Washington State Department of Social & Health Services

ЗВІТ ЗІ ШКОЛИ
STATEMENT FROM SCHOOL

CSO/WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

РОЗДІЛ 1: ВИПОВНІТЬ ЦЕЙ РОЗДІЛ ПЕРЕД ТИМ, ЯК НЕСТИ ДО ШКОЛИ.

Мій підпис в цьому місці свідчить про мій дозвіл школі на заповнення цієї форми для Департаменту соціальних послуг та охорони здоров'я (DSHS).

ВАШЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ	ВАШ ПІДПИС	ДАТА
НАЗВА ШКОЛИ		

АДРЕСА ШКОЛИ	НОМЕР БУДИНКУ ВУЛИЦЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

РОЗДІЛ 2: ЦЕЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЯЄ ОСОБА В ОФІСІ ШКОЛИ, ВІДПОВІДАЛЬНА ЗА ВІДВІДУВАННЯ.

A. ЗАПОВНІТЬ НАСТУПНЕ ДЛЯ КОЖНОЇ ДИТИНИ З ЦІЄЇ РОДИНИ, ЩО ВІДВІДУЄ ВАШУ ШКОЛУ.

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ДИТИНИ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЧИ ЦЯ ДИТИНА ВІДВІДУЄ ШКОЛУ:	ЧИ ЦЯ ДИТИНА У КЛАСАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ?	ЧИ ЦЯ ДИТИНА ЗАДОВІЛЬНО НАВЧАЄТЬСЯ У ШКОЛІ?	ЯКЩО ЦЯ ДИТИНА ВІКОМ 16 РОКІВ ЧИ СТАРША, КОЛИ ОЧІКУЄТЬСЯ ЙОГО/ЇЇ ЗАКІНЧЕННЯ ШКОЛИ?
		☐Повний навчальний день ☐Половину навчального дня ☐ Менше половини навчального дня	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
		☐Повний навчальний день ☐Половину навчального дня ☐Менше половини навчального дня	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
		☐Повний навчальний день ☐Половину навчального дня ☐ Менше половини навчального дня	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
		☐Повний навчальний день ☐Половину навчального дня ☐Менше половини навчального дня	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	

B. ЯКА ДОМАШНЯ АДРЕСА ЦИХ ДІТЕЙ ЗГІДНО ВАШИХ ОБЛІКОВИХ ЗАПИСІВ?

C. ЗАПОВНІТЬ НАСТУПНУ ІНФОРМАЦІЮ ЩОДО ЛЮДЕЙ, З ЯКИМИ ВИ МАЄТЕ ЗВ'ЯЗАТИСЯ У НАДЗВИЧАЙНОМУ ВИПАДКУ.

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ	КИМ ДОВОДИТЬСЯ ДИТИНІ	АДРЕСА (ВКЛЮЧІТЬ МІСТО ТА ПОШТОВИЙ ІНДЕКС)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

D. БУДЬ-ЛАСКА, НАДАЙТЕ НАСТУПНУ ІНФОРМАЦІЮ НА ВИПАДОК НЕОБХІДНОСТІ ЗВ'ЯЗКУ З ВАМИ.

ПІДПИС	ВАШЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ (БУДЬ-ЛАСКА, НАПИШІТЬ ЧІТКО ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	СЬОГОДНІШНЯ ДАТА
ПОСАДА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКЛЮЧІТЬ КОД МІСТА)	НОМЕР ФАКСУ