



ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ СНОХОМИШ 201 БЛАНК

РЕГИСТРАЦИИ НОВОГО УЧАЩЕГОСЯ

F3110F3R

ШКОЛА:**ДАТА:**

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЗАКРАШЕННУЮ НОМЕР ШКОЛЫ	ОБЛАСТЬ — ОНА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ПОМЕТ ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ	МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	НОМЕР АУДИТОРИИ ДЛЯ КЛАССНЫХ СОБРАНИЙ	НОМЕР ШКАФЧИКА	АВТОБУСНЫЙ МАРШРУТ
Первая Вторая половина дня					

Да Нет **Посещал ли кто-либо из членов вашей семьи школу в округе Снохомиши?**

ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ: Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность)		Имя (согласно документам, удостоверяющим личность)	Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)	Учащегося также можно называть: (Прочие имена)	
ДАТА РОЖДЕНИЯ (месяц, день, год)	ПОЛ (М/Ж)	МЕСТО РОЖДЕНИЯ: Город Округ	Штат	Страна	УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ
ПРОЖИВАЕТ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В ОКРУГЕ СНОХОМИШ?	Сведения о национальности и расовой принадлежности Информацию, обязательную для заполнения в соответствии с законодательством штата/федеральным			ОСНОВНОЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ В СЕМЬЕ <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Другой _____	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Округ проживания				НАЛИЧИЕ ГРАЖДАНСТВА САША <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
ОСНОВНАЯ СЕМЬЯ (родитель/опекун, проживающий совместно с учащимся) <i>Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)</i>		1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ОСНОВНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь		2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ОСНОВНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	
КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся Обведите нужный вариант или укажите собственный					
<i>Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)</i>					
КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся Обведите нужный вариант или укажите собственный					
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ДЛЯ СВЯЗИ С СЕМЬЕЙ		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	Улица и номер дома	Номер квартиры		Город	Штат
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (Если не соответствует адресу проживания)	Улица и номер дома	Номер квартиры	А/я	Город	Штат
ВТОРАЯ СЕМЬЯ (родитель/опекун, проживающий отдельно от учащегося) <i>Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)</i>		1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь		2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	
КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся Обведите нужный вариант или укажите собственный					
<i>Фамилия/опекун, проживающий отдельно от учащегося Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)</i>					
КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся Обведите нужный вариант или укажите собственный					
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ДЛЯ СВЯЗИ С СЕМЬЕЙ		КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун			
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ВТОРОЙ СЕМЬИ (Улица и номер дома, а/я, город, штат, индекс)				ТРЕБУЕТСЯ ЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РАССЫЛКА <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
ШКОЛА, КОТОРУЮ УЧАЩИЙСЯ ПОСЕЩАЛ РАНЕЕ		ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ, ГДЕ РАНЕЕ ПРОХОДИЛ ОБУЧЕНИЕ УЧАЩИЙСЯ		АДРЕС ШКОЛЫ, КОТОРУЮ УЧАЩИЙСЯ ПОСЕЩАЛ РАНЕЕ (Город, штат)	
ПОСЕЩАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ШКОЛУ В ОКРУГЕ СНОХОМИШ? <input type="checkbox"/> Да		ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ(ШКОЛ)		СРОКИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ (Месяц/Год)	
НАХОДИТСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПОД СОВМЕСТНОЙ ОПЕКОЙ СОГЛАСНО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ ПЛАНУ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если да, предоставьте в распоряжение школы копию плана) <input type="checkbox"/> Копию прилагаю РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЛИ СУДЕБНЫЙ ЗАПРЕТ НА ДЕЙСТВИЯ КАКИХ-ЛИБО ЛИЦ В ОТНОШЕНИИ УЧАЩЕГОСЯ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если да, предоставьте в распоряжение школы соответствующие юридические документы) <input type="checkbox"/> Копию прилагаю Кому адресован судебный запрет? <input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отцу <input type="checkbox"/> Другому лицу _____					

Пожалуйста, укажите дополнительную информацию на обратной стороне бланка...

ОТСТРАНЯЛСЯ ЛИ ОБУЧАЮЩИЙСЯ ОТ ЗАНЯТИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ХРАНЕНИЕМ
ИЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРУЖИЯ? Да Нет Дата: _____

ПРОХОДИЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ОТБОР ДЛЯ УЧАСТИЯ В СПЕЦИАЛЬНОЙ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ? Да Нет

УЧАСТВОВАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В IEP (программе индивидуального обучения)? Да Нет

ЗАНИМАЛСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПО ПЛАНУ 504? Да Нет

УЧАСТВОВАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В ОДНОЙ ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ ПРОГРАММ:

- Федеральная программа Title 1
- Программа помощи обучающимся LAP
- Программа ускоренного обучения Gifted
- Программа обучения английскому языку ELL

ОСТАВАЛСЯ ЛИ
ОБУЧАЮЩИЙСЯ НА
ВТОРОЙ ГОД?

Да Нет

Если да, то
в каком классе(-ах)_____

ПОСЕЩАЕТ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ДЕТСКИЕ
ДОШКОЛЬНЫЕ/РАЗВИВАЮЩИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ?
 Перед школьными занятиями После школьных занятий
 До и после школьных занятий

ПОСТАВЩИК УСЛУГ В ОБЛАСТИ ДОШКОЛЬНЫХ/РАЗВИВАЮЩИХ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ
Наименование Адрес Телефон

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ (Предоставьте школе необходимую информацию в письменной форме)

УКАЖИТЕ ИМЕНА БРАТЬЕВ И СЕСТЕР УЧАЩЕГОСЯ, ПОСЕЩАЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ШКОЛУ В
ОКРУГЕ СНОХОМИШ

Фамилия

Имя

Школа

Класс

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С СОБЛЮДЕНИЕМ РЕЛИГИОЗНЫХ ТРЕБОВАНИЙ (Предоставьте школе необходимую информацию в письменной форме)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УЧАЩЕГОСЯ

В случае травмы, болезни или иной ситуации не экстренного характера мы хотели бы иметь возможность оперативно выйти на связь с членами семьи учащегося или иными совершеннолетними, несущими за него ответственность. Просим вас перечислить доверенных лиц, доступных в течение дня, которым можно будет передать ответственность за заботу об учащемся, если нам не удастся связаться с родителем или опекуном.

ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ (после родителя/опекуна) Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам,	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный
АДРЕС ОСНОВНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА Улица и номер дома	Город	Штат	Почтовый индекс
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ (после родителя/опекуна) Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам,	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный
АДРЕС ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА Улица и номер дома	Город	Штат	Почтовый индекс

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УЧАЩЕГОСЯ: В случае если представителям школы не удастся связаться с родителем/опекуном, я разрешаю передать ответственность за учащегося вышеуказанному(-ым) лицу(-ам).

Подпись родителя/опекуна

Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Я проинформирован(-а) о том, что в случае болезни или иной экстренной ситуации представители школы предпримут все возможные усилия, чтобы незамедлительно связаться с родителем/опекуном учащегося. Если с родителем/опекуном связаться невозможно, я разрешаю представителям школы самостоятельно обеспечить предоставление учащемуся экстренной медицинской помощи.

Подпись родителя/опекуна

Дата _____

На следующей странице бланка вам потребуется указать информацию о национальности и расовой принадлежности

ФОРМА СБОРА ДАННЫХ ПО ЭТНИЧЕСКОМУ И РАСОВОМУ ПРИЗНАКУ – ИНФОРМАЦИЯ ТРЕБУЕМАЯ ШТАТОМ И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВОМ

ВОПРОС 1. Ваш ребенок испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (Отметьте все подходящие варианты)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> H00 Латиноамериканец | <input type="checkbox"/> H07 Колумбийский | <input type="checkbox"/> H16 Мексиканец | <input type="checkbox"/> H25 Испанец |
| <input type="checkbox"/> H01 Не латиноамериканец | <input type="checkbox"/> H08 Уроженец Коста-рики | <input type="checkbox"/> H18 Местный | <input type="checkbox"/> H26 Суринаамец |
| <input type="checkbox"/> H02 Аргентина | <input type="checkbox"/> H09 Кубинец | <input type="checkbox"/> H19 Никарагуанец | <input type="checkbox"/> H27 Уругваец |
| <input type="checkbox"/> H03 Боливийский | <input type="checkbox"/> H10 Доминиканец | <input type="checkbox"/> H20 Панамец | <input type="checkbox"/> H28 Уроженец Бенесуэлы |
| <input type="checkbox"/> H04 Бразильский | <input type="checkbox"/> H11 Эквадорианец | <input type="checkbox"/> H21 Парагвайец | <input type="checkbox"/> H29 Латиноамериканец |
| <input type="checkbox"/> H05 Чикано (мексиканский
американец) | <input type="checkbox"/> H12 Эквадорианец | <input type="checkbox"/> H22 Перуанец | |
| <input type="checkbox"/> H06 Чилиец | <input type="checkbox"/> H13 Уроженец Гондураса | <input type="checkbox"/> H23 Пуэрториканец | H17 Метис |
| | <input type="checkbox"/> H15 Уроженец Ямайки | <input type="checkbox"/> H24 Сальвадорианец | |

ВОПРОС 2. К какой расе вы считаете принадлежит ваш ребенок? (Отметьте все, что применимо)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> B00 Чернокожий/Афроамериканец | <input type="checkbox"/> B44 Руандийский | <input type="checkbox"/> B90 Ганский |
| <input type="checkbox"/> B01 Афроамериканец | <input type="checkbox"/> B45 Сейшельские острова/Сейшельеза | <input type="checkbox"/> B91 Либерийский |
| <input type="checkbox"/> B02 Афроканадец | <input type="checkbox"/> B46 Сомалийский | <input type="checkbox"/> B92 Малийский |
| <input type="checkbox"/> B03 Ангильян | <input type="checkbox"/> B47 Южносуданский | <input type="checkbox"/> B93 Мавританский |
| <input type="checkbox"/> B04 Антигуан | <input type="checkbox"/> B48 Суданский | <input type="checkbox"/> B94 Нигер (Нигер) |
| <input type="checkbox"/> B05 Багамский | <input type="checkbox"/> B49 Угандийский | <input type="checkbox"/> B95 Нигерийский (Нигерия) |
| <input type="checkbox"/> B06 Барбадосский | <input type="checkbox"/> B50 Танзанийский (Объединенная Республика
Танзания) | <input type="checkbox"/> B96 Остров Елены |
| <input type="checkbox"/> B07 Бартелемуа/Бартелеми (Сен-Бартелеми) | <input type="checkbox"/> B51 Замбийский | <input type="checkbox"/> B97 Сенегальский |
| <input type="checkbox"/> B08 Житель Британского Виргинского острова | <input type="checkbox"/> B52 Зимбабвийский | <input type="checkbox"/> B98 Сьера-Леоне |
| <input type="checkbox"/> B09 Каймановы острова (Каймановы острова) | <input type="checkbox"/> B53 Восточноафриканская Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> B99 Тоголезский |
| <input type="checkbox"/> B10 Куба Доминиканская | <input type="checkbox"/> B54 Аргентина | <input type="checkbox"/> C01 Западная Африка Укажите ниже* |
| <input type="checkbox"/> B11 Доминиканская (Доминиканская Республика) | <input type="checkbox"/> B55 Белизский | <input type="checkbox"/> C02 Чёрный Укажите ниже* |
| <input type="checkbox"/> B12 Нидерландские Антильские острова
(Нидерландские Антильские острова) | <input type="checkbox"/> B56 Боливийский | <input type="checkbox"/> W00 Белый |
| <input type="checkbox"/> B13 Гренадский | <input type="checkbox"/> B57 Бразильский | <input type="checkbox"/> W01 Боснийский |
| <input type="checkbox"/> B14 Гваделупский | <input type="checkbox"/> B58 Чилиец | <input type="checkbox"/> W02 Герцеговинян |
| <input type="checkbox"/> B15 Гаитянский | <input type="checkbox"/> B59 Колумбийский | <input type="checkbox"/> W03 Польский |
| <input type="checkbox"/> B16 Ямайский | <input type="checkbox"/> B60 Коста-риканский | <input type="checkbox"/> W04 Румынский |
| <input type="checkbox"/> B17 Мартиникуаис | <input type="checkbox"/> B61 Эквадорский | <input type="checkbox"/> W05 Русский |
| <input type="checkbox"/> B18 Монтсерратиан | <input type="checkbox"/> B62 Сальвадорский | <input type="checkbox"/> W06 Украинский |
| <input type="checkbox"/> B19 Пуэрториканцы | <input type="checkbox"/> B63 Житель Фолклендских островов | <input type="checkbox"/> W07 Восточноевропейская Укажите ниже* |
| <input type="checkbox"/> B20 Карибы Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> B64 Французский гвианский | <input type="checkbox"/> W08 Алжирский |
| <input type="checkbox"/> B21 Ангольский | <input type="checkbox"/> B65 Гватемальский | <input type="checkbox"/> W09 Амазиг или бербер |
| <input type="checkbox"/> B22 Камерунский | <input type="checkbox"/> B66 Гайанский | <input type="checkbox"/> W10 Арабский |
| <input type="checkbox"/> B23 Центральноафриканская
(Центральноафриканская Республика) | <input type="checkbox"/> B67 Гондурасский | <input type="checkbox"/> W11 Ассирийский |
| <input type="checkbox"/> B24 Чадский | <input type="checkbox"/> B68 Мексиканец | <input type="checkbox"/> W12 Бахрейн |
| <input type="checkbox"/> B25 Конголезский (Республика Конго) | <input type="checkbox"/> B69 Никарагуанец | <input type="checkbox"/> W13 Бедуин |
| <input type="checkbox"/> B26 Конголезский (Демократическая
Республика Конго) | <input type="checkbox"/> B70 Панамский | <input type="checkbox"/> W14 Халдей |
| <input type="checkbox"/> B27 Экваториальная Гвинея | <input type="checkbox"/> B71 Парагвайский | <input type="checkbox"/> W15 Копт |
| <input type="checkbox"/> B28 Габонский | <input type="checkbox"/> B72 Перуанский | <input type="checkbox"/> W16 Друз |
| <input type="checkbox"/> B29 Сан-Томеан | <input type="checkbox"/> B73 Южная Георгия и Южные Сандвичевы острова | <input type="checkbox"/> W17 Египетский |
| <input type="checkbox"/> B30 Принцип | <input type="checkbox"/> B74 Суринаамский | <input type="checkbox"/> W18 Эмирейтс |
| <input type="checkbox"/> B31 Центральноафриканская Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> B75 Уругвайский | <input type="checkbox"/> W19 Иранский |
| <input type="checkbox"/> B32 Бурундийский | <input type="checkbox"/> B76 Венесуэльский | <input type="checkbox"/> W20 Иракский |
| <input type="checkbox"/> B33 Коморский остров | <input type="checkbox"/> B77 Латинская Америка Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> W21 Израильский |
| <input type="checkbox"/> B34 Джибути | <input type="checkbox"/> B78 Ботсванский | <input type="checkbox"/> W22 Иорданский |
| <input type="checkbox"/> B35 Эритрейский | <input type="checkbox"/> B79 Мосото (Лесото) | <input type="checkbox"/> W23 Курдский |
| <input type="checkbox"/> B36 Эфиопский | <input type="checkbox"/> B80 Намибиец | <input type="checkbox"/> W24 Ливанский |
| <input type="checkbox"/> B37 Кенийский | <input type="checkbox"/> B81 Южноафриканская Республика | <input type="checkbox"/> W25 Ливийский |
| <input type="checkbox"/> B38 Малагасийский (Мадагаскар) | <input type="checkbox"/> B82 Свазиленд | <input type="checkbox"/> W26 Марокканский |
| <input type="checkbox"/> B39 Малавийский | <input type="checkbox"/> B83 Южноафриканская Республика Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> W27 Оманский |
| <input type="checkbox"/> B40 Маврикийский (Маврикий) | <input type="checkbox"/> B84 Бенинский | <input type="checkbox"/> W28 Палестинский |
| <input type="checkbox"/> B41 Махоран (Майотта) | <input type="checkbox"/> B85 Бисау-Гвинея | <input type="checkbox"/> W29 Катарский |
| <input type="checkbox"/> B42 Мозамбикский | <input type="checkbox"/> B86 Буркина-Фасо (Буркина-Фасо) | <input type="checkbox"/> W30 Саудовская Аравия |
| <input type="checkbox"/> B43 Реюньонезе | <input type="checkbox"/> B87 Кабо Вердин | <input type="checkbox"/> W31 Сирийский |
| | <input type="checkbox"/> B88 Ивуарийский (Кот-д'Ивуар) | <input type="checkbox"/> W32 Тунисский |
| | <input type="checkbox"/> B89 Ga Гамбийский mbian | <input type="checkbox"/> W33 Йеменский |
| | | <input type="checkbox"/> W34 Ближний Восток Укажите ниже* |

Продолжение на обратной стороне, пожалуста переверните страницу.

К какой расе вы считаете принадлежит ваш ребенок? (Отметьте все, что применимо) продолжение

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> W35 Северная Африка Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> N25 Индейское племя Скокомиш | <input type="checkbox"/> A21 Сингапурский |
| <input type="checkbox"/> W36 Белый Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> N26 Племя Снохомиши | <input type="checkbox"/> A22 Шри-Ланкийский |
| <input type="checkbox"/> W37 Кувейтский | <input type="checkbox"/> N27 Индейское племя Сноквалми | <input type="checkbox"/> A23 Тайваньский |
| <input type="checkbox"/> N00 Американские индейцы /коренные жители Аляски | <input type="checkbox"/> N28 Племя Сноквалму | <input type="checkbox"/> A24 Тайский |
| <input type="checkbox"/> N01 Племя чинук | <input type="checkbox"/> N29 Племя Спокан резервации Спокан | <input type="checkbox"/> A25 Тибетский |
| <input type="checkbox"/> N02 Конфедеративные племена и банды Нация Якама | <input type="checkbox"/> N30 Племя острова Скваксин острова Скваксин | <input type="checkbox"/> A26 Вьетнамский |
| <input type="checkbox"/> N03 Конфедеративные племена чехали Резервирование | <input type="checkbox"/> N31 Племя Стейлакум | <input type="checkbox"/> A27 Азиат Укажите ниже* |
| <input type="checkbox"/> N04 Confederated Tribes of the Colville Reservation | <input type="checkbox"/> N32 Племя индейцев Стиллагуамиш в Вашингтоне | <input type="checkbox"/> P00 Коренной гавайец/другой житель тихоокеанских островов |
| <input type="checkbox"/> N05 Индейское племя Коулиц | <input type="checkbox"/> N33 Индейское племя Сукуамиш из Порт Мэдисона | <input type="checkbox"/> P01 Каролинский |
| <input type="checkbox"/> N06 Племя Дувамиш | <input type="checkbox"/> N34 Индейская племенная община Свиномиши | <input type="checkbox"/> P02 Чаморро |
| <input type="checkbox"/> N07 Индейское племя Хох | <input type="checkbox"/> N35 Племена туалалип в Вашингтоне | <input type="checkbox"/> P03 Чуукесе |
| <input type="checkbox"/> N08 Джеймстаун С'Клаллам Племя | <input type="checkbox"/> N37 Американские индейцы Укажите ниже* | <input type="checkbox"/> P04 Фиджи |
| <input type="checkbox"/> N09 Калиспельная индейская община Калиспела Резервирование | <input type="checkbox"/> N38 Верхний Скагит | <input type="checkbox"/> P05 Кирибати/Жильбертезе |
| <input type="checkbox"/> N10 Индейская нация Кикиаллус | <input type="checkbox"/> A00 Азиат | <input type="checkbox"/> P06 Косреан |
| <input type="checkbox"/> N11 Племенная община Нижняя Эльва | <input type="checkbox"/> A01 Азиатская Индийская | <input type="checkbox"/> P07 Маори |
| <input type="checkbox"/> N12 Племя Лумми резервации Лумми | <input type="checkbox"/> A02 Бангладешский | <input type="checkbox"/> P08 Маршальский |
| <input type="checkbox"/> N13 Индейское племя Мака индейца Мака Резервирование | <input type="checkbox"/> A03 Бутанский | <input type="checkbox"/> P09 Коренной гавайский |
| <input type="checkbox"/> N14 Группа Мариетта из племени Нукусак | <input type="checkbox"/> A04 Бирманская/Мьянма | <input type="checkbox"/> P10 Ни-Вануату |
| <input type="checkbox"/> N15 Индейское племя Макелшут | <input type="checkbox"/> A05 Камбоджийский/кхмерский | <input type="checkbox"/> P11 Палауанский |
| <input type="checkbox"/> N16 Индейское племя Нисквалли | <input type="checkbox"/> A06 Чам | <input type="checkbox"/> P12 Папуас |
| <input type="checkbox"/> N17 Индейское племя Нукусак в Вашингтоне | <input type="checkbox"/> A07 Китайский | <input type="checkbox"/> P13 Похпеян |
| <input type="checkbox"/> N18 Порт Гэмбл С'Клаллам Племя | <input type="checkbox"/> A08 Филиппинский | <input type="checkbox"/> P14 Самоанский |
| <input type="checkbox"/> N19 Племя Пуйаллап резервации Пуйаллап | <input type="checkbox"/> A09 Хмонг | <input type="checkbox"/> P15 Житель Соломоновых Островов |
| <input type="checkbox"/> N20 Племя квилетов резервации квилетов | <input type="checkbox"/> A10 Индонезийский | <input type="checkbox"/> P16 Таитянский |
| <input type="checkbox"/> N21 Индейская нация Куинно | <input type="checkbox"/> A11 Японский | <input type="checkbox"/> P17 Токелауан |
| <input type="checkbox"/> N22 Индейская нация самиш | <input type="checkbox"/> A12 Корейский | <input type="checkbox"/> P18 Тонга |
| <input type="checkbox"/> N23 Индейское племя Саук-Суиаттл в Вашингтоне | <input type="checkbox"/> A13 Туберкулез | <input type="checkbox"/> P19 Тувалуанский |
| <input type="checkbox"/> N24 Индейское племя Shoalwater Bay Индейская резервация Шолуотер-Бей | <input type="checkbox"/> A14 Малайзийский | <input type="checkbox"/> P20 Япесе |
| | <input type="checkbox"/> A15 Мой | <input type="checkbox"/> P21 Житель тихоокеанских островов Укажите ниже* |
| | <input type="checkbox"/> A16 Монгольский | |
| | <input type="checkbox"/> A17 Непальский | |
| | <input type="checkbox"/> A18 Окинавы | |
| | <input type="checkbox"/> A19 Пакистанский | |
| | <input type="checkbox"/> A20 Панджаби | |

**Укажите здесь _____

НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если вы родились не в США, а в другой стране, пожалуйста, ответьте на эти вопросы:

Сколько месяцев вы находитесь в Соединенных Штатах? _____ Сколько лет? _____

Имел ли ваш ребенок какое-либо формальное образование за пределами Соединенных Штатов? Да Нет

Где и как долго? _____

Дата: _____ Подпись законного родителя/опекуна о верификации: _____



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.	<ol style="list-style-type: none">1. a) На каком языке(-ах) ваша семья предпочитает получать письменные сообщения от школы? _____b) Нуждаетесь ли вы в переводчике для встреч и телефонных звонков (включая американский язык жестов)? Имя родителя/опекуна №1: _____ Нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Язык _____ Имя родителя/опекуна №2: _____ Нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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.	<ol style="list-style-type: none">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 <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю _____		
Полученное ранее образование Информация о стране рождения ребенка и полученном им ранее образовании. <ul style="list-style-type: none">• Сообщите о знаниях и навыках, с которыми ребенок идет в школу.• Может помочь школьному округу получить дополнительное финансирование для поддержки ребенка.	<ol style="list-style-type: none">6. В какой стране родился ребенок? _____7. Получал ли ребенок официальное образование вне США? (Классы с подготовительного по 12-й) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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.			



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ

Фамилия учащегося, печатными буквами: _____ Автобус №: _____

Для обеспечения неотложной и безопасной помощи Вашему ребенку и выполнения Ваших пожеланий в случае травмы или болезни в школе, нам необходима следующая информация. Просьба заполнить анкету полностью. Пожалуйста, заполните печатными буквами.

Имя учащегося: _____
 Фамилия _____ Имя _____ Инициалы _____
 Дата рождения: _____ Год/класс: _____

Домашний адрес: _____
 улица _____ Город _____ Индекс _____
 Домашний телефон: _____

Почтовый адрес, если отличается от домашнего: _____
 улица _____ Город _____ Индекс _____

С кем проживает: Родители Только мать Мать/Отчим Опекун Только отец Отец/Мачеха
 Другое: _____

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Основной язык общения в домашних условиях: Английский Испанский Другой: _____

Детское дошкольное учреждение (если применимо): _____ Телефон: _____

Заполните следующие поля, если у ребенка есть родитель, с которым он не проживает, и который может принимать экстренные решения в отношении учащегося, и получать копии документов, включая бюллетени, табели успеваемости, корреспонденцию, и т.п.

Домашний адрес: _____
 улица _____ Город _____ Индекс _____
 Домашний телефон: _____

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Помимо родителя/опекуна, если с Вами не удастся связаться, школа может позвонить и позволить забрать Вашего ребенка любому из указанных ниже лиц:

Имя 1: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 2: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 3: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Перечислите всех детей, обучающихся в школьном округе Снохомиш в этом году. (Сначала укажите детей, посещающих данную школу)

Фамилия	Имя	Школа	Класс
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Пожалуйста, отметьте здесь, если какая-либо информация в этой форме обновлена.

***ЭТА ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ ВОЗВРАЩЕНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ

(Имя, Фамилия): _____ М Ж Класс _____ ID # _____

Имя студента

Эта информация необходима для планирования соответствующей программы для вашего студента и для подготовки к любой чрезвычайной ситуации. * Закон штата Вашингтон требует, чтобы для учащихся с такими заболеваниями как анафилактический шок, астма, диабет, эпилепсия и другими угрожающими жизни заболеваниями был составлен план который будет применен в случае неотложной медицинской помощи. Этот план должен быть составлен до первого дня посещения школы. Обратитесь к школьной медсестре, чтобы оформить все документы.

Врожденные /генетические заболеванияAG Другие _____
AJ фетальный алкогольный синдром _____**Гематология (кровь)**BV *Гемофилия _____
BC Серповидноклеточная анемия _____
BD Другие состояния крови _____**Сердечно-сосудистые/сердечные заболевания**CG Другие _____**Эндокринные, аллергия, иммунная система, метаболические и пищевые заболевания**EB Другие аллергии _____
ED Аллергия - Пища _____
EE Аллергия - Насекомые _____
EG *Анафилактическое состояние (EpiPen) _____
EJ Муковисцидоз _____
EK/L *Диабет 1 типа *Диабет 2 типа _____
EM Аллергия на лекарства _____
EN Расстройство пищевого поведения _____
EO Другие эндокринные, иммунные или метаболические расстройства _____
EU Расстройство щитовидной железы _____**Заболевания желудочно-кишечного тракта, стоматологии и полости рта**GA/J/K глютеновая болезнь Болезнь Крона
 Раздраженный кишечник
GD Заболевание зубов _____
GG Пищевая непереносимость _____
GH/L Гастроэзофагеальный рефлекс Непереносимость лактозы
GI Другие _____
GM Заболевания печени _____
GN Заболевания ротовой полости _____**Скелетно-мышечная и соединительная ткань**MB Другие _____
MC Ревматоидный артрит _____
MD Мышечная дистрофия _____
MF Осгуд-Шлаттер _____
MH Сколиоз _____**Кожа и подкожные ткани**SB контактный дерматит (Экзема) _____
SH Другие _____Нужны ли лекарства в домашних условиях? Нет Да Пожалуйста, список: _____Нужны ли лекарства в школе? Нет Да, пожалуйста, перечислите: _____

Предпочетаемая больница: _____

Нервная системаNB СДВГ-невнимательный СДВГ-Гиперактивный/Импульсивный
NC СДВГ-Комбинированные, Диагностируется: _____
ND Расстройство аутистического спектра _____
NE Центральная нервная система Другие _____
NF ДЦП _____
NL Инвалидность в развитии _____
NH/I/J Умственно отсталый _____
NN Мигрени Головные боли Шунт _____
NP Паралич _____
NQ *Эпилепсия _____
NS Сенсорное состояние _____
NT Спина Бифида _____
NU Травма спинного мозга _____
 Травма головного мозга _____**Психическое состояние/Поведение**PA Депрессия _____
PC Тревоги _____
PH Расстройство сна _____
PI Синдром Туретта _____
PJ Другие _____**Респираторные заболевания**RA Реактивное заболевание дыхательных путей _____
RE Астма _____
RF Другие _____
RG *Ингалятор _____
RH Астма – не диагностированная _____**Неоплазмы (Рак/Опухоли)**TI Другие _____**Почек и мочеполовая**UB Хроническая инфекция мочевыводящих путей _____
UC Дисменорея (болезненные менструации) _____
UD Состояние мочеполовой системы Другие _____
UH Состояние почек Другие _____**Глаз и ухо**YB Нарушение слуха _____
YA/YC Хронические инфекции уха _____ Состояние уха _____
YD Незрячий _____
YE Состояние глаз _____
YF Носит очки _____ последняя проверка зрения : _____**История болезни (отметьте все что применимо) Или Нет проблем со здоровьем в это время (пожалуйста, подпишите ниже).**

Если родитель/опекун или уполномоченный экстренный контакт не могут быть достигнуты во время неотложной медицинской помощи, и если неотложная помощь срочна, я разрешаю школьным властям направить моего ученика в больницу или к врачу, который является наиболее доступным. Я понимаю, что я несу полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. Я понимаю, что информация, представленная выше, будет передана соответствующему школьному персоналу чтобы обеспечить безопасность моего ученика. Я даю разрешение работникам школьного округа Снохомиш получить и ввести даты получения прививок в WAIIS для ведения учета иммунизации моего ученика.

Дата: _____ Подпись родителей/опекунов : _____ Телефон: _____



Анкета о жилищных условиях учащихся программы McKinney-Vento (МКВ)

Заполните эту форму, только если ваша жилищная ситуация является временной или нестабильной.

Если вы владеете, арендуете или снимаете жилье, НЕ заполняйте эту форму.

Ответы на следующие вопросы помогут определить, какие услуги может получить учащийся в соответствии с Законом McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Этот закон предоставляет поддержку и услуги детям и молодежи, находящимся в условиях бездомности. (Дополнительную информацию смотрите на обратной стороне).

Если учащийся проживает в доме, который принадлежит или арендуется родителем или опекуном, вам не нужно заполнять эту форму, если в жилье отсутствуют базовые удобства (вода, отопление, электричество и т. д.). Если у вас нет собственного жилья, отметьте все подходящие варианты ниже:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> В мотеле/отеле | <input type="checkbox"/> В автомобиле, парке, жилом трейлере, кемпинге или другом подобном месте |
| <input type="checkbox"/> В приюте (краткосрочном/долгосрочном) | <input type="checkbox"/> В переходном жилье |
| <input type="checkbox"/> Переезжаем с места на место / временно проживаем у друзей или знакомых | <input type="checkbox"/> В жилье с ненадлежащими условиями (нет воды, отопления, электричества и т. д.) |
| <input type="checkbox"/> В доме или квартире другого человека с другой семьей | <input type="checkbox"/> Другое: |

Список всех дошкольников и учащихся, проживающих с вами (Пожалуйста, пишите разборчиво):

Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____

Дата рождения: _____ Класс: _____

ID учащегося: _____ Школа: _____

Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____

Дата рождения: _____ Класс: _____

ID учащегося: _____ Школа: _____

Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____

Дата рождения: _____ Класс: _____

ID учащегося: _____ Школа: _____

Статус учащегося

- Учащийся без сопровождения (проживает без родителей или законного опекуна)
 Учащийся проживает с родителем или законным опекуном
 Учащийся находится в приемной семье

Текущий адрес проживания: _____ Адрес _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Требуется ли учащемуся транспорт до/от школы? Да Нет

ФИО родителя/законного опекуна _____

(или учащегося без сопровождения)

Подпись родителя/законного опекуна _____ Дата: _____
(или учащегося без сопровождения)

Я подтверждаю под страхом наказания за ложные показания в соответствии с законами штата Вашингтон, что указанная информация является правдивой и точной.

Пожалуйста, верните заполненную форму школьному консультанту.

Раздел 725. Определения

Для целей этого документа:

- 1) Термины «зачисление» и «обучение» включают посещение занятий и **п полноценное участие** в школьной деятельности.
- 2) Термин «бездомные дети и молодежь» означает лиц, **не имеющих постоянного, регулярного и адекватного ночного места проживания**, в том числе:
 - A. Дети и молодежь, **временно проживающие у других людей** из-за потери жилья, экономических трудностей или по другой причине.
 - B. Дети и молодежь, живущие **в мотелях, отелях, трейлерных парках или кемпингах** из-за отсутствия альтернативного жилья.
 - i. Дети и молодежь, проживающие **в экстренных или временных приютах**. Дети, оставленные в больницах.
 - ii. Дети и молодежь, основное ночное место жительства которых представляет собой **общественное или частное место, не предназначенные для жилья**.
 - iii. Дети и молодежь, живущие **в автомобилях, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, на вокзалах и в других небезопасных местах**.
 - iv. **Мигрирующие дети**, подпадающие под определение бездомности, так как проживают в вышеуказанных условиях.
- 6) Термин «несопровождаемая молодежь» означает **молодого человека, не находящегося под опекой родителя или законного опекуна**.

