діти до школи?

Необхідні щеплення на 2021-2022 навчальний рік



Інструкції: Щоб побачити, які вакцини потрібні для школи, знайдіть оцінку вашої дитини в першій колонці. Подивіться на відповідний рядок на сторінці, щоб знайти кількість вакцин, необхідних вашій дитині для вступу до школи.

	Гепатит В	DTaP/Tdap (Дифтерія, правець, кашлюк)	Поліомієліт	КПК (Кір, паротит, краснуха)	Вітряна віспа (Вітряна віспа)
Дитячий садок до 6 класу	3 дози	5 доз*	4 дози*	2 дози	2 дози АБО Медичний працівник підтвердив, що дитина має захворювання
3 7 по 12 клас	3 дози	5 доз АКДС* 1 доза Tdap	4 дози*	2 дози	2 дози АБО Медичний працівник підтвердив, що дитина має захворювання

* Дози вакцини можуть бути меншими, ніж зазначено, залежно від ситуації вашої дитини.

Додаткова інформація: Учні повинні отримати дози вакцини в правильні терміни, щоб відповідати шкільним вимогам. Поговоріть зі своїм лікарем або працівниками школи, якщо у вас є питання про вимоги до шкільної імунізації.

Існують важливі вакцини для дітей, які не потрібні для вступу до школи. Знайдіть інформацію про ці вакцини на www.immunize.org/cdc/schedules/

Щоб запросити цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127.

Глухі або слабочуючі клієнти, будь ласка, зателефонуйте за номером 711 (Washington Relay) або надішліть електронний лист civil.rights@doh.wa.gov. **DOH 348-295 жовтня 2020 року**



Сертифікат від Імунізація Статус (СНД)

Відгук: _____ Дата: _____
 Підписаний COE у файлі? Так

Будь ласка, роздрукуйте. Дивіться назад, щоб отримати інструкції щодо заповнення цієї форми або роздрукуйте її з Інформаційної системи імунізації штату Вашингтон.

Прізвище дитини :	Ім'я:	Середній ініціал: (ММ/ДД/РРРР):	Дата народження
Я даю дозвіл школі / догляду за дитиною моєї дитини додавати інформацію про імунізацію до інформаційної системи імунізації, щоб допомогти школі вести запис моєї дитини.		Лише умовний статус: Я визнаю, що моя дитина вступає до школи / догляду за дитиною в умовний статус. Щоб моя дитина залишалася в школі, я повинен надати необхідну документацію про імунізацію у встановлені терміни. Дивіться назад, щоб отримати вказівки щодо умовного стану.	
X Підпис батьків / опікунів	Дата	X Підпис батьків / опікунів	потрібен, якщо він починається в умовному стані Дата

<input type="checkbox"/> Потрібно для школи <input type="checkbox"/> Необхідний догляд за дитиною / дошкільний заклад	Дата ММ/ДД/РР	Дата ММ/ДД/РР	Дата ММ/ДД/РР	Дата ММ/ДД/РР	Дата ММ/ДД/РР	Дата ММ/ДД/РР
Необхідні вакцини для вступу до школи або догляду за дитиною						
•▲ АКДС (дифтерія, правець, кашлюк)						
▲ Тдар (правець, дифтерія, кашлюк) (ступінь 7+)						
•▲ ДТ або ТД (правець, дифтерія)						
•▲ Гепатит В						
• НіВ (Гемофільний грип типу b)						
•▲ ІПВ (поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)						
•▲ ОПВ (поліомієліт)						
•▲ КПК (кір, паротит, краснуха)						
• PCV/PPSV (пневмококовий)						
•▲ Вітряна віспа (вітряна віспа) <input type="checkbox"/> Анамнез захворювання, підтверджений ІВС						
Рекомендовані вакцини (не потрібні для вступу до школи або догляду за дітьми)						
Грип (Грип)						
Гепатит А						
ВПЛ (вірус папіломи людини)						

Документація імунітету до хвороб (лише для використання медичними працівниками)

Якщо дитина, названа в цьому СНД, має в анамнезі захворювання вітряної віспи або може проявити імунітет за аналізом крові (титр), він повинен бути перевірений лікарем.

