

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ ПЛЕЙНВИЛЛЯ
ПЛЕЙНВИЛЛ , МАССАЧУСЕТС
ФОРМА ЗАЧИСЛЕНИЯ СТУДЕНТА

Документы , необходимые для регистрации : Оригинал свидетельства о рождении – Медицинский осмотр (в течение 1 года) – Записи об иммунизации (с лидом) – Юридические документы

Имя : _____ **Род :** _____ **Степень :** _____
Имя Отчество (обязательно) Фамилия

Адрес : _____ **Домашний телефон :** _____

Дата рождения : _____ **Место рождения :** _____
Город Государство Страна

Имя родителя 1/ опекуна : _____ **Приемный родитель** Да Нет

Адрес (если отличается от студенческого):

Телефон (если отличается от студенческого):

Важный телефон : _____ **Место работы :** _____ **Рабочий телефон :** _____
_____ **Адрес электронной почты :** _____

Имя родителя 2/ опекуна : _____

Адрес (если отличается от студенческого):

Телефон (если отличается от студенческого):

Род занятий : _____ **Работа :** _____ **Телефон :** _____ **Место работы :** _____ **Адрес :** _____ **Сотовый телефон :** _____
электронной почты : _____ **Приемный родитель** Да Нет _____

Говорят ли дома на каком - либо другом языке , кроме английского ? Да Нет Если да , то на каком языке вы говорите ?

Примечание : Если какая - либо из ваших контактных данных изменится , немедленно сообщите об этом в главный офис по телефону 508-699-1304 (Jackson School) или 508-699-1312 (Wood School), чтобы мы могли обновить ваши записи .

Есть ли у вашего ребенка аллергия или другие заболевания , о которых школа должна знать ? Нет Нет _

Специальные услуги , полученные на сегодняшний день : _____

Посещал ли учащийся полные учебные годы в одной или нескольких школах в одном или нескольких штатах *? Да Нет Если да , то сколько ?

* **Штаты** — любой из 50 штатов , Содружество Пуэрто - Рико , округ Колумбия , Гуам , Американское Самоа , Виргинские острова , Северные Марианские острова или подопечная территория островов Тихого океана .

Воспалительная реакция на вакцину : Да Нет

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОФИСЕ : HR: BUS #: ДАТА ВВОДА : (ОКОНЧАНИЕ)

Все государственные школы в Содружестве должны принимать учащихся независимо от расы , цвета кожи , пола , гендерной идентичности , религии , национального происхождения , бездомности , инвалидности или сексуальной ориентации .

**ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ ПЛЕЙНВИЛЛЯ
ПЛЕЙНВИЛЛ , МАССАЧУСЕТС**

Другие дети в семье :

Имя	Степень	Дата рождения	Аллергии

ПО ПРОСЬБЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ

ПОЖАЛУЙСТА , ОТВЕТИТЕ НА ОБА ВОПРОСА 1 И 2:

1. Является ли этот студент латиноамериканцем или латиноамериканцем ? (Выберите ТОЛЬКО один)

- Нет , не латиноамериканец и не латиноамериканец
- Да , латиноамериканец или латиноамериканец (лицо кубинской , мексиканской , пуэрториканской , кубинской , южно - или центральноамериканской или другой испанской культуры или происхождения , независимо от расы).

2. Какая раса у студента ? (Выберите одно ИЛИ несколько)

- Американский индеец или коренной житель Аляски (лицо , происходящее от любого из коренных народов Северной и Южной Америки (включая Центральную Америку) и сохраняющее племенную принадлежность или общинную принадлежность).
- Азиат (человек , происходящий из любого из коренных народов Дальнего Востока , Юго - Восточной Азии или Индийского субконтинента , включая , например , Камбоджу , Китай , Индию , Японию , Корею , Малайзию , Пакистан , Филиппинские острова , Таиланд и Вьетнам)
- Чернокожий или афроамериканец (человек , происходящий из любой из черных расовых групп Африки).
- Коренной житель Гавайев или других островов Тихого океана (лицо , происходящее от любого из коренных народов Гавайев , Гуама , Самоа или других островов Тихого океана).
- Белый (человек , происходящий из любого из коренных народов Европы , Ближнего Востока или Северной Африки)

Перечислите двух или трех соседей или ближайших родственников , которые возьмут на себя временную опеку над вашим ребенком , если с вами не смогут связаться .

1. Наименование: _____
Адрес : _____
Телефон: _____ Дом Работа Сотовые отношения : _____

2. Наименование: _____
Адрес : _____
Телефон: _____ Дом Работа Сотовые отношения : _____

3. Имя : _____
Адрес : Телефон : Главная Работа Сотовая связь : _____

В случае несчастного случая или серьезного заболевания я прошу школу связаться со мной . Если школа не может связаться со мной , я настоящим разрешаю школе позвонить врачу , указанному ниже , и следовать его / ее указаниям . Если связаться с этим врачом невозможно , школа может принять любые меры , которые сочтут необходимыми .

Врач : _____

Адрес : Телефон : Подпись родителя или опекуна Дата : _____

Все государственные школы в Содружестве должны принимать учащихся независимо от расы , цвета кожи , пола , гендерной идентичности , религии , национального происхождения , бездомности , инвалидности или сексуальной ориентации .