Дополнительные ресурсы

- Национальный центр по вопросам образования бездомных детей
<https://nche.ed.gov>
- Национальная ассоциация образования бездомных детей и молодежи (НАЕНСЫ)
www.naency.org/resources
- SchoolHouse Connection
www.schoolhouseconnection.org



SNOHOMISH
SCHOOL
DISTRICT

1601 Avenue D, Snohomish, WA 98290-1799
360-563-7300 Fax 360-563-7279

Посещение школы

бланк

Посещение школы обязательно по закону штата.

- Закон штата обязывает детей в возрасте от 8 до 17 лет посещать школу.
- Дети в возрасте от 6 до 7 лет, записанные в школу, также обязаны ее посещать.
- Учащиеся, достигшие 16 лет могут быть освобождены от посещения школы, если они отвечают определенным требованиям закона штата (RCW 28A.225.010).
- Если ребенок не сможет явиться в школу, сообщите об этом в школьный офис.

В случае пропуска занятий учащимся школа обязана:

- Если в течение месяца ребенок пропустил школу три по неуважительной причине, закон штата (RCW 28A.225.020) требует, чтобы мы назначили собрание с Вами и Вашим ребенком.
- В начальной школе после пяти пропусков по уважительной причине за один месяц или как минимум после десяти пропусков по уважительной причине в течение учебного года районный отдел школьного образования обязан связаться с Вами и назначить собрание. Собрание не требуется если Вы представили справку от врача или договорились о пропуске заранее в письменной форме и был составлен план занятий, чтобы ребенок не отстал от программы.
- Если у ребенка имеется семь пропусков по неуважительной причине за месяц или десять пропусков по неуважительной причине в течение года, мы обязаны подать ходатайство в суд по делам несовершеннолетних в связи с нарушением закона RCW 28A.225.010 об обязательном посещении школы. Вы и Ваш ребенок будете обязаны явиться в суд.

Знаете ли Вы?

- Явка в школу без опозданий, занятия в течение всего дня каждый день позволит ребенку успешно окончить школу.
- Начиная с нулевого класса, пропуск в среднем двух дней в месяц по любой причине имеет большую вероятность привести к тому, что ребенок отстанет от программы по математике и чтению к третьему классу.
- К 6му классу пропуски занятий - один из трех показателей, что ребенок бросит старшую школу.
- Пропуски могут быть признаками того, что ребенок теряет интерес к учебе, испытывает трудности в учебе, столкнулся с жестоким обращением или иными серьезными трудностями.
- К 9му классу регулярное посещение - более точный показатель того, что ребенок успешно окончит старшую школу, чем отценки за тесты в 8м классе.

Что Вы можете сделать:

- Позвольте ребенку отстаться дома только если он серьезно болен: у него высокая температура, рвота, понос или инфекция с сыпью.
- Не планируйте приемы и поездки во время школьных занятий.
- Следите за посещением. Пропуск более девяти дней по любой причине может привести к отставанию от программы.
- Составьте вечернее и утреннее расписание, следите, чтобы домашняя работа была закончена и рюкзак собран с вечера.
- Имейте запасной план с родственниками, соседями или родителями чтобы привезти ребенка в школу, если Вы не можете.

Если по какой-то причине Вам трудно сделать так, чтобы ребенок посещал школу, мы будем рады помочь найти решение. Обратитесь в школьный офис и назначьте собрание, чтобы обсудить посещение.

Я подтверждаю, что прочитал (или мне прочитали) данный документ и понял его.

Имя учащегося: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____ Класс: _____ Школа: _____

Адрес _____

Улица Город Индекс

Телефон: _____

У Вас есть другие дети, которые посещают школы в районе Снохомиш?

Имя: _____ Дата рождения: _____ Лет: _____ Класс:_____ Школа: _____

Имя: _____ Дата рождения: _____ Лет: _____ Класс:_____ Школа: _____

Имя: _____ Дата рождения: _____ Лет: _____ Класс: _____ Школа: _____

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Вашингтон, что представленная здесь информация верна и точна.

Имя заполнившего печатными буквами: _____

Подпись: _____ Дата _____

Отношение к учащемуся: родитель опекун сам Иное _____

Прочтите, заполните бланк и сдайте в школу до конца сентября.



Школьный округ Снохомиш 201
Снохомиш, Вашингтон 98290

3231F1R
1/2025

Согласие на разглашение документов об образовании

Следующие учащиеся зачислены в школьный округ Снохомиш:

Студент _____
Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
Дата рождения: _____ Класс: _____

Студент _____
Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
Дата рождения: _____ Класс: _____

В целях сбора данных, относящихся к образовательным программам, мы запрашиваем передачу записей о вышеназванных учащихся между школьным округом Снохомиш и:

Название/Агентство/Школа _____ Телефон _____
(агентство или бывшая школа)

Адрес _____ Город/ штат _____ индекс _____

Пожалуйста, отправьте по почте официальные школьные документы, включая следующее:

(Специальные программы включают Международный бакалавриат, ELL/MLL, Honours и т.д.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Все баллы государственной оценки | <input type="checkbox"/> Неоплаченный штраф/сборы* |
| <input type="checkbox"/> Стандартизированная информация о тестировании | <input type="checkbox"/> План 504 |
| <input type="checkbox"/> Записи об иммунизации | <input type="checkbox"/> Проверка даты рождения |
| <input type="checkbox"/> Рекорды посещаемости | <input type="checkbox"/> Транскрипт/Академическая справка |
| <input type="checkbox"/> Образовательный накопительный файл | <input type="checkbox"/> Расписание занятий на текущий год / или будущий год (только для старшей школы) |
| <input type="checkbox"/> Форма отказа и оценки | <input type="checkbox"/> Статус истории штата Вашингтон = <input type="checkbox"/> Met <input type="checkbox"/> Not Met |
| <input type="checkbox"/> Дисциплина | <input type="checkbox"/> Другие _____ |
| <input type="checkbox"/> Размещение на специальных программах | |
| <input type="checkbox"/> Табели успеваемости | |

Отвечающее агентство/учебное заведение, пожалуйста, направьте информацию об этом студенте по адресу:

- Cascade View Elementary – Fax: 360-563-7004 – Ph: 360-563-7000 – 2401 Park Ave., Snohomish, WA 98290
- Cathcart Elementary – Fax: 360-563-7078 – Ph: 360-563-7075 – 8201 188th St. SE, Snohomish, WA 98296
- Central Emerson Elementary – Fax: 360-563-7157 – Ph: 360-563-7150 – 1103 Pine Ave., Snohomish, WA 98290
- Dutch Hill Elementary – Fax: 360-563-4455 – Ph: 360-563-4450 – 8231 131st Ave. SE, Snohomish, WA 98290
- Little Cedars Elementary – Fax: 360-563-2902 – Ph: 360-563-2900 – 7408 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
- Machias Elementary – Fax: 360-563-4828 – Ph: 360-563-4825 – 231 147th Ave. SE, Snohomish, WA 98290
- Riverview Elementary – Fax: 360-563-4378 – Ph: 360-563-4375 – 7322 64th St., SE, Snohomish, WA 98290
- Parent Partnership Program – Fax: 360-563-3439 – Ph: 360-563-3423 – 525 13th St., Snohomish, WA 98290
- Seattle Hill Elementary – Fax: 360-563-4680 – Ph: 360-563-4675 – 12711 51st Ave. SE, Everett, WA 98208
- Totem Falls Elementary – Fax: 360-563-4756 – Ph: 360-563-4756 – 14211 Sno-Cascade Drive, Snohomish, WA 98296
- Centennial Middle School – Fax: 360-563-4585 – Ph: 360-563-4528 – 3000 South Machias Rd., Snohomish, WA 98290
- Valley View Middle School – Fax: 360-563-4236 – Ph: 360-563-4239 – 14308 Broadway Ave. SE, Snohomish, WA 98296
- AIM High School – Fax: 360-563-3402 – Ph: 360-563-3400 – 525 13th St., Snohomish, WA 98290
- Glacier Peak High School – Fax: 360-563-7630 – Ph: 360-563-7600 – 7401 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
- Snohomish High School – Fax: 360-563-4197 – Ph: 360-563-4059 – 1316 Fifth St., Snohomish, WA 98290

Согласно Закону о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни [Кодекс США: раздел 20, раздел 123g, а(6) 1B], нет необходимости получать письменное согласие на разглашение записей. Школьные чиновники в школьных системах, в которые учащийся намерен поступить, могут получить личное дело учащегося без письменного согласия на такое освобождение.

Я принимаю уведомление о такой передаче документов в соответствии с требованиями Закона о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни 1974 года и понимаю, что у меня есть право получить копию за свой счет, если потребуется, и у меня есть возможность провести слушание, чтобы оспорить содержание записей. Я понимаю, что передаваемая информация будет обрабатываться конфиденциально и не будет передаваться третьим лицам без моего согласия, за исключением случаев, разрешенных WAC 392-171-631.

Подпись _____ дата _____

Родитель, опекун или взрослый учащийся

*Пожалуйста, сообщите нам, если вы не можете отправить документы из-за неоплаченных штрафов/сборов.



Сведения о перевозке учащихся на 2025–2026 гг.

Собирается ли учащийся ездить на школьном автобусе в течение 2025–2026 учебного года?

Да _____ Нет _____

Имя и фамилия учащегося _____

Личный идентификационный номер учащегося (если известен) _____

Адрес учащегося (домашний адрес и город) _____

Школа, которую учащийся собирается посещать в 2025–2026 учебном году

Начальная школа Кэткарт (Cathcart Elementary)

Центр начального образования Централ (Central Emerson Elementary)

Начальная школа Каскейд-Вью (Cascade View Elementary)

Начальная школа Датч-Хилл (Dutch Hill Elementary)

Начальная школа Литтл-Сидерс (Little Cedars Elementary)

Начальная школа Макиас (Machias Elementary)

Начальная школа Ривервью (Riverview Elementary)

Начальная школа Сиэтл-Хилл (Seattle Hill Elementary)

Начальная школа Тотем-Фоллз (Totem Falls Elementary)

Средняя школа Сентенниал (Centennial Middle School)

Средняя школа Валлей-Вью (Valley View Middle School)

Старшая школа Глейшер-Пик (Glacier Peak High School)

Старшая школа Снохомиш (Snohomish High School) Старшая

школа Эйм (AIM High School)

Класс, который будет посещать учащийся в 2025–2026 учебном году

Подготовительный класс _____ 7-й класс _____

1-й класс _____ 8-й класс _____

2-й класс _____ 9-й класс _____

3-й класс _____ 10-й класс _____

4-й класс _____ 11-й класс _____

5-й класс _____ 12-й класс _____

6-й класс _____

Место посадки на автобус утром У дома _____ Учащийся не планирует ездить на автобусе _____ Другое _____

Место высадки из автобуса вечером У дома _____ Учащийся не планирует ездить на автобусе _____

Другое _____

Собирается ли учащийся заказывать в начале учебного года постоянный проездной билет с иным местом посадки/высадки? Если да, то с каким? _____

Имя родителя (печатными буквами) _____

Транспорт не предоставляется и не гарантируется учащимся посещающим школу не по месту жительства.

Washington State Title I Migrant Education Program

Eligibility Survey

Dear Parents/Guardians:

The Washington State Office of Superintendent of Public Instruction funds programs designed to help children ages 0 through 21 who have moved on their own or with their parents within the past three years to seek or obtain temporary or seasonal work as a principal means of livelihood in activities related to:

- Agriculture
- Warehouses/packing
- Beef
- Poultry
- Forestry
- Shellfish
- Dairy
- Commercial fishing

We would appreciate your cooperation in answering the following questions.

1. Have you and your family moved recently within the last three years?

Yes No

2. Have you and your family relocated to an area that lies in the boundaries of a different school district, even temporarily, within the last three years?

Yes No

3. Was the purpose of the move or relocation to work in any of the previously mentioned activities (or other related activities)?

Yes No

4. Have you participated in traditional American Indian harvesting activities, if it is part of your cultural heritage?

Yes No

5. If you answered "yes" to two or more of the previous questions, can we contact you for more information?

Yes No

Comments: _____

If you or your children moved to seek or obtain temporary or seasonal work, you or your children may qualify to receive the following services:

- Transfer of educational and health information (nationwide)
- Educational/health services
- Free breakfast and lunch

Please provide the following necessary information below:

Names of Parent(s) or Legal Guardians(s): _____

Address (Street): _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone Number: _____

Email (if applicable): _____

Please send this form to:

Snohomish School District
c/o Teaching & Learning Services
1601 Avenue D
Snohomish, WA 98290

Questions? Please contact:

Karla Reyes, Migrant and MLL Family Liaison
karla.reyessanchez@sno.wednet.edu
Phone: 360-563-7290

Thank you. Let's work together to improve our children's education.



