学校注册

Diane Super
注册员
845-355-5812
传真– 845-355-5830
网站– www.minisink.com – "new students"
电子邮件– dsuper@minisink.com

当要在Minisink Valley 中央学区注册时, 孩子必须居住在属于 Minisink Valley 中央学区居住范围里. 家长/监护人必须准备提供以下的资料:

- **家长身份证明** (有效的驾照, 身份证)
- **居住证明** (水电单, 手机/电话单,或煤气/油单, 表明服务地址) 如提供住家租赁，抵押单款，契据或居留证明，你必须提供额外的证明例如，工资单，驾照，非驾照，身份证，税单，投标注册，其他市/省，州 或联邦机构提供的法院文件
- **原本的出生证明，认证出生抄本，孩子洗礼证明** (其他超过两年以上的年龄证明文件； 护照，有效的驾照，身份证，有附生日日期的学生身份证，医院或医疗记录，其他市/省，州 或联邦机构提供的文件, 法院文件，领事馆身份证，美国原住民文件或国际援助机构文件)
- **疫苗记录**
- **学生的特殊需求, 若有的话**
- **监护文件或监护宣誓书（如实用）**
- **最新的成绩表,若有的话**
- **学生高中时间表**

Rev. 12/16

MINISINK VALLEY 中央学区
学生注册表格

学生名字:_____校车#:_____
(姓) (名) (中间名字) (办公使用)

生日日期:_____出生地点:_____性别: 男 / 女

将入学年级:_____如是被领养的学生-- 机构/办案员: _____

住家电话:_____紧急联络人姓名/电话号码:_____
(万一无法联系)

住家地址:_____邮寄地址: _____
(如跟住家地址不同)

_____ _____

之前就学学校:_____
(学校名字和地址)

过去的住家地址: _____

任何特殊的需求:_____

学生的家长至少一位是军队成员或正在现役? 是/否

学生之前在 Minisink Valley 中央学区就读过? 是 / 否 如回答是，请表示那一年? _____

学生西班牙裔或拉丁裔? 是, 西班牙裔_____否, 非西班牙裔_____

种族: 美洲印地安or 阿拉斯加原住民_____亚洲_____黑人或美籍非洲人 _____

夏威夷原住民或太平岛民_____白人(高加索人) _____

母亲/监护人:_____教育程度:_____

母亲的住家地址: _____

母亲的职业:_____商务电话: _____

母亲的商务地址:_____手机电话: _____

父亲/监护人:_____教育程度:_____

父亲的住家地址: _____

夫亲的职业:_____商务电话:_____

父亲的商务地址:_____手机电话: _____

继母/继父:_____手机电话: _____

兄弟姐妹名字	生日	年纪	性别

家长/监护人 签字:_____ 日期:_____

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Home Language Questionnaire (HLQ) 母语调查问卷

亲爱的家长/监护人:
为了能够给您孩子最好的教育，我们需要了解他的英语听，说，读，写程度，以及过去学校和个人背景。请填写以下语言背景以及教育背景的部分。非常感谢你的帮助。谢谢。

Please write clearly when completing this section.

学生名字:	
名 *中间名字* *姓*	
出生日期:	**性别:**
月 *日* *年*	❑ 男 ❑ 女
家长/监护人资料:	
姓 *名* *与学生的关系*	

母语编号

语言背景 *(请打勾所有适当的选择)*			
1. 学生在家说哪一种语言?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	
2. 您孩子的母语是什么?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	
3. 家长/监护人在家用哪一种语言?	❑ 母亲 *指定*	❑ 父亲 *指定*	
	❑ 监护人 _____ *指定*		
4. 您孩子懂得哪一种语言?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	
5. 您孩子会说哪一种语言?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	❑ 不会说话
6. 您孩子会阅读哪一种语言?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	❑ 不会阅读
7. 您孩子会写哪一种语言?	❑ 英文	❑ 其他 _____ *指定*	❑ 不会写字

这部分由学生注册的学区来填写:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School *Address*	

母语调查问卷(HLQ)—第二页

教育背景

8. 表明您孩子在学校就学一共几年 _____

9. 你认为您孩子是否有困难或其他状况会影响到他能够了解，说，读或写英文或其他语言的能力？如是，请描述。

*是** *否* *不清楚*
❑ ❑ ❑ *如是, 请描述: _____

你认为这些状况有多严重? ❑ 不严重 ❑ 少许严重 ❑ 非常严重

10a. 您孩子是否过去有被介绍给特殊教育评测? ❑ 否 ❑ 是* **请填写以下10b*

10b. **如被介绍给评测*,过去您孩子接受过特殊教育服务?
❑ 否 ❑ 是 –服务种类: _____

接受服务时的年龄*(请打勾所有适当的选项)*
❑ 出生到三岁(早期疗育) ❑ 三到五岁(特殊教育) ❑ 六岁以上(特殊教育)

10c. 您孩子是否有一份个人教育计划 (IEP)? ❑ 否 ❑ 是

11. 是否有其他关于您孩子的重要资料需要通知学校? *(例如: 特殊天赋, 身体状况, 和其他)*

12. 我们应该用什么语言发送学校通知给你? _____

_____ 月: 日: 年:
家长或监护人签字 *日期*

与学生的关系: ❑ 母亲❑ 父亲❑ 其他: _____

学校专用- NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: POSITION:

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: POSITION:

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: MO DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ❑ ADMINISTER NYSITELL ❑ ENGLISH PROFICIENT ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: POSITION:

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: MO DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

Minisink Valley 中央学区

P.O. Box 217 – Route 6 – Slate Hill, New York 10973-0217
电话号码: (845) 355-5110

小孩住宿安排表格

*这是联邦政府规定所有新注册学生所需要填写的表格.

日期: _____

学生姓名: _____
姓 名 中间名字

性别: 男 出生日期:_____/_____/_____ 年级: _____ ID#: _____
女 月 日 年 *(幼稚园小班-12年纪)*

地址: _____ 电话#: _____

_____

以下的答案可以帮助学区确定您孩子是否有资格接受McKinney-Vento Act所赞助的服务.

学生目前在哪里居住? *(请选择其中之一.)*

- ⌋ 永久住宿
- ⌋ 临时住宿
- ⌋ 跟亲戚或其他人因为住所损失或家庭经济困难 (有时候也称为“double-up”【与他人公用】)
- ⌋ 酒店
- ⌋ 车，公园，公车，火车或露营地区
- ⌋ 其他居住环境(轻描写):

_____

_____
家长，监护人或 (无家无随伴) 学生的名字

_____
家长，监护人或 (无家无随伴) 学生的签名

MINISINK VALLEY 中央学区
Slate Hill, NY 10973

20_____- 20_____年学年的健康史

*****家长必须在注册时递交学生的免疫记录证据才可以办学生注册**

亲爱的家长:

当您孩子进入本校，我们会为他建立一个健康档案，一是我们能够更好的了解您孩子的需求。我们会把您所提供的资料完全保密，所以请你回答每个问题以及清楚地表明答案。 谢谢。

学生名字: _____ 男/女 年龄: _____ 年级: _____

地址: _____

生日日期: _____ 学校: _____ 家庭电话号码: _____

医生: _____ 医生电话: _____ 医生传真号码: _____

小孩跟谁居住(请只填写有关的资料):
母亲的名字: _____ 父亲的名字: _____

(其他) 名字和与小孩的关系: _____

紧急联系人信息

名字:_____ 与孩子的关系: _____

家庭电话:_____办公电话:_____手机电话: _____

任何学生将进入一到十二年级必须做体检.
(注释: 进入幼稚园的学生必须让一位私人家庭医生做身体检查。)

☐ 我将会让我的家庭医生做体检。

☐ 我允许学校的医生做体检。

家长/监护人签名:_____日期: _____

说明: 请回答以下所有关于学生的医疗记录。请回答所有的问题。

1. 您孩子以往或现在是否有(过):
   a. 自从上次检查后是否有受伤或生病 是 / 否 / 不知道
   b. 慢性病或持续性病 (例如糖尿病或哮喘病)? 是 / 否 / 不知道
      1. 运用吸入器或其他处方来控制哮喘? 是 / 否 / 不知道
   c. 定时运用的处方或非处方的药物? 是 / 否 / 不知道
   d. 手术, 住院或者其他急诊? 是 / 否 / 不知道
   e. 对药物有过敏? 是 / 否 / 不知道
   f. 对蜂螫，花粉，胶乳 或食物有过敏? 是 / 否 / 不知道
      1. 有什么反应: 皮疹? 麻疹? 其他皮肤症状? (请圈所有有关的答案)
      2. 服用任何治疗过敏的药物/EpiPen? (请在纸后边列出.)
   g. 任何贫血或血液病? 是 / 否 / 不知道

2. 您的孩子现在有或自从上次体检后有过以下的脑部症状:
   a. 需要医生评估的脑震荡? 是 / 否 / 不知道
      1. 什么时候，多少次? (请在纸后面列出.)
   b. 失忆或昏迷? 是 / 否 / 不知道
   c. 脑癫痫? 是 / 否 / 不知道
   d. 经常或严重的头痛? 是 / 否 / 不知道
      1. 需要服用的药物? (请在后面列出) 是 / 否 / 不知道

3. 您的孩子现在有或自从上次体检后有过以下的心病:
   a. 胸痛? 是 / 否 / 不知道
   b. 新杂音? 是 / 否 / 不知道
   c. 高血压或高胆固醇? 是 / 否 / 不知道
   d. 心脏问题导致运动限制? 是 / 否 / 不知道

4. 您的孩子自从上次体检后有过或正有以下眼耳鼻口腔的症状:
   a. 视力受损? 是 / 否 / 不知道
      1. 带隐形眼镜, 眼镜或 保护眼罩? (请圈)
   b. 听觉障碍或问题? 是 / 否 / 不知道
      1. 带助听器或人工耳蜗? 是 / 否 / 不知道
   c. 鼻骨折或经常流鼻血? 是 / 否 / 不知道
   d. 带牙箍，牙套或其他护牙器? 是 / 否 / 不知道
   e. 经常有链球菌性咽炎 或其他喉咙症状(例如，扁桃体炎C? 是 / 否 / 不知道

我们建议每个需要带眼镜的孩子应该定时做眼科检查。学校会感谢您提供给学校眼科医生名字和检查报告，以及他给的建议.

5. 自从上次体检后你的孩子有过或正有任何以下神经肌肉/骨科症状:
   a. 上背或下背疼痛? 是 / 否 / 不知道
   b. 骨折或疲劳性骨折? 是 / 否 / 不知道
   c. 你带不带保护垫或其他为早期受伤所带的设备? 是 / 否 / 不知道

6. 自从上次体检后您的孩子有过或正有以下一般或和运动有关的症状吗?
   a. 呼吸困难? 在运动时? (请圈一个.) 是 / 否 / 不知道
      1. 跑步一英里后 是 / 否 / 不知道
      2. 天气变化时会感到咳嗽, 喘息或气喘? 是 / 否 / 不知道
      3. 跟运动有关的哮喘 是 / 否 / 不知道
         i. 服用药物来稳定症状? (请在一下列入) 是 / 否 / 不知道
         ii. 经验头晕，晕倒或昏晕? 是 / 否 / 不知道
   b. 病毒感染 (e.g. 单核细胞增多症, 肝炎)? 是 / 否 / 不知道
   c. 有以下的皮肤症状:
      1. 痤疮, 接触性皮炎, 癣, 疣 疱疹? 是 / 否 / 不知道
      2. 对太阳敏感? 是 / 否 / 不知道
   d. 体重增加/减少(超过或低于十磅)? 是 / 否 / 不知道
   e. 有感受过忧郁? 是 / 否 / 不知道
   f. 与天气热有关的问题 (脱水, 头晕, 疲劳, 头痛)? 是 / 否 / 不知道
      1. 热衰竭(凉, 潮湿, 湿润的皮肤)? 是 / 否 / 不知道
      2. 中暑(热, 红, 干燥皮肤)? 是 / 否 / 不知道

7. 女性专题:
   月经开始的年龄:
   上一次月经开始的日期:
   经期之间最多有多少天:

如以上有回答 "是" (包括日期) 请在以下表明或如需要在纸后面列出。

_____

_____

我保证以上所给的资料在我签字时据我所知都是正确的。

家长/监护人签名:_____日期: _____

请帮助交通服务

我们感谢您帮助我们填写本表格。这些信息可以帮助校车司机和监控人员多了解您孩子的需求以及给您孩子最安全的服务。任何资料学校都会保守秘密。.

I.D. # _____

小孩姓:_____名字:_____

学校: 高中 初中 中等 MIS小学 OTIS小学 年级:_____男/ 女:____生日日期:_____/____/_____

(请圈一个)

邮寄地址: _____

住家地址: _____

家长/监护人名字:_____

住家电话:_____紧急/ 办公室#:_____

手机电话:_____

亲戚/ 邻居联络资料(如果学校无法与你联系的话) to:

名字:_____电话号码 _____

名字:_____电话号码 _____

以下的问题请回答是/否。 如回答"是" 请给我们资料以辅助我们为您孩子提供最好的服务:

1. 当坐校车时。您孩子服用的药是否会导致他感到不好的附中用? 是 否
   如是, 请解释: _____
2. 您的孩子是否有语言和/或听觉障碍? 是 否
   如是, 请解释: _____
3. 您的孩子是否对会对什么产生过敏 (虫咬, 糖果, 之列.)? 是 否
   如是, 请解释: _____
4. 您孩子是否有癫痫? 是 否
   如是, 请解释: _____
5. 您孩子是否有在行为上任何优心您觉得校车司机或监控人员需要知道的? 是 否
   如是, 请解释: _____
6. 你是否会建议我们给您孩子特别的座位安排 (例如, 安全座椅, 支撑背心, 等等)?
   是 否
   如是, 请解释: _____
7. 其他与交通服务有关的资料? _____
8. 在本校上学的兄弟姐妹:_____

MINISINK VALLEY 中央学区 电脑技术使用规章

Minisink Valley 中央学区提供网路技术通道，包括互联网，给所有学校员工以及学生来提高本学区学校的使命与教学目标。根据纽约州的数学，科学和技术学习标准, 学生运用技术作为资源来获取，产生，处理和转移咨询。

以下的资料用来描叙学区技术服务和学生运用那种服务的责任。学生必须签写和递交一份用户许可协议表给学校校长才可以运用本学区的网路技术。违反规定会被认为是不服从的行为，导致根据学生行为守则和依法律受到处罚。

电脑网路运用

尊重学校事物-

- 我会以负责任的态度来运用电脑，打印机，硬件和软体。
- 我不会损害，非法进入，偷盗，或故意破坏机器。
- 我不会变换网路系统或尝试解除保障系统。

尊重其他用户-

- 我会只进入，更改或删除我个人的文件。
- 我会保密我的密码。
- 我不会用粗鲁，下流，不尊重或有威胁性的字语或图片。
- 我不会公布任何会违反或违犯第三者的权利或属于滥用，粗鲁，或其他跟性有关的侮辱资料。
- 我会尊重第三者的权利以及他们的思想，尊敬资料来原 (版权法和引用).

互联网的使用

本学区网路提供互联网以及电信途径。运用这种互联网服务主要的原因是给学校提供在研究，教学和课程上的支持。本学区的互联网，符合联邦法律规定，都在每接入点都会透过网路审查。试图取消审查属于违反使用规则。

- 我只会在监督成人观察下运用电信工具和/或与联网。
- 我只会用电信工具和/或互联网来沟通和/或做跟学校有关的研究。
- 我将在电子传输和信息搜索上运用适当的语言和礼节。
- 我不会透过互联网提供个人信息和/或电子邮件地址。
- 未经监督人的许可，我不会下载或上载任何电脑程序或文件。

Minisink Valley 中央学区技术合理使用同意书

我, 签字人, 已阅读以及同意Minisink Valley中央学区技术合理使用同意书所规定的条款和条件。我明白任何违反规定会导致我运用权利给撤销，並且学校会采取纪律处分和/或适当的法律行动。
一位学生或家长/监护人必须签写本同意书。

_____	_____	_____	_____
学生用户(印刷体)	学生用户(签名)	学生ID#	日期

我, 以上学生的家长/监护人, 已阅读同意书里的内容，明白以及同意遵守同意书的条款和条件。

家长/监护人(签名)_____ 日期_____