

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly
Press Hard

STUDENT ID NUMBER
OSIS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) / 2008
Child's Address				Hispanic/Latino? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="radio"/> American Indian <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Black <input type="radio"/> White <input type="radio"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="radio"/> Other		
City/Borough	State N.Y.	Zip Code	School/Center/Camp Name		District Number	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance (including Medicaid)? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		Parent/Guardian <input type="radio"/> Parent/Guardian <input type="radio"/> Foster Parent		Last Name		First Name	

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER *If "yes" to any item, please explain (attach addendum, if needed)*

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="radio"/> Uncomplicated <input type="radio"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="radio"/> Complicated by _____ Allergies <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Epi pen prescribed <input type="radio"/> Drugs (list) _____ <input type="radio"/> Foods (list) _____ <input type="radio"/> Other (list) _____		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="radio"/> Asthma (check severity and attach MAF/Asthma Action Plan): <input type="radio"/> Intermittent <input type="radio"/> Mild Persistent <input type="radio"/> Moderate Persistent <input type="radio"/> Severe Persistent <i>If persistent, check all current medication(s):</i> <input type="radio"/> Inhaled corticosteroid <input type="radio"/> Other controller <input type="radio"/> Quick relief med <input type="radio"/> Oral steroid <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="radio"/> Orthopedic injury/disability <input type="radio"/> Chronic or recurrent otitis media <input type="radio"/> Seizure disorder <input type="radio"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="radio"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="radio"/> Developmental/learning problem <input type="radio"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="radio"/> Diabetes (attach MAF) <input type="radio"/> Other (specify) _____		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (list below) _____ _____ Dietary Restrictions <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (list below) _____ _____	
<i>Explain all checked items above or on addendum</i>					

PHYSICAL EXAMINATION Height _____ cm (_____%ile) Weight _____ kg (_____%ile) BMI _____ kg/m ² (_____%ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (_____%ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		General Appearance: <table border="0"> <tr> <td><i>Nl Abnl</i></td><td><input type="radio"/> HEENT</td><td><i>Nl Abnl</i></td><td><input type="radio"/> Lymph nodes</td><td><i>Nl Abnl</i></td><td><input type="radio"/> Abdomen</td><td><i>Nl Abnl</i></td><td><input type="radio"/> Skin</td><td><i>Nl Abnl</i></td><td><input type="radio"/> Psychosocial Development</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Dental</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Lungs</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Genitourinary</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Neurological</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Language</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Neck</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Cardiovascular</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Extremities</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Back/spine</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> Behavioral</td> </tr> </table> Describe abnormalities: _____ _____				<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> HEENT	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Lymph nodes	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Abdomen	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Skin	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Psychosocial Development	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lungs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Genitourinary	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Neurological	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Language	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Neck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Extremities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Back/spine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Behavioral
<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> HEENT	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Lymph nodes	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Abdomen	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Skin	<i>Nl Abnl</i>	<input type="radio"/> Psychosocial Development																										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lungs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Genitourinary	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Neurological	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Language																										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Neck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Extremities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Back/spine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Behavioral																										

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) <input type="radio"/> Within normal limits If delay suspected, specify below <input type="radio"/> Cognitive (e.g., play skills) _____ <input type="radio"/> Communication/Language _____ <input type="radio"/> Social/Emotional _____ <input type="radio"/> Adaptive/Self-Help _____ <input type="radio"/> Motor _____	SCREENING TESTS		Tuberculosis <i>Only required for students entering intermediate/middle/junior or high school who have not previously attended any NYC public or private school</i>		
	Blood Lead Level (BLL) <i>(required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)</i> _____ / _____ / _____ μg/dL	Lead Risk Assessment <i>(annually, age 6 mo-6 yrs)</i> _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> At risk (do BLL) <input type="radio"/> Not at risk	Hearing <input type="radio"/> Pure tone audiometry <input type="radio"/> OAE _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Abnormal	PPD/Mantoux placed _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	Induration _____ mm <input type="radio"/> Neg <input type="radio"/> Pos <input type="radio"/> Neg <input type="radio"/> Pos <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> Not <input type="radio"/> Abnl <input type="radio"/> Indicated
	Hemoglobin or Hematocrit (age 9-12 mo) _____ / _____ / _____ g/dL _____ / _____ / _____ %		Interferon Test _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> Neg <input type="radio"/> Pos Chest x-ray (if PPD or Interferon positive) _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> Not <input type="radio"/> Abnl <input type="radio"/> Indicated		
	Head Start Only _____ / _____ / _____ g/dL _____ / _____ / _____ %		Vision <i>(required for new school entrants and children age 4-7 yrs)</i> _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> with glasses Acuity Right _____ / _____ Left _____ / _____ Strabismus <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		

IMMUNIZATIONS - DATES	CIR Number of Child: _____	Influenza _____ / _____ / _____	MMR _____ / _____ / _____
Hep B _____ / _____ / _____	Rotavirus _____ / _____ / _____	Varicella _____ / _____ / _____	Td _____ / _____ / _____
DTP/DTaP/DT _____ / _____ / _____	Hib _____ / _____ / _____	Tdap _____ / _____ / _____	Hep A _____ / _____ / _____
PCV _____ / _____ / _____	Polio _____ / _____ / _____	Meningococcal _____ / _____ / _____	HPV _____ / _____ / _____
Other, specify: _____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____	

RECOMMENDATIONS <input type="radio"/> Full physical activity <input type="radio"/> Full diet <input type="radio"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, for _____ Appt. date: _____ / _____ / _____ Referral(s): <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Early Intervention <input type="radio"/> Special Education <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> Vision <input type="radio"/> Other _____	ASSESSMENT <input type="radio"/> Well Child (V20.2) <input type="radio"/> Diagnoses/Problems (list) _____ _____ _____ _____ ICD-9 Code _____
--	--

Health Care Provider Signature _____ Date _____ / _____ / _____	DOHMH PROVIDER ONLY I.D. _____
Health Care Provider Name and Degree (print) _____ Provider License No. and State _____	TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s)
Facility Name _____ National Provider Identifier (NPI) _____	Comments _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____	Date Reviewed: _____ / _____ / _____ I.D. NUMBER _____
Telephone (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____	REVIEWER: _____

Уважаемые родители/опекуны!

В соответствии с федеральным законодательством Департамент образования обязан собирать и документировать информацию об этнической принадлежности учащихся муниципальных школ. Защищённость и конфиденциальность этой информации, используемой, в частности, для определения объёма финансирования школы, гарантируется.

Для сбора информации нам требуется ваша помощь. Просим вас заполнить обратную сторону, ответив на вопросы о расовой и этнической принадлежности. Первый вопрос касается принадлежности ребёнка к категории лиц испанского и латиноамериканского происхождения, второй – его принадлежности к расовой группе (группам). Ответьте на оба вопроса. При указании в анкете нескольких рас учащийся будет отнесён к категории "two or more races" («две расы и более»). Учащиеся испанского и латиноамериканского происхождения, вне зависимости от их расовой принадлежности, относятся к категории "Hispanic".

Департамент образования г. Нью-Йорка признаёт деликатный характер этой информации. Расово-этническая самоидентификация вашей семьи, возможно, не укладывается в рамки вариантов, предлагаемых в федеральной форме. Просим вас по возможности полно ответить на вопросы. В случае вашего отказа от заполнения формы или отсутствия ответов, федеральное законодательство возлагает ответственность за заполнение документа на сотрудников школ Департамента образования г. Нью-Йорка.

Родители и опекуны,
заполните форму на обороте и верните её в школу.

Сотрудники школы,
форму требуется хранить в школьном деле учащегося как
конфиденциальную информацию.

Правила и процедуры соблюдения конфиденциальности

Закон о правах семьи в области образования и о защите частной информации (Family Educational Rights and Privacy Act) (1974) и Распоряжение директора Департамента образования А-820 запрещают несанкционированный доступ к школьному делу учащегося и несанкционированную выдачу из него любых документов, содержащих его имя или идентификационный номер.

¹ Расовая принадлежность может учитываться при приёме в школу только на основании судебного предписания, половая принадлежность – только при приёме в школы с раздельным обучением.

- Все учащиеся в возрасте от 5 лет до 21 года имеют право на бесплатное государственное образование.
- В соответствии с федеральным законодательством Департамент образования обязан собирать и документировать информацию об этнической принадлежности учащихся.
- Детям не может быть отказано в приёме в муниципальную школу на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, этнического и национального происхождения, пола, гендерной идентичности, беременности, иммиграционного статуса/гражданства, инвалидности, сексуальной ориентации и религиозных верований.¹

**Заполнять
по-английски**

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ШКОЛОЙ

Район Округ Школа Название
средней школы/
мини-школы/филиала -----

Код уч.
уровня Код класса Номер ID учащегося

(Для СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ: 4 ЦИФРЫ) Дата рождения (месяц/день/год)

Имя учащегося: фамилия, имя, инициал среднего имени

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ

ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТЕ ВОПРОСЫ. ОТВЕЬТЕ НА ОБА ВОПРОСА (1 И 2).

В вопросе (1) отметьте галочкой (✓) нужную ячейку.

1. Является ли ребёнок испано-, латиноамериканцем или испанцем по происхождению? Лица испанского и латиноамериканского происхождения - это уроженцы или выходцы из Пуэрто-Рико, Кубы, стран Центральной и Южной Америки и других испаноязычных стран, вне зависимости от их расовой принадлежности.

- ДА, является**
 НЕТ, не является

В вопросе (2) отметьте галочкой (✓) **все** подходящие ячейки.

2. Отметьте одну или несколько рас из следующих пяти групп.

- АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕНННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ:** Лицо, ведущее происхождение от коренного населения Северной и Южной (включая Центральную) Америки. (Код ATS: B)
- АЗИАТ:** Лицо, ведущее происхождение от коренного населения Дальнего Востока, Юго-Восточной Азии, тихоокеанских островов или Индостана. (Код ATS: C)
- КОРЕНННОЙ ЖИТЕЛЬ ГАВАЙСКИХ и ДРУГИХ ТИХООКЕАНСКИХ ОСТРОВОВ:** Лицо, ведущее свое происхождение от коренного населения Гавайских островов, Гуама и других тихоокеанских островов. (Код ATS: D)
- ЧЁРНЫЙ:** Лицо, ведущее происхождение от любой из расовой группы. Централной и Южной Африки(Код ATS: E)
- БЕЛЫЙ:** Лицо, ведущее происхождение от коренных народов Европы, Северной Африки или Ближнего Востока. (Код ATS: F)

Подпись родителя/опекуна/другого лица/сотрудника школы:

Дата:

Родство с учащимся:

- Родитель Опекун Другое лицо Сотрудник школы (Имя):

АНКЕТА О МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ

Уважаемые родители, опекуны и учащиеся!

Данная форма заполняется на каждого учащегося в соответствии с законом Маккинни-Венто (42 U.S.C. 11435). Анкета конфиденциальна. Права ребёнка на основании предоставленной информации ущемлены не будут.

Для определения права ребёнка на услуги, ответьте на вопросы о его месте проживания.

Note to schools/Temporary Housing Liaisons/ Примечание для сотрудников школ и координаторов по работе со школьниками, проживающими во временном жилье: Please assist students and families in filling out this form. Do not simply include this form in the registration packet, because if the student qualifies as residing in temporary housing, the student is not required to submit proof of residency and other required documents that may be part of the registration packet.

Имя и фамилия учащегося			
фамилия, имя, инициал среднего имени			
Номер учащегося (OSIS)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол	Школа

Укажите, где ребёнок проживает в данное время. Отметьте только один вариант:

Для служебного пользования

Отметьте галочкой (✓)	Анкета о месте жительства	Код ATS
<input type="checkbox"/>	На подселении Проживание с другой семьёй или другим лицом по причине потери жилья или финансовых трудностей	D
<input type="checkbox"/>	Приют Проживание в экстренном или переходном приюте	S
<input type="checkbox"/>	Ожидание направления в патронатную семью	A
<input type="checkbox"/>	Гостиница/мотель Проживание в мотеле или гостинице, НЕ являющихся экстренными или переходными приютами и требующими оплаты	H
<input type="checkbox"/>	Другое временное жильё Проживание в трейлерном парке, кемпинге, машине, парке, общественном месте, заброшенном здании, на улице или в любом другом непригодном для жилья месте	T
<input type="checkbox"/>	Постоянное место жительства Проживание по постоянному адресу в адекватных жилищных условиях	P

В случае **ОТСУТСТВИЯ** постоянного места жительства, отметьте, если применимо:

Для служебного пользования

<input type="checkbox"/>	Отдельно проживающий ребёнок Ребёнок, вышедший из-под опеки родителя/опекуна	Unac Youth Y, если применимо
--------------------------	--	-------------------------------------

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Верните форму в школу ребёнка.

Примечание: Заполнение анкеты требуется для определения услуг, на которые вы и ваш ребёнок, возможно, имеете право по Закону Маккинни-Венто. Учащиеся, интересы которых защищает данный закон, имеют право на немедленное зачисление в школу, вопреки отсутствию документов, обычно требуемых при регистрации, в том числе документов, подтверждающих место жительства, выписки из школы, справки о прививках и свидетельства о рождении. После зачисления ребёнка принимающая школа должна обратиться за учебной документацией в его предыдущую школу (в т.ч. за справкой о прививках). Координаторы по работе со школьниками, проживающими во временном жилье (Students in Temporary Housing (STH Liaison), обязаны помочь учащемуся собрать необходимые документы. Учащиеся, чьи права защищены законом Маккинни-Венто, могут также иметь право на бесплатный транспорт и другие услуги. См. Распоряжение директора Департамента A-780.

К данному документу прилагается руководство
McKinney-Vento Homeless Assistance Act – Students in Temporary Housing Guide for Parents & Youth.

PARENT AFFIDAVIT OF RESIDENCY
АФФИДЕВИТ О МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ

Согласно Распоряжению директора Департамента А-101, в случае съёма жилья на условиях субаренды или проживания на данной площади нескольких семей, при этом только одно лицо является арендатором или собственником жилья, требуется представить нотариально заверенное письмо, подписанное арендатором/собственником и родителем, подтверждающее проживание семьи по данному адресу, а также договор об аренде или документ на домовладение.

Section A: STUDENT INFORMATION – Please print clearly in ink
Часть А: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ – Заполнять разборчиво ручкой

STUDENT'S LAST NAME ФАМИЛИЯ	STUDENT'S FIRST NAME ИМЯ	GENDER (optional) ПОЛ(указывается по желанию) M(M) / F(Ж)
--------------------------------	-----------------------------	--

DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГ)	OSIS #/STUDENT'S ID # (if available) OSIS #/ИДЕНТ. НОМЕР (если имеется)	TELEPHONE # ТЕЛЕФОН
--	--	------------------------

STUDENT'S CURRENT ADDRESS (House #, Street, Apt. #, City, State and Zip Code) АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (дом, улица, номер квартиры, город, штат, индекс)
--

Section B: PARENT INFORMATION – Please print clearly in ink
Часть В: ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ – Заполнять разборчиво ручкой

PARENT/GUARDIAN'S LAST NAME ФАМИЛИЯ	PARENT/GUARDIAN'S FIRST NAME ИМЯ
--	-------------------------------------

PARENT/GUARDIAN'S CURRENT ADDRESS (House #, Street, Apt. #, City, State and Zip Code) АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (дом, улица, номер квартиры, город, штат, индекс)
--

HOME PHONE ДОМ. ТЕЛЕФОН	WORK PHONE РАБ. ТЕЛЕФОН	CELL PHONE СОТ. ТЕЛЕФОН	EMAIL ADDRESS АДРЕС EMAIL
----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

Section C: PRIMARY RESIDENT/TENANT INFORMATION – Please print clearly in ink
Часть С: ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСНОВНОМ КВАРТИРОСЪЕМЩИКЕ/ВЛАДЕЛЬЦЕ ЖИЛЬЯ – Заполнять разборчиво ручкой

PRIMARY RESIDENT/TENANT'S LAST NAME ФАМИЛИЯ	PRIMARY RESIDENT/TENANT'S FIRST NAME ИМЯ
--	---

PRIMARY RESIDENT/TENANT'S CURRENT ADDRESS (House #, Street, Apt. #, City, State and Zip Code) АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (дом, улица, номер квартиры, город, штат, индекс)
--

HOME PHONE ДОМ. ТЕЛЕФОН	WORK PHONE РАБ. ТЕЛЕФОН	CELL PHONE СОТ. ТЕЛЕФОН	EMAIL ADDRESS АДРЕС EMAIL
----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

RELATIONSHIP TO PARENT РОДСТВО С РОДИТЕЛЕМ	ANTICIPATED DURATION OF STAY ОЖИДАЕМЫЙ ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ
---	---

Заявление родителя:

Я, _____, родитель _____,
insert name and date of birth of student (имя и фамилия ребёнка)

настоящим заявляю, что проживаю с _____
insert name (имя)

по адресу: _____.
insert address and contact number of primary leaseholder (адрес и контактный телефон основного квартиросъёмщика)

Мне известно, что Департамент образования г. Нью-Йорка может провести расследование по подтверждению моего местожительства, в т.ч. посещение квартиросъёмщика. Я знаю, что право на приём в школу определяется местожительством и Департамент образования уполномочен осуществить перевод в другую школу учащегося, представившего при регистрации недостоверную документацию.

В случае изменения адреса, обязуюсь немедленно сообщить в школу и предъявить документы о новом местожительстве.

