

Учебный год

**КАРТОЧКА УВЕДОМЛЕНИЯ В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ:** Пожалуйста, сообщите в школу о любом изменении адреса, телефона или контактной информации для связи в случае чрезвычайной ситуации.

Родитель/опекун, пожалуйста, предоставьте информацию об учащемся:

^ Фамилия учащегося      Имя      Второе имя      ^ Класс      ^ Дата рождения

Цвет глаз

Цвет волос      ^ Адрес, город и почтовый индекс      ^ Домашний телефон

Рост

Вес      ^ Почтовый адрес (если он отличается от фактического места проживания)

For Office Use Only

**Отметьте соответствующую графу, в которой указано, с кем проживает учащийся:**

- С матерью и отцом       С законным опекуном       С отцом и мачехой       С бабушкой и дедушкой  
 С матерью       С отцом       С матерью и отчимом       С кем-либо другим

Учащийся проживает с: (Пожалуйста, предоставьте полную информацию в том порядке, в котором нам следует обращаться)

Student Picture

1

Электронная почта:

Сотовый телефон

Bus

Г-н/Г-жа

Имя и фамилия

^Работодатель

Рабочий телефон

Teacher

2

Электронная почта:

Сотовый телефон

Grad Year

Entry Date

Г-н/Г-жа

Имя и фамилия

^Работодатель

Рабочий телефон

Родитель не проживающий с ребенком:

Номер телефона:

Имеет ли право родитель, не проживающий с ребенком, забирать его (её) из школы в любое время? Да  Нет  - Пожалуйста, предоставьте копию плана воспитания.

Данную часть документа следует заполнять ТОЛЬКО в том случае, если у вас имеется ЮРИДИЧЕСКИЙ ДОКУМЕНТ, запрещающий общение другого лица с данным учащимся.

Лицо, которому запрещено общение (степень родства):

Имеется ли в деле запретительный судебный приказ? Да  Нет

Копия юридического документа **ДОЛЖНА** храниться в деле в школе.

\*Переверните карточку, чтобы продолжить.\*

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ В СЛУЧАЕ ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ:** Пожалуйста, отпускайте учащегося с указанными ниже лицами ТОЛЬКО в экстренной ситуации, если не удается связаться с родителем/опекуном. Пожалуйста, указывайте только местных жителей: родственников, друзей или соседей, проживающих неподалеку и имеющих возможность забрать учащегося в течение дня.

1. \_\_\_\_\_

(Муж и жена, если применимо, и степень родства) стационарный/сотовый телефон для связи днем

2. \_\_\_\_\_

(Муж и жена, если применимо, и степень родства) стационарный/сотовый телефон для связи днем

3. \_\_\_\_\_

(Муж и жена, если применимо, и степень родства) стационарный/сотовый телефон для связи днем

4. \_\_\_\_\_

(Муж и жена, если применимо, и степень родства) стационарный/сотовый телефон для связи днем

В случае **ЭКСТРЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ШКОЛЫ**, мой ребенок должен отправиться непосредственно к указанному ниже лицу. **Пожалуйста, обсудите это распоряжение со своим ребенком и с указанным ниже лицом.** Домой  В детское учреждение  К другу  К родственнику  К другому лицу

<sup>^</sup> Имя и адрес

<sup>^</sup>Номер телефона / <sup>^</sup>Степень родства

**В соответствующем случае - Информация о ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ:**

Ребенок посещает данное учреждение:  До школы  После школы  До и после школы

Контактное лицо детского учреждения \_\_\_\_\_

Детское учреждение предоставляет транспорт: Да  Нет

Номер телефона \_\_\_\_\_

Название детского учреждения: \_\_\_\_\_

Адрес детского учреждения \_\_\_\_\_

Укажите других учащихся в вашей семье, которые посещают Мерисвиллские школы:

1. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** Вся медицинская информация будет предоставляться только по мере необходимости. Если у вашего ребенка слабое здоровье, пожалуйста, подготовьте все, что необходимо вашему ребенку в школе. Пожалуйста, свяжитесь с дипломированной медсестрой школьного округа в той школе, где обучается ваш ребенок.

Имя доктора/название клиники: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Аллергия  Тип \_\_\_\_\_ Астма  Носит ли ваш ребенок в школу ингалятор?  Аллергия, угрожающая жизни?  Тип: \_\_\_\_\_

Диабет  Проблемы с сердцем  Нарушения слуха  Эпилепсия  Проблемы со зрением

Тяжелая реакция на укусы пчел/насекомых  Использует ли ваш ребенок шприц-ручку Epi Pen? Да  Нет  Другие медицинские проблемы: \_\_\_\_\_

Я даю свое разрешение на размещение фотографии моего ребенка в публикациях, школьных новостях, пресс-релизах, показах слайдов и видео-презентациях

Мерисвиллского школьного округа Yes  No

Подпись родителя или опекуна: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_



<b>Контактное лицо для связи в случае экстренной ситуации</b>	<b>Контактное лицо №1 для связи в случае экстренной ситуации</b> Фамилия _____ Имя _____ Кем приходится _____ Домашний телефон (_____) _____ Рабочий телефон (_____) _____ Сотовый телефон (_____) _____	<b>Контактное лицо №2 для связи в случае экстренной ситуации</b> Фамилия _____ Имя _____ Кем приходится _____ Домашний телефон (_____) _____ Рабочий телефон (_____) _____ Сотовый телефон (_____) _____
<b>Информация о предыдущей школе</b>	Название последней школы, которую посещал ребенок : _____ Адрес: _____ Город, штат, почтовый индекс _____ Класс _____ Дата поступления _____ Дата ухода _____ Оставался (лась) ли на второй год? [ ] Да [ ] Нет  Был ли ребенок направлен на учебу в соответствии с рекомендациями закона Весса штата Вашингтон в связи с прогулами? [ ] Да [ ] Нет Отстранен ли ребенок в настоящее время от занятий на короткий или долгий период, либо исключен из своей предыдущей школы? Если "Да", укажите дату _____ Укажите, на какой срок _____	
<b>Школьные программы и услуги</b>	Проходил ли ребенок отбор для получения услуг или получал специальные услуги за последние 3 года? [ ] Да [ ] Нет Если "Да", отметьте все соответствующие варианты: 504 [ ]      Чтение [ ]      Математика [ ]      Для одаренных [ ]      ESL/ELL [ ] Индив. план обуч. (I.E.P) [ ]      Пожалуйста, перечислите все полученные услуги: _____ Дополнительная информация: _____	
<b>Медицинская информация</b>	Имя врача _____ Телефон (_____) _____ Требуются ли вашему ребенку медицинские препараты или помощь в выполнении медицинской процедуры в учебное время? [ ] Да [ ] Нет <b>Если вы ответили "Да", пожалуйста, заполните дополнительную медицинскую форму и свяжитесь с медсестрой своей школы.</b>	
<b>Детское учреждение до и после школы</b>	<b>Проезд учащегося</b> Автобус от дома [ ] Автобус от детского учреждения [ ] Транспорт предоставляет детское учреждение [ ] Силами родителей [ ] Специальный автобус [ ] Городской транспорт [ ] Пешком [ ] Автомобиль [разрешение на стоянку] [ ]	<b>Детское учреждение:</b> Посещает ли ваш ребенок детское учреждение? Да [ ] Нет [ ] До школы [ ]      После школы [ ]      До и после школы [ ] Название поставщика услуг по уходу за детьми или детского учреждения _____ Название компании _____ Адрес _____ Город _____ Телефон(_____) _____
<b>Подпись</b>	<b>Я разрешаю запрашивать документы моего ребенка из предыдущей школы, если это применимо. Я подтверждаю, что вся информация, представленная мною на обеих страницах, является точной и достоверной. Я понимаю, что:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• фальсификация любой информации или предоставление вводящей в заблуждение информации приведет к отмене зачисления учащегося в школу,</li> <li>• в мои обязанности входит информирование школьного округа Marysville School District о любых изменениях,</li> <li>• отказ в предоставлении вспомогательной документации может привести к задержке рассмотрения данного заявления, и</li> <li>• мой ребенок может быть исключен из школы, если ему своевременно не сделаны соответствующие прививки.</li> </ul> Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____ Имя (печатными буквами) _____	

Мерисвилльский Школьный Округ является Работодателем, Предоставляющим Равные Возможности. Мерисвилльский Школьный Округ соблюдает все правила и нормы штата Вашингтон и федерального уровня, и не дискриминирует на основании расы, вероисповедания, цвета кожи, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации, семейного положения, возраста или наличия инвалидности. Приветствуются заявления от всех групп населения. Это действительно для всех учащихся, которые желают участвовать в учебных программах и/или внеклассных школьных программах. Запросы о соблюдении требований и/или порядка обжалования можно направлять сотруднику школьного округа, который занимается вопросами Title IX/RCW 28A.640 и/или координатору по Разделу 504/ ADA. Адрес: 4220 80<sup>th</sup> Street NE, Marysville, WA 98270. Телефон: (360) 653-7058. Мерисвилльский Школьный Округ является рабочим местом, где не употребляются наркотики и табак.



**Marysville School District #25**  
**4220 80th St. NE, Marysville, WA 98270**

**Анкета по жилищному вопросу для учащихся**

Ответы на следующие вопросы помогут определить услуги, на получение которых учащийся может иметь право по закону McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Закон McKinney-Vento Act предусматривает предоставление определенных услуг и поддержки детям и молодежи, столкнувшимся с проблемой бездомности. (Дополнительная информация приведена на обороте)

**Если вы являетесь владельцем жилья/снимаете жилье, вам не нужно заполнять эту анкету.**

Если вы не владеете жильем/не снимаете жилье, отметьте все, что относится к вам. (Передайте заполненную анкету в районную службу по борьбе с бездомным населением District Homeless Liaison. Контактная информация приведена внизу страницы).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> В мотеле  | <input type="checkbox"/> В машине, парке, кемпинге или в аналогичном месте |
| <input type="checkbox"/> В приюте  | <input type="checkbox"/> Временное жилье                                   |
| <input type="checkbox"/> Постоянно переезжаю/останавливаюсь на ночлег                                      | <input type="checkbox"/> Другое _____                                      |
| <input type="checkbox"/> В чужой квартире/доме с другой семьей   |  |
| <input type="checkbox"/> В жилье с отсутствием базовых удобств (нет воды, отопления, электричества и т.д.) |  |

Фамилия и имя учащегося: \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Второе имя или отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Название школы/учебного заведения: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_  
Месяц/день/год

Пол: \_\_\_\_\_  Беспризорный учащийся (не проживает с родителем или официальным опекуном)  
 Учащийся проживает с родителем или законным опекуном

АДРЕС ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ: \_\_\_\_\_

НОМЕР ТЕЛЕФОНА, В Т.Ч. КОНТАКТНЫЙ: \_\_\_\_\_ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО: \_\_\_\_\_

Фамилия/имя родителя(-ей)/опекуна(-ов) печатными буквами: \_\_\_\_\_  
(Или беспризорный подросток)

\*Подпись родителя/официального опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(Или беспризорный подросток)

\*Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что приведенная здесь информация является правдивой и точной.

**Secretaries: Please return completed form to: The building counselor & a scanned copy to  
deanna\_bashour@msd25.org**

Deanna Bashour / Stephanie Zikopoulos District Liaison	(360)-965-0049 Phone Number	MSD Service Center Location
---	--------------------------------	--------------------------------

Только для персонала учебного заведения: Для сбора данных и кодирования данных в системе информации об учащихся

(N) Не бездомный(-ая)  (A) Приюты  (B) Совместное проживание  (C) Без приюта  (D) Гостиница/мотель

## 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 кампинга 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 квалифицируем как приют, так и предназначенному 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 «беспрizорный подросток» определяет подростков, не находящихся на попечении родителя или опекуна.

### Дополнительные ресурсы

Информация и ресурсы для родителей приведены по адресам:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)  
<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

Date: March 25, 2010  
 To: Parents/Guardians of Marysville School District Students  
 From: Marysville School District  
 Re: New Ethnicity and Race Categories

Dear Parent or Guardian:

The way we report race and ethnicity has changed. Instead of reporting one of five racial/ethnic categories we are now required to report on 57 categories.

You will be asked to identify your student as Hispanic or not Hispanic and by one or more of the 57 racial categories.

We are required to report the *total number* of students in each category. We *do not* report on any individual student.

These reports help us know how well students from different groups are learning and how to get better at serving students.

If you have questions regarding this form, please contact your school office. For more information about the student data reporting categories, please see:

<http://www.k12.wa.us/CEDARS/default.aspx>.

Date: 29 января, 2010  
 To: Родителям/Опекунам Учащихся Мерисвиллского Школьного Округа  
 From: Мерисвиллский Школьный Округ  
 Re: Новые Категории Этнической и Расовой Принадлежности

Уважаемые родители и опекуны:

Категории этнической и расовой принадлежности, по которым мы сообщаем данные, изменились. Вместо того чтобы сообщать об одной из пяти категорий расовой/этнической принадлежности, теперь мы обязаны сообщать о 57 категориях.

Просим вас сообщить, принадлежит ли ваш ребенок к категории лиц латиноамериканского происхождения и определить его/ее принадлежность к одной или нескольким из 57 расовых групп.

Мы обязаны сообщать об общем числе учащихся в каждой категории. Мы *не* сообщаем личные сведения о конкретных учащихся.

Эти сведения помогают нам следить за тем, как хорошо учатся учащиеся из различных групп, и что мы можем делать лучше в обучении учащихся.

Если у вас есть вопросы по поводу этой формы, обращайтесь в офис вашей школы.

За дополнительной информацией о категориях учащихся, которые используются в сборе данных, обращайтесь к сайту: <http://www.k12.wa.us/CEDARS/default.aspx>.

Fecha: Marzo, 2010  
 A: Padres/Apoderados de estudiantes de el Distrito Escolar de Marysville  
 De: Distrito Escolar de Marysville  
 Re: Categorías de Raza y etnicidad

Estimado Padre o Guardián:

Hemos cambiado la manera de reportar raza y etnicidad. En lugar de informar una de las cinco categorías raciales / étnicas, ahora estamos obligados a informar en 57 categorías.

Se le pedirá que identifique a su estudiante como hispano o no hispano, y por uno o más de las 57 categorías raciales.

Estamos obligados a informar el número total de estudiantes en cada categoría. No reportamos sobre ningún estudiante individual.

Estos informes nos ayudan a saber, qué tan bien están aprendiendo los estudiantes de los diferentes grupos y cómo llegar a servir mejor a los estudiantes.

Si usted tiene preguntas sobre este formulario, por favor contacte la oficina de la escuela de su hijo. Para más información acerca de reporte de categorías de estudiantes, por favor vea:

<http://www.k12.wa.us/CEDARS/default.aspx>.

**Форма для Сбора Данных об Этнической и Расовой Принадлежности**

**Инструкции:** Эта форма будет заполняться родителями или опекунами учащегося, необходимо ответить на все вопросы. Вопрос 1 спрашивает об этнической принадлежности учащегося и Вопрос 2 спрашивает о расовой принадлежности учащегося.

Имя Учащегося \_\_\_\_\_ Школа Учащегося \_\_\_\_\_

**Вопрос 1:**

For Office Use Only:  
[ ] Ify [ ] Obs

Ваш ребенок  
Испаноязычный или  
Латиноамериканского  
происхождения?

**Вопрос 2:**

For Office Use Only:  
[ ] Ify [ ] Obs

Представителем какой расовой группы (групп) вы  
считаете вашего ребенка?

*Отметьте все, что соответствует.*

**Вопрос 3:**

В какой стране  
родился ваш  
ребенок?

- Не Испаноязычный /  
Латиноамериканского  
происхождения
- 
- Cuban  
 Dominican  
 Spaniard  
 Puerto Rican  
 Mexican /  
Mexican American / Chicano  
 Central American  
 South American  
 Latin American  
 Other Hispanic / Latino

- African American/Black  
 White  
 Asian Indian  
 Cambodian  
 Chinese  
 Filipino  
 Hmong  
 Indonesian  
 Japanese  
 Korean  
 Laotian  
 Malaysian  
 Pakistani  
 Singaporean  
 Taiwanese  
 Thai  
 Vietnamese  
 Other Asian  
 Native Hawaiian  
 Fijian  
 Guamanian or Chamorro  
 Mariana Islander  
 Melanesian  
 Micronesian  
 Samoan  
 Tongan  
 Other Pacific Islander

- Alaska Native  
 Chehalis  
 Colville  
 Cowlitz  
 Hoh  
 Jamestown  
 Kalispel  
 Lower Elwha  
 Lummi  
 Makah  
 Muckleshoot  
 Nisqually  
 Nooksack  
 Port Gamble Clallam  
 Puyallup  
 Quileute  
 Quinault  
 Samish  
 Sauk-Suiattle  
 Shoalwater  
 Skokomish  
 Snoqualmie  
 Spokane  
 Squaxin Island  
 Stillaguamish  
 Suquamish  
 Swinomish  
 Tulalip  
 Upper Skagit  
 Yakama  
 Other Washington  
Indian  
 Other American  
Indian / Alaska Native

- США  
 Другая страна  
(Пожалуйста, укажите):
- 

Имя печатными буквами

Кем приходится

Подпись

Дата



# Certificate of Immunization Status (CIS, Прививочный сертификат)

Для поступления в детский сад, 12-я группа / Детское учреждение

Распечатайте документ. Ознакомьтесь с инструкциями о заполнении данной формы на оборотной стороне или распечатайте форму из информационно-справочной системы по вакцинации штата Вашингтон.

Office Use Only:

Reviewed by:

Date:

Signed Cert. of Exemption on file?  Yes  No

Фамилия ребенка:	Имя:	Первая буква второго имени:	Дата рождения (дд/мм/гггг):	Пол:
Я разрешаю школе, в которой обучается мой ребенок, предоставлять информацию о проведенной ему/ей вакцинации в информационно-справочную систему по вакцинации для целей ведения школьного делопроизводства в отношении моего ребенка.			Я подтверждаю, что представленная в настоящей форме информация является точной и достоверной.	
Подпись родителя/опекуна		Дата	Подпись родителя/опекуна	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Необходимо для поступления в школу, детский сад/детское дошкольное учреждение</li> <li>• Требуется только в детском саду/детском дошкольном учреждении</li> </ul>				
<b>Прививки, которые требуются для поступления в школу или детский сад</b>				
♦ DtaP / DT (дифтерия, столбняк, коклюш)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ Td (столбняк, дифтерия)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ Гепатит В	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
<input type="checkbox"/> График вакцинации с двухразовым режимом введения вакцины в возрасте от 11 до 15 лет				
• Hib-вакцина (вакцина против гемофильной палочки типа b)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ IPV / OPV (полиомиелит)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ MMR (корь, краснуха, паротит)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
• PCV / PPSV (пневмококковая инфекция)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
♦ Ветряная оспа (ветрянка)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
<input type="checkbox"/> Анамнез заболевания, подтвержденный IIS				
<b>Рекомендуемые прививки (не требуются для поступления в школу или детский сад)</b>				
Грипп	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
Гепатит А	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
ВПЧ (вирус папилломы человека)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
MCV / MPSV (менингококковая инфекция)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
MenB (менингококковая инфекция)	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг
Ротавирусная инфекция	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг	Дата дд/мм/гггг

## Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию

Исключительно для использования врачом

Наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS, в анамнезе ветряной оспы (ветрянки) или иммунитета (титр антител) по результатам анализов крови ДОЛЖНО быть подтверждено медицинским учреждением

Подтверждают наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS:

- подтвержденной ветряной оспы в анамнезе;
- подтвержденного результатами лабораторных исследований иммунитета (титр антител) к указанному (-ым) ниже заболеванию (-ям). **НЕОБХОДИМО также приложить результат(-ы) лабораторных анализов на титры антител.**

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Дифтерия                          | <input type="checkbox"/> Свинка        | <input type="checkbox"/> Другое: |
| <input type="checkbox"/> Гепатит А                         | <input type="checkbox"/> Полиомиелит   | _____                            |
| <input type="checkbox"/> Гепатит В                         | <input type="checkbox"/> Краснуха      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа B) | <input type="checkbox"/> Столбняк      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Ветряная оспа                     | <input type="checkbox"/> Ветряная оспа |                                  |
| <input type="checkbox"/> Корь                              |  |                                  |

Подпись лицензированного врача Дата  
(MD, DO, ND, PA, ARNP)

Расшифровка подписи

## Инструкции по заполнению Прививочного сертификата (ПС): распечатка из информационно-справочной системы по вакцинации (IIS) или заполнение вручную.

**Распечатать с заполненной информацией о вакцинации:** Узнайте у своего врача, регистрирует ли он факт проведенной вакцинации в информационно-справочной системе по вакцинации штата Вашингтон (общей базе данных штата Вашингтон). В случае положительного ответа попросите его распечатать CIS из IIS, и информация о вакцинации Вашего ребенка будет заполнена автоматически. CIS можно также распечатать дома, зарегистрировавшись и зайдя на портал MyIR на странице <https://wa.myir.net>. Если ваш врач не пользуется IIS, обратитесь за копией CIS Вашего ребенка по электронной почте или по телефону в Министерство здравоохранения: [waiisrecords@doh.wa.gov](mailto:waiisrecords@doh.wa.gov) или 1-866-397-0337.

### Для заполнения формы вручную:

**№1** Введите имя, дату рождения и пол Вашего ребенка и напишите Ваше Ф.И.О. в обозначенном месте на странице 1.

**№ 2 Информация о вакцине:** Укажите в колонках с датами дату введения каждой дозы вакцины (в формате ДД/ММ/ГГГГ). Если Ваш ребенок получает комбинированную вакцину (которая защищает от нескольких заболеваний), воспользуйтесь приведенным ниже справочником для правильного обозначения каждой вакцины. Например, обозначьте «Педиатрикс» в графе «дифтерия, столбняк, коклюш» как **DTaP**, гепатит В как **Hep B** и полиомиелит как **IPV**.

**№ 3 Анамнез заболеваний ветряной оспой:** Если у Вашего ребенка была ветрянка (ветряная оспа), и он не прошел вакцинацию от этого заболевания, **в соответствии с требованиями школы наличие ветрянки в анамнезе должно быть подтверждено медицинским учреждением.**

- Если Ваш врач может подтвердить, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, попросите его поставить соответствующую отметку в разделе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию» и подписать форму.
- Если персонал школы получит доступ в IIS и увидит подтверждение того, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, они проверят отметку в ячейке «Ветряная оспа» в разделе «Вакцинация».

**№ 4 Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию:** Если у Вашего ребенка положительный результат анализов крови на антитела (титр антител), свидетельствующий о наличии иммунитета, в отсутствие вакцинации, попросите своего врача поставить отметку в ячейках с указанием соответствующих заболеваний в графе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию», подписаться и поставить дату в форме. **С CIS необходимо предоставить результаты лабораторных исследований.**

### Справочник с сокращенными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины
DT	Дифтерия, столбняк	Hep A	Гепатит А	MCV / MCV4	Менингококковая конъюгированная вакцина	OPV	Пероральная полиомиелитная вакцина	Tdap	Столбняк, дифтерия, ацеллюлярный коклюш
DTaP	Дифтерия, столбняк, ацеллюлярный коклюш	Hep B	Гепатит В	MenB	Менингококковая вакцина В	PCV / PCV7 / PCV13	Пневмококковая конъюгированная вакцина	VAR / VZV	Ветряная оспа
DTP	Дифтерия, столбняк, коклюш	Hib	Вакцина против гемофильной палочки типа b	MCV / MPSV4	Менингококковая полисахаридная вакцина	PPSV / PPV23	Пневмококковая полисахаридная вакцина		
Flu (IIV)	Грипп	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Вирус папилломы человека	KPK	Корь, паротит, краснуха	Rota (RV1 / RV5)	Ротавирусная инфекция		
HBIG	Иммуноглобулин к гепатиту В	IPV	Инактивированная полиомиелитная вакцина	MMRV	Корь, паротит, краснуха с ветряной оспой	Td	Столбняк, дифтерия		

### Справочник с фирменными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте <https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина
Акт-ХИБ® (ActHIB®)	Hib	Флюарикс® (Fluarix®)	Грипп	Хаврикс® (Havrix®)	Hep A	Менвео® (Menveo®)	Менингококковая инфекция	Ротарикс® (Rotarix®)	Ротавирусная инфекция (RV1)
Адацел® (Adacel®)	Tdap	Флуселвакс® (Flucelvax®)	Грипп	Хиберикс® (Hiberix®)	Hib	Педиарикс® (Pediarix®)	DTaP + Hep B + IPV	Ротатек® (RotaTeq®)	Ротавирусная инфекция (RV5)
Афлурия® (Afluria®)	Грипп	ФлуЛавал® (FluLaval®)	Грипп	ХибТИТЕР® (HibTITER®)	Hib	ПедваксХИБ® (PedvaxHIB®)	Hib	Тенивак® (Tenivac®)	Td
Бексеро® (Bexsero®)	MenB	ФлуМист® (FluMist®)	Грипп	Ипол® (Ipol®)	IPV	Пентасел® (Pentacel®)	DTaP + Hib + IPV	Труменба® (Trumenba®)	MenB
Боострикс® (Boostrix®)	Tdap	Флувирин® (Fluvirin®)	Грипп	Инфанрикс® (Infanrix®)	DTaP	Пневмовакс® (Pneumovax®)	PPSV	Твинрикс® (Twinrix®)	Hep A + Hep B
Серварикс® (Cervarix®)	2vHPV	Флузон® (Fluzone®)	Грипп	Кинрикс® (Kinrix®)	DTaP + IPV	Превнар® (Prevnar®)	PCV	Вакта® (Vaqta®)	Hep A
Даптасел® (Daptacel®)	DTaP	Гардасил® (Gardasil®)	4vHPV	Менактра® (Menactra®)	MCV или MCV4	ПроKвад® (ProQuad®)	MMR + ветряная оспа	Варивакс® (Varivax®)	Ветряная оспа
Энгерикс-Б® (Engerix-B®)	Hep B	Гардасил® 9 (Gardasil® 9)	9vHPV	Меномун® (Menomune®)	MPSV4	Рекомбивакс ХБ® (Recombivax HB®)	Hep B		

Если у вас есть инвалидность и вам нужен этот документ в другом формате, пожалуйста, позвоните по номеру 1-800-525-0127 (TDD/TTY: звоните 711).

DOH 348-013 December 2016 Russian

Данная информация необходима для того, чтобы запланировать соответствующую программу для вашего ребенка и быть готовыми к любой экстренной ситуации, в случае ее возникновения. Если возникнут дополнительные вопросы, ваша школьная медсестра или ассистент медицинского кабинета свяжутся с вами. Другие лица могут просматривать информацию в целях обеспечения безопасности и/или других целях,

## Школьный округ Marysville School District

### История болезни учащегося

Office use only

Level A (24 hr/day)

Level B (Med Fragile; FT Nurse)

Level C (Medically Complex;  
nurse 1 day/wk)

Level D (Health Concern)

Дата: \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Официальное имя (печатными буквами, пожалуйста) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Муж [ ] Жен[ ]

Врач/клиника \_\_\_\_\_ Телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### История болезни (отметьте все соответствующие варианты)

Пожалуйста, поясните все ответы "да"

Аллергия, угрожающая жизни

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Шприц-ручка Epi Pen

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Другие виды аллергии (указать)

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Астма

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Диабет

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Проблемы с сердцем

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Эпилепсия

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Тип и медицинский препарат .....

Эмоциональные/психологические проблемы

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Проблемы со зрением

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Проблемы со слухом

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Ортопедическое состояние

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Тяжелая травма или

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Госпитализация (указать дату) .....

Синдром нарушения внимания с гиперактивностью

ADHD / синдром нарушения внимания ADD

(обведите один вариант )

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Кем и когда поставлен диагноз: .....

Название медицинского препарата: ....

Проблемы с кишечником или мочевым пузырем

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Врожденные дефекты или синдромы

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Заболевание кожи

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Неврологические проблемы

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Шунт

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

Проблемы с приемом пищи или питанием

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

При выборе утвердительного ответа "да" школа автоматически не предоставляет специальную диету во время школьных обедов или завтраков.

Вопросы? Пожалуйста, обращайтесь к своей школьной медсестре.

Другое

Да [ ] Нет [ ]

\_\_\_\_\_

#### Медицинские препараты

В соответствии с законом штата Вашингтон необходимо письменное разрешение лицензированного поставщика медицинских услуг и родителя на то, чтобы принимать в школе любые медицинские препараты (как отпускаемые по рецепту, так и без рецепта). Соответствующую форму разрешения на медицинские препараты можно получить в своей школе.

Препараты, принимаемые дома Да [ ] Нет [ ] **ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ ВСЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ** Препараты, принимаемые в школе Да [ ] Нет [ ]  
(при необходимости можно использовать обратную сторону листа)

#### Заболевания, угрожающие жизни

В соответствии с законом штата Вашингтон RCW 28A учащиеся, страдающие угрожающими жизни заболеваниями (диабет, астма, угрожающая жизни аллергия и т.д.), обязаны иметь при себе в школе следующие документы и предметы, прежде чем им будет разрешено посещать школу.

\*план предоставления медицинской/неотложной помощи

\*Медицинское разрешение

\*Запас медицинских препаратов и/или средств для лечения

Подпись законного опекуна

Дата

REG Student Health 1/2011 Russian



**Офис главного инспектора государственного образования штата (OSPI)  
Анкета для родителей о родном языке**

<b>Имя учащегося:</b>		<b>Дата:</b>
<b>Дата рождения:</b>	<b>Пол:</b>	<b>Класс:</b>
<b>Кем заполнена форма:</b>		
Имя родителя/опекуна _____		Кем приходится учащемуся _____
Подпись родителя/опекуна _____		
Если бы Вам была предоставлена такая возможность, на каком языке Вы предпочли бы получать сообщения из школы?		
<b>Оказывалась ли Вашему ребенку помочь в развитии навыков владения английским языком по Переходной двуязычной учебной программе в последней школе, которую он посещал? Да__ Нет__ Не знаю__</b>		

1. В какой стране родился Ваш ребенок?	_____
2. <b>На каком языке Ваш ребенок впервые начал говорить?*</b>	_____
3. <b>Каким языком <u>ВАШ РЕБЕНОК</u> чаще всего пользуется дома?*</b>	_____
4. Каким языком (языками) чаще всего пользуются <u>родители/опекуны</u> при общении с ребенком дома?	_____
5. Ваш ребенок когда-либо получал формальное образование* за пределами Соединенных Штатов? (Детский сад - 12-й класс)	Если да, то на каком языке (языках) велось преподавание?
_____ Да _____ Нет  «Формальное образование» не включает лагеря беженцев или другие неаккредитованные программы для детей.	Сколько месяцев? _____
6. Когда Ваш ребёнок впервые пошёл в школу в США? (детский сад - 12-й класс)	месяц      день      год

**\*WAC 392-160-005:** «Основным языком» считается язык, которым чаще всего пользуется учащийся (не обязательно родители, опекуны или другие) для общения по месту своего проживания.

*Note to district: A response of a language other than English to question #2 OR question #3 triggers ELL placement testing.*

## Цель анкетирования о родном языке

Анкета о родном языке предлагается для заполнения всем студентам, поступающим в школы Вашингтона. Следующая информация может помочь вам ответить на некоторые из вопросов, которые могут у вас возникнуть относительно анкеты.

### Какова цель анкеты о родном языке?

Основная цель анкеты о родном языке заключается в том, чтобы выявить тех учеников, которые могут претендовать на помощь в развитии у них навыков владения английским языком, необходимых для успеха в учебе и которые могут претендовать на другие услуги. Важно, чтобы эта информация была правильно заполнена, так как это может повлиять на то, могут ли ученики претендовать на те или иные услуги, необходимые для их хорошей успеваемости в школе. Тестирование может быть необходимо для того, чтобы определить, действительно ли ученик нуждается в дополнительной поддержке по учебе и в освоении языка. Ни один ученик не будет помещен в программу по развитию навыков владения английским языком на основании исключительно ответов по данной анкете.

### Почему вы спрашиваете о родном языке учащегося и о языке (языках), используемых в домашних условиях?

Два вопроса о языке учащегося помогут нам определить:

- имеет ли Ваш ребенок право на помочь в изучении английского языка, и
- следует ли сотрудникам школы знать о других языках, используемых учеником дома.

Язык, который ваш ребенок впервые освоил, может отличаться от того языка, который ваш ребенок использует в данный момент для общения дома. Ответы на оба эти вопроса помогут школе определить потребности каждого учащегося, а также помочь в решении коммуникационных вопросов, которые могут возникнуть. Студенты, для которых английский язык не является первым языком, могут претендовать на дополнительную поддержку. Даже студенты, которые говорят по-английски, могут по-прежнему нуждаться в поддержке в развитии навыков владения языком, которые необходимы, чтобы быть успешным в школе.

### Почему вы спрашиваете о месте рождения ученика?

Данная информация помогает школьному округу и государству определить, соответствует ли студент определению иммигранта для целей федерального финансирования. Это относится также к тем случаям, когда родители ученика являются гражданами США, а студент родился за пределами Соединенных Штатов. Данная анкета не используется для идентификации тех студентов, у которых может не быть документов.

### Почему вы спрашиваете о предыдущем образовании учащегося?

Сведения об образовании ученика помогут подтвердить тот факт, что его образование как внутри, так и за пределами Соединенных Штатов соответствует любым рекомендациям для участия в программах и услугах, предлагаемых в округе. Информация об образовании ученика также важна, чтобы определить, является ли ученик достаточно успешен в соответствии с государственными стандартами на основе его предварительного образования.

Благодарим Вас за предоставление информации, необходимой для анкетирования о родном языке. Свяжитесь с вашим школьным округом, если у вас есть дополнительные вопросы по данной форме или об услугах, которыелагаются в школе вашего ребенка.



## Assessment and Student Services

Для: Родители/Опекуны Учащихся Мерисвиллского Школьного Округа

От: Мерисвиллский Школьный Округ

Название: New Military Affiliation Data and Truancy Requirements

Законодательный орган штата Вашингтон недавно принял закон, требующий от государственных школ штата Вашингтон проводить сбор информации о военной принадлежности семей. Законодательный орган также принял закон, требующий ежегодного уведомления родителей для обзора Требований к Посещаемости Закона «Бекка». Эта требуемая информация будет собираться ежегодно.

Пожалуйста, уделите время, чтобы представить как «О военной принадлежности», так и «Уведомление Бекка» информацию, включенную в этот пакет регистрации. Информация будет требоваться для каждого ребенка на ежегодной основе. Каждый год вам будет предоставлена возможность:

- Вернуть заполненные формы «О военной принадлежности» и «Уведомление Бекка» в школу вашего ребенка; **или**
- Заполнить требуемую информацию «О военной принадлежности» и «Уведомление Бекка» в системе «Доступ Семьи» (Family Access) для каждого ребенка.
  - «Доступ Семьи»: Обратитесь к инструкциям на обратной стороне этого письма.
  - Если у вас есть вопросы, касающиеся системы «Доступ Семьи» или «О военной принадлежности» и/или «Уведомление Бекка» форм, пожалуйста, свяжитесь с офисом вашей школы.

Если у вас есть вопросы относительно нового закона о «О военной принадлежности», пожалуйста, посетите:  
<http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5163&year=2015>.

Благодарим вас за оперативное внимание к этому вопросу.

- - - - -

На учебный год: \_\_\_\_\_

**Заполните форму «О военной принадлежности», приведенную ниже и возвратите в офис школы вашего ребенка или введите информацию в аккаунт системы «Доступ Семьи» вашего ребенка (см. указания на обратной стороне этого письма).**

Имя учащегося: \_\_\_\_\_ Название школы: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, отметьте	Код	Причина
	N	Ни один родитель или опекун в настоящее время не служит в Вооруженных Силах США или Национальной Гвардии
	A	Родитель или опекун в настоящее время является членом Вооруженных Сил США, действительная служба
	R	Родитель или опекун в настоящее время является членом Вооруженных Сил США, в запасе
	G	Родитель или опекун в настоящее время является членом Национальной Гвардии
	M	Более чем один родитель или опекун соответствует критериям A, R и G
	Z	Предпочитаю не отвечать

## **Что вам необходимо знать о предотвращении прогулов и содержании законопроекта Весса**

### **Прогулы**

Законы нашего штата (RCW 28A.225) требуют, чтобы дети в возрасте от 6 до 17 лет, зачисленные в государственные школы, посещали занятия с понедельника по пятницу, если у них нет уважительной причины для пропуска занятий. При наличии уважительной причины для пропуска занятий родители или опекуны должны сообщить об этом в школу.

Пропуски могут рассматриваться как прогулы, если учащиеся пропускают занятия, и родители не сообщают о наличии уважительной причины. Прогул определяется как отсутствие учащегося в школе в течение целого дня или большей части учебного времени, без уважительной причины.

