

성		이름		미들네임		학생 ID#	
자택 주소(번지, 거리명, Apt #, 시, 주, 우편번호)						자택 전화번호	
생년월일(월/일/년)		나이		성별 ☐ 여 ☐ 남 ☐ 남여 이외의 성별		출생 장소	
가정 언어/모국어							
마지막으로 다닌 학교(또는 현재 학교) 이름, 시, 주						마지막으로 마친 학년	
의료 보험 정보: 이 학생은 의료보험이 있습니까? ☐ 예⇒있다면 어떤 보험입니까? ☐ 민영 보험 ☐ 메디케이드 ☐ 차일드 헬스 플러스 B ☐ 아니요⇒없다면 보험 가입을 위해 연락 드려도 되겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요						건강상 유의점: 신체활동에 참여하는데 영향을 줄만한 건강상의 문제 ☐ 예 ☐ 아니요	
특수교육 정보: 이 학생은 특수교육 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예⇒예라고 답한 경우, 개별교육 계획(IEP) 사본을 갖고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 아니요							

학부모/보호자 정보

성	이름	학생과의 관계
자택 주소(번지, 거리명, Apt #, 시, 주, 우편번호)		학부모/보호자가 선호하는 언어 글: 말:
자택 전화번호	직장/휴대전화 번호	학부모/보호자 이메일

To Be Completed by Enrollment Staff/등록 담당실 작성란:

Registration (check one): ☐ New ☐ Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) ☐ Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) ☐ Code 10 Return (If Code 10 Return): ☐ Student has current transcript ☐ Transcript request made to out-of-New York City school Transfer Request (check one): ☐ Safety ☐ Medical ☐ Travel (HS only) ☐ Child Care (ES only) ☐ Sibling (ES only) ☐ Other (please specify): Notes:	Disposition: 	
	Enrolled School Name	DBN
	Referred to: School Name DBN	
	1)	
2)		
3)		

저는 카운슬러를 만나 보았으며, 학교 배정 절차와 저의 선택권에 관한 안내를 받았습니다. 저는 다음 절차를 진행하는데 필요한 정보를 제공받았으며, 제게 제공된 정보를 이해하였습니다.

학부모/보호자 성명/서명: _____ 날짜: _____

카운슬러 성명/서명: _____

기타 의견:

STUDENT NAME: LAST

FIRST

DATE: