

Ласкаво просимо до шкільного округу Едмондс. Зараз ми приймаємо нових студентів на 2024-25 навчальний рік. Будь ласка, заповніть цей пакет реєстрації, з будь-якими додатковими необхідними документами при зустрічі. Якщо ви зареєстрували свого студента онлайн в Skyward, вам не потрібно заповнювати цей пакет. Ми з нетерпінням чекаємо на співпрацю з вами та вашою дитиною.

Крок 1: Заповніть такі обов'язкові форми

- ☐ P-134 Форма реєстрації студентів
- ☐ P-135 Форма перевірки адреси резиденції учня та з підтвердженням місця проживання

Якщо ви не можете надати підтвердження місця проживання, заповніть один з цих документів і прикріпіть до цієї форми.

- P-160 Анкета місця проживання учня (McKinney -Vento Act eligibility)
- P-110 Афідевіт резиденції (зв'яжіться зі своєю школою)

- ☐ HS-534 Форма стану здоров'я учня при зарахуванні
- ☐ HS-518 Записи імунізації, які можна знайти на сайті MyIR
 - Будь ласка, ознайомтеся з інструкціями у супровідному листі до форми HS581 що піддаються медичній перевірці

Сім'ям, які мають право, рекомендується подати заявку на програму безкоштовного та пільгового харчування. Процес подачі заявки простий і конфіденційний. Заявки доступні за посиланням нижче, Skyward Family Access або в будь-якій школі.

- ☐ Безкоштовна та зменшена заявка на обід (якщо є) – інформацію можна знайти за адресою <https://www.edmonds.wednet.edu/our-district/departments/food-nutrition-services>

Клас і вимоги по рокам			
Для початкової школи дати народження дитини		(середня, загальноосвітня) Secondary	
Підготовчий клас (Kindergarten)	Вересень 1/2018 - серпень 31/2019	7-ий клас	Вересень 1/2011 - серпень 31/2012
1ий клас	Вересень 1/2017 - серпень 31/2018	8-ий клас	9/1/2010 to 8/31/2011
2ий клас	Вересень 1/2016 - серпень /31/2017	9-ий клас	9/1/2009 to 8/31/2010
3-й клас	9/1/2015 to 8/31/2016	10-ий клас	9/1/2008 to 8/31/2009
4ий клас	9/1/2014 to 8/31/2015	11-ий клас	9/1/2007 to 8/31/2008
5ий клас	9/1/2013 to 8/31/2014	12-ий клас	9/1/2006 to 8/31/2007
6ий клас	9/1/2012 to 8/31/2013		

Крок 2: Поверніть цей заповнений пакет з усією необхідною додатковою документацією до школи учня

Школа зв'яжеться з вами, щоб завершити вашу заявку, і, якщо необхідно, запросить у вас будь-яку додаткову документацію. Шкільний представник дасть вам дату початку після завершення пакету. Неповні документи можуть відкласти дату початку навчання.

ВАЖЛИВО:

Свідоцтво про народження:

Для учнів, які вступають до дитячого садка та першого класу, є новими для Сполучених Штатів, або не мають попереднього шкільного досвіду, батьки повинні подати документ для встановлення віку студента які включають, але не обмежуються ними, релігійні, лікарняний, або довідка лікаря показуючи дату народження; запис про усиновлення; свідоцтво про народження, раніше перевірені шкільні записи; Оформлення документів Департаменту соціальних та медичних послуг, або будь-який інший документ, дозволений законом.

Небезпечні для життя стани, ліки та імунізації:

Студенти з небезпечними для життя станами (приклади: сильна алергія, важка астма, діабет, епілепсія і т.д.) вимагають планів здоров'я; якщо стан вимагає ліків - план і ліки повинні бути на місці до вівторка 2 тижнів до початку тижня школи, щоб гарантувати, що ваш учень може почати в перший день. Для відвідування школи необхідні щеплення.

Якщо у вас є запитання, будь ласка, звертайтеся до вашої школи за місцем проживання (<https://esdfinder.site/>).

Перевірка заяви про проживання

Ім'я студента: _____ Школа: _____ Клас: _____

Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Для перевірки місця проживання в межах району необхідно надати ОДИН із документів з наступного списку. Документ повинен бути датований протягом останніх шістдесяти днів із зазначенням імені та адреси батьків/опікунів. (P.O. Номери пошти не приймаються як адреса проживання).

- ☐ Ескроу папери, іпотека або рахунок на оплату
- ☐ Страхова виписка на майно (місто проживання)
- ☐ Договір оренди/оренди з квитанцією про дійсну оренду
- ☐ Рахунок за газ або електроенергію
- ☐ Рахунок за воду
- ☐ Сміттевий рахунок
- ☐ Рахунок за кабельне телебачення та інтернет
- ☐ Телефонний рахунок за земельну лінію за вказаною адресою
- ☐ Інша документація, затверджена школою _____
- ☐ Якщо ви є частиною **програми конфіденційності адресштату Вашингтон**, офіційна документація з адресної програми конфіденційності адреси, в якій йдеться про те, що школа в зоні відвідуваності відповідає вимозі щодо встановлення місця проживання в шкільному окрузі Едмондса. Ви повинні подавати оновлений лист до школи щороку.
- ☐ Перевірка факту проживання з _____. **Необхідно заповнити P-110 Афідевіт форми проживання (P-110 Affidavit of Residency Form), доступна запитом у школі.**

Якщо ви не можете надати будь-який з перерахованих вище пунктів, будь ласка, зв'яжіться зі школою, щоб обговорити ваші обставини і обговорити наступні кроки.

Будь ласка, перерахуйте нижче імена додаткових студентів за цією адресою, які відвідують школу в шкільному окрузі Едмондс.

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Я заявляю, що вищеназвані учні проживають за адресою, вказаною на одному з документів, зазначених вище, і прикріпленими до цього пакету реєстрації. Я повідомлю школу протягом двох тижнів про зміну місця проживання та погоджуюся надати новий доказ проживання та оновлену підписану заяву на той час. **Якщо я переїжджаю за межі шкільного округу, я розумію, що заявка на передачу вибору повинна бути подана та схвалена, щоб продовжувати відвідування школи, перейдіть за цим посиланням <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

Фальсифікація будь-якої інформації або документа, необхідного для перевірки місця проживання, або використання адреси іншої особи без фактично проживають там, може призвести до скасування зарахування студента до шкільного округу Едмондса (див. Policy 3131).

Ім'я батька/опікуна: _____ (чітко, друкованими літерами)

Електронна пошта одного з батьків/опікуна: _____

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ Date: _____Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
(Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)**School:** Email a copy of this form to SchoolChange@edmonds.wednet.edu



Заповнюйте цю форму ТІЛЬКИ в тому випадку, якщо ваша житлова ситуація нестабільна. Якщо ви володієте, орендуєте або орендуєте своє житло, будь ласка, НЕ заповнюйте цю форму.

Відповіді на наступні запитання можуть допомогти визначити послуги, які цей студент може мати право отримати відповідно до Закону Мак-Кінні-Венто 42 U. S. Бл. 11435. Закон Мак-Кінні-Венто надає послуги та підтримку дітям та молоді, які переживають безпритульність. (Для отримання додаткової інформації див. п. зворотний бік.)

