

Sumner-Bonney Lake School District

Контрольный список регистрации учащихся

Заполните и верните следующие документы вместе с этой сопроводительной запиской.

- Подтверждение места жительства
Принятые формы подтверждения см. в форме. Неполные пакеты документов НЕ принимаются
- Форма регистрации учащегося
- Форма сбора данных об этнической и расовой принадлежности
- Опрос о языке, на котором говорят дома
- Бланк свидетельства об иммунизации (Certificate of Immunization Status, CIS)

Требования Washington State Dept. of Health к документации по иммунизации

Все документы о прививках для поступления в школу должны подтверждаться медицинским заключением. Прежде чем учащийся будет зачислен в школу, один из перечисленных ниже требуемых документов ДОЛЖЕН быть включен в пакет документов. Неполные пакеты документов НЕ принимаются.

- Бланк CIS, распечатанный из базы данных «Информационная система иммунизации» (Immunization Information System, ISS) после регистрации на сайте myirmobile.com.
- Печатный бланк CIS, заполненный от руки и заверенный подписью медицинского работника.
- Печатный бланк CIS, заполненный от руки РОДИТЕЛЕМ и заверенный школьной медсестрой или уполномоченным лицом, с приложением записей о прививках.
- Медицинское досье учащегося.
- Анкета по вопросам жилищных условий учащегося.
- Свидетельство о рождении с указанием даты рождения требуется при регистрации в подготовительном классе. В числе альтернативных документов могут быть, в частности, справка из религиозного учреждения, больницы или от врача, документ об усыновлении, ранее заверенные школьные документы или нотариально заверенный affidavit от одного из родителей. При наличии других документов обратитесь в школу, чтобы убедиться в том, что их могут принять.

НИЖЕ ПРИВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ КЛАССОВ

Участвовал ли ребенок в программе обучения в младшем возрасте / дошкольного образования в каком-либо школьном округе штата Washington? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите название школьного округа: _____

Информация об отказе от зачисления в подготовительный класс на предстоящий учебный год

Заявление об отказе от зачисления в подготовительный класс новых учащихся, у которых есть братья и сестры, которые учатся в школе не по месту жительства, можно подать на сайте школьного округа Sumner-Bonney Lake School District (SBLSD). Заполненные регистрационные документы необходимо подать в школу не по месту жительства. В случае отказа все документы будут переданы в школу по месту жительства.

Новое заявление об исключении из требования об обучении в пределах школьного округа можно подать на сайте SBLSD. Заявление рассмотрит указанная в нем школа. Заполненные регистрационные документы необходимо подать в школу по месту жительства. Если заявление будет удовлетворено, все регистрационные документы будут переданы в школу, указанную в заявлении.



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

**FUTURE
READY**



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

Для подтверждения проживания в школьном округе Sumner-Bonney Lake School District необходимо предоставить ОДИН действующий документ (составленный в течение предыдущих 30 дней) из списка ниже, с указанием имени, фамилии и адреса родителя или опекуна.

Помните, что номера абонентских ящиков в качестве адреса проживания не принимаются.

- Документы об эскроу, ипотечная книга или выписка из нее, выписка об уплате взносов члена ассоциации домовладельцев
- Договор аренды или съема жилья и квитанция об уплате текущей арендной платы
- Письмо на бланке жилого комплекса или парка мобильных домов за подписью домовладельца, о том, что родитель или опекун проживает по указанному адресу
- Счет на оплату телефона (не сотового, а стационарного), полученный по указанному адресу
- Заявление о страховании места жительства
- Счет на оплату вывоза мусора
- Счет на оплату газа или электроэнергии
- Счет на оплату водоснабжения
- Счет на оплату кабельного телевидения
- Подтверждение получения социальных услуг

Родитель или опекун (печатными буквами): _____

Имя учащегося (печатными буквами): _____

Я заявляю, что вышеупомянутый учащийся проживает по адресу, указанному в одном из документов, перечисленных выше и вложенных в данный пакет документов для целей зачисления. Обязуюсь уведомить школу об изменении места жительства в течение двух недель и соглашаюсь предоставить в этот срок подтверждение нового места жительства и обновленное подписанное заявление. Я понимаю, что в случае переезда за пределы школьного округа для продолжения посещения школы этим учащимся необходимо подать заявление о переводе в другой округ (Choice Transfer).

Искажение информации, фальсификация документов, необходимых для подтверждения места жительства, или использование адреса другого лица без фактического проживания в нем могут привести к лишению учащегося права на зачисление в школьный округ Sumner-Bonney Lake School District (см. правило 3140).

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ ШКОЛЫ

В прилагаемом документе (документах) указаны имя, фамилия и адрес лица (лиц), которое занимается зачислением вышеуказанного учащегося. Если это лицо не является родителем, то для оформления опекунства требуется соглашение о временном родительском согласии (Certification of Temporary Parental Consent) школьного округа Sumner-Bonney Lake School District.

Подпись директора или уполномоченного лица: _____ Дата: _____

Название школы: _____

Дополнительные комментарии: _____



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

FUTURE
READY



Форма регистрации учащегося

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ

Официальная фамилия учащегося: _____	Дополнительное слово в фамилии: _____
Официальное имя учащегося: _____	Класс: _____
Второе официальное имя учащегося: _____	Пол: ☐ Мужской ☐ Женский
	☐ Не исключительно мужской или женский
Дата рождения (месяц/число/год): _____	
Был ли ребенок когда-либо зарегистрирован в школьном округе Sumner-Bonney Lake School District? ☐ Да ☐ Нет	
Если да, то в какой школе _____	
Учился ли ребенок в школе под другой фамилией или именем? Если да, то под какими? _____	
Участие членов семьи в воинской службе	
Школьные округа Washington State обязаны получить от семей информацию о прохождении действительной воинской службы. Эта информация используется для устранения барьеров на пути к успешному получению образования, которые возникают у детей из семей военнослужащих из-за частых переездов и командировок их родителей. Укажите ниже, находитесь ли вы на действительной воинской службе в US Armed Forces, National Guard или Reserves.	
Нахожусь на действительной службе в US Armed Forces, National Guard или Reserves: ☐ Нет ☐ Да – если да, укажите ниже:	
☐ Действительная служба в US Armed Forces ☐ National Guard ☐ Более одного члена семьи в US Armed Forces, National Guard	
☐ US Armed Forces reserves	

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ № 1

Родитель/опекун № 1	
Фамилия: _____	Имя: _____
Кем приходиться учащемуся: ☐ Отец ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Приемный родитель ☐ Другое _____	
Домашний телефон: (____) _____ Сотовый телефон: (____) _____ Рабочий телефон: (____) _____ Доб.: _____	
Отметьте здесь, если не состоите на службе ☐	
Основной контактный номер телефона (отметьте один): ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий Эл. почта: _____	
Дом и улица _____ № кв.: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____	
Почтовый адрес/ абонентский ящик: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____	
(Заполните, если адрес отличается от дома и улицы)	
Родитель/опекун № 2	
Фамилия: _____	Имя: _____
Кем приходиться учащемуся: ☐ Отец ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Приемный родитель ☐ Другое _____	
Сотовый телефон: (____) _____ Рабочий телефон: (____) _____ Доб.: _____ Эл. почта: _____	

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ № 2

Родитель/опекун № 1	
Фамилия: _____	Имя: _____
Кем приходиться учащемуся: ☐ Отец ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Приемный родитель ☐ Другое _____	
Домашний телефон: (____) _____ Сотовый телефон: (____) _____ Рабочий телефон: (____) _____ Доб.: _____	
Отметьте здесь, если не состоите на службе ☐	
Основной контактный номер телефона (отметьте один): ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий Эл. почта: _____	
Дом и улица _____ № кв.: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____	
Почтовый адрес/ абонентский ящик: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____	
(Заполните, если адрес отличается от дома и улицы)	
Родитель/опекун № 2	
Фамилия: _____	Имя: _____
Кем приходиться учащемуся: ☐ Отец ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Приемный родитель ☐ Другое _____	
Сотовый телефон: (____) _____ Рабочий телефон: (____) _____ Доб.: _____ Эл. почта: _____	



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

FUTURE
READY



ДРУГИЕ ДЕТИ, КОТОРЫЕ УЧАТСЯ В ШКОЛЬНОМ ОКРУГЕ SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT

Официальная фамилия: _____ Официальное имя: _____ Школа: _____ Класс: _____
Официальная фамилия: _____ Официальное имя: _____ Школа: _____ Класс: _____
Официальная фамилия: _____ Официальное имя: _____ Школа: _____ Класс: _____
Официальная фамилия: _____ Официальное имя: _____ Школа: _____ Класс: _____

КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЙ (ПО ОДНОМУ ИМЕНИ НА СТРОКУ)

Имя и фамилия (кроме опекуна): _____ Кем приходится учащемуся: _____
Номер телефона: (_____) _____ ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий

Имя и фамилия (кроме опекуна): _____ Кем приходится учащемуся: _____
Номер телефона: (_____) _____ ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий

Имя и фамилия (кроме опекуна): _____ Кем приходится учащемуся: _____
Номер телефона: (_____) _____ ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий

Имя и фамилия (кроме опекуна): _____ Кем приходится учащемуся: _____
Номер телефона: (_____) _____ ☐ Домашний ☐ Сотовый ☐ Рабочий

ИСТОРИЯ УЧАЩЕГОСЯ

Название предыдущей школы, в которой учился учащийся _____ Школьный округ _____
Город _____ Штат _____
Оставался ли ребенок в том же классе на второй год? ☐ Да ☐ Нет Если да, то в каком классе (классах)? _____
Предоставлялись ли ребенку услуги по одной из указанных ниже программ? Отметьте все применимые программы.
☐ Специальное обучение (включая речь) ☐ Предоставление приспособлений по программе 504 ☐ Программы для особо одаренных
☐ ELL (English Language Learner) ☐ Услуги в рамках главы 1 ☐ Услуги LAP (Learning Assistance Program) ☐ Услуги для мигрантов
Название школы, в которой предоставлялись услуги _____ Дата _____
Переезжали ли вы за последние два года с целью поиска работы в сельском хозяйстве? ☐ Да ☐ Нет
Имеются ли у ребенка прошлые, текущие или ожидающие рассмотрения дисциплинарные взыскания или случаи агрессивного поведения?
☐ Да ☐ Нет Дата _____
Ребенок в настоящее время отстранен от занятий или исключен из другой школы? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите причину _____
Имеется ли действующее соглашение о совместной опеке или осуществлении родительских прав? ☐ Да ☐ Нет Если да, то школа должна получить заверенную копию последнего соглашения, чтобы его исполнять.
Имеется ли запретительный судебный приказ в отношении лиц, связанных с учащимся? ☐ Да ☐ Нет Если да, то школа должна получить последние заверенные юридические документы для исполнения. Запретительный приказ действует в отношении ☐ Матери ☐ Отца
☐ Другого лица _____

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Посещает ли учащийся дошкольное учреждение? ☐ До уроков ☐ После уроков ☐ До и после уроков
Название учреждения: _____ Номер телефона: (_____) _____
Дом и улица: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000



РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Федеральный закон запрещает школьным округам разглашать информацию, содержащуюся в личных делах учащихся, без разрешения родителей/опекунов, за исключением так называемой справочной информации. Справочная информация может передаваться в соответствии с Законом 1974 года о правах и конфиденциальности в области семейного образования (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA). Округ не разглашает справочную информацию в коммерческих целях.

Родители учащихся младше 18 лет и старше 18 лет имеют право потребовать от школьного округа и его школ не разглашать справочную информацию. Если вы решите попросить округ скрыть информацию от публичного разглашения или использования округом, округ не разгласит и не опубликует информацию о ребенке.

Если вы хотите, чтобы справочная информация о ребенке была конфиденциальной, необходимо заполнить «Форму неразглашения справочной информации» (Directory Information Withholding Form). Эту форму можно найти на сайте www.sumnersd.org/FERPA, а затем передать в школу ребенка. Данную форму необходимо подавать в начале каждого учебного года. При отсутствии «Формы неразглашения справочной информации» разрешается раскрывать указанную информацию без письменного согласия.

Информация в данной форме является достоверной и точной по состоянию на эту дату. Я понимаю, что искажение информации с целью зачисления или распределения может послужить причиной для отмены зачисления или распределения учащегося в школу школьного округа Sumner-Bonney Lake School District.

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Работодатель, предоставляющий равные возможности

Школьный округ Sumner-Bonney Lake School District соблюдает все применимые федеральные и региональные правила и нормы и не допускает дискриминации по признакам расы, вероисповедания, цвета кожи, национального происхождения, семей с детьми, пола, семейного положения, сексуальной ориентации, возраста, почетного статуса ветерана или военнослужащего, наличия сенсорных, умственных или физических недостатков либо использования инвалидом обученной собаки-поводыря или служебного животного. Это относится ко всем возможностям трудоустройства в округе. С вопросами о соблюдении требований и (или) процедурах рассмотрения жалоб следует обращаться к работающему в школьном округе координатору по вопросам равных возможностей и (или) по вопросам раздела 504 / Закона о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act, ADA).

Раздел 49.60.010 Свода законов штата Washington с изменениями и дополнениями (Revised Code of Washington, RCW)

Номер телефона управления округа: 253-891-6000

Специалист по вопросам равных возможностей/раздела IX: Adrienne Chacon

Координатор по вопросам раздела 504/ADA: Robert Gallagher

Уроженец Карибских островов	
	Уроженец острова Ангилья (B03)
	Антигуанец (B04)
	Багамец (B05)
	Барбадосец (B06)
	Уроженец Британских Виргинских островов (B08)

	Уроженец каймановых островов (B09)
	Доминиканец кубинского происхождения (B10)
	Уроженец Доминиканской Республики (B11)
	Уроженец Голландских Антильских островов (B12)

	Гренадец (B13)
	Уроженец Гваделупы (B14)
	Гаитянин (B15)
	Пуэрториканец (B19)

	Ямаец (B16)
	Уроженец Мартиники (B17)
	Монтсерратец (B18)
	Уроженец Сен-Бартелеми (B07)

Уроженец Центральной Африки	
	Анголец (B21)
	Конголезец (Демократическая Республика Конго) (B26)
	Чадец (B24)

	Конголезец (Республика Конго) (B25)
	Уроженец Принсипи (B30)
	Габонец (B28)

