



Trường Tiểu học North Pembroke
72 Pilgrim Road, Pembroke MA 02359

ĐĂNG KÝ MẦM NON HÒA NHẬP
Năm học 2024-2025

Ngày _____

Họ của Trẻ: _____ Tên: _____ Tên đệm: _____

Địa chỉ Nhà _____

Thị trấn Tiểu bang Mã bưu chính

Tuổi tính đến ngày 1 tháng 9 năm 2024 _____ Ngày sinh _____ Giới tính Nam Nữ
(trẻ phải được 3 tuổi trước ngày 1 tháng 9 năm 2024)

(Hãy chọn một, chọn nhiều tùy chọn sẽ làm mất hiệu lực đơn đăng ký)

_____ Tôi quan tâm đến chương trình bốn ngày (nửa ngày) Thứ Hai-Thứ Năm 8:15-11:00 Sáng/
12:00-2:45 Chiều

_____ Tôi quan tâm đến chương trình năm ngày (cả ngày) Thứ Hai-Thứ Sáu 8:15 Sáng-2:45 Chiều

Cha mẹ/Người chăm sóc Số 1

Cha mẹ/Người chăm sóc Số 2

Họ tên: _____

Họ tên: _____

Địa chỉ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Điện thoại: _____

Email: _____

Email: _____

Trẻ có được xác định là có nhu cầu đặc biệt không? _____ có _____ không

Tất cả các em phải tham gia sàng lọc tìm trẻ em cho chương trình này. Quý vị sẽ được liên lạc để đặt lịch hẹn cho con sau khi gửi lại đơn đăng ký này.

Bảng Câu Hỏi Dành Cho Cha Mẹ

Kính gửi Cha mẹ:

Hãy trả lời các câu hỏi trong đơn này theo cách tốt nhất có thể.

Câu trả lời của quý vị trong đơn này sẽ giúp nhân viên trường mầm non quyết định loại chương trình giáo dục nào phù hợp nhất cho trẻ.

Bảng câu hỏi này được bảo mật và câu trả lời của quý vị chỉ chia sẻ với nhân viên chuyên môn.

Họ tên Trẻ _____ Ngày hôm nay _____

Địa chỉ Đường phố _____

Giới tính Nam Nữ Ngày sinh _____ Nơi sinh _____

Số điện thoại: Nhà _____ Di động _____

Tên của (những) Người _____ Quan hệ
Điền Đơn _____ với Trẻ _____

Địa chỉ email người chăm sóc: _____

1. Lịch sử Trường học của Trẻ

Trẻ đã từng đi học trước đây? _____ có _____ không

Nếu có, tên trường _____

Ngày đi học (tháng/năm) _____ đến _____

Số ngày trong tuần: ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ Toàn thời gian ____ Bán thời gian

Trải nghiệm học tập nào khác? _____

2. Thứ tự của Trẻ trong Gia đình

_____ lớn nhất _____ con thứ _____ nhỏ nhất _____ con một

Những trẻ khác trong gia đình:

_____	tuổi _____	trường _____
_____	tuổi _____	trường _____
_____	tuổi _____	trường _____

Có trẻ nào gặp khó khăn ở trường không?

Họ tên	Trường	Lĩnh vực Khó khăn
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Có thành viên nào trong gia đình hoặc người thân gặp khó khăn đáng kể ở trường không?

Nếu có, Mối quan hệ _____ Bản chất Khó khăn _____

3. Cha mẹ

Họ tên Người chăm sóc số 1 _____ Nghề nghiệp _____

Nơi làm việc _____ Điện thoại _____

Email của cha mẹ _____

Họ tên Người chăm sóc số 2 _____ Nghề nghiệp _____

Nơi làm việc _____ Điện thoại _____

Email của cha mẹ _____

Ngôn ngữ chính nói ở nhà: _____

Những người khác sống trong hộ gia đình:

Họ tên _____

Mối quan hệ _____

Có bất kỳ sự kiện bất thường nào xảy ra trong gia đình này không? (bệnh tật, di chuyển, tử vong, thảm họa, thay đổi thành phần gia đình)

Có bất kỳ vấn đề sức khỏe nghiêm trọng nào với người chăm sóc hoặc gia đình không? _____

4. Dữ liệu Y tế Cơ bản

Họ tên Bác sĩ của Trẻ _____ Điện thoại _____

Địa chỉ _____

Trẻ đã từng khám hoặc điều trị tai/thính lực chưa?

_____ có _____ không Nếu có, khi nào? _____

Bác sĩ _____ Kết quả _____

Viêm tai? _____ có _____ không Nếu có, _____ Không thường xuyên (2-3 lần mỗi năm)

– _____ Thường xuyên (4 lần trở lên mỗi năm)

_____ Kéo dài (10 ngày - 2 tuần)

Ngày viêm tai _____

Quý vị có nghi ngờ bất kỳ vấn đề thính giác nào không? _____ có _____ không

Trẻ có:

Dường như gặp khó khăn khi nghe?	Có	Không
Bật ti vi to hơn các thành viên khác trong gia đình?	Có	Không
Dường như thích tai này hơn tai kia?	Có	Không
Nhảy hoặc tỏ ra giật mình hơn những người khác nếu có tiếng ồn đột ngột?	Có	Không
Dường như nghe thấy nếu quý vị nói thì thầm?	Có	Không
Khiến quý vị nói to hoặc lặp lại thường xuyên?	Có	Không

Trẻ đã từng khám hoặc điều trị thị lực chưa? _____ có _____ không

Nếu có, khi nào? _____ Bác sĩ _____

Kết quả _____

Quý vị có nghi ngờ bất kỳ vấn đề thị lực nào không? _____ có _____ không

Trẻ có:

Dường như gặp khó khăn khi nhìn đường nét hoặc hình ảnh nhỏ?	Có	Không
Dường như có vấn đề khi nhìn mọi thứ ở xa?	Có	Không
Nheo mắt?	Có	Không
Đeo kính?	Có	Không
Có mắt lác trong?	Có	Không
Có mắt lác ngoài?	Có	Không

SỨ MỆNH CỦA CHÚNG TÔI: Đảm bảo học sinh đạt thành tích xuất sắc trong giảng dạy và học tập.

Ngồi rất gần tivi?	Yes	No
Dụi mắt thường xuyên?	Yes	No

Trẻ nói được vào khoảng bao nhiêu tuổi: _____

Từ đầu tiên _____ 2 hoặc 3 từ cùng nhau _____ Câu _____

Trẻ bắt đầu biết đi lần đầu tiên vào lúc mấy tuổi?

Cho biết tuổi gần đúng nếu không nhớ chính xác tuổi: _____

Quý vị có cảm thấy trẻ có phối hợp cơ bắp lớn đầy đủ không? ____ có ____ không

Quý vị có nhận thấy, hoặc bác sĩ đã báo cáo, bất kỳ điều nào sau đây ở trẻ không?

	Hen suyễn		Vấn đề về tim		Sốt thường xuyên
	Rối loạn giấc ngủ		Vấn đề y tế ngay sau khi sinh		Động kinh (co giật)
	Tiêu chảy		Viêm tai mãn tính		Vấn đề về dạ dày mãn tính
	Nôn mửa		Tiểu đường		Tăng động
	Đau đầu		Dị ứng (loại)		Dị ứng thực phẩm (chỉ rõ)
	Vấn đề về xoang				

Chú giải: _____

Hãy đánh dấu *Có*, *Đôi khi*, *Không* hoặc *Không chắc* cho mỗi câu sau:

Ý kiến của tôi (của chúng tôi) là trẻ:

	Có	Đôi khi	Không	Không chắc
Có bạn chơi thường xuyên cùng tuổi				
Gặp khó khăn hòa hợp với những trẻ khác				
Gặp khó khăn thể hiện bản thân				
Thích chơi với những trẻ khác thay vì một mình				
Khó hiểu khi nói chuyện				
Nhìn chung có vẻ vui				
Thường xuyên cúi kính hoặc ủ rũ				
Khó chịu vì những thay đổi thói quen				
Đòi hỏi nhiều chú ý riêng từ người lớn				

SỨ MỆNH CỦA CHÚNG TÔI: Đảm bảo học sinh đạt thành tích xuất sắc trong giảng dạy và học tập.

