

ה/מידע על התלמיד

Office Use Only
 Enrollment Date: _____
 Records Requested Date: _____
 Birth Certificate Verification Date: _____

ה/השם האמצעי של התלמיד		(כפי שמופיע בתעודת הלידה): ה/השם הפרטי של התלמיד		(כפי שמופיע בתעודת הלידה): ה/התלמיד שם המשפחה של
תאריך לידה:		נ	ז	מין:
מחוז לידה:	לידה (Country) מדינת:	לידה (State) מדינת:	עיר לידה:	
מוצא				
1. היספני או לטיני, כן <input type="checkbox"/> לא היספני או לטיני, לא <input type="checkbox"/> (לבחור רק באפשרות אחת) ? ה ממוצא היספני או לטיני/האם הילד 2. יש לבחור לפחות באפשרות אחת. נא לבחור באפשרות אחת או יותר): ה ממוצא/האם הילד. <input type="checkbox"/> לבן <input type="checkbox"/> אמריקאי- שחור או אפרו <input type="checkbox"/> אלסקהילידי מ אינדיאני אמריקאי או <input type="checkbox"/> אסייתי <input type="checkbox"/> פסיפי אחר איילידי מהוואי או מ <input type="checkbox"/>				

אפטרופוסים/מידע על הורים

ה/ת התלמיד/אצלה מתגורר (עיקרית) 1. משפחה מס			
כתובת הבית:	מיקוד (Zip)	מדינה (State)	עיר
שם (משני):		שם:	
נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/>		נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/>	
ל"כתובת דואר:		ל"כתובת דואר:	
עבודה <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> (כל השיחות האוטומטיות ינותבו למספר זה) טלפון עיקרי. מס:			
טלפון שני. מס:		טלפון שני. מס:	
עבודה <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/>		עבודה <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/>	
טלפון שלישי. מס:		טלפון שלישי. מס:	
עבודה <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/>		עבודה <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/>	
מעסיק:		מעסיק:	
2. משפחה מס			
כתובת הבית:	מיקוד (Zip)	מדינה (State)	עיר
שם:		שם:	
נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/>		נא לסמן אחד: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> הורה חורג <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/>	
טלפון בבית. מס:			
ל"כתובת דואר:		ל"כתובת דואר:	
טלפון בעבודה. מס:		טלפון בעבודה. מס:	
טלפון נייד. מס:		טלפון נייד. מס:	
מעסיק:		מעסיק:	

פרטי משמורת

_____ (נא להסביר) אחר סידור משותף מקום מגורים משני מקום מגורים ראשי -ת ב/ה מתגורר/התלמיד

ה/למי יש משמורת חוקית על התלמיד?

אחר משותפת אב בלבד אם בלבד אם ואב

ות/פרטי אה

שם פרטי	שם משפחה	מגדר	תאריך לידה	כיתה	(ת באחד/במידה ולומד) בית ספר

(לחינוך קדם יסודיה מהגן יש לציין כל מוסד /ה המגיע/עבור תלמיד)ה/ בית הספר האחרון בו למד

שם בית ספר:	ה/הכיתה האחרונה שסיימ		
כתובת:	מדינה/עיר (State)	מיקוד (Zip):	טלפון מס:
ב"ה לראשונה ללמוד במוסד חינוכי בארה"ה/החל/השנה בה הילד	ה? ממחוז בתי ספר קודם/ה הורחק/האם הילד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

?התוכניות הבאותמת כרגע באילו /ה משתתפ/האם הילד

אנגלית כשפה שנייה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מחוננים ומוכשרים (Gifted and Talented) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	504 (Accommodation Plan) תכנית הסתגלות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
?אנגלית במשק בית בו מדוברת שפה שאינה /או מתגורר/ה לראשונה לדבר בשפה שאינה אנגלית ו/ה למד/האם הילד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
?מהי שפה זו, במידה וכן		

או שיתכן כי דרושים להם שירותי, מנת לזהות תלמידים הדרושים להם- על(PI 11.02(2)(b) הפרטים הבאים ישמשו במסגרת תהליך הסינון הנדרש תחת סעיף
?ה אובחנו אילו מהבאים/האם לילד. חינוך מיוחד

ה/בבית הספר הקודם שלו (IEP)תוכנית לחינוך אישי הייתה/האם לילד כן לא

הפרעת למידה ספציפית (SLD, Specific Learning Disability)	כן	לא	(A)אוטיזם	כן	לא
הפרעה התנהגותית רגשית (EBD, Emotional Behavior Disability)	כן	לא	אחרתמוגבלות התפתחותית/מוגבלות שכלית	כן	לא
לקות בדיבור ובשפה	כן	לא	מגבלה אורתופדית (OI, Orthopedic Impairment)	כן	לא
פגיעה מוחית טראומטית (TBI, Traumatic Brain Injury)	כן	לא	מגבלה רפואית אחרת (OHI, Other Health Impairment)	כן	לא
לקות ראייה (VI, Visual Impairment)	כן	לא	עיכוב התפתחותי ניכר (SDD, Significant Developmental Delay)	כן	לא
לקות שמיעה (HI, Hearing Impairment)	כן	לא	נא לפרט, אחר		

לא	כן	ה בעבר בתוכנית לצרכים חינוכיים מיוחדים/ה או שובצה/ה אובחנה/האם הילד לפרטנא, במידה וכן (לרבות במסגרת טרומית לגן ילדים של שירותים לילדות מוקדמת):
לא	כן	שעשויים להיות זכאים לתוכניות לבעלי צרכים מיוחדים (5-0בגיל) האם יש לך ילדים קטנים למטהנא לציין אותם, במידה וכן.
תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי

פרטי הירום

האפוטרופוס/ההורהשמות האנשים ליצירת קשר במקרה בו לא ניתן ליצור קשר עם

שם	סוג הקשר	בית	עבודה	נייד

מידע רפואי

שם רופא:	טלפון של הרופא. מס:	רופא שיניים:	טלפון של רופא השיניים. מס:
בעיות בריאותיות מהותיות:			
(נא לפרט) אלרגיות ידועות:			
? מרשם בבית הספרלא לפי/לקחת תרופות לפי מרשם/ה נדרש/האם הילד עבור הטופס המתאים לפנות למשרדיש, במידה וכן.		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
ה שספק האמבולנס עימו יוצר קשר /אני מבינ. לקח לבית חולים באמבולנס לטיפוליה שלי לה/ת לילד/אני מאשר, דרש טיפול חירום לפי שיקול הדעת של רשויות בית הספריבמידה וי במידה ויראה זאת לנכון, הכשיר לביצוע הטיפול לפי בחירתהקרוב ביותר שומר לעצמו את הזכות להעביר את המטופל לבית החולים.			
. המידע לעיל מדויק ונכון, למיטב ידיעתי. ה שלי/י בית החולים לספק טיפול רפואי לשעת חירום לילד/ת בזאת לרופא/אני מאשר.			
האפוטרופוס/חתימת ההורה:		תאריך:	

אימות תושבות

רישיון נהיגה וחשבון טלפון נייד אינם קבילים כהוכחה לכתובת: הערה. B ושניים מעמודה A לפחות אחד מעמודה: נדרשים שלושה טפסים	
A:עמודה (לפחות אחד מהבאים)	B:עמודה (שניים מהבאים)
<ol style="list-style-type: none"> מס רכוש התראת מסמך סגירת רכישה בית (Home purchase closing statement) הסכם רכישה או חכירה עבור נכס במסגרת גבולות המחוז <ol style="list-style-type: none"> מסמכי חכירה מוכרחים לכלול את שם הקומפלקס בו שוכנת הדירה ואת מס הטלפון של בעל הבית. 	<ol style="list-style-type: none"> חשמל בלבד/גז/מים)חשבונות מהחודש הנוכחי תעודת רישוי כלי רכב (Vehicle Registration Certificate) דוח מצב ביטוח רכב או ביטוח רפואי או הטבה, W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare, דוח מצב להטבות פדרלית אחרת/מדינית (State) מחוזית

b. הורה ותלמיד המתגוררים לטענתם בנכס מושכר כלשהו מוכרזים לספק הסכם שכירות חתום בו מצויינים השניים כדיירים

5. התראה לחידוש לוחיות הרישוי
6. התראה לחידוש רישיון הנהיגה
7. י המחוז במקרה של נסיבות מקלות" כפי שאושר ע, אחר

הצדדים. המחוז חוקר ומוודא את מצב התושבות. תלמידים מחוץ למחוז בשכר לימודים מחוץ למחוז בתי הספר יחייב, דורש שתלמידים ילמדו במחוז תושבותם 121.77 חוק מדינת ויסקונסין ים/הנושאים באחריות החותמים על תעודה זו נתפסים כמי שמהווים את הגורם החייב בתשלום שכר לימוד בנוסף לכל עלויות חינוכיות נוספות או כל הוצאה אחרת במידה ויקבע שהתלמיד י המחוז/ם תושב/אינו י המחוז/ם תושב/אינו

או שמילאנו את הניירת ההכרחית לרישום ללימודים במחוז זה, בעת זאת בזאת שאנו תושבי מחוז זה/אני מאשר, כאפוטרופוס/כהורה הפרטים המסופקים בטופס זה הגם נכונים

האפוטרופוס/חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

או על בסיסים אחרים שאינם, או קושי אחר, מנטלית או רגשית, נטייה מינית או לקות פיזית, נישואין או הורות, סטטוס הריון, אמונה, יחוס, גיל, מדינת מוצא, גזע, המחוז אינו מפלה על בסיס מגדר או החוק הפדרלי (State) מותרים לשקלול לפי חוק המדינה