

Общественные учебные центры 21 века в штате Нью-Йорк
Регистрационная форма на участие в [название программы] в течение [учебный год]

ФОТО РЕБЕНКА (необязательно)	Имя и фамилия учащегося: Предпочитаемое имя:		Дата рождения:	Пол:	
	Домашний адрес учащегося:				
	Домашний телефон:		Язык, на котором говорят дома:		
	Расовая/этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Американские индейцы / коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Испаноязычные или латиноамериканцы <input type="checkbox"/> Выходцы из Азии <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов / уроженцы других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Метисы <input type="checkbox"/> Другое _____				
	Идентификационный номер учащегося (заполняется представителем программы): <input type="checkbox"/> NYSED ID <input type="checkbox"/> Идентификационный номер округа		Школа:		Класс:
	Основной учитель учащегося (обязательно указать только для учащихся 1–5 классов). Если неприменимо, укажите «Н/П».				
	Имя и фамилия лица, регистрирующего учащегося в программе:		Кем приходится учащемуся: <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> опекун <input type="checkbox"/> попечитель <input type="checkbox"/> родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		
	Адрес лица, регистрирующего учащегося в программе (если отличается от адреса учащегося):				
Номер телефона лица, регистрирующего учащегося в программе: Адрес электронной почты:					

Имена контактных лиц для экстренной связи	Разрешение забрать ребенка	Основной номер телефона	Другой номер телефона / адрес электронной почты
Основное контактное лицо:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Основное контактное лицо:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Второстепенное контактное лицо:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Кто забирает учащегося после окончания занятий

После окончания занятий я разрешаю своему ребенку идти домой самому: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Если нет, после окончания занятий ребенка заберу я или одно из следующих лиц:		
Имя и фамилия:	Телефон:	Кем приходится учащемуся:
Имя и фамилия:	Телефон:	Кем приходится учащемуся:

Ребенка ЗАПРЕЩАЕТСЯ забирать следующим лицам:

Имя и фамилия:	Кем приходится учащемуся:
Имя и фамилия:	Кем приходится учащемуся:
Имя и фамилия:	Кем приходится учащемуся:

Кто забирает учащегося в случае экстренной медицинской ситуации

Если в случае экстренной ситуации со мной не удалось связаться, ребенка может забрать одно из следующих лиц:

Имя и фамилия:	Телефон:	Кем приходится учащемуся:
Имя и фамилия:	Телефон:	Кем приходится учащемуся:

Информация о здоровье учащегося

Вся информация является конфиденциальной и используется сотрудниками программы для обеспечения безопасности учащихся.

Имеет ли ваш ребенок следующие нарушения здоровья?

Аллергия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите, на что у ребенка аллергия: Если да, нужен ли ребенку автоинъектор EpiPen? Пользуется ли ребенок автоинъектором EpiPen? <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет
Астма	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, использует ли ваш ребенок ингалятор или другое лекарство от астмы? <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет
Диабет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, нужны ли вашему ребенку лекарства или контроль уровня глюкозы в крови? <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет Если да, есть ли у вашего ребенка рецепт на глюкагон? <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет
Эпилепсия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, нужны ли вашему ребенку лекарства для профилактики или лечения приступов? <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет
Нарушение зрения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да и на занятиях вашему ребенку нужны вспомогательные средства, кроме очков или контактных линз, опишите их:
Нарушение слуха	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да и на занятиях вашему ребенку нужны вспомогательные средства, кроме слухового аппарата, опишите их:
Физические ограничения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Может ли ваш ребенок посещать уроки физкультуры без ограничений? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, перечислите имеющиеся у ребенка ограничения:
Другие нарушения, требующие лечения препаратами	<input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите все:

Есть ли у вашего ребенка особые потребности в питании, другие потребности в отношении здоровья или поведенческие/эмоциональные потребности?
Если да, опишите:

** Обратите внимание, что для приема или введения лекарств в ходе проведения программы необходимо письменное согласие родителей / опекунов и распоряжение поставщика медицинских услуг. Подробности уточняйте у директора программы/администратора представительства.*

Условия

Я разрешаю своему ребенку зарегистрироваться и участвовать в программе Общественных учебных центров 21 века в штате Нью-Йорк (New York State 21st Century Community Learning Centers, CCLC). Да Нет

Я понимаю, что следующие условия и согласия **не являются предварительными условиями для утверждения** участия в программе 21st CCLC. Да Нет

Я даю согласие на оказание неотложной медицинской помощи моему ребенку. Да Нет

Я даю согласие на участие моего ребенка в интервью, использование его цитат и съемку фотографий, фильмов или видеозаписей в рамках [название программы]. Я также предоставляю [название программы] право редактировать, применять и повторно использовать указанные продукты в некоммерческих целях, включая использование в печати, в Интернете и во всех других средствах массовой информации. Настоящим я также освобождаю [название программы], ее представителей и сотрудников от всех претензий, требований и обязательств в связи с вышеизложенным. Да Нет

Я даю согласие на участие моего ребенка в экскурсиях вне места проведения программы при условии, что он будет находиться под присмотром. Да Нет

Я понимаю, что администрации программы могут потребоваться дополнительные разрешения для таких ситуаций, как транспортное обеспечение, введение лекарств, раскрытие информации и проведение экскурсий. Да Нет

Я предоставил(-а) администрации программы информацию об особых потребностях моего ребенка, чтобы обеспечить его безопасность. Да Нет

Я понимаю, что в образовательных целях и по мере необходимости информация об особых потребностях моего ребенка в обучении будет передаваться сотрудникам программы 21st CCLC персоналом школы, в которой учится мой ребенок. Да Нет

Я соглашаюсь просматривать и обновлять эту информацию всякий раз, когда происходят изменения, и не реже одного раза в год. Да Нет

Я соглашаюсь обсуждать с сотрудниками программы успехи моего ребенка и его участие в программе 21st CCLC. Да Нет

Если в какой-либо момент я передумаю по поводу участия моего ребенка в программе (отдельных или всех ее аспектов), я свяжусь с администратором представительства программы. Да Нет

Требования к данным учащихся и согласие на опросы/интервью

Я понимаю, что информация об успеваемости, поведении, посещаемости и вовлеченности моего ребенка будет передана в Департамент образования штата Нью-Йорк и его официальным представителям для измерения и оценки качества и реализации местной программы Общественных учебных центров 21 века (21st CCLC), а также эффективности программы штата Нью-Йорк по поддержке развития учащихся, как того требует Раздел IV, часть B закона «Об успеваемости всех учащихся» (Every Student Succeeds Act, ESSA) (см. разделы 4205 (b) и 4203 (14)).

Я понимаю, что меня и моего ребенка могут попросить принять участие в опросах и/или интервью о программе 21st CCLC и ее результатах.

Отметьте этот пункт только в том случае, если вы хотите отказаться от участия в опросах и/или интервью.

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что, согласно имеющимся у меня сведениям, вышеуказанная информация является достоверной и точной.

Имя и фамилия родителя / родственного лица / опекуна:

Подпись родителя / родственного лица / опекуна

Дата подписания