



Auburn School District

ЗАЯВА ПРО ПІДТВЕРДЖЕННЯ МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Для підтвердження проживання в Auburn School District НЕОБХІДНО надати **ОДИН** документ із наведеного нижче списку. З дати заповнення документа повинно минути не більше тридцяти днів. У ньому мають бути вказані ім'я, прізвище та адреса батька (матері) / опікуна (номера абонентських скриньок не є адресою місця проживання).

- ☐ Документи щодо депонування, іпотечна книга або декларація, чи декларація витрат асоціації домовласників
- ☐ Лізинговий договір і квитанція про сплату орендної плати
- ☐ Орендний договір і квитанція про сплату орендної плати
- ☐ Лист на друкованому бланку житлового комплексу або стоянки причепів-дач, підписаний орендодавцем, який підтверджує, що батько (мати) / опікун проживає за вказаною адресою
- ☐ Квитанція за газ
- ☐ Квитанція за електроенергію
- ☐ Квитанція за водоспоживання
- ☐ Квитанція за кабельне телебачення
- ☐ Квитанція за вивезення сміття
- ☐ Квитанція за стаціонарний телефон із зазначенням адреси
- ☐ Свідоцтво про страхування житла
- ☐ Підтвердження від соціальних служб
- ☐ Підтвердження спільного проживання з _____. Необхідно заповнити й додати **Форму про спільне проживання.** (ПІБ)

Якщо надання будь-якого з перерахованих вище документів неможливе, призначте зустріч із шкільним адміністратором, щоб заповнити **Угоду щодо місця проживання**. Після заповнення цієї Угоди вам буде надано додатковий час для підготовки потрібних документів.

- ☐ Запитано Угоду щодо місця проживання

ПІБ учня: _____

ПІБ батька (матері) / опікуна: _____

Адреса місця проживання: _____

Я засвідчую, що зазначений вище учень проживає за адресою, указаною в одному з перерахованих вище документів і доданому в цей реєстраційний пакет документів. У разі зміни місця проживання я повідомлю про це адміністрацію школи протягом двох тижнів і погоджуюся надати нове підтвердження про місце проживання й оновлену підписану заяву. Я розумію, що в разі мого переїзду за межі шкільного округу мені необхідно заповнити розписку про міжокружне відвідування для подання запиту на продовження відвідування занять цим учнем.

Фальсифікація будь-якої інформації або документа, необхідного для підтвердження місця проживання, або надання адреси іншої особи без фактичного проживання за цією адресою може призвести до анулювання реєстрації учня в Auburn School District (див. Політику 3131).

Підпис батька (матері) / опікуна: _____

Дата: _____



Auburn School District

ФОРМА ПРО СПІЛЬНЕ ПРОЖИВАННЯ

Цю форму необхідно заповнити батькам, які спільно проживають з іншою особою або родичем (наприклад, орендують квартиру в будинку). Також необхідно надати заповнену форму про підтвердження місця проживання (Residency Verification Form, RVF).

Цю форму потрібно надати разом із RVF таким учням:

Імена та прізвища учнів

БАТЬКАМ або ОПІКУНАМ учнів потрібно надати до школи такі документи:

- ☐ Заповнену форму RVF
- ☐ **Нотаріально завірений** заповнений оригінал цієї форми

ОСНОВНИЙ ВЛАСНИК спільного будинку має заповнити цей розділ і надати до школи копію таких документів:

- ☐ Посвідчення водія, внутрішній паспорт або посвідчення особи з фотографією
- ☐ Два (2) маркованих контрольних списки зі встановлення та підтвердження місця проживання

Я (ім'я) _____ (основний власник) стверджую, що є основним власником помешкання, вказаного нижче та в доданій формі RVF, і що особа, яка вказує цю адресу в RVF, проживає зі мною не менше чотирьох (4) днів на тиждень. Я стверджую, що зазначена у формі RVF інформація, включно з інформацією, наданою батьками/опікунами, правдива та вірна. Я усвідомлюю, що візити додому та перевірка місця проживання є частиною періодичного процесу підтвердження місця проживання, встановленого в RVF. Я надаю необхідні докази, щоб підтвердити своє місце проживання. Я погоджуюся повідомити Auburn School District про зміну свого місця проживання або місце проживання осіб, указаних у RVF.

Я засвідчую, що наведена вище інформація правдива, і усвідомлюю, що фальсифікація або замовчування інформації може призвести до зміни школи або програми навчання для цього учня, а також до його відрахування зі школи. Адреса, номер вулиці, номер будинку, місто/штат поштовий індекс та договір про оренду додається.

