Edmonds School District

P-192RU
Важная информация о зачислении в школу

Добро пожаловать в школьный округ Эдмондс. Теперь мы принимаем заявления на зачисления новых учащихся на 2023-24 учебный год. Пожалуйста, заполните этот регистрационный пакет и верните его в школу, где будет учиться ваш ребенок, включая другие необходимые документы. Если вы зарегистрировали своего студента онлайн в Skyward, пожалуйста, не заполняйте этот пакет. Мы рады, что мы будем работать с вами и вашим ребенком.

1: Заполните следующие обязательные формы

- ❑ P-134 Student Enrollment Form -- Форма Заявление о зачислении учащегося
- ❑ P-135 Student Residency Verification - Подтверждение Места проживания и документ, подтверждающий это.

Если вы не можете предоставить подтверждение проживания, заполните один из этих документов и приложите к этой форме.

- ○ P-160 Вопросник по поводу проживания данного учащегося (Право на участие по закону McKinney -Vento Act eligibility)
- ○ P-110 Аффидевит о проживании (свяжитесь с вашей школой)

❑ HS-534 Student Health Enrollment Form—Форма Регистрация школьников по вопросам здоровья

❑ HS-518 Immunization records downloaded from MyIR

- ○ Пожалуйста, ознакомьтесь с инструкциями в сопроводительном письме к форме HS581

Семьям, имеющим право на получение помощи, предлагается подать заявку на участие в программе бесплатного и льготного питания. Процесс подачи заявки прост и конфиденциален. Приложения доступны по ссылке ниже, Skyward Family Access или в любой школе.

❑ Заявка на бесплатный и льготный обед (если применимо) – информацию можно найти на www.edmonds.wednet.edu/our-district/departments/food-nutrition-services

Предписание классов по дате рождения			
Начальная школа		**Средняя школа**	
Подготовительный й класс	Сент 1, 2017 по AsrycT 31, 2018	7ой класс	Сент 1, 2010 по Август 31, 2011
1ый класс	Сент 1, 2016 по Август 31, 2017	8ой класс	Сент 1, 2009 по Август 31, 2010
2ой класс	Сент 1, 2015 по Август 31, 2016	9ый класс	Сент 1, 2008 по Август 31, 2009
3ий класс	Сент 9, 2014 по Август 31, 2015	10ый класс	Сент 1, 2007 по Август 31, 2008
4 ый класс	Сент 1, 2013 по Август 31, 2014	11ый класс	Сент 1, 2006 по Август 31, 2007
5 ый класс	Сент 1, 2012 по Август 31, 2013	12ый класс	Сент 1, 2005 по Август 31, 2006
6 ой Grade	Сент 1, 2011 по Август 31, 2012		

2: **Верните пакет со всей необходимой дополнительной документацией в школу, где будет учиться ваш ребенок.** Сотрудники школы свяжутся с вами, если необходимо завершить ваше заявление или запросить у вас дополнительную документацию. Служащий школы даст вам дату начала занятий после того, как все документы поданы и формы заполнены в пакете. Неполная работа с документами может задержать дату начала учебы вашего ребенка.

ВАЖНО: Необходимо предъявить подтверждения возраста ребенка (Proof of Birth) :
Для учащихся, поступающих в подготовительный класс и первый класс, и которые являются вновь-прибывшими в Соединенные Штаты или не имеют предыдущего школьного опыта, родители должны представить документ для установления возраста учащегося, который включает, но не ограничивается, религиозным, больничным или врачебным свидетельством с указанием даты рождения; запись об усыновлении; свидетельство о рождении, предварительно проверенные школьные записи; а также любых других документов, выданных Отделом социальных и медицинских услуг (Department of Social and Health Services) или любого другого документа, разрешенного законом.

Опасные для жизни состояния, лекарства и иммунизация:
Учащимся с опасными для жизни состояниями (примеры: тяжелая аллергия, тяжелая астма, диабет, эпилепсия и т.д.) Требуются предписания врача; Если состояние требует лекарств - план и лекарства ДОЛЖНЫ быть на месте ко вторнику за 2 недели до начала недели, чтобы гарантировать, что ученик может начать (принимать лекарства) в первый день. Иммунизация обязательна для посещения студентов.

If you have additional questions, you may contact:
Elementary – Kari McGie at 425-431-7176 or mcgie280@edmonds.wednet.edu
Secondary - Leslie Anderson at 425-431-7094 or andersonl@edmonds.wednet.edu

Edmonds School District

P-135RU
Форма подтверждения места проживания учащегося

Подтверждение заявления о проживании

Имя студента: _____ Школа: _____ Класс:_____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Для того, чтобы проверить проживание в пределах школьного района, НЕОБХОДИМО предоставить один из следующих документов из списка ниже. Документ должен быть датирован в течение последних шестидесяти дней с указанием имени и адреса родителя / опекуна. (Наличие Номерных Потовых Ящиков (PO Box) не принимаются в качестве адреса проживания).

- ❑ Эскроу-бумаги, ипотека или счет на оплату за собственность
- ❑ Счет за оплату страховки жилья
- ❑ Договор аренды жилья
- ❑ Счет за газ или электричество
- ❑ Счет за воду
- ❑ Счет за вывоз мусора
- ❑ Счет за кабельное телевидение и Интернет
- ❑ Телефонный счет за стационарный телефон по указанному адресу
- ❑ Другая документация, утвержденная школой
- ❑ Если вы участвуете в **Программе конфиденциальности адресов штата Вашингтон**, официальная документация из Программы конфиденциальности адресов, в которой говорится, что место проживания удовлетворяет требованию школьного района о посещаемости и находится в школьном округе Эдмондс. Вы должны иметь письменное подтверждение для школы каждый год.
- ❑ Проверка проживания с _____. **Необходимо заполнить форму** Аффидевита О проживании P-110, которое предоставляется по запросу в школе.

Если вы не можете предоставить ни один из вышеуказанных документов, пожалуйста, свяжитесь со школой, чтобы обсудить ваши обстоятельства и обсудить дальнейшие шаги.

Пожалуйста, перечислите ниже имена дополнительных учащихся по этому адресу, которые посещают школу в школьном округе Эдмондс.

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс_____

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс_____

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс_____

Я заявляю, что вышеупомянутый студент (студенты) проживает по адресу, указанному в одном из документов, указанных выше и прикрепленных к этому пакету зачисления. Я сообщу школе в течение двух недель после изменения места жительства и даю согласие на предоставление нового доказательства проживания и обновленное подписанное заявление на тот момент. Если я переезжаю за пределы школьного округа, я понимаю, что заявка на перевод по выбору должна быть подана и одобрена, чтобы продолжить посещение школы, указанной в списке выше.

Фальсификация любой информации или документа, необходимого для проверки места жительства, или использование адреса другого лица без фактическое проживание там может привести к отчислению учащихся из школьного округа Эдмондс (см. Правила 3131).

Родитель/ Опекун Напечатанное имя: _____

Родитель / Опекун Подпись: _____ Дата: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ❑ Immediately or ❑ Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6____ Grade 8 ____ Grade 12 ____
(Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)

Edmonds School District

P-160RU
Анкета о жилищной ситуации вашего ребенка

Заполните эту форму ТОЛЬКО в том случае, если ваша жилищная ситуация является переходной или нестабильной. Если вы владеете, арендуете или арендуете свой дом, пожалуйста, НЕ заполняйте эту форму.

Ответы на следующие вопросы могут помочь определить услуги, которые этот студент может иметь право на получение в соответствии с the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Закон Маккинни-Венто provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Для получения дополнительной информации см. обратную сторону.)

Если студент живет в доме, принадлежащем или арендованном родителем или опекуном, вам не нужно заполнять эту форму, если нет неадекватных удобств (нет воды, тепла, электричества и т. д.). Если вы не владеете / не арендуете свое собственное жилье, пожалуйста, проверьте все, что применимо ниже. Если вы не владеете / не арендуете свое собственное жилье, пожалуйста, отметьте все, что применимо ниже:

❍ В мотеле/отеле
❍ В приюте (краткосрочный/долгосрочный)
❍ Переезд с места на место/проживание с друзьями
❍ В чьем-то доме или квартире с другим человеком/семьей
❍ В резиденции с неадекватными удобствами (нет воды, тепла, электричества и т.д.)
❍ Автомобиль, парковка, кемпинг или аналогичное место
❍ Временное жилье
❍ Другое _____

Имя студента (Фамилия, Имя)	Школа	Класс	Дата рождения	Возраст

Другие студенты: _____

❍ Студент не сопровождается (не проживает с родителем или законным опекуном)
❍ Студент не сопровождается (не проживает с родителем или законным опекуном)
❍ Студент находится в приемной семье

АДРЕС ТЕКУЩЕГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА: _____

Нужен ли студенту транспорт в/из школы?: ❍ Да ❍ Нет

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ИЛИ КОНТАКТНЫЙ НОМЕР: _____

ИМЯ КОНТАКТНОГО ЛИЦА: _____

Напишите печатными буквами имя родителя (родителей)/законного опекуна(ов):

_____
(Или несопровождаемая молодежь)

*Подпись родителя/законного опекуна: _____ Дата: _____
(O jóvenes no acompañadas/os)

❍ У учащихся (ов), упомянутых выше, есть младшие братья и сестры / дети (еще не школьного возраста), которые нуждаются в скрининге развития, поддержке сообщества или направлении в службы раннего детства.

Пожалуйста, верните заполненную форму в вашу школу. Школа отправит эту форму в районный отдел по связям с бездомными

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

❍ (N) Not Homeless ❍ (A) Shelters ❍ (B) Doubled-Up
❍ (C) Unsheltered ❍ (D) Hotels/Motels ❍ (E) Unaccompanied Youth

Закон McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
РАЗДЕЛ 725. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

В контексте настоящего раздела:

(1) Термин «регистрировать» и «регистрация» включает в себя право посещения занятий и участия во всех школьных мероприятиях.

(2) Термин «бездомные дети и молодежь» —

(A) относится к лицам, не имеющим постоянного, полноценного и адекватно оборудованного места для ночлега (в значении раздела 103(a)(1)); и

(B) включает —

(i) детей и подростков, которые делят жилое помещение с другими людьми вследствие утраты жилья, экономических проблем либо по различным аналогичным причинам; проживают в мотелях, отелях, на стоянках для жилых автоприцепов или на территории кемпинга по причине отсутствия соответствующего требованиям жилья; проживают в аварийных или временных убежищах; остаются в госпиталях; либо ожидают своей очереди на размещение в приемную семью;

(ii) детей и подростков, имеющих временный ночлег в финансируемом государством либо средствами из частных источников, жилье, как не квалифицируемом как приют, так и предназначенном для постоянного проживания людей (в рамках определения, приведенного в разделе 103(a)(2)(C));

(iii) детей и подростков, проживающих в машинах, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, автобусах или железнодорожных вокзалах и подобных объектах; а также

(iv) кочующих детей (данный термин определяется разделом 1309 Акта о начальном и среднем образовании от 1965 года), квалифицированных, как лица, не имеющие определенного места жительства, в контексте данного подзаголовка, в связи с условиями проживания, описанными в пунктах с (i) по (iii).

(6) Термин «беспризорный подросток» определяет подростков, не находящихся на попечении родителя или опекуна.

Дополнительные ресурсы

Информация и ресурсы для родителей приведены по адресам:

https://nche.ed.gov/ National Center for Homeless Education
http://naehcy.org/educational-resources/ National Association for the Education of Homeless Children and Youth

Edmonds School District

P-134RU
Форма регистрации ученика 2023-2024

For Office Use Only

Received: Time:

Название школы: _____ Дата: _____

Информация для студентов

_____
Фамилия имя Среднее имя или отчество

_____
Предпочтительное имя Previous Name (if applicable) Номер мобильного телефона студента

Пол: ❑ М ❑ Ж ❑ Х Класс поступления: _____ Дата рождения: _____/_____/_____

Был ли этот ученик когда-либо зачислен в школьный округ Эдмондс ? ❑ Да ❑ Нет Предыдущая школа: _____

Будет ли ученик ОДНОВРЕМЕННО посещать другую школу, будучи зачисленным в школьный округ Эдмондс? ❑ Да ❑ Нет

Если да, то в какую еще школу будет зачислен студент? _____

Информация о семье

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСНОВНОМ ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Родитель/Опекун 1 - Кем является по отношению к учащемуся _____

_____
Фамилия Имя Отчество

Дата рождения: _____/_____/_____ Адрес электронной почты: _____

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Родитель/Опекун 2 - Кем является по отношению к учащемуся _____

_____
Фамилия Имя Отчество

Дата рождения: _____/_____/_____ Адрес электронной почты: _____

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Пожалуйста используйте _____ **как основной контакт** ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий ❑ Конфиденциально

Адрес проживания: _____

Почтовыйадрес(еслиотличается):_____

ИНФОРМАЦИЯ О ВСПОМОГАТЕЛЬНОМ ДОМОХОЗЯЙСТВЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

Родитель/Опекун 1 - Кем является по отношению учащемуся _____

_____
Фамилия Имя Отчество

Дата рождения: _____/_____/_____ Адрес электронной почты: _____

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Родитель/Опекун 2 - Кем является по отношению учащемуся _____

_____
Фамилия Имя Отчество

Дата рождения: _____/_____/_____ Адрес электронной почты: _____

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Номер телефона (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Пожалуйста используйте _____ **как основной контакт** ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий ❑ Конфиденциально

Адрес проживания: _____

Почтовый адрес (если отличается): _____

Информация о семье

Был ли какой-либо родитель или опекун, перечисленный выше, нанят или в настоящее время работает в школьном округе Эдмондс? ❑ Да ❑ Нет

Если да, то под каким именем? _____

Был ли какой-либо родитель или опекун, указанный выше, учеником школьного округа Эдмондс? ❑ Да ❑ Нет

Если да, то какой родитель или опекун и под каким именем? _____

Дошкольное образование: только от дошкольного доб-го класса

Посещает ли ваш ученик детский сад? ❑ Да ❑ Нет *Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.*

Должен ли детский сад быть указан в качестве экстренного контакта? ❑ Да ❑ Нет

Название детского сада | Адрес | Телефон

Название детского сада | Адрес | Телефон

Контактная информация для экстренных случаев

В случае чрезвычайной ситуации с вашим ребенком, заболевании или травмы, и мы не можем связаться с родителем или опекуном первым. Пожалуйста, перечислите лиц, кроме вас, которые согласились позаботиться и предоставлять транспорт для вашего студента.

Контакт 1:

Фамилия | Имя | Relationship to Student

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Контакт 2:

Фамилия | Имя | Relationship to Student

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Контакт 3:

Фамилия | Имя | Relationship to Student

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

Телефон (_____)_____ ❑ Сотовый ❑ Домашний ❑ Рабочий

История студента

Перечислите ВСЕ школы, которые посещал ученик, начиная с самой последней школы.

Посещал ли ваш ученик когда-нибудь государственную школу в штате Вашингтон? ❑ Да ❑ Нет

Последняя школа | Даты посещения | Withdrawal Date

Город | Штат или страна | Номер телефона | Номер факса

Школа | Даты | Withdrawal Date

Город | Штат или страна | Номер телефона | Номер факса

Школа | Даты | Withdrawal Date

Город | Штат или страна | Номер телефона | Номер факса

Ваш ребенок когда-либо оставлен на второй год? ❑ Да ❑ Нет Если да, то в каком классе (ах) _____

Ваш ребенок когда-нибудь был переведен в продвинутый класс? ❑ Да ❑ Нет Если да, то на каком уровне _____

История студента

Ваш студент когда-либо квалифицировался или был зачислен в
специальная образовательная программа IEP *? ❑ Да ❑ Нет
Тип специальной образовательной программы:_____
**Если да, предоставьте копию IEP в школу*

❑ Английский как второй яз. EL/ML ❑ Специальное образование (IEP) ❑ 504 План ❑ Программа для высокоодаренных (Highly Capable/Gifted) ❑ Хорощий Старт (Running Start)
❑ Альтернативная школа/Программа ❑ Раздел III (Title III, NA/AN Support) ❑ Раздел VI Индейское образование (Indian Education) ❑ Другое: _____

СПИСОК ВСЕХ БРАТЬЕВ И СЕСТЕР, ПОСЕЩАЮЩИХ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ЭДМОНДС

Имя	Класс	Школа	Имя	Класс	Школа
Имя	Класс	Школа	Имя	Класс	Школа

В соответствии с Законом штата Вашингтон (RCW 28A.255.330), пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:
Есть ли у вашего ребенка история агрессивного поведения? ❑ Да ❑ Нет Если да, пожалуйста, объясните:
_____
Был ли ваш ребенок когда-либо исключен из школы или отстранен на продолжительное время? ❑ Да ❑ Нет
Если да, то просьба пояснить: _____
Ученик официально ушел из своей нынешней или предыдущей школы? ❑ Да ❑ Нет Дата: _____
Находится ли под петицией ВЕССА/за прогулы? ❑ Да ❑ Нет Если да, то в каком районе? _____
Имеются ли какие-либо штрафы или неоплаченные сборы в вашей предыдущей школе? ❑ Да ❑ Нет

Дополнительная информация

У вас есть доступ к Интернету? ❑ Да ❑ Нет
Ваш ребенок ожидает /в настоящее время находится в приемной семье (Foster Care)? ❑ Да ❑ Нет
Вы в настоящее время испытываете нестабильность жилья или находитесь в переходном жилье? ❑ Да ❑ Нет
Жилищная нестабильность может быть определена как проживание с другим лицом/семьей из-за потери жилья или экономических трудностей; проживание в мотеле/гостинице или в аварийном или временном убежище, или в месте, не предназначенном для проживания или обычно используемом в качестве обычного спального места. Если вы можете ответить «да» на любой из этих вопросов, ваш ребенок может претендовать на услуги в соответствии с Законом Маккинни-Венто. Пожалуйста, спросите свою школу о регистрации на эти услуги.
Существует ли план воспитания или постановление суда, которое ограничивает/ограничивает какие-либо родительские права? ❑ Да ❑ Нет *Если да, то просьба представить копию.*
Действует ли ЗАПРЕТИТЕЛЬНЫЙ СУДЕБНЫЙ ПРИКАЗ (Restraining Order)? ❑ Да ❑ Нет
Если да, пожалуйста, предоставьте копию.
Пожалуйста, перечислите и предоставьте копии любых других юридических документов, которые имеют отношение к учащемуся и его безопасности. _____
_____
_____
Пожалуйста, предоставьте дополнительные комментарии, чтобы лучше помочь вашему ребенку. _____
_____
_____

Информация о семье военных

Школьные округа в штате Вашингтон обязаны получать от семей информацию о статусе военнослужащих действительной службы. Эта информация используется для устранения барьеров на пути к успеху в образовании детей военно-служащих из-за частых переездов и командировок их родителей. Пожалуйста, укажите ниже, находитесь ли вы на действительной службе в вооруженных силах США, Национальной гвардии или резерве.
В настоящее время на действительной службе Вооруженные силы США, Национальная гвардия или резервы
❑ Да ❑ Нет *Если да, пожалуйста, укажите ниже:*
❑ Действующая служба в Вооруженных силах США ❑ Член Национальной гвардии
❑ Более одного члена в Вооруженных Силах/Национальной гвардии
❑ Резерв Вооруженных сил США ❑ **Нет членства**

Племенная принадлежность

Имеют ли бабушка (дедушки) или родитель (родители) племенную принадлежность к коренных американцам (Native Americans)? ❑ Да ❑ Нет

РАСА И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ШТАТА ВАШИНГТОН

ПОЖАЛУЙСТА, заполните Часть I и Часть II

Обратите внимание: *эти расовые и этнические категории предоставляются штатом Вашингтон, и школьный округ Эдмондс уполномочен собирать эту информацию для каждого учащегося в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами. Если вы не идентифицируете себя, с вами свяжется школа, которая должна собрать эту информацию для каждого ученика в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами.*

Часть I

Испаноязычный или латиноамериканский

Ваш студент испаноязычного или латиноамериканского происхождения? ❑ Да ❑ Нет
(Если «да», пожалуйста, проверьте все, что применимо)

❑ Аргентина ❑ Чилийский ❑ Кубинский ❑ Гайанцы ❑ Метисы ❑ Парагвайский ❑ Испанец
❑ Боливийский ❑ Колумбийский ❑ Доминиканская ❑ Гондурас ❑ Родной ❑ Перуанский ❑ Суринамский
❑ Бразильский ❑ Коста-риканский ❑ Эквадорский ❑ Ямайский ❑ Никарагуанский ❑ Пуэрториканц ❑ Уругвайский
❑ Chicano (Мексиканская американка) ❑ Гватемальский ❑ Мексиканский ❑ Панамский ❑ Сальвадорский ❑ Венесуэльский
❑ Испаноязычный или латиноамериканский пишите в: _____

Часть II

Какую расу (расы) вы считаете своим учеником?

Вы можете проверить категории и использовать запись (проверить все, что применимо)

Коренные американские индейцы или коренные жители Аляски

Если вы выберете любой из них, пожалуйста, также заполните эту форму:

Поддержка для: Студенты коренных американцев (Программа Title VI)

❑ Коренные американские индейцы / коренные жители Аляски
❑ Коренные американские индейцы Пишут в: _____ ❑ Уроженец Аляски Напишите В: _____

Племена штата Вашингтон:

❑ Племя Чинук
❑ Конфедеративные племена и банды народа якама
❑ Конфедеративные племена резервации Чехалис
❑ Конфедеративные племена резервации Колвилл
❑ Индейское племя Коулиц
❑ Племя Дувамиш
❑ Индейское племя Хох
❑ Джеймстаун С'Клаллам Племя
❑ Индейская община Калиспель резервации Калиспель
❑ Кикиаллус Индейская Нация
❑ Племенная община Нижняя Эльва
❑ Племя Лумми резервации Лумми
❑ Индейское племя Мака индейской резервации Мака
❑ Группа Мариетта племени Нуксак
❑ Индейское племя Muckleshoot
❑ Индейское племя Нисквалли
❑ Индейское племя Нуксак
❑ Племя Порт Гэмбл С'Клаллам
❑ Племя Пуйаллап резервации Пуйаллапjuel
❑ Племя квилетов резервации квилетов
❑ Индейская нация Куино
❑ Индейская нация Самиш
❑ Индейское племя Саук-Суиаттл в Вашингтоне
❑ Индейское племя Shoalwater Bay индейской резервации Shoalwater Bay
❑ Индейское племя Скокомиш
❑ Племя Снохомиш
❑ Индейское племя Сноквалми
❑ Племя Сноквалму
❑ Племя Спокан резервации Спокан
❑ Племя острова Скваксин резервации острова Сквасин
❑ Племя Стейлакум
❑ Племя индейцев Стиллгуамиш в Вашингтоне
❑ Индейское племя Сукуамиш резервации Порт-Мэдисон
❑ Индейская племенная община суиномиш
❑ Племена тулалип в Вашингтоне
❑ Верхний Скагит

Азиат

❑ Азиатская
❑ Азиатская Индийская
❑ Бангладешский
❑ Бутанцы
❑ Бирма/Мьянма
❑ Камбоджийский/кхмерский
❑ Чам
❑ Китайский
❑ Филиппинский
❑ Хмонг
❑ Индонезийский
❑ Японский
❑ Корейский
❑ Лаос
❑ Малазийский
❑ Миен
❑ Монгольский
❑ Непальский
❑ Окинава
❑ Пакистанский
❑ Пенджабский
❑ Сингапурский
❑ Шри-Ланкийский
❑ Тайваньский
❑ Тайский
❑ Тибетский
❑ Вьетнамский
❑ Азиатская запись: _____

Коренной гавайец или другой житель тихоокеанских островов

❑ Коренной гавайец/другой житель тихоокеанских островов

❑ Каролинский
❑ Чаморро
❑ Чуукесе
❑ Фиджийский
❑ и-Кирибати/Гилбертезе
❑ Косрей
❑ Маори
❑ Маршаллезе
❑ Коренной гавайский
❑ Ни-Вануату
❑ Палауан
❑ Папуасский
❑ Похнпейан
❑ Самоанцы
❑ Соломоновы острова
❑ Таитянский
❑ Токелауа
❑ Тонга
❑ Тувалуан
❑ Япесе
❑ Тихоокеанский остров Пишите в: _____

Часть II (продолжение)

Часть II (Продолжение) **Вы можете проверить категории и использовать запись (проверить все, что применимо)**

Какую расу (расы) вы считаете своим учеником?

Чернокожий или афроамериканец

- ❑ Черный/ афроамериканец
- ❑ Афроамериканец
- ❑ Афроканадец

Карибский бассейн

- ❑ Ангильян
- ❑ Антигуан
- ❑ Багамский
- ❑ Барбадосский
- ❑ Бартелемуа/ Бартелемуаз (Сен-Бартелеми)
- ❑ Британская Дева Островитянин
- ❑ Каймановы (Каймановы острова)
- ❑ Куба Доминиканская
- ❑ Доминиканская (Доминиканская Республика)
- ❑ Голландские Антильские (Нидерландские Антильские острова)
- ❑ Гренадский
- ❑ Гваделупский
- ❑ Гаитянский
- ❑ Ямайский
- ❑ Мартиникуайс/ Мартиниквейз
- ❑ Montserratian
- ❑ Пуэрториканц
- ❑ Карибский бассейн
- ❑ Напишите в: _____

Центральноафриканский

- ❑ Ангольский
- ❑ Камерунский
- ❑ Центральноафриканская (Центральноафриканская Республика)
- ❑ Чадский
- ❑ Конголезский (Республика Конго)
- ❑ Конголезский (Демократическая Республика Конго)
- ❑ Экваториальная Гвинея
- ❑ Габонский
- ❑ Сан-Томеан
- ❑ Принцип
- ❑ Центральноафриканская
- ❑ Написать в:_____

Южноафриканский

- ❑ Ботсванский
- ❑ Мосото (Лесото)
- ❑ Намбиан
- ❑ Южно-Африканский
- ❑ Свазиленд
- ❑ Южно-Африканский
- ❑ Написать в:_____

Восточноафриканская

- ❑ Бурундийский
- ❑ Коморан
- ❑ Джибутийская
- ❑ Эритрейский
- ❑ Эфиопский
- ❑ Кенийский
- ❑ Малагасийский (Мадагаскар)
- ❑ Малавийский
- ❑ Маврикий (Маврикий)
- ❑ Махоран (Майотта)
- ❑ Мозамбик
- ❑ Реюньонезе
- ❑ Руандийский
- ❑ Сейшельцы/ Сейшельеза
- ❑ Сомали
- ❑ Южносуданский
- ❑ Суданский
- ❑ Угандийский
- ❑ Танзанийский (Объединенная Республика Танзания)
- ❑ Замбийский
- ❑ Зимбабвийский
- ❑ Восточноафриканская
- ❑ Написать в:_____

Латиноамериканский

- ❑ Аргентина
- ❑ Белизский
- ❑ Боливийский
- ❑ Бразильский
- ❑ Чилийский
- ❑ Колумбийский
- ❑ Коста-риканский
- ❑ Эквадорский
- ❑ Сальвадорский
- ❑ Фолклендские острова
- ❑ Французский гвианский
- ❑ Гватемальский
- ❑ Гайанцы
- ❑ Гондуран
- ❑ Мексиканский
- ❑ Никарагуанский
- ❑ Панамский
- ❑ Парагвайский
- ❑ Перуанский
- ❑ Южная Георгия и Южные Сандвичевы острова
- ❑ Суринамский
- ❑ Уругвайский
- ❑ Венесуэльский
- ❑ Латинская Америка
- ❑ Написать в:_____

Западная Африка

- ❑ Бенинский
- ❑ Бисау-Гвинея
- ❑ Буркина-Фасо (Буркина-Фасо)
- ❑ Кабо Вердеан
- ❑ Ивуарийский (Кот-д'Ивуар)
- ❑ Гамбия
- ❑ Ганский
- ❑ Либерийский
- ❑ Малийский
- ❑ Мавританский
- ❑ Нигер (Нигер)
- ❑ Нигерия (Нигерия)
- ❑ Остров Елены
- ❑ Сенегальский
- ❑ Сьерра-Леоне
- ❑ Тоголезский
- ❑ Западная Африка
- ❑ Написать в:_____

Белый (Рассовая или национальная принадлежность)

- ❑ Белый

Восточноевропейский

- ❑ Боснийский
- ❑ Герцеговинян
- ❑ Польский
- ❑ Румынский
- ❑ Русский
- ❑ Украинский
- ❑ Восточноевропейские
- ❑ Напишите в:

Ближний Восток и Северная Африка

- ❑ Алжирский
- ❑ Амазигский или берберский
- ❑ Арабский или арабский
- ❑ Ассирийский
- ❑ Бахрейнский
- ❑ Бедуины
- ❑ Халдейский
- ❑ Копт
- ❑ Друзы
- ❑ Египетский
- ❑ Эмираты
- ❑ Иранский
- ❑ Ирак
- ❑ Израильский
- ❑ Иорданский
- ❑ Курдский кувейтский
- ❑ Ливанский
- ❑ Ливийский
- ❑ Марокканский
- ❑ Оман
- ❑ Палестинский
- ❑ Катарский
- ❑ Саудовская Аравия
- ❑ Сирийский
- ❑ Тунисский
- ❑ Йеменский
- ❑ Ближний Восток Напишите в:__
- ❑ Североафриканская Напишите в: __

❑ White Write In:_____

По закону учащийся (или родитель/опекун от имени учащегося) не обязан указывать свою расу и/или этническую принадлежность в школьных формах. Однако, если учащийся (или родитель/опекун от имени учащегося) не заполняет вопрос, из двух частей о расе и этнической принадлежности, по закону школьный персонал должен использовать «идентификацию наблюдателя» для выбора расы и этнической принадлежности учащегося.

Управление инспектора государственных школ
Анкета о языке домашнего общения

Анкета о языке домашнего общения выдается всем поступающим в школы штата Вашингтон.

Имя и фамилия учащегося:	**Класс:**	**Дата:**

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

Право на услуги письменного и устного перевода - Важно - Все родители имеют право на информацию об образовании своего ребенка на понятном им языке. Когда ваш ребенок поступит в школу, школа спросит вас о языке, который вы хотели бы использовать при общении со школой. Это поможет вашей школе определить ваши языковые потребности, чтобы они могли бесплатно предоставить переводчика или переведенные документы.	Все родители имеют право получать информацию об образовании своего ребенка на понятном им языке. 1. На каком языке(-ах) ваша семья предпочитает получать письменные сообщения от школы? (Skyward Fields –Student Language & Family Home Language) _____ a. Нуждаетесь ли вы в переводчике для встреч и телефонных? Да____ Язык _____ Нет____. b. Вам нужен перевод документов? Да____ Нет_____.
Право на поддержку развития языковых навыков Информация о языке учащихся поможет выявить тех, кто имеет потребность на поддержку в развития языковых навыков, необходимых для успешной учебы. Для определения потребности в языковой поддержке может понадобиться тестирование.	2. На каком языке(-ах) впервые заговорил или научился понимать ваш ребенок?(Skyward Field – Native) _____ 3. Какой язык ребенок использует дома чаще всего? (Skyward Field – Home) _____ **Note to office: Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.**
Полученное ранее образование Информация о стране рождения ребенка и полученном им ранее образовании. ● Сообщите о знаниях и навыках, с которыми ребенок идет в школу. ● Может помочь школьному округу получить дополнительное финансирование для поддержки ребенка. *Данная анкета не используется для выявления иммиграционного статуса учащихся..*	4. В какой стране родился ребенок? _____ 5. Получал ли ребенок официальное образование вне США? (Классы с подготовительного по 12-й) ____ Да ____ Нет Если да: количество месяцев: _____ язык обучения: _____ 6. Когда ребенок впервые стал посещать школу в США? (Классы с подготовительного по 12-й) _____ Месяц Число Год 7. **Для мигрантов-сезонных работников:** Перешел ли ребенок или родитель/опекун на сезонную или временную работу в сельском хозяйстве или рыболовстве? Да ___ Нет ___

Свяжитесь со своей школой, если у вас есть дополнительные вопросы об этой форме или об услугах, имеющиеся для вашего ребенка в школе.

Подпись	Я подтверждаю, что информация, представленная в этих документах, правдива и точна. Я понимаю, что предоставление ложной информации может быть основанием для отказа от зачисления в школьном округе Эдмондс (Edmonds School District). Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Для родителей/опекунов:

Определения:
Индеец означает человека, который (1) Член индейского племени или группы, как членство определено индейским племенем или группой, включая любое племя или группу, распущенную с 1940 года, и любое племя или группу, признанную государством, в котором проживает племя или группа; (2) потомок родителя или бабушки или дедушки, отвечающий требованиям, описанным в части (1) настоящего определения; 3) рассматривается Министром Внутренних Дел как индейца для каких-либо целей; (4) Эскимос, Алеут или другой уроженец Аляски; или 5) член организованной индейской группы, получившей субсидию в соответствии с Законом об образовании индейцев 1988 года, действовавшим 19 октября 1994 года.

Информация про студента:
Напишите имя ребенка, дату рождения, класс, название школы и школьного округа. Назовите только одного ребенка для каждой формы.

Членство в племени:
Напишите имя человека с племенным членством, если это не ребенок в списке. Для этого раздела требуется только одно имя, хотя несколько человек могут иметь племенную принадлежность. Выберите только один идентификатор: родителя или бабушку или дедушку ребенка, для которых вы можете предоставить информацию о членстве.

Напишите название и адрес организации, которая поддерживает обновленные и точные данные о членстве для такого племени или группы индейцев. Название не обязательно должно быть официальным названием, поскольку оно точно указано в списке федерально признанных племен Министерства внутренних дел, но название должно быть узнаваемым и быть достаточно подробным, чтобы позволить проверить право племени. Отметьте галочкой только одно поле, указывающее, является ли оно федерально признанным, признанным государством, прекращенным племенем или организованной индейской группой. Напишите регистрационный номер, устанавливающий членство для ребенка, родителя или бабушки и дедушки, если он легко доступен, или другие доказательства членства.

Аттестационное заявление:
Укажите имя родителя/опекуна печатаными буквами и поставьте подпись, адрес, номер телефона и адрес электронной почты родителя или опекуна ребенка. Подпись родителя и опекуна ребенка проверяет достоверность предоставленной информации.

Заявление о бремени бумажной работы:
В соответствии с Законом о сокращении объема бумажной работы 1995 года никто не обязан отвечать на сбор информации, если в таком сборе не указан действительный контрольный номер OMB. Контрольный номер OMB для этого сбора информации — 1810-0021. Время, необходимое для завершения этой части сбора информации по типу респондентов оценивается в среднем: 15 минут на форму сертификации индийского студента (ED 506); включая время для ознакомления с инструкциями, поиск существующих данных, сбор необходимых данных, и завершить и проанализировать сбор информации. Если у вас есть какие-либо замечания относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пожалуйста, напишите по адресу U.S. Department of Education, Washington D.C. 20202-4651. Если у вас есть замечания или опасения относительно статуса вашей индивидуальной подачи этой формы, напишите непосредственно по адресу: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/Room 3W238, Washington D.C. 20202–6335.

❏ Да, у меня есть принадлежность к племени или группе (продолжайте заполнять форму 506)

❏ Нет, у меня нет племенной или групповой принадлежности (СТОП, не продолжать)

***District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

ED506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be perm is s ibl e under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): ❑ child ❑ child's parent ❑ child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name **and** address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- ❑ Federally Recognized Tribe
- ❑ State Recognized Tribe
- ❑ Terminated Tribe
- ❑ Alaska Native
- ❑ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of I 988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- ❑ Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- ❑ Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address:_____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

Целью этого письма является сбор информации о студентах, которым необходимо особое внимание по состоянию здоровья. Пожалуйста, заполните форму «Регистрация здоровья студента - HS 534», независимо от того, есть ли у вашего ребенка состояние здоровья, требующее ежедневной или неотложной помощи, чтобы мы смогли способствовать его здоровью и безопасности. Как родители / опекуны, вы должны знать, что требуется по закону, прежде чем ваш ребенок сможет пойти в школу.

Хронические заболевания

- Если у вашего ребенка есть опасное для жизни состояние, которое может повлечь за собой смерть в течение учебного дня, если лекарство или лечение не будут на месте, пожалуйста, сообщите об этом школьной медсестре.
- Школьники с заболеваниями, подверженными риску, должны иметь лекарства и назначение от врача и план предоставления мед. Услуг в школе, который должен быть предусмотрен до того, как начнется школа.
- Предоставьте необходимые изменения, которые происходят в течение учебного года, либо с контактными номерами, либо с состоянием здоровья вашего ученика(согласно статье RCW 28.A.210.320).

Назначение лекарств

- Лекарство должно быть представлено в оригинальном контейнере, если это безрецептурное лекарство.
- Если это предписанное лекарство, контейнер должен быть должным образом маркирован и находиться в оригинальной упаковке.
- Пожалуйста, проверьте сроки годности. Школьному персоналу не разрешается давать просроченные лекарства.
- Форма согласия на прием лекарств требуется для любого лекарства, даваемого в школе. **Подписи от родителя / опекуна и доктора или клиники учащегося необходимы для любого лекарства, которое должно быть дано в школе. Это включает в себя рецептурные, а также безрецептурные лекарства.**
- Согласие родителей и/или врачей отправленные по факсу является приемлемым.

С политикой в отношении лекарств Эдмондса можно ознакомиться на веб-сайте школьного округа Эдмондс в разделе «Правила и предписания школьного совета» (School Board Policies and Procedures).

Если у вас есть вопросы или проблемы, пожалуйста, свяжитесь со школьной медсестрой.

Sincerely,
Группа представителей школы по оказанию медицинских услуг
Health Services Team

Rev 12.2020 12.2021

Edmonds School District

HS-534RU
Зачисление студентов по вопросам здоровья

Школа: _____ Ожидаемая дата начала: _____

Имя студента	Дата рождения	Род	Предпочтительно пол	Степень
Имя родителя/опекуна	Телефон	Электронная почта		
Имя поставщика медицинских услуг Телефон		Имя стоматолога Телефон		

ALERT: Школа должна знать об **УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ** состояниях (таких как тяжелая аллергия, астма, диабет, судороги или другие состояния риска). Для этого требуется план неотложной помощи, угрожающий жизни, и любые необходимые лекарства, расходные материалы и приказы поставщика должны быть на месте, прежде чем ваш ученик сможет посещать школу (согласно RCW 28A. 210.320).

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ – Подпись требуется на странице 2

Медицинское страхование ❑ Да ❑ No

❑ **НЕИЗВЕСТНОЕ СОСТОЯНИЕ**

Опасные для жизни состояния: требуется план ухода

- **EG** ❑ **Анафилаксия (эпи-пен назначен)**
- **EK** ❑ **Диабет 1 типа**
- **NP** ❑ **Судороги (требуется экстренное лечение)**
- **RG** ❑ **Астма - тяжелая**

Врожденные / Генетические

- AH ❑ синдром Дауна
- AJ ❑ Расстройство алкогольного спектра плода

Кровь / Гематология

- BA ❑ Анемия
- BB ❑ Гемофилия
- BC ❑ Признак серповидно-клеточной анемии
- OJ ❑ История тяжелых носовых кровотечений

Сердце / Сердце

- CC ❑ Врожденный порок сердца
- CD ❑ Шум сердца

Аллергия, иммунная, эндокринная, метаболическая и питательная

- ED ❑ аллергия – Пищевая
- EE ❑ аллергия - Насекомое
- ❑ Аллергия Другое
- EL ❑ Диабет 2 типа

Желудочно-кишечный, стоматологический и оральный

- GA ❑ Целиакия
- GG ❑ Список пищевой непереносимости:
- GL ❑ Непереносимость лактозы
- GF ❑ Энкопрез
- GO ❑ Хронический запор
- GH ❑ желудочный рефлюкс
- GJ ❑ Воспалительное заболевание кишечника
- GK ❑ Синдром раздраженного кишечника
- ❑ Стоматологическое / Оральное состояние

Опорно-двигательный аппарат

- MC ❑ Ювенильный ревматоидный / идиопатический артрит

Нервная система

- NB ❑ диагностирован сДВГ/СДВГ
- NC ❑ расстройства аутистического спектра
- NE ❑ Церебральный паралич
- NF ❑ нарушения развития
- NH ❑ Мигрень
- NI ❑ Головные боли, повторяющиеся
- NP ❑ Судорожное расстройство ❑ Текучее ❑ Историческое
- NU ❑ Черепно-мозговая травма

Пересаживать

- OD ❑ Список Орган:

Психическое или поведенческое здоровье

- PA ❑ Тревога
- PC ❑ Депрессия
- PH ❑ расстройство сна

Дыхательные / Дыхательные

- RG ❑ Астма – текущая
- RH ❑ Астма – всегда диагностировался
- RA ❑ Астма – индуцированная физической нагрузкой
- RE ❑ Реактивные заболевания дыхательных путей

Кожа

- SB ❑ Экзема / Контактный дерматит / Псориаз

Почечные / Почечные

Пожалуйста, перечислите:_____

Ухо / Слух

- YA ❑ Хроническая ушная инфекция ❑ современные ❑ исторические
- YB ❑ нарушениями слуха – кохлеарный имплант для слуховых аппаратов

ГЛАЗ / Зрение

- YF ❑ Носит очки / контакты
- YE ❑ дефицит цветового зрения
- YD ❑ слабовидящие

ДРУГИЕ УСЛОВИЯ:_____

_____

Лекарства / лечение в школе ❑ Нет ❑ Да (требуется письменное разрешение, подписанное поставщиком медицинских услуг)

❑ Заполните необходимые документы для приема лекарств в школе

Лекарства в домашних условиях ❑ Нет ❑ Да, пожалуйста, перечислите: _____

АЛЛЕРГИИ

Что вызывает аллергические реакции?_____

Дата последней аллергической reaction: _____

АллергическаяR-реакция:

❑ Крапивница ❑ Отек губ, рта, языка, горла ❑ Затрудненное дыхание ❑ Тошнота, спазмы желудка, рвота, диарея

Была ли эта аллергическая реакциярецепционной неотложной помощью? ❑ Нет ❑ Да (Пожалуйста, объясните)_____

Прошел ли ваш студенттестирование на аллергию? ❑ Нет ❑ Да (Где и когда?) _____

Лекарства от аллергии:

Имя	Доза	Частота

АСТМА

Что вызывает симптомы астмы? ❑ Респираторная инфекция ❑ Пыльца / Плесень ❑ Физические упражнения ❑ Погода / Температура ❑ Животные ❑ Дым

❑ Плохое качество воздуха ❑ Сильные запахи / Духи

Дата постановки диагноза: _____ Health, который поставил диагноз студенту:_____

Лекарства от астмы:

Имя	Доза	Частота

Использует ли ваш ученик спейсер/аэрокамеру со своим ингалятором? ❑ Нет ❑ Да

Нуждался ли ваш ученик в оральных стероидах (т.е. преднизолоне)? ❑ Нет ❑ Да (Когда?) _____

Ваш студент был в больнице от астмы? ❑ Нет ❑ Да (пожалуйста, объясните)_____

ДИАБЕТ

Дата диагноза:_____ Medication ❑ Oral_____ ❑ Insulin (type)_____

Оборудование ❑ Инсулиновая ручка ❑ Инсулиновая помпа (тип)_____ ❑ CGM (type)_____

Может ли ваш ученик самостоятельно проверить свой собственный BG (уровень глюкозы в крови) ❑ Нет ❑ Да

Может ли ваш ученик считать углеводы самостоятельно? ❑ Нет ❑ Да

Может ли ваш ученик самостоятельно рассчитать свои дозы инсулина? ❑ Нет ❑ Да

Может ли ваш ученик самостоятельно вводить инсулин? ❑ Нет ❑ Да

ПРИПАДКИ

Дата первого изъятия:_____ Date of most recent seizure:_____

Частота судорожной активности: ❑ один раз ❑ ежедневно ❑ еженедельно ❑ ежемесячно ❑ ежегодно

Тип изъятий:_____

Лекарства от судорог :

Имя	Доза	Частота

У вашего студента был приступ, который потребовал неотложной помощи / лекарств? ❑ Нет ❑ Да Когда?_____

Пожалуйста, объясните: _____

Медицинские приборы	**Устьице**	**Физическая активность/ Мобильность**
OLA ❑ Стимулятор агавного нерва	OKA ❑ Гастростомия	❑ Колесный стул
OLB ❑ Автоматический внутренний сердечный дефибриллятор	OKB ❑ Колостомия	❑ Крутки
OLC ❑ Пейсмейкер	OKD ❑ Трахеостомия	❑ Другой – Список:
OLD ❑ Гастростомическая трубка	OKE ❑ Уростомия	
OLE ❑ Жеюностомическая трубка	OK ❑ Другие	
❑ Вброс		
❑ Протезы – Список:		
❑ Другие медицинские изделия:		

родителей/опекунов _____ **Date** _____

HS-518 RU
Пакет иммунизации
Immunization Packet

Кому: Родителям учеников школьного округа Эдмондс
Откуда: Отдел студенческих медицинских услуг

Требования к зачислению в школу в соответствии с законом штата Вашингтон (RCW 28A.210.080)

Заполненная справка о статусе иммунизации (Certificate of Immunization Status (CIS)). Это может быть одно из следующих:

- Справка-сертификат, распечатанная из системы MyIR созданный Департаментом здравоохранения штата Вашингтон или из другого штата.
- Физическая копия справки CIS с подписью врача (мед учреждения).
- Физическая копия справки CIS с сопутствующими медицинскими записями об иммунизации от врача, проверенная и подписанная школьным персоналом

OR

- Уведомление принесенное в школу, свидетельствующее, что серия прививок началась, и что это будет завершено в соответствии с рекомендуемым вашего поставщика медицинских услуг. Иммунизация доступна у вашего частного поставщика медицинских услуг или вы можете получить вакцины в Общественном центре здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County) at www.chcsno.org.
  Условный статус будет предоставлен учащимся только в том случае, если они начали серию обязательной иммунизации, которую они должны получить. В качестве требования для посещения школы все серии иммунизации должны быть завершены или начаты. Медицинская справка об этом статусе должна быть представлена в школу в первый день посещения или до него.

  ИЛИ

  - **Заполните свидетельство об освобождении --Complete a Certificate of Exemption (C.O.E.) в дополнение к сертификации иммунизации.** Лицензированный поставщик медицинских услуг должен подписать Свидетельство об освобождении для родителя или опекуна, чтобы освободить своего ребенка от требований школьной иммунизации. Подпись подтверждает, что доктор говорил с родителем или опекуном о преимуществах и рисках иммунизации. Родитель или опекун также может предоставить подписанное письмо от поставщика медицинских услуг с указанием той же информации. Если в школе произошла вспышка какого-либо заболевания, предупреждаемого с помощью вакцин, от которого ваш ученик освобожден, ваш ученик будет исключен из школы на время вспышки.

Лучший способ иметь справку-сертификат об иммунизации вашего ребенка (Certificate of Immunization—это распечатать его из страницы MyIR. Создайте учетную карту здесь -- MyIR account (Washington State Dept. of Health).

Загрузите и распечатайте свидетельство об иммунизации

Новое требований к иммунизации Департамента здравоохранения (DOH), принятое в июне 2021 г. :

Все учащиеся, обучающиеся в государственной школе, должны соблюдать правила иммунизации, даже если они участвуют в альтернативной школьной или районной программе. К ним относятся программы домашнего обучения, проф-тех образование, программа в колледже Running Start, и любая виртуальная школьная программа.

Все студенты должны будут иметь заполненный сертификат о статусе иммунизации (CIS) и/или свидетельство об освобождении (COE), хранящееся в школе для участия в школьном обучении и мероприятиях.

Родители, а ваши дети готовы к школе?

Список прививок, необходимых для допуска к посещению школ в 2023/2024 учебном году

Инструкции. Чтобы узнать, какие прививки обязательны для посещения школы, найдите класс своего ребенка в первом столбце. В соответствующей строке вы увидите список прививок, необходимых вашему ребенку для посещения школы.

	дифтерия, столбняк, коклюш	**Гепатит B**	**Вакцина против гемофильной инфекции типа b**	**корь, паротит, краснуха**	**пневмококковая конъюгированная вакцина**	**Полиомиелит**	**ветряной оспы**
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкольное учреждение От 19 месяцев до 4 лет на 01.09.2023 г.	4 дозы АаКДС	3 дозы	3 или 4 дозы * (в зависимости от вакцины)	1 доза	4 дозы*	3 дозы	1 доза**
Дошкольное учреждение/детский сад (1–2 года) От 4 лет на 01.09.2023 г.	5 доз АаКДС *	3 дозы	3 или 4 дозы* (в зависимости от вакцины) (Не требуется в возрасте от 5 лет)	2 дозы	4 дозы* (Не требуется в возрасте от 5 лет)	4 дозы*	2 дозы**
С детского сада по 6-й класс	5 доз АаКДС *	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**
Классы с 7-го по 10-й	5 доз АаКДС* *Доп.* доза АаКДС-м в возрасте от 10 лет	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**
Классы с 11-го по 12-й	5 доз АКДС* Доп. доза АКДС-м в возрасте от 7 лет	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**

* Меньшее количество доз вакцин может быть допустимым (это зависит от того, когда были сделаны прививки). ** Допускается также подтверждение факта, что ребенок переболел ветряной оспой, предоставленное врачом.

Чтобы соответствовать школьным требованиям, ученики должны вакцинироваться в установленные временные рамки. Если у вас есть вопросы, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или персоналом школы.

Информация о других важных вакцинах, которые не требуются для посещения школы: www.immunize.org/cdc/schedules.

Чтобы получить этот документ в другом формате, позвоните по номеру 1-800-525-0127.

Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2022 Russian

Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: Date:

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Заполнять печатными буквами. Инструкции по заполнению и печати формы с помощью системы Washington State Immunization Information System (IIS, Информационная система по иммунизации штата Вашингтон) приведены на обратной стороне листа.

Фамилия ребенка:	**Имя:**	**Второй инициал:**	**Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)**

Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.	Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.
X _____ **Подпись родителя/опекуна** **Дата**	X _____ **Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно** **Дата**

▲Требуется для школы ● Требуется для дошкольного учреждения	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	Д/ММ/ГГ
Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение						
●▲ DTaP (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)						
▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)						
●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)						
●▲ Hepatitis B (Гепатит B)						
● Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b)						
●▲ IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV)						
●▲ OPV (ОПВ — полиомиелит)						
●▲ MMR (КПК — корь, паротит, краснуха)						
● PCV/PPSV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция)						
●▲ Varicella—Ветряная оспа (ветрянка) ☐ История болезни, проверенная в системе IIS						
Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)						
COVID-19						
Flu (Грипп)						
Hepatitis A (Гепатит A)						
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)						
MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y)						
MenB (менингококковая инфекция типа B)						
Rotavirus (Ротавирус)						

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

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.

Инструкции по заполнению свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS, Свидетельство о состоянии иммунизации). Распечатайте форму из системы Immunization Information System (IIS) или заполните ее вручную.

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:
Узнайте, вводит ли ваше медицинское учреждение информацию об иммунизации в систему WA Immunization Information System (единый реестр штата Вашингтон). Если так, попросите распечатать свидетельство CIS из системы IIS, и данные об иммунизации вашего ребенка будут заполнены автоматически. Вы также можете распечатать свидетельство CIS дома, зарегистрировавшись в системе MyIR и войдя в нее на странице https://wa.myir.net. Если ваше медицинское учреждение не использует систему IIS, обратитесь по электронной почте или телефону в Department of Health (Управление здравоохранения), чтобы получить копию свидетельства CIS своего ребенка: waiisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Чтобы заполнить форму вручную:
1. Напишите печатными буквами имя и дату рождения своего ребенка и поставьте подпись в указанном месте на странице 1.
2. Укажите дату введения каждой вакцины в столбце «Дата» (в формате ДД/ММ/ГГ). Если ребенку введена комбинированная вакцина (один укол, защищающий от нескольких заболеваний), следуйте указаниям приведенного ниже справочного руководства, чтобы правильно записать данные для каждой вакцины. Например, препарат Pediarix следует указать для дифтерии, столбняка и коклюша как «DTaP», вакцину от гепатита B как «Hep B», а от полиомиелита — как «IPV».
3. Если ребенок перенес ветрянку (ветряную оспу), но не был привит, для соответствия требованиям школы врач должен проверить информацию о его заболевании.
   ☐ Если врач может удостовериться, что ребенок перенес ветрянку, попросите его поставить соответствующую галочку в разделе Documentation of Disease Immunity (Документация об иммунитете к заболеваниям) и подписать форму.
   ☐ Если работники школы увидят в системе IIS подтверждение того, что ребенок перенес ветрянку, они поставят галочку напротив ветряной оспы в разделе вакцинации.
4. Положительный результат анализа крови (титр) на антитела у ребенка свидетельствует о наличии у него иммунитета к заболеванию. В этом случае врач должен поставить галочки напротив соответствующих заболеваний в разделе Documentation of Disease Immunity и подписать форму, указав дату. К этому свидетельству CIS необходимо приложить результаты лабораторных анализов.
5. Предоставьте подтверждение записей, заверенных медицинским учреждением, в соответствии с приведенными ниже руководствами.

Приемлемые медицинские записи
Все записи о вакцинации должны быть заверены медицинским учреждением. Например:

- Форма свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS), распечатанная из системы Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR или системы IIS другого штата с указанием дат вакцинации.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS, удостоверенная подписью врача.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS и приложенная форма с записями о вакцинации из электронной медицинской карты в системе медицинского учреждения, удостоверенные подписью или печатью врача. Директор школы, медсестра или другое уполномоченное лицо должны проверить правильность указания дат в свидетельстве CIS и подписать форму.

Условный допуск
Дети могут быть условно допущены к посещению школы или дошкольного учреждения и пребыванию в них, даже если они не получили все обязательные для этого вакцины. (Между введением доз вакцин в курсе вакцинации существует минимальный интервал, поэтому для завершения соответствующего курса ребенку требуется определенное время. Это значит, что дети могут посещать школу или дошкольное учреждение во время ожидания следующей дозы вакцины.) Для получения условного допуска для ребенка должен быть составлен график вакцинации с учетом всех полагающихся доз вакцин перед началом посещения школы или дошкольного учреждения.

Ученики с условным допуском могут посещать школу в течение минимально допустимого периода ожидания следующей вакцинации и еще 30 дней, отведенных на предоставление документов, подтверждающих ее проведение. Если ученику требуется завершить несколько курсов вакцинации, условный допуск будет продлеваться схожим образом, пока все обязательные вакцины не будут введены.

Если по истечении 30-дневного периода условного допуска документы не будут предоставлены в школу или дошкольное учреждение, ученику будет запрещено их дальнейшее посещение согласно положению RCW 28A.210.120 (раздел 28A.210.120 Свода законов штата Вашингтон с поправками). К приемлемой документации относятся доказательства наличия иммунитета к соответствующему заболеванию, медицинские записи о вакцинации или заполненная форма свидетельства Certificate of Exemption (COE, Свидетельство об освобождении).

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		