Chấp nhận kỷ luật và giới hạn				
Trở nên bối rối khi làm theo nhiều hơn hai hướng dẫn bằng lời nói cùng lúc				
Gặp khó khăn ghi nhớ mọi thứ trong thời gian ngắn				
Gặp khó khăn ghi nhớ mọi thứ trong thời gian dài				
Dễ nản lòng				
Dễ khóc				
Sẵn sàng hợp tác				
Có tính khí thất thường				
Có thể sử dụng đĩa và thìa không cần trợ giúp				
Có thể bắt bóng ném cho mình				
Thích các hoạt động thể chất				
Mất thăng bằng, vấp và ngã				
Gặp khó khăn khi chạy				
Đang đối mặt với căng thẳng gia đình như bệnh tật, tử vong hoặc ly thân				

Những bạn chơi yêu thích của trẻ bao nhiêu tuổi? _____

Trẻ xem ti vi khoảng bao nhiêu giờ một ngày? _____ Thời gian chiếu: _____

Quý vị thích làm những việc gì với trẻ? _____

Quý vị có bất kỳ quan tâm đặc biệt nào về trẻ không? _____

Trẻ có được tập đi vệ sinh không? _____

Có bất kỳ thông tin nào khác sẽ giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về trẻ không?

Các vấn đề thể chất hoặc bệnh nặng khác (giải thích) _____

Cân nặng khi sinh của trẻ ____ lbs. _____ oz.

Cân nhắc Đặc biệt

_____ Sinh mổ _____ Sinh non

_____ Dây rốn quấn cổ _____ Sinh ngược _____ Đa sinh~thứ 1, thứ 2, thứ 3

_____ Hội chứng Baby blue _____ Bệnh vàng da _____ Thụ tinh trong ống nghiệm

SỨ MỆNH CỦA CHÚNG TÔI: Đảm bảo học sinh đạt thành tích xuất sắc trong giảng dạy và học tập.

Chăm sóc Đặc biệt

_____ Oxy (bao lâu) _____

_____ Lồng ấp trẻ sơ sinh (bao lâu) _____

_____ Nằm viện (bao lâu) _____

_____ Co giật hoặc mất ý thức? _____

Hiện tại trẻ có đang dùng thuốc không? _____ Thuốc gì? _____

Trẻ có bị thương nặng hoặc phải nhập viện không? _____

Trẻ có nhu cầu Giáo dục Đặc biệt trong quá khứ hay hiện tại không?

Quý vị có tham gia bất kỳ chương trình nào sau đây không? (*Vui lòng đánh dấu*)

_____ An sinh Xã hội _____ Medicaid _____ Phúc lợi

_____ Tem Thực phẩm _____ WIC (Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em)

Cảm ơn sự hợp tác của quý vị đã điền bảng câu hỏi này.

Tôi cũng cho phép nhân viên trường mầm non chụp ảnh con để lưu vào hồ sơ trong suốt quá trình nhập học trường mầm non.

Họ tên _____

Ngày _____

Vui lòng gửi lại đơn đăng ký đã điền đầy đủ này cho văn phòng chính tại Trường Tiểu học North Pembroke trước 2 giờ chiều Thứ Sáu, ngày 16 tháng 2 năm 2024.

SỨ MỆNH CỦA CHÚNG TÔI: Đảm bảo học sinh đạt thành tích xuất sắc trong giảng dạy và học tập.