Бланк отказа от фото и

В течение учебного года мы периодически фотографируем учащихся, снимаем их на видео или делаем записи их голоса, с целью сбора информации для школы или округа. Мы стараемся информировать об этом родителей заранее, однако это не

Доносим до вашего сведения, что члены семей учащихся, местные жители и гости школьных мероприятий также могут осуществлять фотосъемку и иную съемку учащихся и публиковать отснятый материал без предварительного согласования с представителями школьного округа, в результате чего учащийся может появиться на фотоснимках и в иных материалах, распространяемых третьими лицами. Школьный округ Снохомиш не несет ответственности за использование образа (фотографии, голоса и пр.) учащегося в данных материалах.

Вы можете отказаться от участия учащегося в фотосъемке или иных видах съемки, осуществляемых Школьным округом Снохомиш или по официальному поручению Школьного округа Снохомиш. Для этого вам необходимо внести необходимые

- Я НЕ хочу, чтобы нижеупомянутый учащийся появлялся на фотографиях или в аудиовизуальных записях, создаваемых Школьным округом Снохомиш или по официальному поручению Школьного округа Снохомиш. (Если вы выберете данный пункт, образ учащегося НЕ БУДЕТ использоваться В КАКИХ БЫ ТО НИ БЫЛО

Обратите внимание на то, что отказ необходимо подтверждать в начале каждого нового учебного года.

Учдши

七

16

Родитель/Опекун

七

14

Дат

Телефон для

Только для внутреннего пользования

1. Внести дату отказа в систему Skyward Student Records: раздел Custom Forms / Internet Opt Out.
 2. Из WS / ST / TB / CF перейти в Web Student / Student Tabs / Custom Forms.
 3. Выбрать пункт «Photo opt-out» и ввести дату отказа.
 4. Подписанный бланк отказа хранится в школе до конца текущего учебного года.

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.



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 Дата					
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	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: <input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease. <input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.	
●▲ DTaP (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)								<input type="checkbox"/> Diphtheria <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B	
▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)								<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps	
●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)								<input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Varicella	
●▲ Hepatitis B (Гепатит В)								<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)	
● 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) <input type="checkbox"/> История болезни, проверенная в системе IIS									
Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)									
COVID-19									
Flu (Грипп)								►	
Hepatitis A (Гепатит А)									
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)									
MCV/MPV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y)								►	
MenB (менингококковая инфекция типа B)									
Rotavirus (Ротавирус)								Printed Name	
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 (единий 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 (ветрянную 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 ветрянной 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).

**Справка об освобождении - по личным/религиозным причинам
(CERTIFICATE OF EXEMPTION - PERSONAL/RELIGIOUS)**

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места,
где требуется иммунизация детей дошкольного возраста



Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Второй инициал:** _____ **Дата рождения (мм/дд/гггг):** _____

ВНИМАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребенка от вакцинации против перечисленных ниже болезней, заполнив настоящую форму и предоставив ее в школу или детский сад, который посещает ребенок. Лицо, освобожденное от вакцинации, входит в группу риска по развитию заболевания или заболеваний, против которых вакцинация обеспечивает защиту. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы, детского сада или мероприятий во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов. Иммунизация – это один из лучших способов защитить людей от развития и распространения заболеваний, которые могут вызывать серьезные расстройства, инвалидность или смерть.

Освобождение по личным/философским или религиозным причинам (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Я освобождаю своего ребенка от обязательной вакцинации против следующих заболеваний, которая требуется для посещения школы или детского сада. (Выберите тип освобождения и вакцинацию, от которой вы хотите освободить своего ребенка):

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО ЛИЧНЫМ/ФИЛОСОФСКИМ ПРИЧИНАМ* (Personal/Philosophical Exemption)			
<input type="checkbox"/> Дифтерия (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Гепатит В (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> гемофильная инфекция типа В (Hib)	<input type="checkbox"/> Коклюш (Pertussis)
<input type="checkbox"/> Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> Полиомиелит (Polio)	<input type="checkbox"/> Столбняк (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Ветряная оспа (Varicella)

*Освобождение от вакцинации против кори, краснухи и паротита по личным/философским причинам не предоставляется по закону

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО РЕЛИГИОЗНЫМ ПРИЧИНАМ (Religious Exemption)

<input type="checkbox"/> Дифтерия (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Гепатит В (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> гемофильная инфекция типа В (Hib)	<input type="checkbox"/> Коклюш (Pertussis)
<input type="checkbox"/> Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> Полиомиелит (Polio)	<input type="checkbox"/> Столбняк (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Ветряная оспа (Varicella)
<input type="checkbox"/> Корь (Measles)	<input type="checkbox"/> Паротит (Mumps)	<input type="checkbox"/> Краснуха (Rubella)	

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом (подпись ниже). Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License #: _____

Освобождение по причине членства в религиозной организации (Religious Membership Exemption)

Заполните эту часть ТОЛЬКО в том случае, если вы принадлежите к церкви или придерживаетесь вероисповедания, которое возражает против медицинского вмешательства. Заполните верхний раздел, если у вас есть возражения против прививок по религиозным причинам, но убеждения и учения Вашей церкви или религии позволяют вашему ребенку получать лечение со стороны медицинских работников, например, врачей и медсестер.

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Я подтверждаю, что являюсь членом церкви или придерживаюсь вероисповедания, учение которого не позволяет моему ребенку получать какое-либо медицинское лечение со стороны врачей. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.



Справка об освобождении — по медицинским показаниям (CERTIFICATE OF EXEMPTION - MEDICAL)

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места,
где требуется иммунизация детей дошкольного возраста



Фамилия ребенка: Имя: Второй инициал: Дата рождения (мм/дд/гггг):

ВНИМАНИЕ: Настоящая форма используется для освобождения ребенка от обязательной вакцинации в случае, если лечащий врач установил, что конкретная вакцинация не рекомендуется для ребенка по медицинским показаниям. Настоящая форма должна заполняться лечащим врачом и подтверждаться подписью родителя/опекуна. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы или детского сада во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов.

MEDICAL EXEMPTION

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice's (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recoms/contraindications.html.

Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt."

Заболевание (Disease)	нет освобождения (Not Exempt)	постоянное освобождение (Permanent Exempt)	временное освобождение (Temporary Exempt)	дата истечения срока временного освобождения по медицинским показаниям (Expiration Date for Temporary Medical)
дифтерия (Diphtheria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
гепатит B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
гемофильная инфекция типа B (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
корь (Measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
паротит (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
коклюш (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
полиомиелит (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Краснуха (Rubella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Столбняк (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ветряная оспа (Varicella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I declare that vaccination for the disease(s) checked about is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state, and the information provided on this form is complete and correct.

Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License #: _____

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом, предоставившим данное освобождение по медицинским показаниям. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата