|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имя и фамилия учащегося: Предпочитаемое имя:  | Дата рождения:  | Пол:  |
| Домашний адрес учащегося:  |
| Домашний телефон:  | Язык, на котором говорят дома:  |
| Расовая/этническая принадлежность: □ Американские индейцы / коренные жители Аляски □ Темнокожие или афроамериканцы □ Испаноязычные или латиноамериканцы □ Выходцы из Азии □ Белые □ Коренные жители Гавайских островов / уроженцы других тихоокеанских островов □ Метисы □ Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Идентификационный номер учащегося *(заполняется представителем программы)*: □ NYSED ID □ Идентификационный номер округа | Школа:  | Класс:  |
| Основной учитель учащегося (обязательно указать только для учащихся 1–5 классов). Если неприменимо, укажите «Н/П». |
| Имя и фамилия лица, регистрирующего учащегося в программе:  | Кем приходится учащемуся: □ Родитель □ опекун □ попечитель □ родственник □ Другое\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес лица, регистрирующего учащегося в программе (*если отличается от адреса учащегося*): |
| Номер телефона лица, регистрирующего учащегося в программе: Адрес электронной почты:  |

ФОТО РЕБЕНКА (необязательно)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имена контактных лиц для экстренной связи** | **Разрешение забрать ребенка** | **Основной номер телефона** | **Другой номер телефона / адрес электронной почты** |
| **Основное контактное лицо:**  | □ Да □ Нет |  |  |
| **Основное контактное лицо:**  | □ Да □ Нет |  |  |
| **Второстепенное контактное лицо:** | □ Да □ Нет |  |  |

**Кто забирает учащегося после окончания занятий**

|  |
| --- |
| После окончания занятий я разрешаю своему ребенку идти домой самому: □ Да □ Нет |
| Если нет, после окончания занятий ребенка заберу я или одно из следующих лиц:  |
| Имя и фамилия:  | Телефон:  | Кем приходится учащемуся:  |
| Имя и фамилия:  | Телефон:  | Кем приходится учащемуся:  |

Ребенка ЗАПРЕЩАЕТСЯ забирать следующим лицам:

|  |  |
| --- | --- |
| Имя и фамилия: | Кем приходится учащемуся:  |
| Имя и фамилия: | Кем приходится учащемуся:  |
| Имя и фамилия: | Кем приходится учащемуся:  |

**Кто забирает учащегося в случае экстренной медицинской ситуации**

Если в случае экстренной ситуации со мной не удалось связаться, ребенка может забрать одно из следующих лиц:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имя и фамилия:  | Телефон:  | Кем приходится учащемуся:  |
| Имя и фамилия:  | Телефон:  | Кем приходится учащемуся:  |

**Информация о здоровье учащегося**

*Вся информация является конфиденциальной и используется сотрудниками программы для обеспечения безопасности учащихся.*

Имеет ли ваш ребенок следующие нарушения здоровья?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Аллергия** | □ Да □ Нет | Если да, укажите, на что у ребенка аллергия:Если да, нужен ли ребенку автоинъектор EpiPen? Пользуется ли ребенок автоинъектором EpiPen? □ Да\* □ Нет |
| **Астма** | □ Да □ Нет | Если да, использует ли ваш ребенок ингалятор или другое лекарство от астмы? □ Да\* □ Нет |
| **Диабет** | □ Да □ Нет | Если да, нужны ли вашему ребенку лекарства или контроль уровня глюкозы в крови? □ Да\* □ НетЕсли да, есть ли у вашего ребенка рецепт на глюкагон? □ Да\* □ Нет |
| **Эпилепсия** | □ Да □ Нет | Если да, нужны ли вашему ребенку лекарства для профилактики или лечения приступов? □ Да\* □ Нет |
| **Нарушение зрения** | □ Да □ Нет | Если да и на занятиях вашему ребенку нужны вспомогательные средства, кроме очков или контактных линз, опишите их:  |
| **Нарушение слуха** | □ Да □ Нет | Если да и на занятиях вашему ребенку нужны вспомогательные средства, кроме слухового аппарата, опишите их: |
| **Физические ограничения** | □ Да □ Нет | Может ли ваш ребенок посещать уроки физкультуры без ограничений? □ Да □ НетЕсли нет, перечислите имеющиеся у ребенка ограничения:  |
| **Другие нарушения, требующие лечения препаратами** | □ Да\* □ Нет | Если да, укажите все:  |
| Есть ли у вашего ребенка особые потребности в питании, другие потребности в отношении здоровья или поведенческие/эмоциональные потребности? Если да, опишите: *\* Обратите внимание, что для приема или введения лекарств в ходе проведения программы необходимо письменное согласие родителей / опекунов и распоряжение поставщика медицинских услуг. Подробности уточняйте у директора программы/администратора представительства.*  |

**Условия**

Я разрешаю своему ребенку зарегистрироваться и участвовать в программе Общественных учебных центров 21 века в штате Нью-Йорк (New York State 21st Century Community Learning Centers, CCLC). □ Да □ Нет

Я понимаю, что следующие условия и согласия **не являются предварительными условиями для утверждения** участия в программе 21st CCLC. □ Да □ Нет

|  |
| --- |
| Я даю согласие на оказание неотложной медицинской помощи моему ребенку. □ Да □ НетЯ даю согласие на участие моего ребенка в интервью, использование его цитат и съемку фотографий, фильмов или видеозаписей в рамках [название программы]. Я также предоставляю [название программы] право редактировать, применять и повторно использовать указанные продукты в некоммерческих целях, включая использование в печати, в Интернете и во всех других средствах массовой информации. Настоящим я также освобождаю [название программы], ее представителей и сотрудников от всех претензий, требований и обязательств в связи с вышеизложенным. □ Да □ НетЯ даю согласие на участие моего ребенка в экскурсиях вне места проведения программы при условии, что он будет находиться под присмотром. □ Да □ НетЯ понимаю, что администрации программы могут потребоваться дополнительные разрешения для таких ситуаций, как транспортное обеспечение, введение лекарств, раскрытие информации и проведение экскурсий. □ Да □ НетЯ предоставил(-а) администрации программы информацию об особых потребностях моего ребенка, чтобы обеспечить его безопасность. □ Да □ НетЯ понимаю, что в образовательных целях и по мере необходимости информация об особых потребностях моего ребенка в обучении будет передаваться сотрудникам программы 21st CCLC персоналом школы, в которой учится мой ребенок. □ Да □ НетЯ соглашаюсь просматривать и обновлять эту информацию всякий раз, когда происходят изменения, и не реже одного раза в год. □ Да □ НетЯ соглашаюсь обсуждать с сотрудниками программы успехи моего ребенка и его участие в программе 21st CCLC. □ Да □ НетЕсли в какой-либо момент я передумаю по поводу участия моего ребенка в программе (отдельных или всех ее аспектов), я свяжусь с администратором представительства программы. □ Да □ Нет |

**Требования к данным учащихся и согласие на опросы/интервью**

|  |
| --- |
| *Я понимаю, что информация об успеваемости, поведении, посещаемости и вовлеченности моего ребенка будет передана в Департамент образования штата Нью-Йорк и его официальным представителям для измерения и оценки качества и реализации местной программы Общественных учебных центров 21 века (21st CCLC), а также эффективности программы штата Нью-Йорк по поддержке развития учащихся, как того требует Раздел IV, часть B закона «Об успеваемости всех учащихся» (Every Student Succeeds Act, ESSA) (см. разделы 4205 (b) и 4203 (14)).**Я понимаю, что меня и моего ребенка могут попросить принять участие в опросах и/или интервью о программе 21st CCLC и ее результатах.**Отметьте этот пункт только в том случае, если вы хотите отказаться от участия в опросах и/или интервью. □* |

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что, согласно имеющимся у меня сведениям, вышеуказанная информация является достоверной и точной.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя и фамилия родителя / родственного Подпись родителя / родственного лица / опекуна Дата подписания
лица / опекуна: