

# Школы округа Брэдли

## Регистрационная форма

Регистрация на:

Школа: \_\_\_\_\_

Класс: \_\_\_\_\_

Если вам позвонили по поводу вашего ребенка, по какому номеру следует звонить?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Имя студента (как указано в свидетельстве о рождении): \_\_\_\_\_ Предпочтительное имя: \_\_\_\_\_ Является ли этот студент родителем-одиночкой? Да или нет

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Среднее имя: \_\_\_\_\_

Пол при рождении: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ \*\*\*Номер социального страхования студента \_\_\_\_\_  
\*\*\* Запрошено, если доступно

Страна рождения: \_\_\_\_\_ Штат рождения: \_\_\_\_\_ Округ рождения: \_\_\_\_\_ Город рождения: \_\_\_\_\_

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (Обведите один): испаноязычный или Неиспаноязычный

РАСА (Обведите ВСЕ подходящие варианты): Азиатский Американские индейцы/коренные жители Аляски Черный/афроамериканец Тихоокеанский островитянин/коренной гавайец Белый

Адрес студента: \_\_\_\_\_  
Число \_\_\_\_\_ Название улицы \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: \_\_\_\_\_ Список других детей в семье: \_\_\_\_\_

Специальные услуги, которые он/она получает: RTI Чтение \_\_\_\_\_ RTI Математика \_\_\_\_\_ Речь \_\_\_\_\_ Изучающий английский язык \_\_\_\_\_ Есть ли у него/нее IEP? \_\_\_\_\_ План 504? \_\_\_\_\_ I/P-D? \_\_\_\_\_

**\*\*\* ЭКСТРЕННЫЙ КОНТАКТ (кроме родителя)**

Телефон: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отношение: \_\_\_\_\_

Информация о выезде из школы: \_\_\_\_\_ может забирать моего ребенка из школы.

ПОПЕЧЕНИЕ:  ОБА РОДИТЕЛЯ  МАТЬ  ОТЕЦ  ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОПЕКУНЬ  ДРУГОЙ-ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН

Существуют ли юридические/правовые вопросы, связанные с опекой, о которых нам следует знать? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Что? \_\_\_\_\_

ИМЯ ОТЦА: \_\_\_\_\_

ИМЯ МАТЕРИ: \_\_\_\_\_ Девичья фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Домашний номер: \_\_\_\_\_ Номер мобильного: \_\_\_\_\_

Домашний номер: \_\_\_\_\_ Номер мобильного: \_\_\_\_\_

Номер работы: \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

Номер работы: \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

Кем работает: \_\_\_\_\_

Кем работает: \_\_\_\_\_

Служит ли родитель в настоящее время в  Действующие военные  Национальная гвардия Вооруженные силы  Резервный военный

ОПЕКУНСТВО ДРУГОЕ - ИМЯ ЗАКОННОГО ОПЕКУНА: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Домашний номер: \_\_\_\_\_ Рабочий номер: \_\_\_\_\_ Мобильный номер: \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

Кем работает: \_\_\_\_\_ ОТНОШЕНИЕ К СТУДЕНТУ: \_\_\_\_\_

Последняя школа, которую посещал ваш ребенок: \_\_\_\_\_ Ваш ребенок в настоящее время ИСКЛЮЧЕН ИЛИ ОТСТРАНЕН из школы? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Последний школьный телефон: \_\_\_\_\_ Последний школьный факс: \_\_\_\_\_

Для детей, поступающих в детский сад или первый класс (Обведите кружком, если посещали) Дошкольное учреждение Дневной уход Детский сад

Для каждого ученика, поступающего в школу, ДОЛЖЕН быть проведен полный медицинский осмотр. Требуемая Детская медицинская карта штата Теннесси должна быть в сертификате иммунизации, разработанном и утвержденном Департаментом здравоохранения Теннесси. Иммунизация и медицинский осмотр будут зафиксированы в сертификате и помещены в школьную запись ученика. Дети, поступающие в детский сад, должны быть в возрасте пять лет не позднее 15 Августа (ДОЛЖНЫ иметь свидетельство о рождении). Дети, поступающие в первый класс, должны были посещать детский сад, утвержденный государством.

Планируете ли вы поступать в другую школу в следующем году? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_

Подпись родителя или законного опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя ученика: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Родитель/опекун: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ СТУДЕНТА - У моего студента есть следующие проблемы со здоровьем, которые могут потребовать особого ухода во время школьных занятий:

**У МОЕГО РЕБЕНКА НЕТ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ**

(отметьте ТОЛЬКО те, которые относятся к вашему ребенку)

\_\_\_ Астма Триггеры: \_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_ дома с применением лекарств  
\_\_\_ потребуются ингалятор, который будет предоставлен для использования во время школы

\_\_\_ Диабет Проведено лечение: \_\_\_ диета \_\_\_ инъекции инсулина или помпа

\_\_\_ Пищевая аллергия на: \_\_\_\_\_ Опишите реакцию: \_\_\_\_\_  
Какое лечение требуется в настоящее время: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Другая тяжелая аллергия на: \_\_\_\_\_ Опишите реакцию: \_\_\_\_\_  
Какое лечение требуется в настоящее время: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Проблемы со зрением \_\_\_ очки \_\_\_ контакты

\_\_\_ Проблема со слухом \_\_\_ Левый \_\_\_ Правый

\_\_\_ Физические нарушения Описывать: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Судорожное расстройство Тип: \_\_\_\_\_  
Лечение: \_\_\_ медикаментозное лечение на дому  
\_\_\_ лекарства для оказания экстренной помощи заказаны и будут предоставлены для использования в школе

\_\_\_ СДВГ/СДВГ Лекарство \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Принимает лекарства дома  
\_\_\_ Потребуется лекарства во время школьных занятий (по назначению врача)

ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, НЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕ: \_\_\_\_\_

Врач первичной медико-санитарной помощи: \_\_\_\_\_ Номер телефона врача: \_\_\_\_\_

Родитель или опекун — Поставьте инициалы в каждой строке, чтобы подтвердить, что вы прочитали и поняли приведенную ниже информацию:

\_\_\_ Насколько мне известно, предоставленная выше информация является правдивой и точной.

\_\_\_ Я признаю, что ученики не могут приносить лекарства любого рода. Родитель должен принести лекарства в школу и подписать соответствующие документы.

\_\_\_ Я обязан уведомить школу, если состояние здоровья моего ребенка изменится или у него появятся какие-либо медицинские потребности, которые могут потребовать внимания во время школьных занятий.

\_\_\_ Школа может использовать безрецептурные средства первой помощи, такие как Неоспорин, Бенадрил в виде спрея/крема, средство для очистки ран и т. д. (местная первая помощь) по мере необходимости для моего ребенка, поскольку у них нет известной чувствительности к этим предметам. Это не включает лекарства, принимаемые внутрь. \_\_\_ да \_\_\_ нет

\_\_\_ Школа может использовать безрецептурные препараты Тайленол, Ибупрофен, капли от кашля или антациды Tums по мере необходимости для моего ребенка, поскольку у них нет известной чувствительности к этим предметам. \_\_\_ да \_\_\_ нет

**\* \*ЕСЛИ ИНФОРМАЦИЯ НЕ ПРЕДОСТАВЛЕНА, БУДЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬСЯ, ЧТО У ВАШЕГО РЕБЕНКА НЕТ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ \*\***

Ежегодно в классах K, 2, 4, 6, 8 и 9 проводятся проверки здоровья, включая проверку слуха, зрения, роста, веса и артериального давления. Эта информация используется только для общего сбора данных и **Никакая идентифицирующая информация не будет разглашена.** Эти обследования не заменяют регулярные осмотры у врача.

**Если вы НЕ ХОТИТЕ, чтобы ваш ребенок проходил эти осмотры, подайте письменную просьбу об освобождении учащегося от этих осмотров школьной медсестре до 1 сентября.**

ИНФОРМАЦИЯ О СТУДЕНЧЕСКОМ ПРОЖИВАНИИ - В соответствии с требованиями ESSA каждый зарегистрировавшийся в школе должен предоставить следующую информацию.

**ГДЕ СТУДЕНТ ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА НОЧЬ?**

\_\_\_ в его/ее доме, принадлежащем/арендуемом родителями

\_\_\_ в приюте

\_\_\_ в мотеле/гостинице

\_\_\_ у родственника или друга (у семьи нет жилья)

\_\_\_ в ненадлежащем жилье (т. е. без электричества, водопровода и т. д.)

\_\_\_ без укрытия (в машинах, парках, кемпингах, временных трейлерах, заброшенных зданиях)

Другое (объясните): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись родителя или законного опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_