	Уроженец Сан-Томе (B29)
	Уроженец Центральной Африки (B23)

	Уроженец Центральной Африки — укажите в (B31) выше

	Камерунец (B22)
	Уроженец Экваториальной Гвинеи (B27)

Уроженец Восточной Африки	
	Бурундиец (B32)
	Коморец (B33)
	Джибутиец (B34)
	Эритреец (B35)
	Эфиоп (B36)
	Кениец (B37)

	Малагасиец (уроженец Мадагаскара) B38)
	Малавиец (B39)
	Маврикиец (Маврикий) (B40)
	Махорец (уроженец Майотты) (B41)
	Уроженец Мозамбика (B42)
	Уроженец о. Реюньон (B43)

	Руандиец (B44)
	Уроженец Сейшельских островов (B45)
	Сомалиец (B46)
	Южносуданец (B47)
	Суданец (B48)
	Угандиец (B49)

	Танзаниец (B50)
	Замбиец (B51)
	Зимбабвиец (B52)

	Уроженец Восточной Африки — укажите в (B53) выше

Уроженец Латинской Америки	
	Аргентинец (B54)
	Белизец (B55)
	Боливиец (B56)
	Бразилец (B57)
	Чилиец (B58)
	Колумбиец (B59)
	Костариканец (B60)

	Эквадорец (B61)
	Сальвадорец (B62)
	Уроженец Фолклендских островов (B63)
	Уроженец Французской Гвианы (B64)
	Гватемалец (B65)
	Гайанец (B66)
	Гондурасец (B67)

	Мексиканец (B68)
	Никарагуанец (B69)
	Панамец (B70)
	Парагваец (B71)
	Перуанец (B72)
	Уроженец Южной Георгии/Южных Сандвичевых островов (B73)
	Суринамец (B74)

	Уругваец (B75)
	Венесуэлец (B76)

	Латиноамериканец – укажите в (B77) выше

Уроженец Южной Африки	
	Ботсванец (B78)
	Южноафриканец (B81)

	Намибиец (B80)

	Южноафриканец — укажите в (B83) выше

	Свази (уроженец Свазиленда) (B82)
--	-----------------------------------

	Уроженец Лесото (B79)
--	-----------------------

Уроженец Западной Африки	
	Бенинец (B84)
	Уроженец Гвинеи-Биссау (B85)
	Буркиниец (уроженец Буркина-Фасо) (B86)
	Уроженец Кабо-Верде (B87)
	Уроженец Кот-д'Ивуара (B88)

	Гамбиец (B89)
	Ганец (B90)
	Либериец (B91)
	Малиец (B92)

	Мавританец (B93)
	Нигериец (уроженец Нигера) (B94)
	Нигериец (уроженец Нигерии) (B95)
	Уроженец о. Святой Елены (B96)

	Сенегалец (B97)
	Сьерра-леонец (B98)
	Тоголезец (B99)

Уроженец Западной Африки — укажите в (C01) выше

Раса: уроженцы Гавайских/других Тихоокеанских островов	
	Уроженец Гавайских/других Тихоокеанских островов (P00)
Уроженец Тихоокеанских островов	
	Уроженец Каролинских островов (P01)
	Чаморро (P02)
	Уроженец Чуука (P03)
	Фиджиец (P04)
	Уроженец Кирибати/островов Гилберта (P05)
	Уроженец острова Кусаие (P06)
	Маори (P07)
	Уроженец Маршалловых островов (P08)
	Уроженец Гавайских островов (P09)
	Ни-Вануату (P10)
	Уроженец Палау (P11)
	Папуас (P12)

	Уроженец Понпеи (P13)
	Самоанец (P14)
	Уроженец Соломоновых островов (P15)
	Таитянин (P16)
	Уроженец Токелау (P17)

	Тонганец (P18)
	Тувалуанец (P19)
	Уроженец островов Яп (P20)

Уроженец Тихоокеанских островов — укажите в (P21) выше

Раса: белая			
	Белый (W00)		

Укажите «Белый» в (W36) выше

Восточноевропейец	
	Босниец (W01)
	Уроженец Герцеговины (W02)

	Поляк (W03)
	Румын (W04)

	Русский (W05)
	Украинец (W06)

	Восточноевропейец — укажите в (W07) выше

Уроженец Ближнего Востока/Северной Африки			
	Алжирец (W08)		Друз (W16)
	Бербер (W09)		Египтянин (W17)
	Араб или арабоязычный (W10)		Уроженец Эмиратов (W18)
	Ассириец (W11)		Иранец (W19)
	Бахрейнец (W12)		Иракец (W20)
	Бедуин (W13)		Израильянин (W21)
	Халдей (W14)		Иорданец (W22)
	Копт (W15)		Уроженец Кувейта курдского происхождения (W23)

