

緊急聯絡人資訊

聯絡人（家長除外） _____
關係 _____ 電話 (_____) _____ - _____
內科醫生 _____ 電話 (_____) _____ - _____
牙醫 _____ 電話 (_____) _____ - _____
就醫取向 _____

管養資訊（若學生不與父母同住，請填寫此部分）

法定、經法院裁定的管養權/監護權由以下人士享 父母共同 母親 父親 監護人
監護人姓名 _____ 關係（如有） _____
監護人姓名 _____ 關係（如有） _____

除非法院下令拒絕，否則父母雙方均依法有權收到學校的郵件。如適用，請註明收取郵件複本的姓名/地址：

姓名 _____ 地址 _____
城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

表格填寫人（請工整書寫） _____ 關係 _____

簽名 _____ 日期 _____

僅供辦公室使用

預計畢業年份 _____ 入學日期 _____ 入學代碼 _____ 輔導員 _____
年級 _____ 學科教室 _____ 班主任 _____ 課程代碼 _____ 日曆 _____
儲物櫃編號 _____ 鎖號 _____ 組合 _____ 出生日期證明 _____
核實人 _____ 公民身份證明 _____ 核實人 _____ 疫苗接種證明 _____
核實人 _____ 居住證明 _____ 核實人 _____ 出行代碼 _____ 前往 1 號校巴路線 _____
2 號校巴路線 _____ 從 3 號校巴路線出發 _____ 4 號校巴路線 _____



特雷迪芬/伊斯特唐學區

西谷商務中心行政辦公室

940 West Valley Road, Suite 1700, Wayne, PA 19087

電話：610-240-1900

申請公佈學生記錄

學生姓名： _____
(姓氏、名字、中間名)

出生日期： _____

年級： _____

上一個就讀的學校： _____

學校地址： _____

學校電話： _____

學校傳真號碼： _____

請將以下有關上述學生的資料轉寄至下列學校。

特雷迪芬伊斯特唐中學 801
Conestoga Road
Berwyn, PA.19312 收
件人：登記電話：
610 - 240 - 1208
電子郵件：TEMRegistration@tesd.net

福吉谷中學 105 W. Walker
Road Wayne, PA.19087
收件人：登記
電話：610 - 240 - 1303
電子郵件：VFMRegistration@tesd.net

- 官方行政記錄
- 紀律記錄
- 完成的等級、班級名次、考勤記錄
- 標準化成就測試分數
- 性格和興趣測試分數
- 教師和輔導員觀察與評分
- 智力和能力測試分數
- 健康/牙醫記錄
- 評估報告或心理評估
- IEP、NOREP、GIEP、504
- 其他 (請註明) _____

日期 _____

家長簽名 _____



家長登記聲明

學生姓名 _____

家長/監護人姓名 _____

地址 _____

電話號碼 _____

為遵守州法律，請準確填妥下方的 24 P.S. §13-1304-A 及 24 P.S. §13-1318.1 兩部分並簽名。

24 P.S. §13-1304-A

賓州學校法典 § 13-1304-A 部分規定「在入讀任何學校實體之前，學生的家長、監護人或其他控制或負責學生的人士應在註冊時提供一份宣誓聲明或誓詞，聲明該學生過往或目前是否因涉及武器、酒精或毒品的行為或犯罪，或因故意傷害他人或在學校實施任何暴力行為而被本聯邦或任何其他州的任何公立或私立學校停學或開除。」

本人特此發誓或確認，本人的子女曾經 _____ 未曾 _____ 因涉及武器、酒精或毒品的行為或犯罪，或因故意傷害他人或在學校實施任何暴力行為而被本聯邦或任何其他州的任何公立或私立學校停學或開除，或目前因 _____ 沒有因 _____ 上述行為而被停學或開除。本人發表此聲明，如有違背誓言向相關機構弄虛作假，將受到 24 P.S. § 13-1304-A(b) 及 18 Pa.C.S.A. § 4904 的懲罰。據本人所知及所信，本文件所載事實真實無誤。

24 P.S. §13-1318.1

賓州學校法典 § 13-1318.1 部分規定「在入讀公立學校實體之前，學生的家長、監護人或其他控制或負責學生的人士應在註冊時提供一份宣誓聲明或誓詞，聲明該學生過往或目前是否根據本部分規定被開除。」賓州學校法典的這一部分包含了關於被判性侵犯的學生的條款。

本人特此發誓或確認，本人的子女曾經 未曾 被開除，或目前被 未被 本聯邦的任何公立或私立學校開除，原因是對同一學校的學生進行性侵犯被定罪或判決有罪。本人發表此聲明，如有違背誓言向相關機構弄虛作假，將受到 24 P.S. § 13-1318.1 及 18 Pa.C.S.A. § 4904 的懲罰。據本人所知及所信，本文件所載事實真實無誤。

如果該學生過往或目前被其他學校停學或開除，請填寫：

給予學生停學或開除處分的學校的名稱： _____

停學或開除的日期： _____

停學或開除的理由： _____

(如有需要，請另附一頁，補充學校、日期、開除或停學原因。)

(家長或監護人簽名)

(日期)

任何故意作出上述虛假陳述的，均屬三級輕罪。此表格應作為學生紀律記錄的一部分保存。

TESD 家庭語言調查

所有新註冊的學生，不論種族、國籍或語言來源，都須填妥此表格。聯邦法律要求所有地方教育機構 (LEA) 使用一種無偏見的程序來識別哪些學生是潛在的英語學習者 (EL)，以便提供適當的語言教學教育計劃及服務。鑑於這一責任，LEA 有權要求提供此表格及與識別過程有關的其他表格上所載的資訊。

學生資料（家長/監護人應填妥此部分）：

子女的名字： _____

子女的姓氏： _____

子女的出生日期： _____
(月/日/年)

子女的學校： _____ 年級： _____

父母或監護人需回答的問題

1. 子女在家中是否說英語以外的語言？ 否 是（語言） _____
2. 您的子女用英語以外的語言交流嗎？ 否 是（語言） _____
3. 您的子女最初學會說的語言是什麼？ _____
4. 您喜歡用哪種語言接收資訊？ _____
5. 您的子女在美國上學嗎？ 否 是

如果是，請列出學校

學校名稱	州	入讀日期
_____	_____	_____
_____	_____	_____

家長/監護人簽名： _____ 日期： _____

提供口譯員 否 是



特殊服務登記表

學生姓名：_____ 入學年級：_____

請於以下適當的方塊內勾選您的子女接受特殊服務的情況：

我的子女在之前就讀的學校有一份 IEP 或 504 服務協議存檔，並接受了以下備有文件記錄的特殊服務：

自閉症支援

學習支援

天才教育支援

視力支援

生活技能支援

言語/語言支援

聽力支援

情緒支援

其他（請註明）_____

職業治療

物理治療

護理支援

輔助技術

特別交通需求

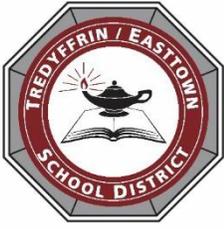
我的子女正在進行多學科評估 (MDE)。

我的子女已完成下列各項評估，並符合/不符合接受特殊服務的資格：

我的子女尚未接受過任何特殊服務，亦未接受過此類服務的評估。

家長簽名

日期



特雷迪芬/伊斯特唐學區學生健康史

子女姓名 _____ 出生日期 _____ 年級 _____

子女內科醫生的姓名 _____ 電話號碼 _____
上次體檢日期： _____

子女牙科醫生的姓名 _____ 電話號碼 _____
上次牙科檢查日期： _____

您的子女是否對藥物、昆蟲叮咬、食物或其他物質過敏？是否有任何過敏會危及生命？他/她是否攜帶腎上腺素自動注射器？

您的子女是否有任何需要特別注意的疾病，例如心臟問題、哮喘、糖尿病、癲癇或其他？如果是，請列出。

您的子女在協調或行動方面是否有任何問題？如果是，請列出。

您的子女在視力、聽力、語言或溝通方面是否有任何問題？如果是，請列出並說明。

您的子女是否有任何社交或情緒問題？如果是，請列出。

您的子女是否經歷過嚴重的事故、疾病或手術？如果是，請描述。

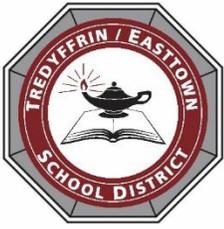
您的子女是否服用藥物？如果是，請列出藥物及劑量。

您的子女是否患過以下疾病？如果是，請勾選適用的疾病。

水痘 _ 腮腺炎 _ 百日咳 _
德國麻疹 _ 麻疹 _ 小兒麻痺

校醫可否與其他學校員工分享這些資訊？ 是 否

家長或監護人簽名 _____ (日期) _____



結核病 (TB) 風險評估表

TB 風險評估表的目的是確定哪些兒童患結核病的風險可能增加，並可能需要進行評估和檢測。具有以下描述的任何風險因素的兒童都可能是結核病檢測的候選者。

兒童姓名：_____ 出生日期：_____ 日期：_____

TB 風險評估

- 該學生是否曾在 TB 高發的國家/地區臨時或永久居住超過 1 個月？請注意，除美國、加拿大、澳洲、新西蘭以及北歐或西歐國家/地區以外的任何國家/地區。

是 _____ 否 _____

居住國家/地區 _____

- 學生是否有目前或計劃的免疫抑制，包括 HIV 病毒、移植受者、長期使用類固醇或其他免疫抑制藥物（這些會增加他們接觸 TB 的風險）？

是 _____ 否 _____

- 兒童是否與被診斷患有 TB 的人一起生活或共度時光？

是 _____ 否 _____

如果對上述任何一個問題的回答為「是」，則該兒童感染 TB 的風險增加，應由其家庭醫生進行 TB 檢測。請將該檢測結果提供給校醫。

家長：_____ 日期：_____

參考：疾病控制中心，CDC 基線個人結核病風險評估表

修訂於 2020 年 2 月 11 日