Адреса _____
Номер Вулиця Номер будинку Місто/штат
Поштовий індекс

Підпис основного власника (завірений нотаріусом)

Дата

Розділ нижче заповнюється нотаріусом:

ШТАТ ВАШИНГТОН ОКРУГ _____

Цього дня переді мною постала особа _____, яка згадувалася вище в цьому документі та яка підтвердила, що вона підписала положення цього юридично оформленого документа та все вищевикладене на добровільній основі для зазначених у ньому цілей.

Мною підписано та скріплено печаткою _____, 20____.

Ім'я друкованими літерами: _____

Адреса нотаріуса _____

Термін повноважень закінчується: _____

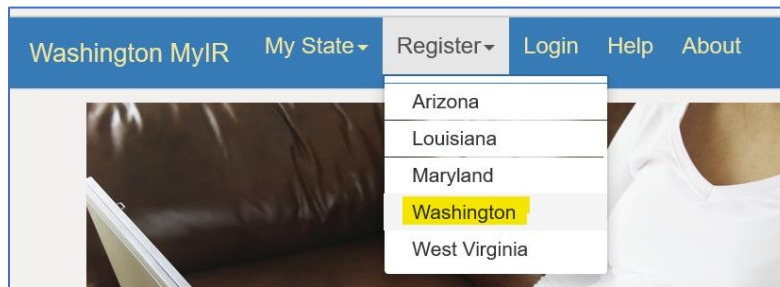
ІНСТРУКЦІЯ. Як отримати документи, що підтверджують вакцинацію, для вступу до школи

З 1 серпня 2020 року для вступу до школи потрібно надати підтверджені медичними фахівцями документи про проходження вакцинації. Підтверджені медичними фахівцями документи — це роздруковане з MyIR Свідоцтво про вакцинацію або заповнена форма Свідоцтва про статус вакцинації, а також один з обов'язкових додаткових документів, перелічених нижче.

- Роздруковане з [MyIR](#) Свідоцтво про вакцинацію — це перший варіант для шкільних документів, що підтверджують проходження вакцинації:

Створіть обліковий запис [MyIR](#)

Щоб отримати виписку з реєстру вакцинації Washington State, виберіть «Washington»



Виконуючи вказівки, заповніть потрібну інформацію

Додайте інформацію про дитину, а потім погодьтеся на реєстрацію та зареєструйтеся

This is the first step of the registration process, 'ACCOUNT SET UP'. It features a progress bar at the top with four steps: 1 (ACCOUNT SET UP), 2 (INFO NEEDED FOR RECORD LOOK UP), 3 (ADD MY CHILDREN), and 4 (CONFIRM & REGISTER). The form includes fields for 'First Name', 'Last Name', 'Select Gender', 'Email', 'Confirm Email', 'Password', and 'Confirm Password'. A 'Next' button is at the bottom right, and a 'Home' button is at the bottom left.This is the third step of the registration process, 'ADD MY CHILDREN'. It shows a progress bar with steps 1, 2, 3 (current), and 4. The form is titled 'Add Family Member (up to 17 years old)' and includes fields for 'First Name', 'Last Name', 'Gender', and 'Birth Date'. There are 'remove' and 'add dependent' buttons. 'Back' and 'Next' buttons are at the bottom.

Завантажте й роздрукуйте Свідоцтво про вакцинацію

АБО

- Заповніть форму Свідоцтва про статус вакцинації (Certificate of Immunization Status, CIS) і додайте до неї:
 - Підпис постачальника медичних послуг **АБО**
 - Офіційний документ про всі щеплення з печаткою або підписом постачальника медичних послуг **АБО**
 - Офіційний документ про вакцинацію зі служби імміграційного контролю **АБО**
 - Документ про вакцинацію, роздрукований у постачальника медичних послуг, у клініці або лікарні **АБО**
 - Письмовий документ про вакцинацію з печаткою або підписом постачальника медичних послуг

Указані вище документи мають бути видані до 1 серпня.



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Потрібно заповнювати друкованими літерами. Інструкції щодо заповнення та друку цієї форми свідоцтва про стан імунізації (CIS) за допомогою системи Washington State Immunization Information System (IIS, Інформаційна система з імунізації штату Вашингтон) див. на зворотній стороні цього документа.

Прізвище дитини:		Ім'я дитини:		Ініціал імені по батькові:		Дата народження (ДД.ММ.РРРР)	
Я дозволяю школі/дошкільному освітньому закладу моєї дитини вводити дані про імунізацію в систему Immunization Information System для ведення медичних записів моєї дитини.				Лише для осіб з умовним допуском. Я усвідомлюю, що мою дитину умовно допущено до школи/дошкільного освітнього закладу. Щоб дитина могла надалі відвідувати навчальний заклад, мені потрібно у визначений термін надати документи про імунізацію. Вказівки щодо умовного допуску див. на зворотній стороні цього документа.			
X _____ Підпис одного з батьків або опікуна _____ Дата _____				X _____ Підпис одного з батьків або опікуна необхідний, якщо спочатку дитину допущено умовно _____ Дата _____			
☐ Необхідно для школи ☐ Необхідно для дошкільного освітнього закладу		Дата ДД.ММ.РР	Дата ДД.ММ.РР	Дата ДД.ММ.РР	Дата ДД.ММ.РР	Дата ДД.ММ.РР	Дата ДД.ММ.РР
Обов'язкові вакцини для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу							
☐ DTaP (дифтерія, правець, кашлюк)							
☐ Tdap (правець, дифтерія, кашлюк) (7 клас і старше)							
☐ DT або Td (правець, дифтерія)							
☐ Гепатит В							
☐ Hib (гемофільна інфекція типу b)							
☐ IPV (ІПВ, поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)							
☐ OPV (ОПВ, поліомієліт)							
☐ MMR (КПК або «кір, паротит, краснуха»)							
☐ PCV/PPSV (пневмококова кон'югована вакцина / пневмококова полісахаридна вакцина) (пневмонія)							
☐ Вітряна віспа (вітрянка) ☐ Історія хвороби, підтверджена в системі IIS							
Рекомендовані вакцини (необов'язкові для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу)							
Грип							
Гепатит А							
HPV (ВПЛ, вірус папіломи людини)							
MCV/MPSV (менінгококова кон'югована вакцина / менінгококова полісахаридна вакцина) (менінгококова інфекція типів А, С, W, Y)							
MenB (менінгококова інфекція типу В)							
Ротавірус							
Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)							
If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.							
I certify that the child named on this CIS has: ☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease. ☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.							
☐ Diphtheria		☐ Hepatitis A		☐ Hepatitis B			
☐ Hib		☐ Measles		☐ Mumps			
☐ Rubella		☐ Tetanus		☐ Varicella			
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)							
▶							
Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____							
▶							
Printed Name _____							

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Інструкції щодо заповнення свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS, свідоцтво про стан імунізації). Роздрукуйте форму із системи Immunization Information System (IIS) або заповніть її вручну.

Щоб роздрукувати форму із заповненою інформацією про імунізацію, виконайте наведені нижче дії.

Дізнайтеся, чи вводить ваш медичний заклад дані про імунізацію в систему WA Immunization Information System (реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть роздрукувати свідоцтво CIS із системи IIS, і дані щодо імунізації дитини буде заповнено автоматично. Ви також можете роздрукувати свідоцтво CIS удома, зареєструвавшись у системі MyIR і ввійшовши в неї на сторінці <https://wa.myir.net>. Якщо медичний заклад не використовує систему IIS, зверніться за адресою електронної пошти або зателефонуйте до Department of Health (Управління охорони здоров'я), щоб отримати копію свідоцтва CIS своєї дитини: waisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму вручну:

1. Напишіть друкованими літерами ім'я й дату народження своєї дитини та поставте підпис у вказаному місці на сторінці.
2. Укажіть дату введення кожної вакцини в стовпці дати (у форматі ДД.ММ.РР). Якщо дитина отримує комбіновану вакцину (одна доза, що захищає від кількох захворювань), дотримуйтеся вказівок наведеного нижче довідкового посібника, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, препарат Pediarix слід указати для дифтерії, правця й кашлюку як «DTaP», вакцину від гепатиту В як «Hep B», а від поліомієліту – як «IPV».
3. Якщо дитина перенесла вітрянку (вітряну віспу), однак їй не робили щеплення, лікар має перевірити факт захворювання для відповідності вимогам школи.
 - ☐ Якщо лікар може підтвердити, що дитина хворіла на вітрянку, попросіть його поставити відповідний прапорець у розділі Documentation of Disease Immunity (Документація щодо імунітету до захворювань) і підписати форму.
 - ☐ Якщо працівники школи побачать у системі IIS підтвердження того, що дитина хворіла на вітрянку, вони поставлять прапорець під вітряною віспою в розділі вакцин.
4. Якщо дитина демонструє позитивний імунітет за результатами аналізу крові (титру), лікар повинен поставити прапорці біля відповідних захворювань у розділі Documentation of Disease Immunity та підписати форму, указавши дату. До цього свідоцтва CIS потрібно додати результати лабораторних аналізів.
5. Надайте підтвердження записів, завірених медичним закладом, відповідно до наведених нижче вказівок.

Припустимі медичні записи

Усі записи про вакцинацію мають бути завірени медичним закладом. Наприклад:

- Форма свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS), роздрукована з датами вакцинації із системи Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR або системи IIS іншого штату.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS, засвідчений підписом лікаря.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS і додані записи про вакцинацію з електронної картки в системі медичного закладу, засвідчені підписом або печаткою лікаря. Директор, медсестра або інша вповноважена особа школи повинні перевірити, чи правильно у свідоцтві CIS зазначено дати, і підписати форму.

Умовний допуск

Діти можуть умовно допускатися до школи або дошкільного освітнього закладу, якщо вони не пройшли всю необхідну для такого допуску вакцинацію. (Між дозами в курсі вакцинації існують мінімальні проміжки, тож деяким дітям може бути потрібно зачекати певний час, перш ніж вони зможуть завершити відповідний курс вакцинації. Це означає, що вони можуть бути умовно допущені до школи або дошкільного освітнього закладу під час очікування наступної обов'язкової дози вакцини.) Для умовного допуску до школи або дошкільного освітнього закладу дитині має бути призначено всі передбачені дози вакцин, перш ніж вона почне відвідувати школу або дошкільний освітній заклад.

Учні з умовним допуском можуть залишатись у школі протягом часу очікування мінімальної припустимої дати наступного введення вакцини та ще 30 днів, відведених для надання документів про вакцинацію. Якщо учню потрібно завершити кілька курсів вакцинації, умовний допуск подовжується схожим чином, доки всі обов'язкові вакцини не буде зроблено.

Якщо після 30-денного періоду умовного допуску документи не буде надано школі або дошкільному освітньому закладу, учню буде заборонено надалі відвідувати їх відповідно до положення RCW 28A.210.120 (розділ 28A.210.120 Зведення законів штату Вашингтон із поправками). Допустимими документами вважаються докази наявності імунітету до відповідного захворювання, медичні записи про вакцинацію або заповнена форма свідоцтва Certificate of Exemption (COE, свідоцтво про звільнення).

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 November 2019

Ім'я та прізвище учня _____ День народження: _____ Клас: _____ Стать: _____

Відповідно до закону штату для учнів із захворюваннями, що становлять загрозу життю, наприклад анафілаксія, важка астма, діабет або судоми, перед початком навчального року потрібно розробити план догляду зі списком усіх необхідних ліків. Якомога швидше зв'яжіться зі шкільною медсестрою, щоб заповнити відповідні форми.

Чи є у вашої дитини захворювання, ЯКІ СТАНОВЛЯТЬ ЗАГРОЗУ ЖИТТЮ? ☐ Так ☐ Ні

МЕДИЧНА КАРТКА (позначте всі відповідні варіанти)