	Ливанец (W24)
	Ливиец (W25)
	Марокканец (W26)
	Оманец (W27)
	Палестинец (W28)
	Катарец (W29)
	Уроженец Саудовской Аравии (W30)
	Сириец (W31)

	Тунисец (W32)
	Йеменец (W33)
	Уроженец Ближнего Востока — укажите в (W34) выше
	Уроженец Северной Африки — укажите в (W35) выше

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____



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

Имя и фамилия учащегося:		Класс:	Дата:
Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Подпись родителя/опекуна _____			
Право на услуги письменного и устного перевода Все родители имеют право получать информацию об образовании своего ребенка на понятном им языке. Укажите предпочитаемый язык, чтобы при необходимости мы могли бесплатно предоставить вам устного переводчика или переведенные документы.	1. а) На каком языке(-ах) ваша семья предпочитает получать письменные сообщения от школы? _____ б) Нуждаетесь ли вы в переводчике для встреч и телефонных звонков (включая американский язык жестов)? Имя родителя/опекуна №1: _____ Нужен переводчик? ____ Да ____ Нет Язык _____ Имя родителя/опекуна №2: _____ Нужен переводчик? ____ Да ____ Нет Язык _____		
Право на поддержку развития языковых навыков Информация о языке учащихся поможет выявить тех, кто имеет право на поддержку развития языковых навыков, необходимых для успешной учебы. Для определения потребности в языковой поддержке может понадобиться тестирование.	2. На каком языке(-ах) впервые заговорил или научился понимать ваш ребенок? _____ 3. Какой язык ребенок использует дома чаще всего? _____ 4. Какой язык большинство домочадцев используют дома чаще всего? _____ 5. Получал ли ребенок поддержку развития навыков английского языка в предыдущей школе? Да ____ Нет ____ Не знаю ____		
Полученное ранее образование Информация о стране рождения ребенка и полученном им ранее образовании. - Сообщите о знаниях и навыках, с которыми ребенок идет в школу. - Может помочь школьному округу получить дополнительное финансирование для поддержки ребенка. Данная анкета не используется для выявления иммиграционного статуса учащихся.	6. В какой стране родился ребенок? _____ 7. Получал ли ребенок официальное образование вне США? (Классы с подготовительного по 12-й) ____ Да ____ Нет Если да: количество месяцев: _____ язык обучения: _____ 8. Когда ребенок впервые стал посещать школу в США? (Классы с подготовительного по 12-й) _____ Месяц Число Год		

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





Certificate of Immunization Status (CIS)

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

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

Фамилия ребенка:		Имя:		Второй инициал:		Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)	
Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.				Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.			
X _____ Подпись родителя/опекуна		_____		X _____ Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно		_____	
Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение						Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)	
▲ Требуется для школы ● Требуется для дошкольного учреждения		ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	Д/ММ/ГГ
●▲ DTap (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)							
▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)							
●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)							
●▲ Hepatitis B (Гепатит В)							
● Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b)							
●▲ IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV)							
●▲ OPV (ОПВ — полиомиелит)							
●▲ MMR (КПК — корь, паротит, краснуха)							
● PCV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция)							
●▲ Varicella—Ветряная оспа (ветрянка) ☐ История болезни, проверенная в системе IIS							
Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)						I certify that the child named on this CIS has:	
COVID-19							
Flu (Грипп)							
Hepatitis A (Гепатит А)							
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)							
MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y)							
MenB (менингококковая инфекция типа В)							
Rotavirus (Ротавирус)							
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.		Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.					

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

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:

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

Чтобы заполнить форму вручную:

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

Приемлемые медицинские записи

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

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

Условный допуск

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

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

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

Родители, а ваши дети готовы к школе?

Список прививок, необходимых для допуска к посещению школ в 2025/2026 учебном году



Инструкции. Чтобы узнать, какие прививки обязательны для посещения школы, найдите класс своего ребенка в первом столбце. В соответствующей строке вы увидите список прививок, необходимых вашему ребенку для посещения школы.

	дифтерия, столбняк, коклюш	Гепатит В	Вакцина против гемофильной инфекции типа b	корь, паротит, краснуха	пневмококковая конъюгированная вакцина	Полиомиелит	ветряной оспы
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкольное учреждение От 19 месяцев до 4 лет на 01.09.2024 г.	4 дозы АаКДС	3 дозы	3 или 4 дозы * (в зависимости от вакцины)	1 доза	4 дозы*	3 дозы	1 доза**
Дошкольное учреждение/детский сад (1–2 года) От 4 лет на 01.09.2024 г.	5 доз АаКДС *	3 дозы	3 или 4 дозы * (в зависимости от вакцины) (Не требуется в возрасте от 5 лет)	2 дозы	4 дозы* (Не требуется в возрасте от 5 лет)	4 дозы*	2 дозы**
С детского сада по 6-й класс	5 доз АаКДС *	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**
Классы с 7-го по 12-й	5 доз АаКДС* Доп. доза АаКДС-м в возрасте от 10 лет	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**

* Меньшее количество доз вакцин может быть допустимым (это зависит от того, когда были сделаны прививки). ** Допускается также подтверждение факта, что ребенок переболел ветряной оспой, предоставленное врачом.

Чтобы соответствовать школьным требованиям, ученики должны вакцинироваться в установленные временные рамки. Если у вас есть вопросы, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или персоналом школы.

Информация о других важных вакцинах, которые не требуются для посещения школы: www.immunize.org/cdc/schedules.



Медицинское досье учащегося

Учащийся: Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____

Закон штата требует, чтобы для учащихся, у которых есть опасные для жизни заболевания, такие как анафилаксия, тяжелая астма, диабет или судорожные приступы, еще до первого дня занятий был составлен план медицинского обслуживания. Как можно скорее обратитесь к школьной медсестре, чтобы заполнить соответствующие формы.

Есть ли у ученика ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ заболевания? ☐ Да ☐ Нет

Медицинский анамнез (отметьте все применимые пункты)

ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (план медицинского обслуживания **ОБЯЗАТЕЛЕН**)

- EG ☐ Анафилаксия (назначен эпинефрин)
Аллергены: _____
- EK ☐ Диабет I типа
- NP ☐ Судорожные припадки (требуется экстренное медикаментозное лечение)
- RG ☐ Астма в тяжелой форме
☐ Другое опасное для жизни заболевание: _____

Врожденные и генетические заболевания

- AN ☐ Синдром Дауна
- AJ ☐ Расстройства спектра фетального алкогольного синдрома
☐ Другое (укажите): _____

Болезни крови, гематологические заболевания

- BA ☐ Анемия
- BV ☐ Гемофилия
- BC ☐ Серповидноклеточная: анемия _____ аномалия _____
- OJ ☐ Сильные носовые кровотечения в анамнезе
☐ Другие заболевания крови: _____

Кардиологические заболевания, болезни сердца

- CC ☐ Врожденный порок сердца
- CD ☐ Шумы в сердце
☐ Другие сердечно-сосудистые заболевания: _____

Аллергия, расстройства иммунной, эндокринной, метаболической системы и питания

- ED ☐ Аллергия: На пищу: _____
- EE ☐ Аллергия: На укусы насекомых: _____
☐ Другой тип аллергии: _____
- EL ☐ Диабет II типа
☐ Другие расстройства иммунной, эндокринной, метаболической системы и питания: _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, зубов и полости рта

- GA ☐ Целиакия
- GG ☐ Непереносимость продуктов питания (перечислите): _____
- GL ☐ Непереносимость лактозы
- GF ☐ Недержание кала
- GO ☐ Хронический запор
- GN ☐ Желудочный рефлюкс
- GJ ☐ Воспалительное заболевание кишечника
- GK ☐ Синдром раздраженного кишечника
☐ Другие заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, зубов или полости рта: _____

Заболевания опорно-двигательного аппарата

- MC ☐ Ювенильный ревматоидный или идиопатический артрит
☐ Другое (укажите): _____

Рак / опухоль

- ☐ Укажите: _____

Расстройства нервной системы

- NB ☐ Синдром дефицита внимания и гиперактивности (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD), синдром дефицита внимания (Attention Deficit Disorder, ADD). Кто диагностировал: _____
- NC ☐ Расстройство аутистического спектра
- NE ☐ Церебральный паралич
- NF ☐ Дефекты развития
- NH ☐ Мигрени
- NI ☐ Головные боли, рецидивирующие
- NP ☐ Эпилепсия: ☐ сейчас ☐ в прошлом, тип: _____
- NU ☐ Травматическое повреждение головного мозга
☐ Другие неврологические заболевания: _____

Трансплантат

- OD ☐ Укажите орган и дату: _____

Психические или поведенческие расстройства

- PA ☐ Тревожность
- PC ☐ Депрессия
- PH ☐ Расстройство сна
☐ Другое психическое или поведенческое расстройство: _____

Респираторные заболевания, болезни дыхательной системы

- RG ☐ Астма (текущая)
- RH ☐ Астма (диагностированная в прошлом)
- RA ☐ Астма (вызванная физической нагрузкой)
- RE ☐ Реактивное заболевание дыхательных путей
☐ Другие респираторные заболевания: _____

Кожные заболевания

- SB ☐ Экзема, контактный дерматит или псориаз
☐ Другое заболевание кожи: _____

Заболевания мочеполовой системы

- ☐ Укажите: _____

Болезни ушей / расстройства слуха

- YA ☐ Хронические ушные инфекции: ☐ Текущие ☐ В прошлом
- YB ☐ Нарушение слуха: ☐ Слуховой аппарат ☐ Кохлеарный имплантат
☐ Другие заболевания уха: _____

Болезни глаз, расстройства зрения

- YF ☐ Носит контактные линзы или очки
- YE ☐ Нарушение цветового зрения
- YD ☐ Инвалидность по зрению
☐ Другое заболевание глаз: _____

Другие проблемы со здоровьем

- ☐ Укажите: _____

Медицинское досье учащегося (продолжение)

Учащийся: Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____

Медицинские устройства

- OLA ☐ Стимулятор блуждающего нерва
OLB ☐ Автоматический внутрисердечный дефибриллятор
OLC ☐ Кардиостимулятор
OLD ☐ Гастростомическая трубка
OLE ☐ Еюностомическая трубка

☐ Скоба

☐ Протез (укажите): _____

☐ Другие медицинские устройства: _____

Вопросы о гигиене (только для подготовительного класса)

Учащийся самостоятельно ходит в туалет и соблюдает гигиену: ☐ Да ☐ Нет

Если нет, укажите причину: _____

Стома

OKA ☐ Гастростомия

OKB ☐ Колостомия

OKD ☐ Трахеостомия

OKE ☐ Уростомия

OK ☐ Другое (укажите): _____

Проблемы с физической активностью, мобильностью:

☐ Инвалидная коляска

☐ Костыли

☐ Другое (укажите): _____

ОС ☐ Известных проблем со здоровьем нет

Поставьте инициалы: _____

Лекарства

Сообщите обо всех лекарствах, которые ваш ребенок принимает дома и/или в школе.

Нужны ли лекарства дома? ☐ Нет ☐ Да (укажите): _____

Нужны ли лекарства в школе? ☐ Нет ☐ Да (укажите): _____

Оформите ТРЕБУЕМЫЕ документы для приема лекарств в школе.

Закон штата требует письменного разрешения опекуна и медицинского работника перед приемом в школе любых лекарств (отпускаемых по рецепту и без рецепта). Формы можно получить в администрации вашей школы или на сайте нашего округа, их необходимо заполнять каждый календарный год.

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет передана соответствующим сотрудникам школы, которым необходимо иметь ее для обеспечения здоровья и безопасности моего ребенка. Если в момент возникновения медицинской необходимости будет невозможно связаться с родителями/опекунами или уполномоченными контактными лицами для экстренных ситуаций, а также если, по мнению школьной администрации, потребуется срочная помощь, я разрешаю и поручаю школьной администрации отправить моего ребенка в больницу или к врачу, до которых легче всего добраться. Я понимаю, что беру на себя полную ответственность за оплату всех оказанных услуг.

Я понимаю, что по закону штата Washington перед началом занятий в школе необходимо, чтобы у моего ребенка был статус полной или условной вакцинации.

Я разрешаю школе моего ребенка добавлять информацию о вакцинации в информационную систему вакцинации, чтобы помочь школе вести школьную документацию моего ребенка.

Подпись родителя или официального опекуна: _____ Дата: _____

Подтверждение вакцинации (только для служебных отметок)

№ WAIS: _____ Серия CIS: ☐ Дошкольное учреждение ☐ Класс K-6 ☐ Класс 7 ☐ Класс 8-12

☐ В свидетельстве о статусе вакцинации (Certificate of Immunization Status, CIS) в информационной системе штата Washington по вопросам вакцинации (Washington State Immunization Information System, WAIS) статус вакцинации является ПОЛНЫМ.

или

☐ В CIS WAIS статус иммунизации является УСЛОВНЫМ, и срок действия условного статуса истекает после первого дня обучения.

☐ Родитель или опекун подписал подтверждение условного статуса в CIS.

или

☐ Учащийся не зарегистрирован в WAIS. Необходимо предоставить документы о вакцинации, заверенные медицинским учреждением.

☐ Предоставлены документы о вакцинации, заверенные медицинским учреждением ☐ Разрешение на ввод заявления подписано ИЛИ

☐ Предоставлено свидетельство об освобождении (Certificate of Exemption, COE) в отношении всех вакцин, не соответствующих требованиям в CIS WAIS или WAIS.

☐ COE полностью оформлено

☐ Разрешение на ввод заявления подписано

или

☐ В CIS WAIS статус вакцинации НЕПОЛНЫЙ. Учащийся не может приступить к занятиям в школе до тех пор, пока не будут получены документы об отсутствующих прививках, которые изменят статус CIS на ПОЛНЫЙ или УСЛОВНЫЙ.

☐ Учащийся добавлен в журнал школьного модуля, класс: _____

Сотрудник, подтвердивший вакцинацию: _____ Дата: _____



Анкета по жилищному вопросу для учащихся

Ответы на следующие вопросы помогут определить услуги, на получение которых учащийся может иметь право по закону McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Закон McKinney-Vento Act предусматривает предоставление определенных услуг и поддержки детям и молодежи, столкнувшимся с проблемой бездомности. (Дополнительная информация приведена на обороте)

Если вы являетесь владельцем жилья/снимаете жилье, вам не нужно заполнять эту анкету.

Если вы не владеете жильем/не снимаете жилье, отметьте все, что относится к вам. (Передайте заполненную анкету в районную службу по борьбе с бездомным населением District Homeless Liaison. Контактная информация приведена внизу страницы).

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

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

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

Пол: _____ ☐ Беспризорный учащийся (не проживает с родителем или официальным опекуном)
☐ Учащийся проживает с родителем или законным опекуном

АДРЕС ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА, В Т.Ч. КОНТАКТНЫЙ: _____ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО: _____

Фамилия/имя родителя(-ей)/опекуна(-ов) печатными буквами: _____
(Или беспризорный подросток)

*Подпись родителя/официального опекуна: _____ Дата: _____
(Или беспризорный подросток)

*Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что приведенная здесь информация является правдивой и точной.

Районная служба

Amanda Mangan

Телефон

253-891-6135

Только для персонала учебного заведения: Для сбора данных и кодирования данных в системе информации об учащихся

☐ (N) Не бездомный(-ая) ☐ (A) Приюты ☐ (B) Совместное проживание ☐ (C) Без приюта ☐ (D) Гостиница/мотель

РАЗДЕЛ 725. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В контексте настоящего раздела:

(1) Термин «регистрировать» и «регистрация» включает в себя право посещения занятий и участия во всех школьных мероприятиях.

(2) Термин «бездомные дети и молодежь» —

(A) относится к лицам, не имеющим постоянного, полноценного и адекватно оборудованного места для ночлега (в значении раздела 103(a)(1)); и

(B) включает--

(i) детей и подростков, которые делят жилое помещение с другими людьми вследствие утраты жилья, экономических проблем либо по различным аналогичным причинам; проживают в мотелях, отелях, на стоянках для жилых автоприцепов или на территории кемпинга по причине отсутствия соответствующего требованиям жилья; проживают в аварийных или временных убежищах; остаются в госпиталях; либо ожидают своей очереди на размещение в приемную семью;

(ii) детей и подростков, имеющих временный ночлег в финансируемом государством либо средствами из частных источников, жилье, как не квалифицируемом как приют, так и предназначенном для постоянного проживания людей (в рамках определения, приведенного в разделе 103(a)(2)(C));

(iii) детей и подростков, проживающих в машинах, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, автобусах или железнодорожных вокзалах и подобных объектах; а также

(iv) кочующих детей (данный термин определяется разделом 1309 Акта о начальном и среднем образовании от 1965 года), квалифицированных, как лица, не имеющие определенного места жительства, в контексте данного подзаголовка, в связи с условиями проживания, описанными в пунктах с (i) по (iii).

(6) Термин «беспризорный подросток» определяет подростков, не находящихся на попечении родителя или опекуна.

Дополнительные ресурсы

Информация и ресурсы для родителей приведены по адресам:

[National Center for Homeless Education](#)

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



Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO)

The Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO) is an independent state agency that helps to reduce educational opportunity gaps by supporting families, students, educators, and other stakeholders in communities across WA in understanding the K-12 school system and resolving concerns collaboratively. OEO services are free and confidential. Anyone can contact OEO with a question or concern about school.

OEO listens, shares information and referrals, and works informally with families, communities, and schools to address concerns so that every student can fully participate and thrive in our state's public schools. OEO provides support in multiple languages and has telephone interpretation available. To get help or learn more about what OEO does, please visit our website: <https://www.oeo.wa.gov/en>; email oeoinfo@gov.wa.gov, or call: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (interpretation available). (English)

Office of the Education Ombuds (OEO, Отдел по рассмотрению вопросов, связанных с образованием) губернатора штата Вашингтон — это независимое агентство штата, которое помогает сократить пробелы в образовательных возможностях, оказывая поддержку семьям, учащимся, преподавателям и другим заинтересованным сторонам в сообществах штата Вашингтон в понимании школьной системы K-12 и совместном решении проблем. Услуги OEO предоставляются бесплатно и конфиденциально. Любой желающий может обратиться в OEO с вопросом или проблемой, связанными со школой. Сотрудники OEO выслушивают, делятся информацией и рекомендациями, сотрудничают с семьями, сообществами, школами и решают проблемы, чтобы каждый ребенок мог учиться в нашей общественной школе штата и преуспевать наравне со всеми. Сотрудники OEO оказывают поддержку на нескольких языках и обеспечивают перевод по телефону. Чтобы получить помощь или узнать больше о том, чем занимается OEO, посетите наш веб-сайт: <https://www.oeo.wa.gov/en>; свяжитесь по электронной почте: oeoinfo@gov.wa.gov или позвоните: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (с возможностью перевода).

(Russian)

Washington State Governor's Office of the Education Ombuds • We listen. We inform. We help solve problems.
www.facebook.com/WAEducationOmbuds (English) www.facebook.com/OmbudsdeEducacion/ (Spanish)
www.twitter.com/EdOmbuds www.youtube.com/TheWAEducationOmbudsman