Я підтверджую, що дитина, названа на цьому СНД, має:

Підтверджений анамнез захворювання вітряної віспи.
 Лабораторні дані імунітету (титру) до захворювання (хвороби), позначені нижче.

<input type="checkbox"/> Дифтерії	<input type="checkbox"/> Гепатит А	<input type="checkbox"/> Гепатит В
<input type="checkbox"/> НіВ	<input type="checkbox"/> Кір	<input type="checkbox"/> Свинка
<input type="checkbox"/> Краснухи	<input type="checkbox"/> Правця	<input type="checkbox"/> Вітряна віспа

Поліомієліт (всі 3 серотипи повинні показати імунітет)

Я підтверджую, що інформація, надана в цій формі, є правильною та відповідає версії	С, П, У, В) Якщо це підтверджено шкільним або дитячим персоналом	Офіційна назва: записи про медичну імунізацію	Підпис: повинні бути додані до цього документа.
---	---	--	--

Інструкція щодо заповнення Сертифікату про статус імунізації (СНД): Роздрукуйте його з Інформаційної системи імунізації (IIS) або заповніть його від руки.

Для друку з інформацією про щеплення заповнюються:

Запитайте, чи вносить офіс вашого медичного працівника імунізацію в інформаційну систему імунізації Західної Австралії (загальнодержавний реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть їх роздрукувати СНД з ІВС і ваш

Інформація про імунізацію ДИТИНИ заповнюється автоматично. Ви також можете роздрукувати СНД вдома, зареєструвавшись і увійшовши в MyIR за адресою <https://wa.myir.net>. Якщо ваш постачальник не використовує IIS, надішліть електронний лист або зателефонуйте до Департаменту охорони здоров'я, щоб отримати копію вашого CIS: waisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму від руки:

- Надрукуйте ім'я та дату народження вашої дитини та підпишіть своє ім'я, вказане на першій сторінці.
- Напишіть дату кожної отриманої дози вакцини в стовпцях дат (як ММ/ДД/РР). Якщо ваша дитина отримує комбіновану вакцину (один укол, який захищає від декількох захворювань), скористайтеся довідковими посібниками нижче, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, запишіть педіатикс під дип-терію, правець, кашлюк як АКДП, гепатит В як гепатит В і поліомієліт як ІПВ.
- Якщо у вашої дитини було захворювання вітряної віспи (вітряної віспи), а не вакцина, медичний працівник повинен перевірити захворювання вітряною віспою, щоб відповідати шкільним вимогам.
 - Якщо ваш лікар може підтвердити, що у вашої дитини була вітряна віспа, попросіть свого постачальника поставити галочку в розділі «Документація про імунітет до захворювань» і підписати форму.
 - Якщо співробітники школи отримують доступ до IIS і бачать підтвердження того, що у вашої дитини була вітряна віспа, вони поставлять прапорець у розділі Вітряна віспа в розділі вакцин.
- Якщо ваша дитина може показати позитивний імунітет за допомогою аналізу крові (титру), попросіть свого лікаря поставити прапорці для відповідного захворювання в розділі «Документація про імунітет до захворювання», і Підпишіть і поставте дату форми. Ви повинні надати лабораторні звіти з цього СНД.
- Надайте підтвердження медично підтверджених записів, дотримуючись наведених нижче вказівок.

Прийнятні медичні записи

Всі записи про вакцинацію повинні бути медично перевірені. Приклади включають:

- Форма сертифіката про статус імунізації (СНД), надрукована з датами вакцинації з Інформаційної системи імунізації штату Вашингтон (IIS), MyIR або IIS іншого штату.
- Заповнена друкована копія СНД з підписом підтвердження постачальника медичних послуг.
- Заповнений друкований документ СНД з доданими записами про вакцинацію, роздрукований з електронної медичної картки медичного працівника з підписом або печаткою медичного працівника. Адміністратор школи, медсестра або призначена особа повинні перевірити точність транскрибування дат на території СНД і надати підпис на формі.

Умовний статус

Діти можуть в'їжджати і залишатися в школі або дитячому закладі в умовному статусі, якщо вони наздоганяють необхідні вакцини для вступу до школи або догляду за дитиною. (Дози серії ВАКЦИН розподілені між мінімальними

інтервали, тому деяким дітям, можливо, доведеться почекати певний період часу, перш ніж закінчити вакцинацію. Це означає, що вони можуть вступити до школи, чекаючи наступної необхідної дози вакцини). Щоб вступити до школи або догляду за дитиною в умовному статусі, дитина повинна мати всі дози вакцини, які вона має право отримати, до початку навчання в школі або догляду за дитиною.

Учні в умовному статусі можуть залишатися в школі, чекаючи мінімальної дійсної дати наступної дози вакцинації плюс ще 30 днів, щоб здати документацію про Вакцинації. Якщо студент наздоганяє кілька вакцин, умовний статус продовжується аналогічним чином до тих пір, поки всі необхідні вакцини не будуть завершені.

Якщо 30-денний умовний період закінчується, а документація не була надана школі або догляду за дітьми, то студент повинен бути виключений з подальшого відвідування, відповідно до RCW 28A.210.120. Дійсна документація включає докази імунітету до захворювання, про яке йде мова, медичні записи, що свідчать про вакцинацію, або заповнену форму свідчення про звільнення (СОЕ).

Довідковий посібник з торгових назв вакцин в алфавітному порядку Щоб отримати оновлений список, відвідайте <https://www.w.cdc.gov/vaccines/terms/usc>

<http://www.cdc.gov/vaccines/terms/usc>

Торгова назва	Вакцина	Торгова назва	Вакцина	Торгова назва	Вакцина	Торгова назва	Вакцине	Торгова назва	Вакцина
ActHIB	Hib	Флюарикс	Грип	Хаврікс	Гепатит А	Менвео	Менінгококова	Ротарикс	Ротавірус (RV1)

Адасел	Tdap	Flucelvax	Грип	Хіберікс	Hib	Педіарікс	АКДС + Гепатит В + ІПВ	RotaTeq	Ротавірус (PV5)
Афлурія	Грип	FluLaval	Грип	HibTITER	Hib	RedvaxHIB	Hib	Tenivac	ТД
Бексеро	ЧоловікБ	ФлуМіст	Грип	Іполь	ІПВ	Пентакель	DTaP + Hib + IPV	Труменба	ЧоловікБ
Бустрікс	Tdap	Флувирин	Грип	Інфанрікс	DTaP	Пневмовакс	ППСВ	Твінрікс	Гепатит А + Гепатит Б
Церварікс	2vHPV	Флузон	Грип	Кінрікс	АКДС + ІПВ	Превнар	PCV	Вакта:	Гепатит А
Даптакель	DTaP	Гардасил	4vHPV	Менактра	MCV або MCV4	ProQuad	MMR + вітряна віспа	Варивакс	Вітряна віспа
Енжерікс-Б	Гепатит Б	Гардасил 9	9vHPV	Меномуне	MPSV4	Recombivax HB	Гепатит Б		

Якщо у вас є інвалідність і вам потрібен цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127 (TDD / TTY телефонуйте 711). **DOH 348-013 листопада 2019**

Шкільний округ Річленд

Політика прийнятного використання

Доступ до Інтернету доступний усім студентам, які погоджуються дотримуватися цих вказівок. Батьки / опікуни мають право відмовити своєму учневі в доступі до Інтернету та зобов'язані повідомити про свої побажання, заповнивши форму відмови нижче.

Ми раді запропонувати учням шкільного округу Річленд користування комп'ютерною мережею округу, включаючи доступ до Інтернету. Інтернет дозволить студентам досліджувати тисячі бібліотек, баз даних та освітніх ресурсів по всьому світу. Сім'ї повинні бути попереджені, що матеріали, знайдені в Інтернеті, можуть містити предмети, які є незаконними, наклепницькими, неточними або потенційно образливими для деяких людей. Хоча наша мета полягає в тому, щоб зробити Інтернет доступним для подальших освітніх цілей і завдань, студенти можуть знайти способи отримати доступ до інших матеріалів. Ми вважаємо, що переваги для студентів від Інтернету у вигляді інформаційних ресурсів та можливостей для співпраці перевищують будь-які недоліки. Зрештою, батьки та опікуни неповнолітніх несуть відповідальність за встановлення та передачу стандартів, яких їхні діти повинні дотримуватися, використовуючи джерела інформації для засобів масової інформації. З цією метою шкільний округ Річленд підтримує і поважає право кожної сім'ї вирішувати, дозволяти чи не дозволяти доступ до Інтернету.

РАЙОННІ ПРАВИЛА ІНТЕРНЕТУ:

1. Учні несуть відповідальність за хорошу поведінку і комунікації в шкільних комп'ютерних мережах. Комунікації в мережі носять публічний характер. Тому застосовуються загальношкільні та районні правила поведінки та спілкування.
2. Чиста робота надається студентам для дослідницьких цілей до тих пір, поки студент згоден діяти відповідально.
3. Доступ до комп'ютерів є привілеєм, а не правом, і тягне за собою відповідальність.
4. Передбачається, що учні будуть дотримуватися District standards і Мережевого кодексу поведінки і розуміти, що дисциплінарні процедури виникнуть, якщо вони цього не зроблять.
5. Дотримуючись Закону про захист дітей в Інтернеті (CIPA – інтернет-фільтрація) та роблячи всі спроби контролювати учнів під час доступу до інтернет-ресурсів, район не несе відповідальності за обмеження, моніторинг або

контроль комунікацій осіб, що використовують мережу.

6. Мережеві сховища можуть розглядатися як шкільні шафи. Тому адміністратори мережі можуть переглядати файли користувачів і повідомлення, щоб підтримувати цілісність системи та гарантувати, що користувачі використовують систему відповідально. Користувачі не повинні очікувати конфіденційності своїх електронних файлів, що зберігаються на комп'ютерах шкільного округу Річленд.
7. Будь-яке використання системи повинно бути на підтримку освіти та досліджень і відповідати місії District.

Студентам, які користуються мережею округу, не дозволяється робити наступне:

- Доступ, надсилання та відображення образливих повідомлень і зображень
- Використовувати нецензурну або наклепницьку лексику
- Переслідувати, ображати, ганьбити або нападати на інших
- Пошкодження комп'ютерів, зміна комп'ютерних систем або комп'ютерних мереж
- Завантаження/встановлення програм, файлів тощо. без дозволу
- Доступ до чатів, служб обміну миттєвими повідомленнями, ігор тощо.
- Порушення законів про авторські права
- Використання чужого мережевого облікового запису/пароля
- Вкажіть його/її ім'я, адресу або номер телефону
- Проникнення в папку, роботу або файли іншого користувача
- Навмисне витрачання обмежених ресурсів
- Використовуйте мережу в комерційних цілях
- Доступ до особистих облікових записів електронної пошти дозволено лише для використання, зазначеного в навчальному плані класу

ДИСЦИПЛІНИ

Порушення можуть призвести до втрати доступу до Інтернету, втрати використання комп'ютера під час навчання, а також до інших дисциплінарних або юридичних заходів.

Будь ласка, заповніть та поверніть нижню форму до школи. Ви можете зберегти верхню частину для власних записів.

Форма відмови від шкільного округу Річленд

Сповіднення батьків про _____ відхилення прав доступу до Інтернету (поточної школи) для такої дитини:

Ім'я студента: _____ Рівень класу: _____

Як батьки/опікуни вищезазначеного учня, я **відмовляю** моїй дитині в доступі до Інтернету в школі. Я усвідомлюю, що цей запит потрібно оновлювати щорічно. Якщо в будь-який час я хочу, щоб моя дитина мала доступ до Інтернету під час перебування в школі, я усвідомлюю, що такий дозвіл потрібно буде зробити в письмовій формі та подати до шкільного офісу.

Підпис батьків / опікунів: _____ Дата: _____

Адреса: _____ Домашній номер телефону: _____

Примітка: Будь ласка, майте на увазі, що деякі бази даних, періодичні видання тощо, ресурсні матеріали для класу та додаткові навчальні матеріали у всіх школах доступні через Інтернет. Підписуючи цю форму, ви відмовляєте своєму учневі в доступі до цих ресурсів округу.