

Для заполнения анкеты писать синей или черной шариковой ручкой
(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.

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ
PERSONAL INFORMATION

ФАМИЛИЯ
Last Name

ИМЯ
First Name

РУССКИМИ _____
In Russian

РУССКИМИ _____
In Russian

АНГЛИЙСКИМИ _____
In English

АНГЛИЙСКИМИ _____
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** **ДЕТСКИЙ САД**
Grade Level in American School Preschool Kindergarten

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
Parent or Guardian Signature

Дата
Date

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ:

CHILD INFORMATION:

КАКОЙ ЯЗЫК БУДЕТ ИЗУЧАТЬ ВАШ РЕБЕНОК:

Which language will your child study:

РУССКИЙ
Russian

УКРАИНСКИЙ
Ukrainian

СКОЛЬКО ПОЛНЫХ ЛЕТ БУДЕТ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ В СЕНТЯБРЕ 2019г?

How old will your child be in September 2019?

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК ЗАКОНЧИЛ УЧЕБНЫЙ ГОД 2018-2019 ПРИ НАШЕЙ ШКОЛЕ, ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ, В КАКОМ КЛАССЕ И КТО БЫЛ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ:

If your child finished the 2018-2019 school year in our school, please mark the box for the class and teacher he/she had:

РУССКИЕ КЛАССЫ

Russian Classes

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

УКРАИНСКИЕ КЛАССЫ

Ukrainian Classes

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

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК НЕ ЗАКАНЧИВАЛ УЧЕБНЫЙ ГОД 2018-2019, ПРИ НАШЕЙ ШКОЛЕ, ПОЖАЛУЙСТА ОТВЕТИТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

If your child did NOT finish the 2018-2019 school year in our school, please answer the following questions:

- В кругу семьи общение с ребенком проходит на Русском / Украинском на _____ %
How much % of total time spoken in the family in conversation with the child is in Rus./Ukr. (0-100%)
- Имел ли ваш ребенок возможность систематически обучаться языку (Рус. / Укр.)? _____
Did your child have the opportunity to systematically study the language (Rus./Ukr.) Yes / No? Да/Нет
- 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 **Папой** **Дедушкой/бабушкой** **Опекуном** **Другие:** _____
Mother Father Grandparent Guardian Other

Цель: ДАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ОКАЗАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ, КОТОРЫЙ ЗАБОЛЕЛ ИЛИ БЫЛ ТРАВМИРОВАН ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ШКОЛЕ, КОГДА НЕВОЗМОЖНО СВЯЗАТЬСЯ 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 считает 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

Parent or Guardian Signature

Дата

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

Parent or Guardian Signature

Дата

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.