Захворювання, які становлять загрозу життю: (План догляду ОБОВ'ЯЗКОВИЙ) EG ☐ Анафілаксія (призначено шприц-тюбик з епінефрином) Алергія на _____ EK ☐ Діабет 1-го типу NP ☐ Пароксизмальні судоми (чи потрібне екстрене лікування?) Тип: _____ RG ☐ Астма (важка) ☐ Інші захворювання, які становлять загрозу життю: _____	Нервова система NB ☐ Синдром порушення активності та уваги або синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, діагностовано лікарем: _____ NC ☐ Розлади аутистичного спектру NE ☐ Дитячий церебральний параліч NF ☐ Дизонтогенез NH ☐ Мігрень NI ☐ Періодичний головний біль NP ☐ Епілепсія ☐ Поточна ☐ Діагностована раніше: NU ☐ Травматичне пошкодження мозку ☐ Інші неврологічні захворювання: _____
Вроджені/спадкові захворювання AH ☐ Синдром Дауна AJ ☐ Фетальний алкогольний синдром ☐ Інші захворювання, укажіть: _____ Захворювання крові / гематоми BA ☐ Анемія BB ☐ Гемофілія BC ☐ Ознака серповидноклітинної анемії OJ ☐ Випадки сильної носової кровотечі ☐ Інші захворювання крові: _____ Кардіологічні захворювання CC ☐ Вроджена вада серця CD ☐ Шум у серці ☐ Інші судинно-серцеві захворювання: _____ Алергічні, імунні, гормональні, метаболічні та трофічні захворювання ED ☐ Алергія на харчові продукти: _____ EE ☐ Алергія на комах: _____ ☐ Інші види алергії: _____ EL ☐ Діабет 2-го типу ☐ Інші гормональні, імунні, трофічні та метаболічні захворювання: _____ Шлунково-кишкові й стоматологічні захворювання, а також хвороби ротової порожнини GA ☐ Черевне захворювання GG ☐ Харчова непереносимість / релігійні пріоритети Укажіть: _____ GL ☐ Непереносимість лактози GF ☐ Енкопрез GO ☐ Хронічний запор GH ☐ Шлунковий рефлюкс GJ ☐ Запальне захворювання кишківника GK ☐ Синдром подразненого кишківника ☐ Інші захворювання печінки, а також шлунково-кишкові, стоматологічні та оральні захворювання: _____ Скелетно-м'язові захворювання MC ☐ Ювенільний ревматоїдний або ідіопатичний артрит ☐ Укажіть: _____ Раківні захворювання / пухлини ☐ Укажіть: _____	Трансплантат OD ☐ Укажіть органи: _____ Душевне та психічне здоров'я PA ☐ Тривожний розлад PC ☐ Депресія PH ☐ Розлад сну ☐ Інші душевні або психічні захворювання: _____ Респіраторні захворювання RG ☐ Астма (поточна) RH ☐ Астма (колись діагностована) RA ☐ Астма (спричинена фізичними навантаженнями) RE ☐ Подразнення дихальних шляхів ☐ Інші респіраторні захворювання: _____ Шкірні захворювання SB ☐ Екзема, контактний дерматит або псоріаз ☐ Інші шкірні захворювання: _____ Ниркові захворювання ☐ Укажіть: _____ Захворювання вуха / порушення слуху YA ☐ Хронічне запалення середнього вуха ☐ Поточне ☐ Раніше діагностовано YB ☐ Порушення слуху Слуховий апарат, кохлеарний імплантат ☐ Інші захворювання вуха: _____ Захворювання очей / порушення зору YF ☐ Окуляри / контактні лінзи YE ☐ Хроматопсія YD ☐ Порушення зору ☐ Інші захворювання очей: _____ Інші захворювання ☐ Укажіть: _____ Недосліджені захворювання OC ☐ Укажіть: _____

(Заповніть поля на звороті аркуша, стор. 2)

Історія захворювання учня

Ім'я та прізвище учня _____ День народження: _____ Клас: _____ Стать: _____

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Надайте відомості про всі ліки, які ваша дитина приймає вдома та (або) у школі.

Чи приймає учень ліки <u>вдома</u> ? ☐ Ні ☐ Так Укажіть ліки:
Чи повинен учень приймати ліки <u>в школі</u> ? ☐ Ні ☐ Так Укажіть ліки: Заповніть ОБОВ'ЯЗКОВИЙ документ про прийом ліків у школі.
<i>Відповідно до закону штату для прийому в школі будь-яких ліків (що відпускаються за рецептом і без нього) потрібен письмовий дозвіл від опікуна та лікаря. Форми для заповнення є в адміністрації школи або на веб-сайті нашого округу. Їх необхідно заповнювати щорічно.</i>

Медичні пристрої, обладнання та процедури Наприклад: гастростомічна трубка, вентрикулоперитонеальний шунт, катетеризація, стимулятор блукаючого нерва тощо. Опишіть:	Проблеми з фізичною активністю або пересуванням / реабілітаційне та ортопедичне обладнання Наприклад: крісло-візок, ортодонтичні скоби тощо. Опишіть:
---	--

Щоб надати докладніші відомості про стан вашої дитини, заповніть наведену далі: форму історії захворювання / розвитку:

Відомості про народження та ранню стадію розвитку: Вага на момент народження _____ Чи була вагітність доношеною? ☐ Так
☐ Ні Тривалість вагітності _____
У якому віці ваша дитина навчилася користуватися туалетом? _____ ходити? _____ розмовляти? _____
Чи проходила дитина стаціонарне лікування? _____
Чи були в дитини серйозні травмування? _____
Лікар-куратор? _____
Що ще нам потрібно знати про стан здоров'я вашої дитини? Надайте необхідну інформацію. _____

Я розумію, що вказану інформацію буде надано відповідним працівникам школи, яким вона потрібна, щоб гарантувати безпеку моєї дитини та підтримувати її здоров'я в належному стані. Якщо під час надання медичної допомоги не вдається зв'язатися з батьками (опікунами) або уповноваженими особами та якщо ця допомога є невідкладною за рішенням керівництва школи, я дозволяю та прошу керівництво школи направити мою дитину в найближчу лікарню або до відповідного лікаря. Я розумію, що беру на себе повну відповідальність за оплату всіх наданих послуг. **Я розумію, що відповідно до закону штату Вашингтон усі необхідні щеплення потрібно зробити дитині перед початком навчального року.** Я даю дозвіл на додавання інформації про імунізацію в Інформаційну систему імунізації (Immunization Information System), щоб допомогти персоналу школи виконувати облік.

