

纽约州 21 世纪社区学习中心 (21<sup>st</sup> Century Community Learning Centers, CCLC)

[计划名称] 登记表格 [学年]

孩子照片 (可选)	学生全名: 首选姓名:	出生日期:	性别:	
	学生住宅地址:			
	住宅电话:	在家所说语言:		
	种族/族裔群体: <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著居民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 两个或以上种族 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	学生 ID 号码 (由计划填写): <input type="checkbox"/> NYSED ID <input type="checkbox"/> 学区 ID	就读学校:	年级:	
	学生的班主任 (仅 1 至 5 年级的学生需要填写)。如果不适用, 请填写“不适用”			
	为学生办理入学事宜者姓名:	与学生的关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 照护者 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	为学生办理入学事宜者地址 (如果不同于学生的地址):			
为学生办理入学事宜者电话号码: 电子邮件:				

紧急联系人姓名	获准接学生	主要电话号码	其他电话号码/电子邮件
主要联系人:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
主要联系人:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
次要联系人:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

学生放学时的接送安排

本人同意本人的孩子在放学后独自步行回家: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果回答“否”, 将由本人或下列人员之一负责在放学后接本人的孩子回家:		
姓名:	电话:	与学生的关系:
姓名:	电话:	与学生的关系:

不允许以下人员接走本人的孩子:

姓名:	与学生的关系:
姓名:	与学生的关系:
姓名:	与学生的关系:

学生急救治疗时的接送安排

如果急救治疗期间无法与本人取得联系, 可联系以下人员之一进行接送:

姓名:	电话:	与学生的关系:
姓名:	电话:	与学生的关系:

学生健康信息

所有信息均属机密，仅由计划员工出于确保学生安全的目的而使用。

您的孩子是否有以下任何问题？

<b>过敏</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请列出孩子的过敏源：  如果回答“是”，请问您的孩子是否需要/使用肾上腺素自动注射器 (EpiPen)? <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否
<b>哮喘</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请问您的孩子是否使用吸入器或其他药物来治疗哮喘？ <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否
<b>糖尿病</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请问您的孩子是否需要接受药物治疗或血糖监控？ <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”，请问您的孩子是否有胰高血糖素处方？ <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否
<b>癫痫</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请问您的孩子是否需要接受药物治疗以预防或治疗癫痫？ <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否
<b>视力问题</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请问您的孩子在校期间是否需要除佩戴框架眼镜或隐形眼镜之外的其他辅助设备，请说明：
<b>听力问题</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请问您的孩子在校期间是否需要除佩戴助听器之外的其他辅助设备，请说明：
<b>身体限制</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您的孩子是否能够没有限制地参与学校的体育课程？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“否”，请列出其活动限制：
<b>其他药物</b>	<input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否	如果回答“是”，请列出：

您的孩子是否有特殊膳食需求、其他健康需求或行为/情绪需求？  
如果回答“是”，请说明：

\*请注意，如果需要在参与计划期间服用或施用药物，一律需要提供家长/监护人同意书以及健康护理提供者出具的医嘱。如需详细信息，请咨询计划主管/现场协调员。

## 同意书

本人同意本人的孩子登记并参与 21<sup>st</sup> CCLC 计划  是  否

本人明白，下列协议和同意书并非核准参与 21<sup>st</sup> CCLC 计划的**先决条件**。  是  否

本人同意本人的孩子接受急救治疗  是  否

本人同意 [计划名称] 采访本人的孩子，引用其言论，并拍摄其照片、影片或录像片。本人亦授权 [计划名称] 出于非营利目的而编辑、使用和重复使用所述产品，包括用于打印、互联网及其他所有形式的媒体。本人亦在此豁免 [计划名称] 及其代理和员工针对上述任何相关事务的所有赔偿、要求和责任。  是  否

本人同意本人的孩子在接受监督的情况下，前往计划场所之外进行实地调查。  是  否

本人明白，计划可能需要针对交通、药物、信息披露、实地考察等相关情况获取额外同意。  是  否

本人已向计划提供关于本人孩子特殊需求的信息，以协助确保本人孩子的安全。  是  否

本人明白，为确保本人的孩子获得相应的教育福利，本人孩子就读的学校将按照须知原则把本人孩子特殊学习需求的相关信息分享给 21<sup>st</sup> CCLC 计划的工作人员  是  否

一旦此类信息有变，本人同意查看并更新，且每年至少一次。  是  否

本人同意与计划工作人员讨论关于本人孩子在 21<sup>st</sup> CCLC 计划中的进步和参与情况。  是  否

一旦本人改变关于本人孩子参与（任何或所有方面）的决定，本人将联系现场协调员。  是  否

## 学生数据要求和调查/访谈同意书

本人明白，本人孩子的学业、行为、出勤和参与信息将分享给纽约州教育署 (New York State Education Department) 及其合法承包商，以根据《让每名孩子取得成功法案》(Every Student Succeeds Act, ESSA) 第 IV 篇第 B 部分 [请参见第 4205 (b) 节和第 4203 (14) 节] 衡量与评估当地 21 世纪社区学习中心 (21<sup>st</sup> Century Community Learning Center, 21<sup>st</sup> CCLC) 计划的质量与实施情况，以及此纽约州学生成长支持计划的实际效果。

本人明白，本人的孩子和本人可能获邀参与关于 21<sup>st</sup> CCLC 计划及其效果的调查和/或访谈。  
如想退出且不愿意参与调查和/或访谈，请选中下列方框即可。

在下方签名，即代表本人证明，据本人所知，（上方）所提供的信息均真实无误。

\_\_\_\_\_  
父母/亲属/监护人姓名：

\_\_\_\_\_  
父母/亲属/监护人签名

\_\_\_\_\_  
签署日期