

ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE
ΕΝΤΥΠΟ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΑΘΗΤΗ

For Office Use Only:

Registration Date: _____
 Home Language Survey
 ESL
 SPED IEP Received
 Proof of Residency
 Requested Attached

Σημείωση: Είναι άκρως σημαντικό να μας ειδοποιήσετε εάν αλλάξουν

αυτές οι πληροφορίες κατά τη διάρκεια του έτους.

<u>Μαθητής</u>			
Επίθετο: _____	Όνομα: _____ Μεσαίο όνομα: _____		
Διεύθυνση: _____	Ημερομηνία γέννησης: _____ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ		
Τηλ. οικίας: _____ Κινητό: _____	Email: _____		
Χώρα γέννησης: _____ Πόλη γέννησης: _____	Εάν γεννήθηκε εκτός των ΗΠΑ Χρόνια διαμονής στις ΗΠΑ. _____		
Ισπανόφωνος /Από Λατινική Αμερική <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (από Κούβα, Μεξικό, Πόρτο Ρίκο, Κουλτούρα Νότια/Κεντρικής Αμερικής)	Φυλή: <input type="checkbox"/> Λευκή <input type="checkbox"/> Αμερικανός Ινδιάνος <input type="checkbox"/> Αφρικανός Αμερικανός <input type="checkbox"/> Ασιάτης <input type="checkbox"/> Από Νήσους του Ειρηνικού		
Γράφτηκε ο μαθητής ποτέ σε Δημόσια Σχολεία του Braintree;	1 st γλώσσα που μιλάτε στο σπίτι: _____		
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Εάν ναι, γράψτε το σχολείο και τις χρονιές: _____		
Τελευταίο σχολείο που παρακολούθησε: _____	Το σχολείο ήταν <input type="checkbox"/> Δημόσιο <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό		
Ποιος έχει τη νόμιμη επιμέλεια αυτού του μαθητή; <input type="checkbox"/> Και οι δύο γονείς <input type="checkbox"/> Μητέρα <input type="checkbox"/> Πατέρας <input type="checkbox"/> Κηδεμόνας <input type="checkbox"/> Άλλος (Διευκρινίστε)			
<u>1^ο άτομο για επικοινωνία</u>			
Όνομα: _____	Σχέση: <input type="checkbox"/> Μητέρα <input type="checkbox"/> Πατέρας <input type="checkbox"/> Κηδεμόνας		
Κύριο τηλέφωνο: _____	Διεύθυνση: _____		
Εναλλακτικό τηλέφωνο: _____	Τηλ. εργασίας: _____		
Όνομα εργοδότη: _____	Κύριο Email: _____		
	Επάγγελμα: _____		
Ζει αυτό το άτομο με τον μαθητή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Μπορεί αυτό το άτομο να πάρει το μαθητή από το σχολείο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Μπορούμε να στείλουμε αλληλογραφία από το σχολείο σε αυτό το άτομο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
<u>2^ο άτομο για επικοινωνία</u>			
Όνομα: _____	Σχέση: <input type="checkbox"/> Μητέρα <input type="checkbox"/> Πατέρας <input type="checkbox"/> Κηδεμόνας		
Κύριο τηλέφωνο: _____	Διεύθυνση: _____		
Εναλλακτικό τηλέφωνο: _____	Τηλ. εργασίας: _____		
Όνομα εργοδότη: _____	Κύριο Email: _____		
	Επάγγελμα: _____		
Ζει αυτό το άτομο με τον μαθητή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Μπορεί αυτό το άτομο να πάρει το μαθητή από το σχολείο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Μπορούμε να στείλουμε αλληλογραφία από το σχολείο σε αυτό το άτομο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
<u>Στρατιωτική Κατάσταση Οικογένειας</u> (για υποστήριξη του νόμου VALOR)			
Είναι ο μαθητής σας παιδί ενεργού μέλους των ενόπλων δυνάμεων/των Εθνικών Φρουρών που υπηρετεί τώρα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Είναι ο μαθητής σας παιδί ενός μέλους ή βετεράνου που απολύθηκε λόγω υγείας ή πήρε σύνταξη εντός ενός έτους; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Είναι ο μαθητής σας παιδί ενός μέλους που πέθανε ενώ υπηρετούσε στις ένοπλες δυνάμεις; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
<u>Αδέρφια</u> (παρακαλούμε δηλώστε όλα τα αδέρφια και τις ημερομηνίες γεννήσεώς τους)			
Όνομα: _____	Ημερομηνία γέννησης: _____	Όνομα: _____	Ημερομηνία γέννησης: _____
Όνομα: _____	Ημερομηνία γέννησης: _____	Όνομα: _____	Ημερομηνία γέννησης: _____
<u>Άτομα για επικοινωνία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης</u> (Παρακαλούμε πληροφορήστε αυτά τα άτομα ότι ενδέχεται να τους ειδοποιήσουμε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης)			
Σε περίπτωση ατυχήματος ή σοβαρής ασθένειας του παιδιού μου, όταν δεν μπορείτε να επικοινωνήσετε κατάλληλα μαζί μου, σας παρακαλώ να επικοινωνήσετε με τα ακόλουθα άτομα:			
Όνομα: _____	Σχέση: _____	Όνομα: _____	Σχέση: _____
Τηλ. οικίας: _____	Κινητό: _____	Τηλ. οικίας: _____	Κινητό: _____
Τηλ. εργασίας: _____		Τηλ. εργασίας: _____	
<u>For Office Use Only</u>			
Grade: _____	Teacher: _____	LASID: _____	Date Records Requested: _____
Homeroom: _____	Counselor: _____	SASID: _____	Date Records Received: _____
House: _____	Social Worker: _____	Played Varsity Sports <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Forwarded to Counselor
Bus: _____			<input type="checkbox"/> Forwarded to Nurse