

Форма регистрации учащегося

Заполняется родителем/опекуном:

Информация об учащемся

For Official Use
Для служебного
пользования

☐ ES ☐ MS ☐ HS
☐ GE ☐ SE ☐ ELL

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СР. ИМЯ		НОМЕР ID УЧАЩЕГОСЯ
ДОМАШНИЙ АДРЕС (№ дома, улица, № квартиры, город, штат, индекс)					ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг)	ВОЗРАСТ	ПОЛ ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Ни мужской, ни женский		МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ЯЗЫК ДОМАШНЕГО ОБЩЕНИЯ/РОДНОЙ ЯЗЫК	
НАЗВАНИЕ, ГОРОД, ШТАТ ПОСЛЕДНЕЙ (или нынешней) ШКОЛЫ					ОКОНЧЕННЫЙ КЛАСС	
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: Есть ли у ребенка медицинская страховка? ☐ ДА ⇒ Если ДА, укажите тип страховки ☐ Частная страховка ☐ Medicaid ☐ Child Health Plus B ☐ НЕТ ⇒ Если НЕТ, хотели бы вы получить информацию о возможностях страхования? ☐ Да ☐ Нет					ВАЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Противопоказания к физической активности: ☐ Да ☐ Нет	
УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: Получает ли ребенок услуги специального образования? ☐ Да ⇒ Если ДА, имеется ли у вас копия его индивидуальной учебной программы (IEP)? ☐ Да ☐ Нет ☐ Нет						

STUDENT NAME: LAST

Информация о родителе/опекуне

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УЧАЩИМСЯ	
ДОМАШНИЙ АДРЕС (№ дома, улица, № квартиры, город, штат, индекс)			ПРЕДПОЧИТАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА ПИСЬМЕННЫЙ: УСТНЫЙ:		
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН		РАБОЧИЙ/МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН		ИМЕЙЛ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	

FIRST

To Be Completed by Enrollment Staff/Заполняется сотрудниками по набору учащихся:

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)
--	---

DATE:

Собеседование с консультантом состоялось, и мне понятны процесс зачисления и варианты выбора. Полученная информация мне понятна и достаточна для дальнейших действий.

Имя и фамилия/Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Имя и фамилия/Подпись консультанта: _____

Дополнительные сведения: