27-28 ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСРОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС

Osseo Area Schools

1. РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

ИМЯ ПО ДОКУМЕНТАМ	Фамилия:	Имя:	Электронная почта:	Номер телефона

2. УЧАЩИЙСЯ

ИМЯ ПО ДОКУМЕНТАМ	Фамилия:	Имя:	Второе имя	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский

3. АДРЕС

Название улицы и номер дома (№ квартиры/помещения):	Город:	Штат:	Почтовый индекс:

7. БРАТЬЯ И СЕСТРЫ

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	КЛАСС	ШКОЛА

8. ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ОПЕКУНА

Следующие условия выполнены и/или я выражаю свое согласие с ними: ☐

- К заявлению прилагаются результаты скрининга для детей младшего возраста (Early Childhood Screening) моего ребенка.
- Для дальнейшего рассмотрения заявления мой ребенок должен успешно пройти как наблюдение, так и оценку когнитивных способностей.
- Я отвечаю за организацию, запись и оплату оценки когнитивных способностей и всех сопутствующих сборов.
- Все решения школьного округа о соответствии требованиям являются окончательными.
- При зачислении в возрасте четырех лет до конца первого триместра действует испытательный срок.

Подписываясь ниже, я подтверждаю в соответствии с законодательством штата Миннесота, что являюсь родителем/законным опекуном, уполномоченным действовать от имени ребенка, и что все предоставленные сведения являются достоверными и полными.

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

Для служебного пользования	
Идентификационный номер учащегося	
Код действия:	
Школа по месту жительства:	
Посещаемая школа:	
Заполнил(а):	
SAC:	
Другое:	

Центр приема учащихся школьного округа Osseo Area Schools
7051 Brooklyn Boulevard
Brooklyn Center, MN 55429

Телефон: (763) 585-7350
Факс: (763) 585-7368
Эл. почта: enrollmentcenter@district279.org