Якщо студент проживає в будинку, що належить або орендується батьком або опікуном, вам не потрібно заповнювати цю форму, якщо немає неналежних зручностей (немає води, тепла, електрики тощо). Якщо ви не володієте / не орендуєте власне житло, будь ласка, перевірте все, що стосується нижче. Якщо ви не володієте / не орендуєте власне житло, будь ласка, позначте все, що стосується нижче:

- ☐ У мотелі/готелі
- ☐ В укритті (короткострокові/довгострокові)
- ☐ Переїзд з місця на місце/перебування з друзями
- ☐ У чиємусь домі чи квартирі з іншою особою/сім'єю
- ☐ У помешканні з недостатніми зручностями (без води, тепла, електрики тощо)
- ☐ Автомобіль, парковка, кемпінг або подібне місце
- ☐ Тимчасове житло
- ☐ Інше _____

Ім'я студента (прізвище, ім'я)	Школа	Клас	Дата народження	Вік

Інші студенти: _____

- ☐ Учень не супроводжується (не проживає з батьком або законним опікуном)
- ☐ Учень не супроводжується (не проживає з батьком або законним опікуном)
- ☐ Учень знаходиться в прийомній сім'ї

АДРЕСА ПОТОЧНОГО МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ: _____

Чи потрібен транспорт учню до/зі школи: ☐ Так ☐ Ні

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ АБО КОНТАКТНИЙ НОМЕР: _____

ІМ'Я КОНТАКТНОЇ ОСОБИ: _____

Напишіть друкованими літерами ім'я батьків / законних опікунів: _____
(Або молодь без супроводу)

*Підпис батьків/законних опікунів: _____ Дата: _____
(Або молодь без супроводу)

☐ Згадані вище учні мають молодших братів і сестер / дітей (ще не шкільного віку), які потребують скринінгу розвитку, підтримки громади або направлення до служб раннього дитинства.

Будь ласка, поверніть заповнену форму до своєї школи. Школа надішле цю форму до офісу Районний

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- ☐ (N) Not Homeless
- ☐ (A) Shelters
- ☐ (B) Doubled-Up
- ☐ (C) Unsheltered
- ☐ (D) Hotels/Motels
- ☐ (E) Unaccompanied Youth

Закон МакКіні-Венто 42 U.S.C. 11435
РОЗДІЛ 725. ВИЗНАЧЕННЯ

В цьому документі:

(1) Термін «зарахувати» та «зарахування» включає відвідування занять та участі у шкільних заходах в повному обсязі.

(2) Термін «бездомні діти або підлітки» —

(А) означає осіб, які не мають постійного, регулярного та відповідного місця ночівлі (в рамках визначення, наведеного в розділі 103(a)(1)); та

(В) включає —

(i) дітей та підлітків, які проживають в оселі інших осіб через втрату помешкання, економічні труднощі або з інших подібних причин; проживають в мотелях, готелях, трейлерних парках або на кемпінгах через відсутність іншого достатнього помешкання; проживають в аварійних або тимчасових укриттях; покинуті в лікарнях; або чекають на опікунів;

(ii) дітей та підлітків, які у якості основного місця ночівлі використовують громадські або приватні місця, що не призначені або зазвичай не використовуються для розміщення та ночівлі людей (згідно з визначенням, наведеним у розділі 103(a)(2)(C));

(iii) дітей та підлітків, що проживають у машинах, парках, громадських місцях, покинутих будівлях, несприятливих житлових умовах, на автобусних або залізничних вокзалах або у подібних установах; та

(iv) дітей-мігрантів (визначення цього терміна наведено в розділі 1309 закону про початкову та середню освіту 1965 року), які відносяться до бездомних в цьому документі через те, що ці діти мешкають в умовах, описаних в пунктах від (i) до (iii).

(6) Термін «безпритульний підліток» включає підлітків, які не мають фізичної опіки з боку батьків або опікунів.

ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА

Інформацію для батьків та додаткові джерела можна знайти за наступними посиланнями

<https://nche.ed.gov/> [National Center for Homeless Education](#)

<http://naehcy.org/educational-resources/> [National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)



For Office Use Only

Received:

Time:

Назва школи: _____ Дата: _____

Інформація про студентів

Прізвище _____ ім'я : _____ ім'я по батькові (як в документах) _____

Бажане ім'я(if applicable) _____ Номер мобільного телефону студента: _____

Стать: ☐ М ☐ Ж ☐ Х клас: _____ Дата народження: _____ / _____ / _____

Чи був цей учень коли-небудь зарахований до шкільного округу Едмондса? ☐ Так ☐ Ні

Список останніх відвідуваних шкіл: _____

Чи буде учень одночасно відвідувати іншу школу під час вступу до шкільного округу Едмондса? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, то в якій іншій школі буде зарахований учень? _____

ПЕРВИННА ПОБУТОВА ІНФОРМАЦІЯ

Батько/ Опікун 1 - Як стосується _____

Прізвище як документах _____ Ім'я _____ Ім'я по батькові _____

Дата народження: _____ / _____ / _____ Адреса електронної пошти: _____

Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.

Parent/ Батько/ Опікун 2 - Як стосується _____

Прізвище як документах _____ Ім'я _____ Ім'я по батькові _____

Дата народження: _____ / _____ / _____ Адреса електронної пошти: _____

Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.

Будь ласка, використовуйте _____ як наш основний контактний номер ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. ☐ Конфіденційно

Адреса проживання: _____

Поштова адреса (якщо вона відрізняється): _____

ВТОРИННА ПОБУТОВА ІНФОРМАЦІЯ (ЯКЩО Є)

Батько/ Опікун 1 - Як стосується _____

Прізвище як документах _____ Ім'я _____ Ім'я по батькові _____

Дата народження: _____ / _____ / _____ Адреса електронної пошти: _____

Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.

Parent/ Батько/ Опікун 2 - Як стосується _____

Прізвище як документах _____ Ім'я _____ Ім'я по батькові _____

Дата народження: _____ / _____ / _____ Адреса електронної пошти: _____

Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. Номер телефону (_____) _____ ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.

Будь ласка, використовуйте _____ як наш основний контактний номер ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. ☐ Конфіденційно

Адреса проживання: _____

Поштова адреса (якщо вона відрізняється): _____

Інформація про сім'ю

Інформація про сім'ю	Чи був хтось із батьків або опікунів, перерахованих вище, був найнятий або в даний час працює в шкільному окрузі Едмондса? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, то під яким ім'ям? _____ Чи був хтось із батьків або опікунів, перерахованих вище, учнем шкільного округу Едмондса? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, то хто з батьків або опікун і під яким ім'ям? _____																																			
	Ваш учень відвідує дитсадок? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, будь ласка, надайте наступну інформацію. Чи повинен дитячий садок бути вказаний як екстрений контакт? ☐ Так ☐ Ні																																			
Інформація про дитячий садок: лише до 6-го класу	<table border="1"> <tr> <td>Ім'я дитсаду</td> <td>Адреса</td> <td colspan="2">Номер телефону</td> </tr> <tr> <td>Ім'я дитсаду</td> <td>Адреса</td> <td colspan="2">Номер телефону</td> </tr> </table>				Ім'я дитсаду	Адреса	Номер телефону		Ім'я дитсаду	Адреса	Номер телефону																									
	Ім'я дитсаду	Адреса	Номер телефону																																	
Ім'я дитсаду	Адреса	Номер телефону																																		
Контактна інформація про надзвичайні ситуації	У разі надзвичайної ситуації з вашим студентом, або вони хворіють або отримують травми, і ми не можемо зв'язатися з батьком або опікуном в першу чергу. Будь ласка, перерахуйте осіб, крім вас самих, які погодилися піклуватися і забезпечити транспортування для вашого студента. Контактна особа 1:																																			
	<table border="1"> <tr> <td>Прізвище</td> <td>Ім'я</td> <td colspan="2">Як стосується</td> </tr> <tr> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> </tr> </table>				Прізвище	Ім'я	Як стосується		Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																								
	Прізвище	Ім'я	Як стосується																																	
	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																																
Контактна особа 2:																																				
<table border="1"> <tr> <td>Прізвище</td> <td>Ім'я</td> <td colspan="2">Як стосується</td> </tr> <tr> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> </tr> </table>				Прізвище	Ім'я	Як стосується		Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																									
Прізвище	Ім'я	Як стосується																																		
Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																																	
Контактна особа 3:	<table border="1"> <tr> <td>Прізвище</td> <td>Ім'я</td> <td colspan="2">Як стосується</td> </tr> <tr> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> <td>Номер телефону (____)_____</td> <td> ☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб. </td> </tr> </table>				Прізвище	Ім'я	Як стосується		Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																								
	Прізвище	Ім'я	Як стосується																																	
	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.	Номер телефону (____)_____	☐ Моб. ☐ Дом ☐ Роб.																																
	Перерахуйте всі школи, які відвідував учень, починаючи з останньої коли. Ваш учень коли-небудь відвідував державну школу в штаті Вашингтон? ☐ Так ☐ Ні																																			
Академічна історія учня	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Остання школа</td> <td>Дата навчання</td> <td>Коли покинув</td> </tr> <tr> <td>Місто</td> <td>Штат або країна</td> <td>Номер телефону</td> <td>Номер факсу</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Школа1</td> <td>Класи</td> <td>Коли покинув</td> </tr> <tr> <td>Місто</td> <td>Штат або країна</td> <td>Номер телефону</td> <td>Номер факсу</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Школа1</td> <td>Класи</td> <td>Коли покинув</td> </tr> <tr> <td>Місто</td> <td>Штат або країна</td> <td>Номер телефону</td> <td>Номер факсу</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Школа1</td> <td>Класи</td> <td>Коли покинув</td> </tr> <tr> <td>Місто</td> <td>Штат або країна</td> <td>Номер телефону</td> <td>Номер факсу</td> </tr> </table>				Остання школа		Дата навчання	Коли покинув	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу	Школа1		Класи	Коли покинув	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу	Школа1		Класи	Коли покинув	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу	Школа1		Класи	Коли покинув	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу
	Остання школа		Дата навчання	Коли покинув																																
	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу																																
	Школа1		Класи	Коли покинув																																
	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу																																
	Школа1		Класи	Коли покинув																																
	Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу																																
	Школа1		Класи	Коли покинув																																
Місто	Штат або країна	Номер телефону	Номер факсу																																	
Ваша дитина коли-небудь була залишена на другий рік? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, то в яких класах _____ Ваша дитина коли-небудь перескочив через клас? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, то в яких класах _____																																				