Підпис батька, матері або опікуна: _____ Дата: _____

Номер телефону батька/матері або опікуна _____ Робочий номер телефону _____

Контактна інформація на екстрений випадок _____ Номер телефону _____

Ім'я та прізвище лікаря _____ Номер телефону _____

For Office Use only: Complete Immunization Records

Complete IIS # _____ IIS Copy Provided _____ Medically verifiable records provided _____ COE _____
or Conditional status _____ Parent signed acknowledgment _____
or Out of compliance _____

**Відділ інспекції державних навчальних закладів (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI)
Опитування з рідної мови****Опитування з рідної мови проводиться серед усіх учнів, які зараховуються до шкіл штату Вашингтон.**

Ім'я учня:	Клас:	Дата:
Ім'я одного з батьків/опікуна _____ Підпис одного з батьків/опікуна _____		
Право на отримання послуг письмового та усного перекладу Вкажіть, якій мові ви віддаєте перевагу, щоб у разі потреби ми мали змогу безкоштовно організувати вам послуги усного перекладача або письмовий переклад документів.	Усі батьки мають право на отримання інформації про навчання своєї дитини зрозумілою їм мовою. 1. Якій (-им) мові (-ам) віддає перевагу ваша сім'я для спілкування з працівниками школи? _____	
Право на отримання допомоги у розвитку мовних навичок Інформація про мовні особливості учня допомагає нам визначити учнів, які можуть претендувати на допомогу, пов'язану з розвитком мовних навичок, для успішного навчання у школі. Може виникнути необхідність у проведенні тестування, щоб встановити, чи потрібна допомога у розвитку мовних навичок.	2. Яку мову спершу вивчила ваша дитина? _____ 3. Якою мовою найчастіше розмовляє ваша дитина вдома? _____ 4. Якою мовою ви здебільшого користуєтеся у побуті, не враховуючи мову, якою розмовляє ваша дитина? _____ 5. Чи отримувала ваша дитина допомогу, пов'язану з розвитком навичок володіння англійською мовою у школі, де вона навчалася раніше? Так___ Ні___ Не знаю___	
Попереднє навчання Ваші відповіді щодо країни, де народилася ваша дитина, та її попереднього навчання: - Надайте нам інформацію стосовно знань і навичок, з якими ваша дитина йде до школи. - Це може дозволити шкільному округу отримати додаткове фінансування з федерального бюджету для надання допомоги вашій дитині. <i>Ця форма не використовується з метою визначення імміграційного статусу учня.</i>	6. У якій країні народилася ваша дитина? _____ 7. Чи проходила ваша дитина офіційне навчання за межами Сполучених Штатів? (Дитячий садок – 12-й клас) ___Так___Ні___ Якщо так: Протягом кількох місяців: _____ Якою мовою: _____ 8. Коли ваша дитина вперше пішла до школи у Сполучених Штатах? (Дитячий садок – 12-й клас) _____ Місяць День Рік	

Дякуємо вам за надання інформації, необхідної для проведення опитування з рідної мови. У разі виникнення додаткових запитань стосовно цієї форми чи послуг, які надаються у школі, де навчається ваша дитина, звертайтеся до свого шкільного округу.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.





Анкета з житлових умов учнів

Відповіді на наступні запитання допоможуть визначити, на які послуги цей учень має право за законом McKinney-Vento Act (42 U.S.C. 11435). Закон McKinney-Vento Act передбачає надання послуг та підтримки дітям та молоді, які опинилися бездомними.

Чи у вас є власне житло/чи ви орендуєте житло? ☐ Так ☐ Ні

У разі відповіді «Так» заповнювати цю форму не потрібно.

Якщо у вас немає власного житла і ви не орендуєте власне житло, поставте нижче позначки у полях, що відповідають вашим житловим умовам. (Передайте цю форму вашому шкільному консультантові або відповідальному за роботу з бездомними в окрузі. Контактна інформація зазначена внизу цієї сторінки).

- | | |
|---|--|
| ☐ У мотелі | ☐ В автомобілі, у парку, кемпінгу або подібному місці |
| ☐ У притулку | ☐ Тимчасове житло |
| ☐ Переїзди з місця на місце/ проживання там, куди пустять | ☐ Інше: _____ |
| ☐ У чужому будинку або квартирі разом з іншою сім'єю | |
| ☐ У житлі з недостатніми зручностями (без водопостачання, опалення, електроенергії тощо) | |

Ім'я учня: _____
Ім'я Друге ім'я Прізвище

Назва школи: _____ Клас: _____ День народження: _____ Вік: _____
Місяць/День/Рік

Гендер: _____
☐ Учень без нагляду (не проживає із кимсь з батьків або законним опікуном)
☐ Учень проживає із кимсь з батьків (батьками) або законним опікуном
☐ Учень у прийомній сім'ї

ПОТОЧНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ АБО НОМЕР КОНТАКТНОЇ ОСОБИ: _____ ПІБ КОНТАКТНОЇ ОСОБИ: _____

ПІБ батька/матері/батьків/законних опікунів друкованими літерами: _____
(або бездоглядної дитини)

*Підпис батька/матері/законного опікуна: _____ Дата: _____
(або бездоглядної дитини)

*Я стверджую, під страхом покарання за завідомо неправдиві показання згідно законодавства штату Вашингтон, що зазначені тут відомості правдиві та вірні.

Будь ласка, поверніть заповнену форму: шкільному консультантові або

Dennis Grad (253) 931-4938 Відділ транспортування округу ASD: 615 15th Street SW, Auburn, WA 98001

For School Personnel Only: For data collection purposes and student information system coding

0 (N) Not Homeless 0 (B) Doubled-Up 0 (C) Unsheltered 0 (D) Hotels/Motels 0 (E) Foster Care

Шановні батьки (опікуни)!

Цього року **Auburn School District** докладає особливих зусиль, щоб забезпечити всім учням повну можливість користуватися перевагами одержання освіти, регулярно відвідуючи школу. Регулярне відвідування школи допомагає дітям краще адаптуватися до шкільних умов і бути самостійним. Ці звички ваш школяр міг почати формувати ще в дошкільному навчальному закладі, щоб усвідомлювати із самого початку, наскільки важливе щоденне відвідування школи без запізнень. Регулярне відвідування допоможе дітям досягти успіху в старших класах, коледжі та на роботі.

ЧИ ЗНАЄТЕ ВИ?

- Велика кількість пропусків, починаючи дитячого садочку (з поважної причини або ні), може спричинити відставання дитини в школі.
- Пропуск десяти відсотків занять (або 18 днів) підвищує ймовірність того, що учень не навчиться читати або не освоїть математику на такому ж рівні, як його або її однолітки.
- Учні однаково відставатимуть, навіть якщо будуть пропускати лише один або два дні на кілька тижнів.
- Запізнення на заняття можуть призвести до поганої відвідуваності.
- Пропуски занять можуть позначитися на всьому класі, якщо вчитель буде змушений сповільнити навчальний процес, щоб допомогти дітям, які відстають, наздогнати інших.
- До 6-го класу пропуски занять стають одною з трьох ознак того, що учень може не потрапити до старших класів.
- Відвідуючи школу, дитина здобуває важливі соціальні навички та отримує можливість розвинути повноцінні стосунки з іншими учнями та працівниками школи.
- Пропуски можуть свідчити про те, що учень втрачає інтерес до школи, зазнає труднощів із виконанням шкільних завдань, зіштовхується із залякуваннями та знущаннями або якимись іншими потенційно серйозними негараздами.
- Прогнозуючи випускні оцінки в 9 класі, краще орієнтуватися на відвідуваність, ніж на бали, набрані в тестах у 8-му класі — звичайна або висока відвідуваність збільшує шанси на хороший результат.

ЩО ПОТРІБНО ВІД ВАС

Нам не вистачає вашої дитини, коли вона відсутня, і ми цінуємо те, що вона робить для нашої школи. Ми прагнемо допомогти налагодити регулярне відвідування школи вашою дитиною та сприяти її успіхам у навчанні. Якщо ваша дитина збирається пропустити заняття, будь ласка, зв'яжіться з відділом контролю відвідуваності школи.

ЩО МИ ОБІЦЯЄМО ВАМ

Ми знаємо, що існує безліч причин, з яких учні можуть пропускати заняття в школі, від проблем зі здоров'ям до труднощів із тим, як дістатися до школи. У наших стінах є багато людей, готових допомогти вам або вашій дитині усунути перешкоди, які заважають учню відвідувати школу без пропусків або запізнень. Ми обіцяємо щодня стежити за відвідуваністю, щоб помітити відсутність вашої дитини в класі, зв'язуватися з вами, щоб зрозуміти, чому вона пропускає заняття, і визначити, які заходи обмеження та підтримки можуть бути застосовані, щоб подолати труднощі, з якими ви зіштовхнулися, допомагаючи їй відвідувати школу.