Parent Signature: _____

Подпись родителя

STATE OF NEW YORK

SS:

COUNTY OF _____

Sworn to before me this _____ day of _____, Year _____

Notary Public

To be completed by Primary Leaseholder/Tenant:

Заявление основного квартиросъёмщика/владельца жилья:

Настоящим подтверждаю, что _____
insert name of parent and child/children (имена родителя и ребёнка/детей)

проживают со мной по адресу _____.
insert address (адрес)

Я понимаю, что, подписываясь ниже, я подтверждаю местожительство _____.
insert names (имена)

Я понимаю, что Департамент образования г. Нью-Йорка имеет право на проведение расследования по подтверждению местожительства указанных лиц, в т.ч. на посещение моего места жительства и опрос соседей. В случае необходимости дополнительной информации, Департамент образования может связаться со мной по нижеуказанным телефонам.

Primary Leaseholder Signature: _____

Подпись основного квартиросъёмщика/владельца жилья

STATE OF NEW YORK

SS:

COUNTY OF _____

Sworn to before me this _____ day of _____, Year _____

Notary Public

6/29/09

Департамент образования г. Нью-Йорка

Языковые потребности учащихся подготовительного класса (Pre-K)

Уважаемые родители и опекуны _____ (enter student name here)!

Эта анкета занимает важное место в процессе оформления ребёнка в подготовительный класс, т.к. она даёт возможность школе узнать о языковых потребностях вашей семьи. Просим вас ответить на вопросы анкеты и вернуть её в школу _____. С вопросами обращайтесь к _____ по телефону _____.

Благодарим за содействие.

ID учащегося: _____

ЧАСТЬ 1. ЯЗЫКОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ: Определение языка домашнего общения и языка обучения, запрашиваемого семьёй (если применимо).

1. На каком языке (языках) вы разговариваете дома? Отметьте (✓) все применимые варианты:		
<input type="checkbox"/> английский	<input type="checkbox"/> урду	
<input type="checkbox"/> испанский	<input type="checkbox"/> французский	
<input type="checkbox"/> китайский	<input type="checkbox"/> корейский	
<input type="checkbox"/> бенгали	<input type="checkbox"/> албанский	
<input type="checkbox"/> арабский	<input type="checkbox"/> пенджаби	
<input type="checkbox"/> гаитянский креольский	<input type="checkbox"/> польский	
<input type="checkbox"/> русский	<input type="checkbox"/> иной (указать) _____	
2. Какой язык ребёнок понимает ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
3. На каком языке ребёнок говорит ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
4. На каком языке ребёнок читает ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/>	Пока не умеет читать <input type="checkbox"/>
5. На каком языке ребёнок пишет ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/>	Пока не умеет писать <input type="checkbox"/>
6. На каком языке обычно говорят в семье ребёнка?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
7. На каком языке ребёнок обычно говорит с родителями или опекунами?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
8. На каком языке ребёнок обычно говорит с братьями, сёстрами и друзьями?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
9. На каком языке ребёнок обычно говорит с остальными родственниками, воспитателями (например, няней)?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
10. Хотели бы вы, чтобы ребёнок обучался на языке вашей семьи (если применимо):		
<input type="checkbox"/> Всё время	<input type="checkbox"/> основную часть времени	<input type="checkbox"/> некоторую часть времени

Департамент образования г. Нью-Йорка
Языковые потребности учащихся подготовительного класса (Pre-K)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ/ TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough	District:	School:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:
Relationship of person providing information for survey (check one):		
<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in:		
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		

РАЗРЕШЕНИЕ НА НЕКОММЕРЧЕСКУЮ ФОТО-, КИНО- ИЛИ ВИДЕОСЪЁМКУ РЕБЁНКА
(например, с образовательными, общественными или медицинско-профилактическими целями)

Имя и фамилия ребёнка: _____ Школа: _____

Настоящим я выражаю согласие на участие в интервью, цитирование, фотографирование, кино- и видеосъёмку моего ребёнка представителями _____. Я также разрешаю _____ редактировать, использовать и повторно использовать вышеуказанные фотографии, видеоплёнки и видеозаписи в некоммерческих целях, включая печатную продукцию, распространение в Интернете и всех других медиасредствах. Настоящим я отказываюсь от права предъявлять любые требования, иски и притязания и обещаю не преследовать судебным порядком Департамент образования г. Нью-Йорка, его представителей и сотрудников в связи с упомянутыми материалами.

Подпись родителя или опекуна _____ Дата: _____
(если учащемуся не исполнилось 18 лет)

Адрес родителя или опекуна: _____

ИЛИ

Подпись учащегося (18 лет и старше): _____ Дата: _____

Адрес учащегося: _____