### **Закон Весса**

Закон «Весса» - это закон нашего штата об обязательном посещении занятий. Его цель - прекратить прогулы тогда, когда они еще не стали проблемой. Работники школ и члены семей учащихся должны совместно работать, чтобы обеспечить посещаемость школы и безопасность учащихся. При этом, если учащийся пропускает занятия без уважительной причины, закон требует, от школ и школьных округов принятия следующих мер:

1. **Один (1) пропуск занятий без уважительной причины.** При одном пропуске учащимся занятий без уважительной причины школа обязана уведомить об этом родителей учащегося. Это делается в форме телефонного звонка домой.
2. **Два (2) пропуска занятий без уважительной причины.** При втором пропуске учащимся занятий без уважительной причины школа обязана назначить встречу с одним из родителей или опекунов, а также со школьником, с целью обсуждения причин пропусков занятий без уважительной причины и принятия мер для предотвращения пропусков в будущем. Эти меры должны быть результатом совместных усилий.
3. **Пять (5) пропусков занятий без уважительной причины.** Школа обязана заключить письменное соглашение с членами семьи о предотвращении прогулов, которое отражает необходимые меры для решения проблемы посещаемости учащимся занятий, согласованные с родителями, учащимся и представителем руководства школы.
4. **Семь (7) пропусков занятий без уважительной причины в течение одного месяца либо десять (10<sup>-th</sup>) пропусков занятий без уважительной причины в течение учебного года.** Учащийся может быть направлен в «Общественный совет по прогулам», который представляет собой группу граждан, помогающих решать проблемы прогулов вне суда. Школьный округ может также подать ходатайство в суд по делам несовершеннолетних о принятии постановления, обязывающего учащегося посещать занятия в школе. При нарушении такого постановления суд назначит слушание в связи с неисполнением судебного постановления, и учащийся получит постановление суда, которое может включать эссе, учебный клуб, общественные работы, альтернативы содержанию под стражей и содержание под стражей. На родителей может также быть наложен штраф в размере до \$25.00 за каждый день занятий, пропущенных без уважительной причины.

### **Предотвращение прогулов**

Безопасность и успехи учащихся в учебе важны как для родителей, так и для работников сферы образования. Если вас беспокоит отношение вашего ребенка к школе и его/ее посещаемость, свяжитесь с учителем вашего ребенка, консультантом и/или директором школы. Объединив наше понимание потребностей и интересов вашего ребенка, мы сможем направить совместные усилия на разработку индивидуального плана, чтобы помочь вашему ребенку оставаться в школе.



**Уведомление Весса и Соглашение «Требования к Посещаемости»**

В соответствии с законами штата (RCW 28A.225) учащиеся обязаны посещать школу в течение полного учебного дня, не отсутствуя без уважительной причины, без пропусков занятий или опозданий. Когда учащийся накопит семь (7) дней пропусков занятий без уважительной причины в течение любого месяца (один день состоит более чем из половины учебного дня) либо десять (10) дней пропусков занятий без уважительной причины в течение учебного года, он/она могут быть направлены в «Общественный совет по прогулам» и, в результате - возможна подача ходатайства Весса в суд по делам несовершеннолетних, где могут быть наложены санкции. Эти санкции могут включать эссе, учебный клуб, общественные работы, альтернативы содержанию под стражей и содержание под стражей. На родителей может быть наложен штраф в размере до \$25 за каждый день занятий, пропущенных без уважительной причины.

- **Сообщение:**
    - Я понимаю, что за каждый день пропусков мой родитель/опекун будет представлять письменную записку, электронное сообщение или звонить в школу в течение трех (3) дней после возвращения в школу, чтобы уведомить о наличии уважительной причины.
    - Они обязаны сообщать причину отсутствия.
    - Если причина не сообщена или причина не соответствует критериям уважительных причин, которые определены в школьных правилах № 3122 Р, отсутствие будет считаться неуважительными.
  - **Без уважительной причины:**
    - Я понимаю, что когда у меня накопиться семь (7) дней пропусков занятий без уважительной причины в течение любого месяца (один день состоит более чем из половины учебного дня) либо десять (10) дней пропусков занятий без уважительной причины в течение учебного года, я буду направлен в «Общественный совет по прогулам» и, в результате - возможна подача ходатайства Весса в суд по делам несовершеннолетних.
    - Я понимаю, что, если я пропущу двадцать (20) учебных дней подряд без уважительной причины, я буду отчислен из школы за нарушение посещаемости.
  - **По уважительной причине:**
    - Я понимаю, что если у меня накопится пятнадцать (15) дней пропусков по уважительной причине в течение учебного года, за каждые два дня одной недели пропусков по уважительной причине необходимо будет представить справку от врача, чтобы подтвердить уважительную причину. Без справки от врача причина пропусков будет считаться неуважительной.
  - **Отчисление:**
    - Я понимаю, что, если секретарь или регистратор не получит запрос на передачу моих документов в течение десяти (10) дней после моего отчисления, в суд по делам несовершеннолетних будет подано ходатайство Весса.

Я, \_\_\_\_\_, буду посещать все запланированные занятия каждый день, вовремя, без  
каких-либо отсутствий без уважительной причины, пропусков занятий или опозданий.

Подпись учащегося

Подпись родителя/опекуна

Школа

Дата

**Критерий уважительных причин (Пожалуйста, обратитесь к Правилу №. 3122Р для дополнительной информации):**

- A. Участие в мероприятиях, одобренных школой
  - B. Отсутствие по причине болезни, состояния здоровья, неотложного случая в семье или религиозных событий
  - C. Отсутствие из-за мероприятий, одобренных родителями
  - D. Отсутствие вследствие дисциплинарных мер или краткосрочного отстранения от занятий
  - E. Продолжительная болезнь или состояние здоровья
  - F. Отсутствие по уважительной причине из-за хронического состояния здоровья

Date: February 2017  
 To: Parents/Guardians of Marysville School District Students  
 From: Marysville School District  
 Re: **Title VI ED 506 Indian Student Eligibility certification form – MSD Indian Education Department**

Dear Parent / Guardian:

This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child, in your household, included in the student count. You are not required to complete or submit this form. If your child is an enrolled member of a federally recognized tribe or a descendant of an enrolled member, completing this form may provide access to additional services through our Marysville School District Indian Education Program. This form should be kept on file 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 permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

If you have more questions regarding this form, please contact your school.

If you need help in Spanish or Russian language, please contact our Parent Liaisons: (For Spanish) 360.965.0054 (For Russian) 360.965.0055

## SPANISH

Fecha: Feb 2017  
 A: Padres/Apoderados de estudiantes del Distrito Escolar de Marysville  
 De: Distrito Escolar de Marysville  
 Re: **Título VI ED 506 Certificado de elegibilidad para estudiantes Nativos Americanos**

Estimado Padre o / Guardián:

Este formulario sirve como el registro oficial de la determinación de elegibilidad para cada niño individual, en su hogar, incluido en el conteo de estudiantes. No es necesario que llene o envíe este formulario. Si su hijo es un miembro inscrito de una tribu federalmente reconocida o un descendiente de un miembro inscrito, el completar este formulario puede proporcionar acceso a servicios adicionales a través de nuestro Programa de Educación para Nativos del Distrito Escolar de Marysville. Este formulario debe mantenerse en el archivo y no necesitará ser completado cada año. Cuando sea aplicable, la información contenida en este formulario puede ser liberada con su consentimiento previo por escrito o el consentimiento previo por escrito de un estudiante elegible (de 18 años o más), o si de otra manera autorizado por la Ley de Derechos y Privacidad, 20 USC § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Si tiene más preguntas con respecto a este formulario, comuníquese con su escuela.

Preguntas en Español o Ruso contacte a nuestras enlaces de padres: (Para ESPAÑOL) 360.965.0054 (PARA RUSO) 360.965.0055

## RUSSIAN

Дата: Февраль 2017  
 Для: Родители/Опекуны Учащихся Мерисвиллского Школьного Округа  
 От: Мерисвиллский Школьный Округ  
 Название: **Title VI ED 506 Indian Student Eligibility certification form – MSD Indian Education Department**

Уважаемый родитель/опекун:

Эта форма служит как официальный отчет об определении возможности для каждого отдельного ребенка в вашей семье, включеного в число учащихся. Вам не требуется заполнять или отправлять эту форму. Если ваш ребенок зачислен членом признанных на федеральном уровне племени или потомком зарегистрированных членов, заполнение этой формы может предоставить доступ к дополнительным услугам через нашу Программу Образования Индейцев Мерисвиллского Школьного Округа. Эта форма должна храниться на файле и ее не нужно будет заполнять каждый год. Там, где это применимо, информация, содержащаяся в этой форме, может быть передана с вашего предварительного письменного согласия или предварительного письменного согласия имеющего на это право учащегося (в возрасте 18 лет или старше), или если иное разрешено законом, если это допустимо в соответствии с «Законом о правах семей в сфере образования и неприкосновенности частной жизни», 20 U.S.C. § 1232g и любыми применимыми требованиями конфиденциальности штата или местности.

Если у вас есть дополнительные вопросы относительно этой формы, пожалуйста, свяжитесь с вашей школой.

Если вам нужна помощь на испанском или русском языке, пожалуйста, свяжитесь с нашими Координаторами по связям с родителями: (НА ИСПАНСКОМ) 360.965.0054 (НА РУССКОМ) 360.965.0055

**U.S. Department of Education  
Office of Indian Education  
Washington, DC 20202**  
**TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

**Parent/Guardian:** This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file 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 permissible 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 \_\_\_\_\_  
(As shown on school enrollment records)

Name of School \_\_\_\_\_

**TRIBAL ENROLLMENT**

Name of the individual with tribal enrollment: \_\_\_\_\_  
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: \_\_\_\_\_ Child \_\_\_\_\_ Child's Parent \_\_\_\_\_ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: \_\_\_\_\_

The Tribe or Band is (select only one):

- Federally Recognized  
 State Recognized  
 Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)  
 Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) \_\_\_\_\_ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) \_\_\_\_\_

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**ATTESTATION STATEMENT**

I verify that the information provided above is accurate.

Name Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## **INSTRUCTIONS FOR THE ED 506 FORM**

### **FOR APPLICANTS:**

**PURPOSE:** To comply with the requirements in 20 USC 7427(a), which provides that: "The Secretary shall require that, as part of an application for a grant under this subpart, each applicant shall maintain a file, with respect to each Indian child for whom the local educational agency provides a free public education, that contains a form that sets forth information establishing the status of the child as an Indian child eligible for assistance under this subpart, and that otherwise meets the requirements of subsection (b)".

**MAINTENANCE:** A separate ED 506 form is required for each Indian child that was enrolled during the count period. A new ED 506 form does **NOT** have to be completed each year. All documentation must be maintained in a manner that allows the LEA to be able to discern, for any given year, which students were enrolled in the LEA's school(s) and counted during the count period indicated in the application.

### **FOR PARENTS/GUARDIANS:**

**DEFINITION:** Indian means an individual who is (1) A member of an Indian tribe or band, as membership is defined by the Indian tribe or band, including any tribe or band terminated since 1940, and any tribe or band recognized by the State in which the tribe or band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

**STUDENT INFORMATION:** Write the name of the child, date of birth and school name and grade level.

**TRIBAL ENROLLMENT INFORMATION:** Write the name of the individual with the tribal membership. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one name: either the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name of the tribe or band of Indians to which the child claims membership. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally-recognized tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. If Terminated Tribe or Organized Indian Group is elected, additional documentation is required and must be attached to this form.

- **Federally Recognized**- an American Indian or Alaska Native tribal entity limited to those indigenous to the U.S. The Department of Interior maintains a list of federally-recognized tribes, which OIE can provide you upon request.
- **State Recognized**- an American Indian or Alaska Native tribal entity that has recognized status by a State. The U.S. Department of Education does not maintain a master list. It is recommended that you use official state websites only.
- **Terminated Tribe**-a tribal entity that once had a federally recognized status from the United States Department of Interior and had that designation terminated.
- **Organized Indian Group**- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Write the enrollment number establishing the membership of the child, if readily available, or other evidence of membership. If the child is not a member of the tribe and the child's eligibility is through a parent or grandparent, either write the enrollment number of the parent or grandparent, or provide other proof of membership. Some examples of other proof of membership may include: affidavit from tribe, CDIB card or birth certificate. Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such tribe or band of Indians.

**ATTESTATION STATEMENT:** Provide the name, address and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

The Department of Education will safeguard personal privacy in its collection, maintenance, use and dissemination of information about individuals and make such information available to the individual in accordance with the requirements of the Privacy Act.

**PAPERWORK BURDEN STATEMENT** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335. OMB Number: 1810-0021 Expiration Date: 07/31/2019.



## МЕРИСВИЛСКИЙ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ

# **Справочная Информация Об Учащемся Не Передавать**



Мерисвиллский школьный округ, в партнерстве с племенами Tulalip, работает над улучшением успеваемости и посещаемости учащихся коренных жителей Америки. Чтобы обеспечить эту поддержку, мы будем делиться **справочной информацией, которая может включать:** имя учащегося, фотографию, адрес, номер телефона, дату рождения, даты посещаемости, участие в официально признанных мероприятиях и видах спорта, членство в спортивных командах, класс в школе, полученные дипломы и награды, и предыдущую школу, посещаемую учащимся.

Эта информация не передается в коммерческих целях. Она может быть передана, чтобы предоставить образовательные услуги, стипендии, поощрения, награды, или средствам массовой информации.

**Если вы не желаете чтобы справочная информация об учащемся передавалась, пожалуйста, заполните эту форму и возвратите по нижеуказанному адресу. Пожалуйста, заполните отдельную форму для каждого учащегося в вашей семье.**

**Справочная информация об учащемся может быть передана, если эта форма не возвращена.**

Имя учащегося: (Пожалуйста,  
печатными буквами):\_\_\_\_\_

(Фамилия) (Имя) (Отчество)  
Имя родителя/опекуна (Пожалуйста,  
печати ими буквами): Телефон: (+ )

Адрес:

( Улица/Город/Штат/Почтовый Индекс)

Школа, посещаемая учащимся в настоящее время: Класс: Год окончания школы:

**Родитель/опекун или вторичная подпись:**

**Дата подписи:**

Возвратите затраченные формулы

Marysville School District #255  
Indian Education Program  
4220 80<sup>th</sup> Street NE  
Marysville, WA 98270

школу вашего ребенка

# Marysville School District

## Student Acceptable Use Policy/Parent Opt Out Form

### Introduction

We are pleased to offer students of Maryville School District access to the district computer network resources, electronic mail, and the Internet. Parents, please review this document carefully, with your son/daughter. Families have the right to restrict the use of Internet and e-mail by completing this form and returning it to your school. The request for restriction is recorded in the student information system, and the form is kept on file. Any questions or concerns about this permission form or any aspect of the computer network should be referred to your school's Library Media Specialist and/or building secretary. A copy of Board policy regarding student access to networked information resources (2022) and this document are available on the Marysville School District web site, [www.msvl.k12.wa.us](http://www.msvl.k12.wa.us).

**OPT-OUTS remain in effect for the current school year.**  
**If no documentation is on file, it will be assumed that permission for Internet and e-mail usage has been granted.**

### General Network Use

The network is provided for students to conduct research, complete assignments, and communicate with others. Access to network services is given to students who act in a considerate and responsible manner. Students are responsible for good behavior on school computer networks just as they are in a classroom or a school hallway. Access is a privilege - not a right, and entails responsibility. As such, general school rules for behavior and communications apply, and users must comply with district standards. Beyond the clarification of such standards, the district is not responsible for restricting, monitoring, or controlling the communications of individuals utilizing the network.

District staff may review files and communications to maintain system integrity and insure that users are using the system responsibly. Users should not expect that files stored on district servers will be private.

### Internet / E-mail Access

Access to the Internet and e-mail will enable students to use thousands of libraries and databases. Within reason, freedom of speech and access to information will be honored. Families should be warned that some material accessible via the Internet might contain items that are illegal, defamatory, inaccurate, or potentially offensive to some people. While our intent is to make Internet access available to further educational goals and objectives, students may find ways to access other materials as well. Filtering software is in use, but no filtering system is capable of blocking 100% of the inappropriate material available on the Internet. We believe that the benefits to students from access to the Internet, in the form of information resources and opportunities for collaboration, exceed any disadvantages. Ultimately, parents and guardians of minors are responsible for setting and conveying the standards that their children should follow when using media and information sources. To that end, the Marysville School District support and respect each family's right to decide whether or not to restrict access (see page 2).

### Publishing to the Internet

Parents, your daughter or son's work may be considered for publication on the Internet, specifically on his/her school's web site. The work will appear with a copyright notice prohibiting the copying of such work without express written permission. In the event anyone requests such permission, those requests will be forwarded to the student's parent/guardian.

Photos of students may be published on school/district websites, illustrating student projects and achievements. In addition, your daughter or son's full name may be considered for publication on his/her school's web site. If published, his/her name will appear on pages with a clear school related purpose and will be included to further instructional and/or co-curricular activities. Permission for such publishing does not grant permission to share any other information about your son/daughter beyond that implied by their inclusion on the web page(s). **If you do not want your child's work, photo or name to be published on the website**, please indicate this on the RESTRICTION OF RELEASE OF DIRECTORY INFORMATION, which can be found on the Student Emergency Information Card located in your students school office.

# Мерисвиллский Школьный округ

## Правила приемлемого пользования учащимся/Форма отказа родителей

Неприемлемое использование сети включает, но не ограничивается следующим:

- Рассылка, хранение или показ на экране непристойных сообщений или изображений
- Использование непристойных выражений
- Передача персональной информации, такой как полное имя, номер телефона, адрес или персональная фотография без разрешения учителя и родителя или опекуна
- Киберхулиганство, почта ненависти, преследование, оскорбление или атака других лиц, дискриминационные шутки или замечания
- Повреждение или модификация компьютеров, компьютерных систем или компьютерных сетей – загрузка, установка и использование игр, аудио файлов, видео файлов или других приложений, включая shareware или freeware
- Нарушение законов об авторском праве
- Совместное использование или использование чужих входов или паролей, или другой конфиденциальной информации
- Посягательство на чужие папки, работу или файлы
- Умышленная тратка ограниченных ресурсов
- Размещение информации, отправленной или хранящейся в Интернете, которая может поставить под угрозу других
- Использование сети в неакадемических или личных коммерческих или политических целях, для наживы или мошенничества
- Присоединение несанкционированного оборудования к сети округа

Нарушения данных правил могут привести к потере доступа (Правила и процедуры 3200 Совета школьного округа о правах и обязанностях учащихся). Дополнительные дисциплинарные меры могут быть определены школой. Когда это применимо, могут быть вовлечены правоохранительные органы.

### Отказ родителя/опекуна:

Отметьте ниже если вы НЕ хотите, чтобы ваш учащийся имел доступ к одному или более из следующего:

Системы электронной почты

Интернет

#### **ОТКАЗ остается в силе на текущий учебный год.**

Если нет документации в файле, будет считаться, что было предоставлено разрешение для доступа к использованию Интернета и электронной почты.

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя учащегося \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

**Школьный округ Marysville School District №25**  
**Запрос на передачу образовательных документов**  
**Уровень начальной школы**

**Пожалуйста, отправьте запрошенные документы непосредственно в отмеченную школу.**

<input type="checkbox"/> Allen Creek Elementary	6505 60 <sup>th</sup> Drive NE, Marysville, WA 98270	360-965-1100/ <b>Fax</b> 360-965-1104
<input type="checkbox"/> Cascade Elementary	5200 100 <sup>th</sup> St NE, Marysville, WA 98270	360-965-1200/ <b>Fax</b> 360-965-1204
<input type="checkbox"/> Grove Elementary	6510 Grove Street NE, Marysville, WA 98270	360-965-1700/ <b>Fax</b> 360-965-1704
<input type="checkbox"/> Kellogg Marsh Elementary	6325 91 <sup>st</sup> Street NE, Marysville, WA 98270	360-965-1900/ <b>Fax</b> 360-965-1904
<input type="checkbox"/> Liberty Elementary	1919 10 <sup>th</sup> Street, Marysville, WA 98270	360-965-1800/ <b>Fax</b> 360-965-1804
<input type="checkbox"/> Marshall Elementary	4407 116 <sup>th</sup> Street, Marysville, WA 98270	360-965-1600/ <b>Fax</b> 360-965-1604
<input type="checkbox"/> Pinewood Elementary	5115 84 <sup>th</sup> Street NE, Marysville, WA 98270	360-965-1300/ <b>Fax</b> 360-965-1304
<input type="checkbox"/> Quil Ceda Tulalip Elementary	2415 74 <sup>th</sup> Street NE, Marysville, WA 98271	360-965-3100/ <b>Fax</b> 360-965-3104
<input type="checkbox"/> Shoultes Elementary	13525 51 <sup>st</sup> Avenue NE, Marysville, WA 98271	360-965-1400/ <b>Fax</b> 360-965-1404
<input type="checkbox"/> Sunnyside Elementary	3707 Sunnyside Blvd., Marysville, WA 98270	360-965-1500/ <b>Fax</b> 360-965-1504
<input type="checkbox"/> SHoPP		360-965-3000/ <b>Fax</b> 360-965-3004

Согласно федеральному определению государственные школьные округа обязаны “наблюдать” за учащимися, которые покидают другие образовательные программы, включая (но не ограничиваясь этим) программы государственных и частных учреждений, школ на дому и иностранные программы.

Поставленная ниже родительская подпись дает разрешение на передачу запрашиваемых образовательных документов или информации в отмеченную выше школу.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Документы учащегося, полученные по данному запросу, попадают под требование федерального “Закона о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни (Family Educational Rights and Privacy Act) 1974 г.” Полученные документы не будут раскрываться третьим лицам без письменного согласия родителя (ей) или совершеннолетнего учащегося.

**В соответствии с законами штата Вашингтон учащиеся обязаны посещать школу в течение полного учебного дня до тех пор, пока не достигнут возраста 18 лет (RCW 28A.225). Если школьный округ Marysville School District не получит подтверждения посещения в течение семи (7) дней после отчисления вашего учащегося, мы имеем право уведомить суд по делам несовершеннолетних о нарушении вашим учащимся законопроекта Бесса.**

---

Школьный округ Marysville School District запрашивает следующие образовательные документы (включая, но не ограничиваясь перечисленным):

- Сводные документы учащегося**, включая документы о посещаемости, прививках, оценках на момент отчисления, дисциплине, контрольных работах, успеваемости, специальных услугах  
 Другое: [ELL, IEP, 504] (Пожалуйста, опишите) \_\_\_\_\_

Последняя посещавшаяся школа \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город, штат, почтовый индекс \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Имя учащегося \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Должностное лицо школьного округа Marysville School District \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Marysville School District Office Use Only – Required for Special Education Students**

Is this student on an IEP? Yes [ ] No [ ]

IEP Case Coordinating Teacher Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_