ПРАВИЛА ШКОЛИ ТА ЗАКОНОДАВСТВО ШТАТУ

Важливо розуміти правила та процедури нашої школи, а також законодавство Washington State, щоб забезпечити успішне навчання дитини в школі. Згідно із Законом штату про обов'язкове відвідування школи, який називають Весса Bill, діти у віці від 8 до 17 років зобов'язані відвідувати державну або приватну школу або навчатися за затвердженою округом шкільною програмою своєї школи. Зарахування дітей у віці 6–7 років до школи не є обов'язковим. Однак, якщо батьки зарахують дитину у віці 6–7 років до школи, вона зобов'язана постійно її

відвідувати. Молодь у віці після 16 років може бути звільненою від обов'язку відвідувати державну школу, якщо вона відповідає певним критеріям. <http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=28A.225>

Ми, школа, зобов'язані щодня стежити за відвідуваністю й повідомляти вас у випадку відсутності дитини без поважної причини.

Якщо учень має три пропуски занять без поважної причини за місяць, Закон штату (RCW 28A.225.020)) зобов'язує нас призначити зустріч із вами та вашою дитиною, щоб виявити, що їй заважає регулярно відвідувати школу, і визначити, яку підтримку можна забезпечити для регулярного відвідування. Округ зобов'язаний розробити план, для чого може знадобитися провести певне оцінювання, щоб визначити, як найкраще можна задовольнити потреби вашої дитини та знизити кількість пропусків.

У початковій школі після п'яти пропусків занять із поважної причини за місяць або десяти чи більше за рік шкільний округ зобов'язаний зв'язатися з вами, щоб призначити зустріч у взаємно зручний, розумний час за участю принаймні одного співробітника округу, щоб визначити, що заважає учневі регулярно відвідувати школу та яку підтримку можна надати для забезпечення регулярного відвідування. Зустріч не потрібна, якщо учень надасть довідку від лікаря або пропуск занять буде заздалегідь узгоджено в письмовій формі та батьки, учень і школа складуть план, який дасть дитині змогу не відстати в навчанні. Якщо ваша дитина навчається за індивідуальним навчальним планом або планом 504, група, яка підготувала план, повинна зібратися знову.

Якщо учень має сім пропусків занять без поважної причини за місяць або десять пропусків за навчальний рік, ми зобов'язані подати заяву до суду у справах неповнолітніх, повідомивши про порушення Закону про обов'язкове відвідування школи RCW 28A.225.010. Якщо дитина продовжить прогулювати заняття, можливо, вам доведеться стати перед судом.

В окрузі Auburn ми встановили правила відвідуваності, які допомагають забезпечити регулярне відвідування учнями школи. Учні, відсутні без представленої батьками поважної причини, вважаються такими, що прогулюють школу. Правило Auburn School District № 3121 визначає припустимі поважні причини відсутності й уточнює повноваження директора школи визначати, чи відповідає відсутність цим критеріям.

ЩО ВИ МОЖЕТЕ ЗРОБИТИ

- Установіть регулярний час сну та ранковий розпорядок.
- Готуйтеся до школи з вечора, виконуючи домашнє завдання та забезпечуючи гарний сон.
- Довідайтеся, у який день починаються заняття в школі, і переконайтеся, що в дитини є всі необхідні щеплення.
- Дозволяйте своїй дитині залишатися вдома, тільки якщо вона дійсно хвора. Пам'ятайте, що скарги на болі в животі або головний біль можуть бути ознакою занепокоєння, а не причиною залишатися вдома.
- Уникайте запису на різні прийоми та тривалих поїздки у періоди навчальних занять у школах.
- Підготуйте запасні плани, як дістатися до школи, якщо відбудеться щось непередбачуване. Зателефонуйте до членів родини, сусідів або другого з батьків.
- Стежте за відвідуваністю вашої дитини. Пропуск понад 9 днів може спричинити для вашої дитини небезпеку відставання.
- Поговоріть зі своєю дитиною про важливість відвідуваності.
- Поговоріть із вчителями своїх дітей, якщо помітите раптову зміну їхньої поведінки. Така зміна може бути пов'язана з певними подіями в школі.
- Заохочуйте дитину до корисних занять після школи, зокрема спортом або в гуртках.

З повагою,

Rhonda Larson

Заступник інспектора шкільного округу, відділ роботи з
родинами та успішного навчання Auburn School District

Будь ласка, відокремте та здайте нижню частину цього листа.

Ім'я та прізвище учня: _____ Клас: _____ Школа: _____

Ваш підпис нижче означає, що ви прочитали та зрозуміли правила й процедури Auburn School District, які
стосуються відвідуваності.

_____ Дата _____