Ваша дитина коли-небудь була зарахована до спец. класу? ☐ Так ☐ Ні

Яка спеціальна освітня програма*? _____ Тип спеціальної освітньої програми: _____

**Якщо так, надайте копію IEP (Індивідуальна Програма Обучення) до школи*

☐ Англ. Мова /Багатомовні студенти - EL/ML ☐ ДВОМОВНА ПРОГРАМА - Dual Language

☐ Спец Програма Обучення--IEP ☐ План 504 ☐ Програма для дітей високою здібністю

☐ Раннє навчання в коледж ☐ Альтернативна школа / програма ☐ Розділ III ((підтримка NA/AN)

☐ Розділ VI Індійська освіта ☐ ще _____

ПЕРЕРАХУЙТЕ ВСІХ БРАТІВ І СЕСТЕР, ЯКІ ВІДВІДУЮТЬ ШКІЛЬНИЙ ОКРУГ ЕДМОНДСА

Ім'я клас Школа

Ім'я клас Школа

Ім'я клас Школа

Ім'я клас Школа

Відповідно до закону штату Вашингтон (RCW 28A.255.330), будь ласка, дайте відповідь на наступні питання:

Чи має ваш студент якусь історію насильницької поведінки? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, будь ласка, поясніть: _____

Чи є у вашого учня якесь минуле або очікуване призупинення або виключення з попередньої школи? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, поясніть. _____

Ваш учень офіційно відмовився від своєї нинішньої або попередньої школи? ☐ Так ☐ Ні Немає дати: _____

Ваш студент в даний час під BECCA / Прогнули петиції? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, якому шкільному районі? _____

Ваш учень зобов'язаний будь-які штрафи або збори у вашій попередній школі? ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас доступ до Інтернету? ☐ Так ☐ Ні

Ваш студент в очікуванні / в даний час в прийомних сім'ях? ☐ Так ☐ Ні

Ви в даний час відчуваєте нестабільність житла або в перехідному житлі? ☐ Так ☐ Ні

Житлова нестабільність може бути визначена як проживання з іншою особою / сім'єю через втрату житла або економічні труднощі; проживання в готелі / готелі або в аварійному або перехідному притулку, або в місці, не призначеному для або зазвичай використовується в якості звичайного спального житла. Якщо ви можете відповісти «так» на будь-яке з цих питань, ваша дитина може претендувати на послуги відповідно до Закону Маккінні-Венто (McKinney-Vento Act). Будь ласка, запитайте вашу школу про реєстрацію на послуги.

Чи існує план виховання дітей або судовий наказ, який обмежує / обмежує будь-які батьківські права? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, надайте копію.

Чи існує обмежувальний порядок? ☐ Так ☐ Ні *Якщо так, будь ласка, надайте копію.*

Будь ласка, перерахуйте та надайте копії будь-яких інших юридичних документів, які стосуються вашого студента та його безпеки. _____

Будь ласка, надайте додаткові коментарі, щоб допомогти в догляді за вашою дитиною. _____

Шкільні округи в штаті Вашингтон зобов'язані отримувати інформацію від сімей про статус діючої військової служби. Ця інформація використовується для усунення бар'єрів для освітніх успіхів дітей сімей військових через часті переїзди. Вкажіть нижче, якщо ви перебуваєте в активній службі Збройних сил США, Національної гвардії або резервів.

В даний час діють збройні сили США, Національна гвардія або резерви ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, вкажіть нижче:

☐ Збройні сили США активної служби ☐ Член Національної гвардії

☐ Більше одного військовослужбовця Збройних Сил/Національної гвардії

☐ Резерви збройних сил США ☐ **Немає приналежності до збройних сил США**

Чи мають бабусі й дідусі (бабусі) або батьки (и) племінну приналежність корінних американців? ☐ Так ☐ Ні

КАТЕГОРІЇ РАСИ ТА ЕТНІЧНОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ШТАТУ ВАШИНГТОН

Заповніть Частину I та Частину II

Зверніть увагу: ці категорії раси та етнічної приналежності надаються штатом Вашингтон, і шкільний округ Едмондса уповноважений збирати цю інформацію для кожного студента відповідно до чинних законів штату та федеральних законів. Якщо ви не ідентифікуєте себе, з вами зв'яжеться школа, яка повинна зібрати цю інформацію для кожного учня відповідно до чинного законодавства штату та федерального законодавства.

Частина I

Іспаномовні або латиноамериканці

Ваш учень іспаномовного або латиноамериканського походження? ☐ Так ☐ Ні (Якщо "так", будь ласка, перевірте все, що застосовується)

- | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| ☐ Аргентинський | ☐ Чилійський | ☐ Кубинський | ☐ Guyanese | ☐ Mestizo | ☐ Paraguayan | ☐ Spaniard |
| ☐ Болівійський | ☐ Колумбійський | ☐ Домініканський | ☐ Honduran | ☐ Native | ☐ Peruvian | ☐ Surinamese |
| ☐ Бразилець | ☐ Коста-Ріканський | ☐ Еквадорський | ☐ Jamaican | ☐ Nicaraguan | ☐ Puerto Rican | ☐ Uruguayan |
| ☐ Чікано
(мексикансько-американський) | ☐ Гватемальський | ☐ Мексиканський | ☐ Панамський | ☐ Сальвадорський | ☐ Венесуельський | |
| ☐ Hispanic or Latino Write In: _____ | | | | | | |

Частина II

Яку расу (и) ви вважаєте для своєї дитини? Виберіть категорії та запишіть (перевірити все, що застосовується)

Корінні американські індіанці або корінні жителі Аляски

Якщо ви виберете будь-який з них, будь ласка, також заповніть цю форму:

Підтримка: Студенти корінних американців (Титул VI програми) заповнити форму

- ☐ Native American Indian/Alaskan Native
- ☐ Native American Indian Write In: _____ ☐ Alaskan Native Write In: _____

Племена штатів Вашингтон:

- | | |
|--|---|
| ☐ Chinook Tribe | ☐ Quileute Tribe of the Quileute Reservation |
| ☐ Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation | ☐ Quinault Indian Nation |
| ☐ Confederated Tribes of the Chehalis Reservation | ☐ Samish Indian Nation |
| ☐ Confederated Tribes of the Colville Reservation | ☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington |
| ☐ Cowlitz Indian Tribe | ☐ Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation |
| ☐ Duwamish Tribe | ☐ Skokomish Indian Tribe |
| ☐ Hoh Indian Tribe | ☐ Snohomish Tribe |
| ☐ Jamestown S'Klallam Tribe | ☐ Snoqualmie Indian Tribe |
| ☐ Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation | ☐ Snoqualmoo Tribe |
| ☐ Kikiallus Indian Nation | ☐ Spokane Tribe of the Spokane Reservation |
| ☐ Lower Elwha Tribal Community | ☐ Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation |
| ☐ Lummi Tribe of the Lummi Reservation | ☐ Steilacoom Tribe |
| ☐ Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation | ☐ Stillaguamish Tribe of Indians of Washington |
| ☐ Marietta Band of the Nooksack Tribe | ☐ Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation |
| ☐ Muckleshoot Indian Tribe | ☐ Swinomish Indian Tribal Community |
| ☐ Nisqually Indian Tribe | ☐ Tulalip Tribes of Washington |
| ☐ Nooksack Indian Tribe | ☐ Верхній Скагіт |
| ☐ Port Gamble S'Klallam Tribe | |
| ☐ Puyallup Tribe of the Puyallup Reservation | |

Азіатська

- | | |
|--|--|
| ☐ Азіатська | ☐ Малайзійський |
| ☐ Азіатсько-індійська | ☐ Мієн |
| ☐ Бангладеш | ☐ Монгольська |
| ☐ 3 Бутану | ☐ Непальська |
| ☐ Бірмська/М'янма | ☐ Окінаванська |
| ☐ Камбоджійська/Кхмерська | ☐ Пакистанська |
| ☐ Чам | ☐ Панджабі |
| ☐ Китайська | ☐ Сінгапурська |
| ☐ Філіппінська | ☐ Шрі-Ланська |
| ☐ Хмонг | ☐ Тайванський |
| ☐ Індонезійська | ☐ Тайська |
| ☐ Японська | ☐ Тибетська |
| ☐ Корейська | ☐ В'єтнамська |
| ☐ Лаоська | |
| ☐ Азіатський Впишіть в: _____ | |

Коренні Гавайські / Інші острови Тихого океану

- | | |
|---|---|
| ☐ Коренні Гавайські / Інші острови Тихого океану | |
| ☐ Каролінська | ☐ Палауанська |
| ☐ Чаморріська | ☐ Папуанська |
| ☐ Чукізька | ☐ Pohnpeian |
| ☐ Фіджійська | ☐ Самоанська |
| ☐ і-Кірібатійська/Гілбертезька | ☐ 3 Соломонових Островів |
| ☐ Косраєанізька | ☐ Таїтянська |
| ☐ Маорійська | ☐ Токелауанська |
| ☐ Маршаллійська | ☐ Тонганський |
| ☐ Коренні гавайці | ☐ Тувалуська |
| ☐ Ні-Вануату | ☐ Япезе |
| ☐ Тихоокеанські острови Впишіть: _____ | |

Частина II (продовження) Ви можете вибрати категорії та використовувати запис (перевірити все, що застосовується)

До якої раси ви вважаєте належить ваша дитина?

Чорний або афроамериканець

- ☐ Чорний / Афроамериканець
- ☐ Афроамериканець
- ☐ Афро-канадец

Карибський

- ☐ Ангільянська
- ☐ Антигуанська
- ☐ Багамська
- ☐ Барбадоська
- ☐ Бартелемозійська (Saint Barthélemy)
- ☐ з о. Британська Вірджинія
- ☐ Кайманійська (Cayman Island)
- ☐ з Куби
- ☐ Домініканської
- ☐ з Домініканської Республіки
- ☐ з о. Голландських Антильських (Netherland Antilles)
- ☐ з Гренади
- ☐ Гваделупська
- ☐ Гаїтянська
- ☐ Ямайська
- ☐ Мартінікуазька
- ☐ Монсерратська
- ☐ Пуерто-риканська
- ☐ Карибська:

Центральньоафриканська

- ☐ Ангольська
- ☐ Камерунський
- ☐ Центрально-африканський (Центральньоафриканська Республіка)
- ☐ Чадська
- ☐ Конголезький (Республіка Конго)
- ☐ Congolese (Демократична Республіка Конго) Екваторіальна Гвінея
- ☐ Габонська
- ☐ Сан-Томеан
- ☐ Principe
- ☐ Центральноафриканська Впишіть в: _____

Південноафриканський

- ☐ Ботсванська
- ☐ Лесото
- ☐ Намбійська
- ☐ Південна Африканська
- ☐ Свазі
- ☐ Південна Африканська Впишіть в: _____

Східно-африканська

- ☐ Бурундійський
- ☐ Коморська
- ☐ Джибутіан
- ☐ Еритрейська
- ☐ Ефіопська
- ☐ Кенійська
- ☐ Малагасійська (Мадагаскар)
- ☐ Малавійська
- ☐ Маврикій (Маврикій)
- ☐ Mahoran (Mayotte)
- ☐ Мозамбікський
- ☐ Возз'єднання
- ☐ Руандійська
- ☐ Сейшельська/ Сейшельська
- ☐ Сомалійський
- ☐ Південний Суданський
- ☐ Суданська
- ☐ Угандійська
- ☐ Танзанія (Об'єднана Республіка Танзанія)
- ☐ Замбійський
- ☐ Зімбабве
- ☐ Східноафриканський Записати в: _____

Латино-американська

- ☐ Аргентинська
- ☐ Белізеанська
- ☐ Болівійська
- ☐ Бразилійська
- ☐ Чилійська
- ☐ Колумбійська
- ☐ Коста-Ріканська
- ☐ Еквадорська
- ☐ Сальвадорська
- ☐ з о. Фолкленд (Falkland Islander)
- ☐ з Французька Гвінеї (French Guianese)
- ☐ Гватемальська
- ☐ Гайанська
- ☐ Гондураська
- ☐ Мексиканська
- ☐ Нікарагуанська
- ☐ Панамська
- ☐ Парагвайська
- ☐ Перуанськ
- ☐ з Південної Джорджії і Південних Сандвічевих островів
- ☐ Сурінамська
- ☐ Уругвайська
- ☐ Венесуельська
- ☐ Латино-американська Впишіть: _____

Західно-африканська

- ☐ Бенінська
- ☐ з Бісау-Гвінея
- ☐ з Буркіна Фасо (Burkina Faso)
- ☐ з Кабо Вердеан
- ☐ Івуарійська (Cote d'Ivoire)
- ☐ Гамбійанська
- ☐ Ганська
- ☐ Ліберійський
- ☐ Малійська
- ☐ Мавританська
- ☐ Нігер'єн (Niger)
- ☐ Нігерійська (Nigeria)
- ☐ з о. Святої Єлени
- ☐ Сенегальська
- ☐ з Сьєрра-Леоне
- ☐ Тоголезька
- ☐ Західно-африканська Впишіть : _____

Білий

- ☐ Білий

Східна Європа

- ☐ Боснієць
- ☐ Herzegovinian
- ☐ Герцеговин
- ☐ Поляк
- ☐ Румун
- ☐ Росіянин
- ☐ Українець
- ☐ Східна Європа Записати в:
- ☐ Якщо інше Вписати в: _____

Близький Схід і Північна Африка

- ☐ Алжирський
- ☐ Амація або Берберська
- ☐ Арабська
- ☐ Ассирійська
- ☐ Бахрейнський
- ☐ Бедуїнська
- ☐ Халдейська
- ☐ з Близького Сходу Вписати в: _____
- ☐ Коптик
- ☐ Друзинська (Druze)
- ☐ Єгипетська
- ☐ з Еміратів
- ☐ Іранська
- ☐ Іракська
- ☐ Ізраїльська

- ☐ Йорданська
- ☐ Курдські кувейтці
- ☐ Ліванська
- ☐ Лівійська
- ☐ Марокканська
- ☐ Оманська
- ☐ Палестинська
- ☐ з Північної Африки Впишіть в: _____
- ☐ Катарський
- ☐ з Саудівської Аравії
- ☐ Сирійська
- ☐ Туніська
- ☐ Єменська

За законом, учень (або батько / опікун від імені студента) не зобов'язаний ідентифікувати свою расу та / або етнічну приналежність на шкільних формах. Однак, якщо учень (або батько / опікун від імені студента) не завершує питання з двох частин про расу та етнічну приналежність, за законом, шкільний персонал повинен використовувати "ідентифікацію спостерігача" для вибору раси та етнічної приналежності студента.



Відділ інспекції державних навчальних закладів (OSPI)
Опитування з рідної мови

Опитування з рідної мови проводиться серед усіх учнів, які зараховуються до шкіл штату Вашингтон.

Ім'я учня:		Клас:	Дата:
Ім'я одного з батьків/опікуна _____ Підпис одного з батьків/опікуна _____			
Важливо: всі батьки мають право на інформацію про освіту своєї дитини мовою, яку вони розуміють. - Коли ваша дитина починає навчання в школі, вас запитують на якій мові ви хотіли б використовувати при спілкуванні зі школою. Це допомагає вашій школі визначити ваші мовні потреби, щоб вони могли безкоштовно надати перекладача або перекладені документи.	1. Якою мовою (мовами) ваша сім'я воліє отримувати письмові повідомлення від школи? (Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication) _____ a. Ім'я батька/опікуна #1 _____ i. Чи потрібний вам перекладач для зборів та телефонних дзвінків (у тому числі американської мови жестів)? Так _____ Мова _____ Ні _____. ii. Вам потрібні документи, перекладені? Так _____ Ні _____. b. Ім'я батька/опікуна #2 _____ i. Чи потрібний вам перекладач для зборів та телефонних дзвінків (у тому числі американської мови жестів)? Так _____ Мова _____ Ні _____. ii. Вам потрібні документи, перекладені? Так _____ Ні _____. c. Якою мовою ви здебільшого користуєтеся у побуті? (Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language) _____		
Право на отримання допомоги у розвитку мовних навичок Інформація про мовні особливості учня допомагає нам визначити учнів, які можуть претендувати на допомогу, пов'язану з розвитком мовних навичок, для успішного навчання у школі. Може виникнути необхідність у проведенні тестування, щоб встановити, чи потрібна допомога у розвитку мовних навичок.	2. Якою мовою (мовами) ваша дитина вперше заговорила чи яку зрозуміла? (Skyward Profile Field Native) _____ 3. Якою мовою найчастіше розмовляє ваша дитина вдома? (Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home) _____ NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Spoken at Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Spoken at Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.		
Попереднє навчання Ваші відповіді щодо країни, де народилася ваша дитина, та її попереднього навчання:	4. У якій країні народилася ваша дитина? _____ 5. Чи проходила ваша дитина офіційне навчання за межами Сполучених Штатів? (Дитячий садок – 12-й клас) _____ Так _____ Ні Якщо так: Протягом скількох місяців: _____ Якою мовою: _____ 6. Коли ваша дитина вперше пішла до школи у Сполучених Штатах? (Дитячий садок – 12-й клас) _____ Місяць _____ День _____ Рік _____ 7. Якщо ви мігрант: Чи переїхала дитина або батько / опікун для сезонної або тимчасової роботи на сільськогосподарських або рибальських роботах? Так _____ Ні _____		

У разі виникнення додаткових запитань стосовно цієї форми чи послуг, які надаються у школі, де навчається ваша дитина, звертайтеся до свого шкільного округу.

Підпис

Я підтверджую, що інформація, представлена в цих документах є правдива і достовірна. Я розумію, що надання неправдивої інформації може бути підставою для відкликання зарахування до шкільного округу Едмондса (Edmonds School District).

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

Для батьків / опікунів:

Визначення термінів:

Indian означає фізичну особу, яка є (1) представником індіанського племені або групи, як це (членство) визначається самим індіанським плем'ям або групою, включаючи будь-яке плем'я або групу, припинену з 1940 року, і будь-яке плем'я або група, визнані державою, в якій проживає це плем'я або ця група; (2) Нащадок батька або бабусі і дідуся, який відповідає вимогам, описаним в параграфі (1) цього визначення; (3) Признаний Міністром внутрішніх справ як індіанець з будь-якої категорії; (4) ескімос, алеут або інший корінний житель Аляски; або (5) Член організованої індіанської групи that received a grant відповідно до Індіанського закону про освіту 1988 року, як він діяв 19 жовтня 1994 року.

Інформація про школяра:

Напишіть ім'я дитини, дату народження, в якому класі, назву школи і шкільного округу. Назвіть лише одну дитину на форму.

Членство в племені:

Напишіть ім'я особи, яка має племінне членство, якщо це не дитина, зазначена в списку. Для цього розділу потрібне лише одне ім'я, хоча кілька осіб можуть мати племінне членство. Виберіть лише один ідентифікатор: батьків дитини або бабусю або дідуся, для яких ви можете надати інформацію про членство.

Напишіть назву та адресу організації, яка підтримує оновлені та точні дані про членство в такому племені або групі індіанців. Назва не повинна бути офіційною назвою, оскільки вона точно з'являється в списку федерально визнаних племен Міністерства внутрішніх справ, але назва повинна бути впізнаваною і бути достатньо детальною, щоб дозволити перевірку права племені. Поставте знак лише в одному полі, вказавши, чи є це федерально визнаним, визнаним штатом, припиненим племенем або організованою індіанською групою. Напишіть реєстраційний номер, що встановлює членство для дитини, батьків, бабусь і дідусів, якщо вони є в наявності, або інші докази членства.

Підтвердження заяви (Attestation Statement): Напишіть друкованими літерами ім'я батьків / опікунів та поруч їх підпис, адреса, номер телефону та електронна пошта одного з батьків або опікуна дитини. Підпис одного з батьків або опікуна дитини перевіряє достовірність наданої інформації.

Як важко було заповнити цю форму (Paperwork Burden Statement): Відповідно до Закону про скорочення часу на паперові справи від 1995 року, не обов'язково подавати інформацію якщо в не відображається дійсний контрольний номер ОМБ на папері (формі). Контрольний номер ОМБ 1810-0021 вживається для збору цієї інформації. Час, необхідний для виконання цієї частини збору інформації на один тип респондента, оцінюється в середньому: 15 хвилин на форму для сертифікації про індіанськи коріння студента (ED 506); включаючи час для перегляду інструкцій, пошук даних, збір необхідних даних, а також завершити та переглянути збір інформації. Якщо у вас є зауваження щодо точності оцінки часу або пропозицій для вдосконалення цієї форми, будь ласка, напишіть до Міністерства освіти США за адресою U.S. Department of Education, Washington D.C. 20202-4651. Якщо у вас є зауваження або сумніви щодо статусу вашого індивідуального подання цієї форми, напишіть безпосередньо на адресу: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/ Room 3W238, Washington D.C. 20202-6335.

☐ Так, у мене є племінна або групова приналежність (продовжуйте заповнювати форму 506)

☐ Ні, у мене немає племінної або групової приналежності (СТОП, не продовжуйте)

***District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

ED506 Form

Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): ☐ child ☐ child's parent ☐ child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- ☐ Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- ☐ Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

Опціонально
Заявка на участь у двомовній програмі

Програма Двомовного Навчання приймає заявки на зарахування на 2024-25 навчальний рік. Програма Двомовного Навчання пропонується в: Cedar Valley Community School, College Place Elementary, Mountlake Terrace Elementary та Spruce Elementary.

Інформація про програму

Двомовна програма шкільного округу Едмондс - це іспано-англійська двомовна програма, у рамках якої учні розвивають академічні та соціальні навички обома мовами. Двомовна програма підтримує культурне розмаїття та повагу до всіх учнів. Програма починається в Kindergarten, де 90% навчання ведеться іспанською мовою, а 10% - англійською. Далі щороку використання іспанської мови скорочується на 10%, а англійської - збільшується на 10% і в 4 класі навчання ведеться на 50% іспанською та на 50% англійською мовами. Мета програми полягає в тому, щоб учні стали білінгвами, грамотними двома мовами і досягли необхідного рівня знань з усіх предметів обома мовами.

Детальнішу інформацію ви можете знайти на нашому сайті: [Edmonds School District Dual Language Website](#)

Школи та класи програми

Cedar Valley Community School: Kindergarten - 3 клас

College Place Elementary School: Kindergarten - 3 клас

Mountlake Terrace Elementary School: Kindergarten і 1 клас

Spruce Elementary: Kindergarten і 1 клас

Прийом на програму

Kindergarten і 1 клас: Будь-який студент, незалежно від мовної приналежності та здібностей, може вступити на програму двомовного навчання

2-й клас і старше: учні, для яких іспанська мова є рідною, можуть записатися автоматично; учні, які розмовляють вдома не іспанською мовою, пройдуть тест на розуміння іспанської мови на слух і на рівень розмовної іспанської мови, щоб переконатися, що вони готові до успішного навчання.

Якщо ваша основна школа не має програми двомовного навчання, вас занесуть до нашого списку очікування і ви отримаєте повідомлення про зарахування наприкінці літа. Будь ласка, зверніть увагу, що транспорт не надається, якщо ви проживаєте за межами обслуговування школи з програмою двомовного навчання.

☐ Так, я хочу зарахувати свою дитину на програму двомовного навчання

FOR OFFICE USE ONLY

Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.

Опціонально
Заявка на участь у двомовній програмі

Ваша школа за місцем проживання: _____

Ім'я учня: _____

Клас, у якому навчатиметься ваша дитина у 2024-2025 навчальному році: _____

(примітка: на 2024-2025 навчальний рік можуть бути зараховані тільки учні, які вступають у kindergarten, перший, другий або третій класи.)

Дата народження учня: _____

Ім'я основного опікуна: _____

Номер телефону основного опікуна: _____

Електронна пошта основного опікуна: _____

Будь ласка, виберіть бажані вами школи з двомовним навчанням. Якщо у вашій основній школі немає двомовного навчання і ви готові відвідувати будь-яку з перерахованих шкіл, будь ласка, розташуйте їх у порядку зручності для вас.

Перша: _____

Друга: _____

Третя: _____

Будь ласка, вкажіть основну мову вашої дитини: _____

Якщо Ваша дитина розмовляє й іншими мовами, вкажіть її/їх:

Чи є у Вас інші діти, які вже беруть участь у програмі?

☐ Так

☐ Ні

Якщо так, то як їх звати? _____

FOR OFFICE USE ONLY

Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

Метою надсилання цього листа є збір інформації про студентів, яким необхідна особлива увага за станом здоров'я. Будь ласка, заповніть форму «Реєстрація стану здоров'я студента – HS 534», незалежно від того, чи є у вашого студента медичні потреби, які можуть вимагати щоденного чи екстреного догляду, щоб зберегти його здоров'я та безпеку. Як батькам/опікунам важливо знати, що вимагає закон, перш ніж ваш учень зможе почати школу.

Хронічні проблеми зі здоров'ям

- Якщо у вашої дитини є небезпечний для життя стан, який може поставити учня під загрозу смерті протягом навчального дня, якщо ліки або лікування не будуть доступні, будь ласка, повідомте шкільну медсестру.
- Учні із захворюваннями, які наражають їх на ризик, повинні мати ліки, рецепт від лікаря і план надання медичної допомоги в школі, який має бути підготовлений до початку навчання.
- Обов'язково повідомляйте про зміни, що відбуваються впродовж навчального року: у контактних номерах або в стані здоров'я вашого учня (згідно RCW 28.A.210.320).

Застосування ліків

- Ліки необхідно надсилати в оригінальній упаковці, якщо це ліки, що відпускаються без рецепта.
- Якщо це прописані лікарем ліки, контейнер має бути належним чином маркований і перебувати в оригінальній упаковці.
- Будь ласка, перевірте термін придатності. Персонал школи не має права давати прострочені ліки.
- Для будь-яких ліків, які дають у школі, потрібна форма згоди на прийом ліків. **Підписи від батька/опікуна ТА лікаря/клініки учня необхідні для БУДЬ-ЯКИХ ліків, які мають бути надані в школі. Це стосується рецептурних і безрецептурних ліків.**
- Приймаються факсові згоди від батьків та/або лікарів.

Політику Edmonds щодо ліків можна переглянути на веб-сайті шкільного округу Edmonds у розділі «Політика та процедури шкільної ради».

Якщо у вас виникли запитання чи сумніви, звертайтеся до шкільної медсестри.

З повагою,
Команда медичних працівників

Школа: _____

Очікувана дата початку: _____

Ім'я студента	Дата народження	Стать	Гендерна ідентичність	Клас
Ім'я батька/опікуна	Телефон	Електронна пошта		
Ім'я доктора, чи постачальника медичних послуг Телефон		Ім'я стоматолога Телефон		

Увага: Школа повинна знати про **небезпечні для життя захворювання** (такі як важка алергія, астма, діабет, судоми або інші стани ризику). Для цього потрібен план невідкладної допомоги у разі стану, що загрожує життю, і будь-які необхідні ліки, витратні матеріали та рецепти від лікаря, які мають бути підготовлені перш, ніж ваш учень почне відвідувати школу (згідно з RCW 28A. 210.320).

МЕДИЧНА ІСТОРІЯ - Підпис потрібен на сторінці 2

Чи є медичне страхування ☐ Так ☐ Ні

☐ **Немає жодних діагностованих захворювань**
Небезпечні для життя стани: план медичного догляду обов'язковий

- EG** ☐ Анафілаксія (епі-пен прописаний)
EK ☐ Діабет 1 тип
NP ☐ Судоми/Падуча (необхідні екстрені ліки)
RG ☐ астма - важка форма

Вроджені / Генетичні

- АН** ☐ Синдром Дауна
AJ ☐ Фетальний алкогольний синдром
 (Fetal Alcohol Spectrum Disorder)

Кров / Гематологія

- BA** ☐ Анемія
BB ☐ Гемофілія
BC ☐ Ознаки серповидно-клітинної анемії
OJ ☐ Історія важких носових кровотеч

Серцево-судинні захворювання / Серце

- CC** ☐ Вроджена вада серця
CD ☐ Шуми в серці

Алергія, імунна, ендокринна, метаболічна та травна системи

- ED** ☐ Алергія - Харчова
EE ☐ Алергія - Комахи
☐ Алергія - Інша
EL ☐ Діабет 2 типу

Шлунково-кишкові, стоматологічні та захворювання порожнини рота

- GA** ☐ Целіакія
GG ☐ Харчова непереносимість. Вкажіть яка: _____
GL ☐ Непереносимість лактози
GF ☐ Енкопрез
GO ☐ Хронічні запори
GH ☐ Гастроезофагеальний рефлюкс
GJ ☐ Запальні захворювання кишечника
GK ☐ Синдром подразненого кишечника
☐ Стоматологічні / захворювання порожнини рота

Опорно-руховий апарат

- MC** ☐ Ювенільний ревматоїдний/ ідіопатичний артрит

Нервова система

- NB** ☐ Діагностовано СДУГ
NC ☐ Розлади аутистичного спектра
NE ☐ Церебральний параліч
NF ☐ Порушення розвитку
NH ☐ Мігрені
NI ☐ Головні болі, повторювані
NP ☐ Судомний розлад ☐ Сучасний ☐ В анамнезі
NU ☐ Черепно-мозкова травма

Трансплантації

- OD** ☐ Вкажіть орган: _____

Психічне або поведінкове здоров'я

- PA** ☐ Тривога
PC ☐ Депресія
PH ☐ Розлад сну

Дихальні шляхи / Дихання

- RG** ☐ Астма – Сучасна
RH ☐ Астма - коли-небудь діагностована
RA ☐ Астма – спричинена фізичним навантаженням
RE ☐ Реактивні захворювання дихальних шляхів

Шкіра

- SB** ☐ Екзема / Контактний дерматит / Псоріаз

Нирки

- Будь ласка, вкажіть: _____

Вухо / Слух

- YA** ☐ Хронічна вушна інфекція ☐ Сучасна ☐ В анамнезі
YB ☐ Порушення слуху - кохлеарний імплант або слуховий апарат

ОКО / Зір

- YF** ☐ Носить окуляри / контактні лінзи
YE ☐ Дефіцит кольорового зору
YD ☐ порушення зору

ІНШІ СТАНИ: _____

Ліки / лікування в школі ☐ Ні ☐ Так (потрібен письмовий дозвіл, підписаний лікарем)

☐ Заповніть необхідні документи для прийому ліків у школі

Ліки вдома ☐ Ні ☐ Так Будь ласка, вкажіть: _____

АЛЕРГІЇ

Що викликає алергічні реакції? _____

Дата останньої алергічної реакції: _____

Алергічна реакція:

☐ Кропив'янка ☐ набряк губ, рота, язика, горла ☐ Утруднене дихання ☐ Нудота, спазми шлунка, блювота, діарея

Чи була потрібна невідкладна допомога? ☐ Ні ☐ Так (Поясніть, будь ласка) _____

Чи проходив ваш студент тест на алергію? ☐ Ні ☐ так (де і коли?) _____

Ліки від алергії:

Назва	Доза	Частота застосування

АСТМА

Що викликає симптоми астми? ☐ Респіраторна інфекція ☐ Пилок /Цвіль ☐ Фізичні вправи ☐ Погода /Температура ☐ Тварин ☐ Дим

☐ Погана якість повітря ☐ Сильні запахи / парфуми

Дата постановки діагнозу: _____ Лікар, який поставив діагноз: _____

Ліки від астми:

Назва	Доза	Частота застосування

Чи використовує ваш учень спейсер/аерокамеру зі своїм інгалятором? ☐ Ні ☐ Так

Чи потребував ваш учень пероральних стероїдів (тобто преднізолону)? ☐ Ні ☐ Так (Коли?) _____

Чи був ваш студент госпіталізований через астму? ☐ Ні ☐ Так (будь ласка, поясніть) _____

ДІАБЕТ

Дата постановки діагнозу: _____ Ліки ☐ пероральні _____ ☐ Інсулін (тип) _____

Обладнання ☐ інсулінова ручка ☐ Інсулінова помпа (тип) _____

☐ CGM пристрій безперервного моніторингу глюкози (тип)) _____

Чи може ваш учень самостійно перевірити свій рівень глюкози в крові? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш студент самостійно рахувати вуглеводи? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш учень самостійно розрахувати власні дози інсуліну? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш студент самостійно вводити інсулін? ☐ Ні ☐ Так

СУДОМИ

Дата першого судомного нападу: _____ Дата останнього нападу: _____

Частота судомної активності: ☐ Один випадок ☐ Щоденно ☐ Щотижнево ☐ Щомісяця ☐ Щорічно

Тип судом: _____

Ліки від судом:

Назва	Доза	Частота застосування

Чи був у вашого студента напад, який потребував невідкладної допомоги / ліків? ☐ Ні ☐ Так Коли? _____

Поясніть, будь ласка: _____

Медичні пристрої ☐ OLA ☐ Стимулятор блукаючого нерва ☐ OLB ☐ Імплантований кардіовертерний дефібрилятор ☐ OLC ☐ Кардіостимулятор ☐ OLD ☐ Гастростомічна трубка ☐ OLE ☐ Шлунково-кишковий зонд ☐ Скоба ☐ Протези - вкажіть: _____ ☐ Інші медичні пристрої: _____	Стома ☐ OKA ☐ Гастростомія ☐ OKB ☐ Колостомія ☐ OKD ☐ Трахеостомія ☐ OKE ☐ Уростомія ☐ OK ☐ Інші: _____	Фізична активність/ Мобільність ☐ Інвалідна коляска ☐ Милиці ☐ Інші - вкажіть: _____
---	---	---

Підпис одного з батьків/опікуна _____ Дата _____

До: батьків учнів шкільного округу Едмондс
Звідки: Відділ студентських медичних послуг

Вимоги до зарахування до школи відповідно до законодавства штату Вашингтон (RCW 28A.210.080)

Заповнена заява про стан імунізації (Certificate of Immunization Status (CIS)). Це може бути одне з наступного:

- Сертифікат, роздрукований з системи [MyIR](#) встановлений Департаментом охорони здоров'я штату Вашингтон або з іншого штату.
- Фізична копія довідки CIS з підписом лікаря (медичного закладу).
- Фізична копія довідки CIS з супровідними медичними записами про імунізацію від лікаря, перевіреними та підписаними працівниками школи.

АБО

- Повідомлення, принесене до школи, вказує на те, що почалася серія щеплень, і що це буде завершено відповідно до рекомендацій вашого медичного працівника. Щеплення доступні у вашого приватного медичного працівника або ви можете отримати вакцини в громадському центрі охорони здоров'я округу Сногоміш (Community Health Center of Snohomish County) at www.chcsno.org Умовний статус буде надано учням лише в тому випадку, якщо вони розпочали серію обов'язкових щеплень, які вони зобов'язані отримати. В качестве требования для посещения школы все серии иммунизации должны быть завершены или начаты. Медичну довідку такого статусу необхідно надати в навчальний заклад не пізніше першого дня візиту.

АБО

- Заповнити довідку про звільнення--**Certificate of Exemption (C.O.E.)** крім сертифікації імунізації. Ліцензований постачальник медичних послуг повинен підписати Свідоцтво про звільнення батьків або опікунів, щоб звільнити свою дитину від вимог шкільної імунізації. Підпис підтверджує, що лікар розмовляв з батьком або опікуном про користь і ризики імунізації. Батьки або опікуни також можуть надати підписаний лист від медичного працівника з такою ж інформацією. Якщо в школі є спалах хвороби, якій можна запобігти за допомогою вакцини, від якої ваш учень був звільнений, ваш учень буде виключений зі школи на час спалаху.

Усі учні, які навчаються в державній школі, повинні дотримуватися правил імунізації, навіть якщо вони беруть участь в альтернативній шкільній чи районній програмі, включаючи програми домашнього навчання, професійну освіту, програму коледжу Running Start та будь-яку програму віртуальної школи.

Усі учні повинні будуть мати заповнений Сертифікат про статус імунізації (СНД) та / або Свідоцтво про звільнення (СОЕ), що зберігається в школі для участі в навчанні та заходах.

Найкращий спосіб отримати сертифікат про імунізацію вашої дитини - це роздрукувати його зі сторінки MyIR. [Створіть облікову картку тут -- Обліковий запис MyIR \(Департамент штату Вашингтон. здоров'я\).](#)

Доступ до інформації про імунізацію вашої родини

Варіант 1: зареєструйтеся в MyIR Mobile на MyIRmobile.com, щоб переглядати та роздруковувати інформацію про імунізацію вашої родини, включно з вакцинацією проти COVID.

Варіант 2: відвідайте місцеву аптеку, клініку чи школу

Варіант 3: вимагайте повну картку імунізації від свого медичного працівника

Варіант 4: Вимагайте повну картку імунізації в Департаменті охорони здоров'я

Потім завантажити та роздрукувати сертифікат про імунізацію.

Батьки, чи готові ваші діти до школи?

Обов'язкові щеплення на 2024/2025 н. р.



Інструкції: знайдіть клас вашої дитини в першому стовпчику, щоб подивитися, які щеплення необхідні для відвідування школи. У відповідному рядку вказана кількість доз вакцини, необхідна вашій дитині для вступу до школи.

	дифтерія, правець, кашлюк	Гепатит В	Гемофільна інфекція типу b	кір, паротит, краснуха	пневмококова кон'югована вакцина	Поліомієліт	Вітряна віспа (вітрянка)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкільна освіта Від 19 місяців до 4 років на дату 01.09.2024 р.	4 дози DTaP	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини)	1 доза	4 дози*	3 doses	1 доза**
Дошкільна/перехідна освіта Дитячий садок Від 4 років на дату 01.09.2024 р.	5 доз DTaP*	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини) (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	2 дози	4 дози* (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	4 дози*	2 дози**
Від дитячого садочка до 6 класу	5 доз DTaP*	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**
Від 7 до 11 класу	5 доз DTaP* / додатково Tdap у віці від 10 років	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**
12 класу	5 доз DTaP* / додатково Tdap у віці від 7 років	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**

* Можливе щеплення меншою кількістю доз, ніж зазначено, залежно від того, коли проходила вакцинація. ** Також допускається перевірка сімейним лікарем історії захворювання на вітряну віспу. Щоб відповідати вимогам школи, учні повинні отримувати щеплення в установлені проміжки часу. Якщо у вас виникли питання, проконсультуйтеся зі своїм сімейним лікарем або персоналом школи. Інформацію про інші важливі вакцини, які не є обов'язковими для відвідування школи, можна знайти на сайті: www.immunize.org/cdc/schedules.

Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127. Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay) або писати на адресу електронної пошти doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2023 Ukrainian





Certificate of Immunization Status (CIS)

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

Потрібно заповнювати друкованими літерами. Інструкції щодо заповнення та друку цієї форми свідоцтва про стан імунізації (CIS) за допомогою системи Washington State Immunization Information System (IIS, Інформаційна система з імунізації штату Вашингтон) див. на зворотній стороні цього документа.

Прізвище дитини:		Ім'я дитини:		Ініціал імені по батькові:		Дата народження (ДД.ММ.РРРР)	
Я дозволяю школі/дошкільному освітньому закладу моєї дитини вводити дані про імунізацію в систему Immunization Information System для ведення медичних записів моєї дитини.				Лише для осіб з умовним допуском. Я усвідомлюю, що мою дитину умовно допущено до школи/дошкільного освітнього закладу. Щоб дитина могла надалі відвідувати навчальний заклад, мені потрібно у визначений термін надати документи про імунізацію. Вказівки щодо умовного допуску див. на зворотній стороні цього документа.			
X _____ Підпис одного з батьків або опікуна _____ Дата _____				X _____ Підпис одного з батьків або опікуна необхідний, якщо спочатку дитину допущено умовно _____ Дата _____			
▲ Необхідно для школи ● Необхідно для дошкільного освітнього закладу		ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР
Обов'язкові вакцини для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу							
●▲ DTap (дифтерія, правець, кашлюк)							
▲ Tdap (правець, дифтерія, кашлюк) (7 клас і старше)							
●▲ DT або Td (правець, дифтерія)							
●▲ Hepatitis B (Гепатит B)							
● Hib (гемофільна інфекція типу b)							
●▲ IPV (ІПВ, поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)							
●▲ OPV (ОПВ, поліомієліт)							
●▲ MMR (КПК або «кір, паротит, краснуха»)							
● PCV/PPSV (пневмококова кон'югована вакцина / пневмококова полісахаридна вакцина) (пневмонія)							
●▲ Varicella (Вітряна віспа (вітрянка) ☐ Історія хвороби, підтверджена в системі IIS							
Рекомендовані вакцини (необов'язкові для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу)							
COVID-19							
Flu (Грип)							
Hepatitis A (Гепатит A)							
HPV (ВПЛ, вірус папіломи людини)							
MCV/MPSV (менінгококова кон'югована вакцина / менінгококова полісахаридна вакцина) (менінгококова інфекція типів A, C, W, Y)							
MenB (менінгококова інфекція типу B)							
Rotavirus (Ротавірус)							

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.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella

☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶

Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____

▶

Printed Name _____

Manually completed form must have
doctor signature or medically verified
immunization documentation attached.

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.
---	---

Інструкції щодо заповнення свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS, свідоцтво про стан імунізації). Роздрукуйте форму із системи Immunization Information System (IIS) або заповніть її вручну.

Щоб роздрукувати форму із заповненою інформацією про імунізацію, виконайте наведені нижче дії.

Дізнайтеся, чи вводить ваш медичний заклад дані про імунізацію в систему WA Immunization Information System (реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть роздрукувати свідоцтво CIS із системи IIS, і дані щодо імунізації дитини буде заповнено автоматично. Ви також можете роздрукувати свідоцтво CIS удома, зареєструвавшись у системі MyIR і ввійшовши в неї на сторінці <https://wa.myir.net>. Якщо медичний заклад не використовує систему IIS, зверніться за адресою електронної пошти або зателефонуйте до Department of Health (Управління охорони здоров'я), щоб отримати копію свідоцтва CIS своєї дитини: waiisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму вручну:

1. Напишіть друкованими літерами ім'я й дату народження своєї дитини та поставте підпис у вказаному місці на сторінці.
2. Укажіть дату введення кожної вакцини в стовпці дати (у форматі ДД.ММ.РР). Якщо дитина отримує комбіновану вакцину (одна доза, що захищає від кількох захворювань), дотримуйтеся вказівок наведеного нижче довідкового посібника, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, препарат Pediarix слід указати для дифтерії, правця й кашлюку як «DTaP», вакцину від гепатиту В як «Hep B», а від поліомієліту – як «IPV».
3. Якщо дитина перенесла вітрянку (вітряну віслю), однак їй не робили щеплення, лікар має перевірити факт захворювання для відповідності вимогам школи.
 - ☐ Якщо лікар може підтвердити, що дитина хворіла на вітрянку, попросіть його поставити відповідний прапорець у розділі Documentation of Disease Immunity (Документація щодо імунітету до захворювань) і підписати форму.
 - ☐ Якщо працівники школи побачать у системі IIS підтвердження того, що дитина хворіла на вітрянку, вони поставлять прапорець під вітряною віспою в розділі вакцин.
4. Якщо дитина демонструє позитивний імунітет за результатами аналізу крові (титру), лікар повинен поставити прапорці біля відповідних захворювань у розділі Documentation of Disease Immunity та підписати форму, указавши дату. До цього свідоцтва CIS потрібно додати результати лабораторних аналізів.
5. Надайте підтвердження записів, завірених медичним закладом, відповідно до наведених нижче вказівок.

Припустимі медичні записи

Усі записи про вакцинацію мають бути завірени медичним закладом. Наприклад:

- Форма свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS), роздрукована з датами вакцинації із системи Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR або системи IIS іншого штату.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS, засвідчений підписом лікаря.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS і додані записи про вакцинацію з електронної картки в системі медичного закладу, засвідчені підписом або печаткою лікаря. Директор, медсестра або інша вповноважена особа школи повинні перевірити, чи правильно у свідоцтві CIS зазначено дати, і підписати форму.

Умовний допуск

Діти можуть умовно допускатися до школи або дошкільного освітнього закладу, якщо вони не пройшли всю необхідну для такого допуску вакцинацію. (Між дозами в курсі вакцинації існують мінімальні проміжки, тож деяким дітям може бути потрібно зачекати певний час, перш ніж вони зможуть завершити відповідний курс вакцинації. Це означає, що вони можуть бути умовно допущені до школи або дошкільного освітнього закладу під час очікування наступної обов'язкової дози вакцини.) Для умовного допуску до школи або дошкільного освітнього закладу дитині має бути призначено всі передбачені дози вакцин, перш ніж вона почне відвідувати школу або дошкільний освітній заклад.

Учні з умовним допуском можуть залишатись у школі протягом часу очікування мінімальної припустимої дати наступного введення вакцини та ще 30 днів, відведених для надання документів про вакцинацію. Якщо учню потрібно завершити кілька курсів вакцинації, умовний допуск подовжується схожим чином, доки всі обов'язкові вакцини не буде зроблено.

Якщо після 30-денного періоду умовного допуску документи не буде надано школі або дошкільному освітньому закладу, учню буде заборонено надалі відвідувати їх відповідно до положення RCW 28A.210.120 (розділ 28A.210.120 Зведення законів штату Вашингтон із поправками). Допустимими документами вважаються докази наявності імунітету до відповідного захворювання, медичні записи про вакцинацію або заповнена форма свідоцтва Certificate of Exemption (COE, свідоцтво про звільнення).

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 June 2021