

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

नया पंजीकरण / आपातकालीन कार्ड
Nicolet High School स्कूल डिसट्रिक्ट

वदियार्थी संबंधी जानकारी

वदियार्थी का अंतिम नाम: (जैसा जन्म प्रमाण-पत्र में दर्ज है)	वदियार्थी का प्रथम नाम: (जैसा जन्म प्रमाण-पत्र में दर्ज है)	वदियार्थी का मध्य नाम:
वर्ग:	लिंग: पु म	जन्मतथि:
जन्म का शहर:	जन्म का राज्य:	जन्म का देश:
नस्ल		
1. क्या यह बच्चा हसिपैनिकि या लातनियो है? (केवल एक चुनें) <input type="checkbox"/> नहीं, हसिपैनिकि या लातनियो नहीं है <input type="checkbox"/> हाँ, हसिपैनिकि या लातनियो है		
2. क्या यह बच्चा है: (एक या अधिक चुनें। आपको कम से कम एक अवश्य चुनना चाहिए)		
<input type="checkbox"/> अमेरिकन इंडियन या अलास्का मूल नवासी	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकन अमेरिकन	<input type="checkbox"/> श्वेत
<input type="checkbox"/> एशियन	<input type="checkbox"/> हवाई के मूल नवासी या अन्य प्रशांत द्वीपीय	

अभभावक/संरक्षक संबंधी जानकारी

परिवार 1 (प्राथमिक) जहाँ वदियार्थी रहता है

घर का पता:	शहर	राज्य	जपि
नाम (प्राथमिक संपर्क):	नाम (द्वितीयक):		
एक पर नशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य	एक पर नशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य		
ईमेल पता:	ईमेल पता:		
प्राथमिक फोन (सभी ऑटोमेटेड कॉलें इस नंबर पर जाएंगी):	<input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
द्वितीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल	द्वितीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
तृतीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल	तृतीयक फोन: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> सेल्यूलर <input type="checkbox"/> कार्यस्थल		
नयिकता:	नयिकता:		

परिवार 2

घर का पता:	शहर	राज्य	जपि
नाम:	नाम:		
एक पर नशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभभावक <input checked="" type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य	एक पर नशान लगाएं: <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> सौतेले-अभभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य		
घर का फोन:			
ईमेल पता:	ईमेल पता:		

कार्यस्थल का फोन:	कार्यस्थल का फोन:
सेल्यूलर फोन:	सेल्यूलर फोन:
नयिकता:	नयिकता:

अभरिक्षा संबंधी जानकारी

वदियार्थी नवास करता है: प्रारंभिक नवास द्वितीयक आवास संयुक्त नवास अन्य (व्याख्या करें) _____

वदियार्थी की कानूनी अभरिक्षा कसिके पास है?

माता और पति केवल माता केवल पति संयुक्त अन्य _____

भाई-बहन संबंधी जानकारी

पहला नाम	अंतमि नाम	लगि	जन्मतथि:	वर्ग:	स्कूल (यदजाते हों)

अंतमि स्कूल जसिमें गए हों (कडिर्गार्टन वदियार्थियों के प्रवेश के लिए जसि पछिले प्रीस्कूल में गए हों उसे बताएं)

स्कूल का नाम:	अंतमि पूरण कया गया वर्ग:		
पता:	शहर/राज्य:	जपि:	फोन:
यूस में बच्चे ने जब स्कूल जाना शुरू कया, वो वर्ष बताएं:	क्या आपका बच्चा पछिले स्कूल डिस्ट्रिक्ट से नकाला गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

क्या आपका बच्चा वर्तमान में नमिन में से कनिहीं कार्यक्रम वकिल्पो में भाग ले रहा है?

अंग्रेजी एक द्वितीयक भाषा के रूप में <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	प्रतभाशाली और बुद्धमिान <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	504 नवास योजना <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपके बच्चे ने सर्वप्रथम अंग्रेजी के अतरिक्त कसिी दूसरी भाषा को सीखा था और/या वो ऐसे परिवार में रहता है जहाँ अंग्रेजी के अतरिक्त दूसरी भाषा बोली जाती <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
यदहाँ, तो कौन सी भाषा?		

नमिन सूचना को PI 11.02(2)(b) के अंतगत ऐसे वदियार्थी की पहचान करने के लिए जसि वशिष शकिषा सेवाओं की आवश्यकता है; या संभावति रूप से आवश्यकता है, की स्क्रीनिग प्रक्रियाओं के एक भाग के रूप में प्रयोग कया जाना है। क्या आपके बच्चे को नमिन में से कोई स्थतियाँ रही हैं ?

क्या आपके बच्चे या बच्ची का अपने पछिले स्कूल के साथ वैयक्तिक शकिषा कार्यक्रम (आईडीपी) में भाग लया है?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
---	------------------------------	-------------------------------

वशिष्ट अध्ययन अक्षमता (SLD, Specific Learning Disability)	हाँ	नहीं
भावनात्मक व्यवहार अक्षमता (EBD, Emotional Behavior Disability)	हाँ	नहीं
बोली और भाषा दुर्बलता	हाँ	नहीं
सदमाग्रस्त मस्तिष्क चोट (TBI, Traumatic Brain Injury)	हाँ	नहीं
दृष्टि दुर्बलता (VI, Vision Impairment)	हाँ	नहीं
बघरि (HI, Hearing Impairment)	हाँ	नहीं

ऑटिज़्म (A)	हाँ	नहीं
बौद्धिक अक्षमता / अन्य विकासात्मक अक्षमता	हाँ	नहीं
आर्थोपेडिक दुर्बलता (OI, Orthopedic Impairment)	हाँ	नहीं
अन्य स्वास्थ्य दुर्बलता (OHI, Other Health Impairment)	हाँ	नहीं
महत्वपूर्ण विकासात्मक विलंबता (SDD, Significant Developmental Delay)	हाँ	नहीं
अन्य, बताएं:		

क्या आपके बच्चे को कभी भी विशेष शिक्षा आवश्यकताओं के लिए मूल्यांकन किया गया है या किसी कार्यक्रम में रखा गया है? (इसमें कडिगार्टन से पूर्व की आरंभिक बाल्यपन सेवाएं शामिल हैं) यदि हाँ, तो कृपया बताएं:	हाँ	नहीं
क्या आपका कोई छोटा बच्चा है (उम्र 0-5) जो विशेष या वशिष्ट कार्यक्रमों के लिए योग्य हो सकता है? यदि हाँ, तो कृपया उन्हें यहाँ दर्ज करें	हाँ	नहीं
पहला नाम	अंतिम नाम	
	जन्मतथि	

आपातकालीन सूचना

जब अभिभावक/संरक्षक तक पहुँच न सकते हों उस समय सूचित किए जाने वाले व्यक्ति(यों) के नाम

नाम	संबंध	घर	कार्यस्थल	सेल्यूलर

चकित्सीय सूचना

डॉक्टर का नाम:	डॉक्टर का फोन:	डेंटिस्ट:	डेंटिस्ट का फोन:
वशिष स्वास्थ्य संबंधी चिताएं:			
ज्जात एलर्जी (स्पष्ट करें):			
क्या आपके बच्चे को स्कूल में प्रसिक्प्रिशन वाली/बना प्रसिक्प्रिशन की दवायाँ लेने की आवश्यकता होगी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो ऑफिस से उचित फार्म प्राप्त करें।			
यदि स्कूल अधिकारियों के वचिर में आपातकालीन उपचार आवश्यक है, तो मैं अपने बच्चे को एम्बुलेंस द्वारा कसिी हॉस्पिटल में उपचार के लिए ले जाए जाने की स्वीकृति देता/देती हूँ मैं समझता/समझती हूँ कि संपर्क किए गए एम्बुलेंस प्रदाता को रोगी को अपने वविक से नजदीकी उपचारात्मक सुवधि संपन्न हॉस्पिटल में ले जाने का अधिकार होता है, यदि उन्हें इसकी आवश्यकता लगे।			
मैं एतद्वारा डॉक्टर(रों) को मेरे बच्चे को हॉस्पिटल में आपातकालीन उपचार देने की अनुमति देता/देती हूँ मेरी पूरी जानकारी में, ऊपर दी गई जानकारी वर्तमान की और सत्य है।			
अभभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर: _____		तथि: _____	

आवासीय सत्यापन

तीन दस्तावेजों की आवश्यकता है: कॉलम ए से कम से कम एक और कॉलम बी से दो। नोट: ड्राइवर लाइसेंस और सेल फोन का बलि आवास के प्रमाण के रूप में मान्य नहीं है।	
कॉलम ए: (नमिन से कम से कम एक)	कॉलम बी: (नमिन में से दो)
<ol style="list-style-type: none"> 1. संपत्ति कर नोटफिकेशन 2. घर खरीद क्लोजगि वविरण 3. डिसिट्रिक्ट सीमाओं के भीतर संपत्ति के लिए पट्टा या खरीद अनुबंध <ol style="list-style-type: none"> a. पट्टे में अपार्टमेंट कामप्लेक्स का नाम और मकान-मालकि का फोन नंबर अवश्य ही शामिल होना चाहिए b. कसिी करिए की संपत्ति पर दावा करने वाले अभभावक और वदियार्थी एक हस्ताक्षरति पट्टे अवश्य उपलब्ध कराना चाहिए जो दोनो को नवासी के रूप में दर्ज करता हो 	<ol style="list-style-type: none"> 1. वर्तमान माह का युटलिटी बलि (केवल पानी/गैस/वदियुत) 2. वाहन पंजीकरण प्रमाण-पत्र 3. ऑटो या स्वास्थ्य बीमा वविरण 4. W-2, SSI, मेडकिड, BadgerCare, या अन्य देश/राज्य/संघ लाभ वविरण 5. लाइसेंस प्लेट नवीनीकरण नोटसि 6. ड्राइवर लाइसेंस नवीनीकरण नोटसि 7. अन्य, जैसा डिसिट्रिक्ट द्वारा आंशकि स्थितियों में स्वीकृत हो
<p>वसिकांसीन राज्य अधनियिम 121.77 के तहत आवश्यक है कि वदियार्थी अपने नवास के डिसिट्रिक्ट में स्कूल जाएं और कि कोई स्कूल डिसिट्रिक्ट गैर-नवासी वदियार्थियों के लिए शकिषण शुल्क ले डिसिट्रिक्ट आवासीय स्थिति की जाँच और सत्यापन करता है। यदि यह नरिधारति हो, कि वदियार्थी डिसिट्रिक्ट का(के) नवासी नहीं है, तो इस प्रमाण-पत्र पर हस्ताक्षर करने वाले जमिंदार पक्षों को शकिषण साथ ही कसिी प्रकार के अतरिकित शैक्षणिकि या अन्य खर्चों के भुगतान का उत्तरदायी माना जाएगा।</p>	

अभभावक/संरक्षक के रूप में, मैं एतद्वारा स्वीकार करता हूँ, हम वर्तमान में डिसट्रिक्ट में नविस या डिसट्रिक्ट के भीतर स्कूल में ज के लिए आवश्यक दस्तावेजी कार्रवाई कर चुके हैं। इस फार्म पर उपलब्ध कराई गई जानकारी सत्य है।

अभभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर: _____ तथि: _____

डिसट्रिक्ट लगी, नसल, राष्ट्रीयता, उम्र, वंशवली, वंश, गर्भावस्था, वैवाहिक स्थिति या अभभावक स्थिति, लैंगिक झुकाव या दैहिक, मानसिक, भावनात्मक या सीखने में अक्षमता या अन्य वकिलांगता या राज्य या फेडरल कानून द्वारा नषिद्ध होने के आधार पर भेद-भाव नहीं करता है।