



**Официальный Отчёт из  
Школы**

**Statement from School**

COMMUNITY SERVICES OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

**Раздел 1: Клиент должен заполнить данный раздел, прежде чем принести этот бланк в школу.**

**Подписываясь здесь, я даю этой школе своё разрешение на заполнение данного бланка для Департамента Социальных и Медицинских Услуг (DSHS).**

ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА	
НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ			
АДРЕС ШКОЛЫ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

**Раздел 2: Данный раздел заполняется сотрудником школьного офиса, отвечающим за посещаемость / регистрацию.**

**A. ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ГРАФЫ ПО КАЖДОМУ УЧАЩЕМУСЯ ИЗ ЭТОЙ СЕМЬИ, ПОСЕЩАЮЩЕМУ ВАШУ ШКОЛУ.**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РАСПИСАНИЕ ШКОЛЫ (ВКЛЮЧИТЕ ТАКЖЕ ТОЧНЫЕ ДНИ И ВРЕМЯ)	ОБУЧАЕТСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПО ПРОГРАММЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ?	ДОБИВАЕТСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ УСПЕВАЕМОСТИ В ШКОЛЕ?	ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ УЧАЩЕГОСЯ В ШКОЛУ?	ЕСЛИ ВОЗРАСТ УЧАЩЕГОСЯ – 16 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ, ТО КОГДА ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО О НЕЙ/ОНА ОКОНЧИТ ШКОЛУ?
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Полдня <input type="checkbox"/> Менее половины дня	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Полдня <input type="checkbox"/> Менее половины дня	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Полдня <input type="checkbox"/> Менее половины дня	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**B. КАКОЙ ДОМАШНИЙ АДРЕС ЭТИХ УЧАЩИХСЯ У ВАС ЗАРЕГИСТРИРОВАН?**

**C. ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ГРАФЫ, УКАЗАВ ИМЕНА ТЕХ ЛИЦ, С КОТОРЫМИ ВЫ ДОЛЖНЫ СВЯЗАТЬСЯ В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ.**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	В КАКОМ РОДСТВЕ СОСТОИТ С УЧАЩИМСЯ	АДРЕС (ВКЛЮЧИТЬ НАЗВАНИЕ ГОРОДА И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

**D. ПОЖАЛУЙСТА, ПРЕДОСТАВЬТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ МЫ МОГЛИ С ВАМИ СВЯЗАТЬСЯ.**

ПОДПИСЬ	ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПРОСЬБА НАПИСАТЬ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	СЕГОДНЯШНЯЯ ДАТА
ДОЛЖНОСТЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ ТРЁХЗНАЧНЫЙ МЕЖДУГОРОДНЫЙ КОД)	НОМЕР ФАКСА