

Форма регистрации в начальной школе – Школьный округ г. Олбани

Только для работников офиса School _____ Teacher/Room _____ Bus AM _____
 PM _____
 Birth Certificate _____ Immunization _____ Date Enrolled ___/___/___ Admission Code _____ Withdrawal Date ___/___/___ Withdrawal Code _____

Имя ученика _____ Пол _____ Класс _____
 Фамилия _____ Официальное имя _____ Имя _____ Предпочтительно _____ Отчество _____

Дом. адрес _____ Дата рождения ___/___/___
 Улица _____ Город _____ Почт. отделение _____

Дом. телефон: _____ Сотовый тел.: _____ Пэйджер: _____ Эл. Почта(по желанию) _____

* Номер соц. страхования _____ *Место рождения _____ Девичья фамилия матери _____

*Этничество Белый _____ Афро-америк. _____ Латино-америк. _____ Америк. Индеец/Аляска _____ Азиат/Тихоокеан. островитянин _____
*по желанию.

Мать/Приемная мать _____ Место работы _____ Телефон _____
 Фамилия _____ Имя _____

Отец/Приемный отец _____ Место работы _____ Телефон _____
 Фамилия _____ Имя _____

Ученик проживает с: Обоими _____ Матерью _____ Отцом _____ Другими _____ (Родственные отношения) _____ Телефон _____

Имя опекуна(если различно от родителей) _____ Родственные отношения _____ Телефон _____

Братья и сестры, их даты рождения (проживающие совместно) _____ /___/___ _____ /___/___ _____ /___/___ _____ /___/___

Местные контакты в случае чрезвычайной ситуации _____ Отношения _____ Телефон _____
 _____ Отношения _____ Телефон _____

Доверенные лица кроме родителей _____ Отношения _____ Телефон _____

Укажите имена людей, которым **не разрешено** забирать ребенка из школы _____

Федеральный закон требует от школьного округа указать эту информацию. Вы предоставляете эту информацию только по Вашему желанию. Информация используется только для федеральных отчетов.

Закон штата Орегон требует передачи табелей поведения и успеваемости данного ученика опекунам по их просьбе, за исключением решения суда, переданного школе.

Школа, посещаемая учеником раньше _____ Номер телефона _____ Учебный год _____

Адрес _____ Класс в прошлом году _____ Повторяемые классы _____
 Улица _____ Город _____ Штат _____ Почтовое отделение _____

Медицинская информация: (аллергии (в т.ч. на пчелиные укусы), диабет, эпилепсия, физические недостатки, серьезные заболевания, предписанные лекарства)

Имя врача _____ Город _____ Телефон _____

Имя зубного врача _____ Город _____ Телефон _____

Разрешение в случае неотложной медицинской помощи: В случае чрезвычайной ситуации и неотложной медицинской помощи моему ребенку, я даю разрешение и рассчитываю на полную ответственность руководство школы отправить моего ребенка к доктору или в больницу. Я понимаю, что школа не является финансово ответственной за расходы, вызванные необходимостью срочной медицинской помощи или транспортировкой, и предпримутся все меры, чтобы связаться со мной в первую очередь.

Подпись родителей _____ Дата _____

Разрешение на поездки: Я разрешаю моему ребенку _____, участвовать в любых/всех школьных поездках, включенных в школьную программу. Транспортировка будет обеспечена по усмотрению школьного округа. В случае аварии или заболевания, и невозможности связаться со мной, я разрешаю школьному округу взять на себя расходы на необходимые услуги, а также обязуюсь оплатить любые из этих расходов.

Подпись родителей _____ Дата _____

Школьный справочник: Я разрешаю указать мое/имя моего ребенка имя и номер телефона в школьном справочнике, доступном для других семей.
 _____ Да _____ Нет Подпись родителей _____ Дата _____

Имя человека заполнившего эту форму

Имя переводчика помогавшего заполнить форму

Revised 3/04