Обновлено 4/14/2018

Для заполнения анкеты писать синей или черной <u>шариковой ручкой</u>
(не используйте карандаш или корректор). Пишите разборчиво. Анкету не сгибайте.
To complete the questionnaire please write in blue or black ball-point pen
(do not use a pencil or white out). Write legibly. Do not bend/fold.

2018-2019 SCHOOL YEAR

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

PERSONAL INFORMATION

ФАМИЛИЯ _____ **ИМЯ** _____
Last Name First Name

РУССКИМИ_____ РУССКИМИ _____
In Russian In Russian

АНГЛИЙСКИМИ_____ АНГЛИЙСКИМИ _____
In English In English

ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ: МЕСЯЦ _____ ДЕНЬ _____ ГОД_____
Birthday Month Day Year

МЕСТО РОЖДЕНИЯ_____ **СТРАНА РОЖДЕНИЯ**_____
City of Birth Country of Birth

НАЗВАНИЕ АМЕРИКАНСКОЙ ШКОЛЫ_____
American School Name

КЛАСС В АМЕРИКАНСКОЙ ШКОЛЕ _____ ☐ **ДОШКОЛЬНЫЙ** Preschool ☐ **ДЕТСКИЙ САД** Kindergarten
Grade Level in American School

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ДОМ И УЛИЦА_____КВАРТИРА_____
Current Address: Building and Street Apartment

ГОРОД_____ШТАТ_____ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС_____
City State Zip Code

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН: (_____)_____-_____
Home Phone

МОБИЛЬНЫЙ ОТЦА: (_____)_____-_____ АДРЕС ЕЛ. ПОЧТЫ_____@_____
Cell Phone Father: E-mail Address

МОБИЛЬНЫЙ МАТЕРИ: (_____)_____-_____ АДРЕС ЕЛ. ПОЧТЫ_____@_____
Cell Phone Mother: E-mail Address

ИМЯ И ОТЧЕСТВО РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ:

PARENT'S/GUARDIAN'S FIRST AND MIDDLE NAME:

ОТЕЦ РУССКИМИ_____АНГЛИЙСКИМИ_____
Father In Russian *Имя и Отчество* In English *First and Middle Name*

МАТЬ РУССКИМИ_____АНГЛИЙСКИМИ_____
Mother In Russian *Имя и Отчество* In English *First and Middle Name*

ВЕРОИСПОВЕДАНИЕ_____НАЗВАНИЕ ЦЕРКВИ_____
Religion Church Name

_____ _____
Подпись Родителей/Опекунов **Дата**
Parent or Guardian Signature Date

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ:

CHILD INFORMATION:

КАКОЙ ЯЗЫК БУДЕТ ИЗУЧАТЬ ВАШ РЕБЕНОК: ☐ РУССКИЙ Russian ☐ УКРАИНСКИЙ Ukrainian
Which language will your child study:

СКОЛЬКО ПОЛНЫХ ЛЕТ БУДЕТ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ В СЕНТЯБРЕ 2018г? ☐
How old will your child be in September 2018?

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК ЗАКОНЧИЛ УЧЕБНЫЙ ГОД 2017-2018 ПРИ НАШЕЙ ШКОЛЕ, ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ, В КАКОМ КЛАССЕ И КТО БЫЛ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ:
If your child finished the 2017-2018 school year in our school, please mark the box for the class and teacher he/she had:

РУССКИЕ КЛАССЫ
Russian Classes

- ☐ **Группа Раннего Развития** #1 | 4-5 лет
  Людмила Николаевна Савчик
- ☐ **Подготовительный Класс** | 5-6 лет
  Светлана Александровна Алкантара
- ☐ **1А Класс** | 10-14 лет
  Елена Михайловна Еременко
- ☐ **1Б Класс** | 6-7 лет
  Любовь Николаевна Марущак
- ☐ **2 Класс** | 7-11 лет
  Ольга Анатольевна Орлова
- ☐ **3 Класс** | 7-9 лет
  Людмила Николаевна Кондейкина
- ☐ **4 Класс** | 10-12 лет
  Татьяна Вячеславовна Бернит

УКРАИНСКИЕ КЛАССЫ
Ukrainian Classes

- ☐ **Підготовчий Клас** | 4-6 років
  Галина Миколаївна Босюк
- ☐ **1 Клас** | 5-6 років
  Альона Василівна Волощук
- ☐ **2 Клас** | 6-7 років
  Оксана Миколаївна Присяжнюк
- ☐ **3 Клас** | 9-10 років
  Наталія Ярославівна Романів
- ☐ **4 Клас** | 11-13 років
  Лариса Назарівна Батейко
- ☐ **5 Клас** | 10-12 років
  Людмила Михайловна Назарук

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК НЕ ЗАКАНЧИВАЛ УЧЕБНЫЙ ГОД 2017-2018,
ПРИ НАШЕЙ ШКОЛЕ, ПОЖАЛУЙСТА ОТВЕТЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:
If your child did NOT finish the 2017-2018 school year in our school, please answer the following questions:

1. В кругу семьи общение с ребенком проходит на Русском / Украинском на _____ %
   (0-100%)
   How much % of total time spoken in the family in conversation with the child is in Rus./Ukr.
2. Имел ли ваш ребенок возможность систематически обучаться языку (Рус. / Укр.)? _____
   Да/Нет
   Did your child have the opportunity to systematically study the language (Rus./Ukr.) Yes / No?
3. Отметьте уровень знания русского или украинского языка вашего ребенка:
   Please mark the box corresponding to the level of knowledge your child has of Russian or Ukrainian:

   ☐ Знает алфавит Knows the alphabet ☐ Разговаривает Speaks ☐ Читает Reads ☐ Пишет Writes

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Имя Ученика_____ **Класс**_____**Дата рождения**_____
Student Name Grade Date of Birth

Адрес_____**Телефон**_____
Address Telephone

Ученик проживает с: (обвести всех, с кем живет)
Student resides with (circle all that applies):

Мамой Mother **Папой** Father **Дедушкой/бабушкой** Grandparent **Опекуном** Guardian **Другие**:_____ Other

Цель: ДАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ОКАЗАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩ РЕБЕНКУ, КОТОРЫЙ ЗАБОЛЕЛ ИЛИ БЫЛ ТРАВМИРОВАН ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ШКОЛЕ, КОГДА НЕВОЗМОЖНО СВЯЗАТСЯ С РОДИТЕЛЯМИ И ОПЕКУНАМИ.

Purpose: *To enable authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured under school authority, when parents or guardians cannot be reached.*

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ ИЛИ ВТОРАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА
PART I OR II MUST BE COMPLETED

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ – СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ
PART I – PERMISSION FOR TREATMENT

Контактная информация
Contact Information

Имя Матери/Опекун _____**Телефон (**_____)_____-_____
Mother's Name Phone

Имя Отца/Опекун _____**Телефон (**_____)_____-_____
Father's Name Phone

Другие люди, которым можно сообщить, если невозможно связаться не с одним из родителей
Friend and/or family member to be notified in case neither parent can be reached.

Имя_____**Кем является**_____**Телефон (**_____)_____-_____
Name Relationship Phone

Имя_____**Кем является**_____**Телефон (**_____)_____-_____
Name Relationship Phone

Позвонить доктору_____**Телефон (**_____)_____-_____
Doctor to be called Phone

Позвонить зубному доктору_____**Телефон (**_____)_____-_____
Dentist to be called Phone

Позвонить медицинскому специалисту_____**Телефон (**_____)_____-_____
Medical Specialist to be called Phone

Местная больница по вашему выбору_____
Preferred Local Hospital

Телефон комнаты неотложной помощи: (_____)_____-_____
Emergency Room Phone

В случае если возможные попытки связаться со мной были неудачны, я даю свое согласие на: (1)оказание любой помощи, которую названный выше доктор почитает за нужную, или если этот доктор недоступен, другой врач или стоматолог; (2)доставка ребенка к любой доступной больнице.

Это разрешение не распространяется на серьезные хирургические операции, если перед проведением таких операций не получены медицинские оценки двоих других лицензированных докторов или стоматологов.

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my permission for (1)the administration of any treatment deemed necessary by above –named doctor or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2)the transfer of the child to any hospital reasonably accessible.

This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentist, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

История болезни:
Medical History

Данные, которые относятся к истории болезни ребенка. Включая аллергию, лекарство, которое принимает ребенок, или какие либо физические упражнения, о которых должен знать доктор:

Facts concerning the child's medical history, including allergies, medications being taken, and any physical impairment to which a physician should be alerted about:

_____

_____

_____ _____

Подпись Родителей/Опекунов **Дата**
Parent or Guardian Signature Date

Адрес:_____
Address

ЧАСТЬ ВТОРАЯ – НЕСОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

PART II – REFUSAL TO PERMIT TREATMENT

Я НЕ ДАЮ свое согласие на неотложное лечение моему ребенку. В случае болезни или травмы, которая потребует неотложного лечения, я желаю, чтобы школьная администрация сделала следующее:

I DO NOT give my permission for emergency medical treatment of my child. In the event of illness on injury requiring emergency treatment. I wish the school authorities to take the following action:

_____

_____

_____ _____

Подпись Родителей/Опекунов **Дата**
Parent or Guardian Signature Date

Ваш адрес:_____
Address:

Пожалуйста опустите данную анкету в ящик с надписью
"АНКЕТЫ ШКОЛЫ РОДНОГО ЯЗЫКА"
Please submit this form in the application box labeled for Russian / Ukrainian Language School.