

అత్యవసర కాంటాక్ట్ సమాచారం

సంప్రదించగలిగే వ్యక్తి (తల్లిదండ్రులు కాక) _____
 సంబంధం _____ ఫోన్ (_____)
 వైద్యుడు _____ ఫోన్ (_____)
 దంతవైద్యుడు _____ ఫోన్ (_____)
 ప్రాధాన్యతా ఆసుపత్రి _____

కస్టడీ సమాచారం (ఒకవేళ విద్యార్థి తల్లిదండ్రులు ఇద్దరితో కలసి ఉండనట్లయితే)

చట్టబద్ధమైన, కోర్ట్ అనుమతించిన కస్టడీ/గార్డియన్‌షిప్: తల్లిదండ్రులు ఇద్దరూ ఉమ్మడిగా 0 తల్లి 0 తండ్రి 0 సంరక్షకుడు(లు)
 సంరక్షకుడు పేరు _____ సంబంధం (ఏదైనా ఉంటే) _____
 సంరక్షకుని పేరు _____ సంబంధం (ఏదైనా ఉంటే) _____
 కోర్టుచే తిరస్కరించబడితే మినహా తల్లిదండ్రులిద్దరూ పాఠశాల మెయిలింగ్స్ అందుకొంటారు. వర్తిస్తే, డూప్లికేట్ మెయిలింగ్స్
 పంపవలసిన పేరు/చిరునామాలను తెలియజేయండి:
 పేరు/చిరునామా _____
 నగరం_రాష్ట్రం_జిప్ _____

వీరికే ఫారం పూరించేసినది (పేరు ముద్రించండి)_సంబంధం _____

సంతకం_తేదీ _____

ఆఫీస్ వినియోగార్థం మాత్రమే
 అంచనా వేయబడిన గ్రాడ్యుయేషన్ సంవత్సరం _____ ప్రవేశ తేదీ _____ ప్రవేశ కోడ్ _____ కౌన్సెలర్ _____
 గ్రేడ్ _____ హోమ్ రూమ్ _____ హోమ్ టీచర్ _____ కరికులమ్ కోడ్ _____
 కేలండర్_లాకర్# _____ లాక్ #_కాంబినేషన్ _____ పుట్టిన తేదీ ఋజువు _____ తనిఖీ చేసినది _____
 ఇమ్మునైజేషన్ ఋజువు _____ తనిఖీ చేసినది _____ నివాస ఋజువు _____ తనిఖీ చేసినది _____
 ట్రావెల్ కోడ్ _____ పాఠశాలకు బస్ రూట్ 1 _____ బస్ రూట్ 2 _____ పాఠశాల నుండి బస్ రూట్ 3 _____
 బస్ రూట్ 4 _____



విద్యార్థి రికార్డుల విడుదలకై అభ్యర్థన

విద్యార్థి పేరు: _____
 (చివరి పేరు, మొదటి పేరు, మధ్య పేరు)

పుట్టిన తేదీ: _____

గ్రేడ్: _____

చివరగా హాజరయిన పాఠశాల: _____

పాఠశాల చిరునామా: _____

పాఠశాల టెలిఫోన్: _____

పాఠశాల ఫ్యాక్స్: _____

దిగువ ఇవ్వబడిన సమాచారాన్ని పైన తెలిపిన విద్యార్థి (ర్దులు)కు దయచేసి క్రింద తెలిపిన పాఠశాలకు పంపండి.

Tredyffrin Easttown Middle School 801
 Conestoga Road
 Berwyn, PA. 19312 Attn:
 Registration Phone: 610-240-1208
 ఇమెయిల్: TEMRegistration@tesd.net

Valley Forge Middle School 105
 W. Walker Road Wayne, PA.
 19087
 అలెగ్జాండర్ నమోదు
 ఫోన్: 610-240-1303
 ఇమెయిల్: VFMRRegistration@tesd.net

- అధికార పరిపాలనా రికార్డులు
- క్రమశిక్షణా రికార్డులు
- పూర్తిచేసిన లెవల్, క్లాస్ స్టాండింగ్, హాజరు రికార్డులు
- ప్రామాణికించబడిన అచీవ్‌మెంట్ పరీక్ష స్కోర్లు
- వ్యక్తిత్వ మరియు ఆసక్తి పరీక్ష స్కోర్లు
- టీచర్ మరియు కౌన్సెలర్ పరిశీలనలు మరియు రేటింగ్‌లు
- మేధో మరియు ఆఫ్టియూడ్ పరీక్ష స్కోర్లు
- ఆరోగ్య/దంత రికార్డులు
- అంచనా రిపోర్టులు మరియు మానసిక పరీక్షలు
- IEP, NOREP, GIEP, 504
- ఇతరములు

తేదీ తల్లి/తండ్రి సంతకం _____



పేరెంటల్ నమోదు నివేదిక

విద్యార్థి పేరు_తల్లి/తండ్రి/సంరక్షకుని పేరు_చిరునామా _____ టెలిఫోన్ నంబర్ _____

రాష్ట్ర చట్టానికి బద్ధులై ఉండటానికి రెండు 24 P.S. §13-1304-A మరియు 24 P.S. §13-1318.1 రెండూ పూర్తి చేసి, కింద సంతకం చేయండి

24 P.S. §13-1304-A

పెన్సిల్వేనియా పాఠశాల కోడ్ §13-1304-A భాగం "విపాఠశాల సంస్థల్లోకైనా ప్రవేశానికి ముందు, తల్లిదండ్రులు, సంరక్షకులు, లేదా విద్యార్థిపై నియంత్రణ ఉండే వేరే ఏవ్యక్తి అయినా, నమోదు చేసినప్పుడు, విద్యార్థి ఇంతకుముందు కామన్వెల్త్ లేదా ఏదైనా ఇతర రాష్ట్రంలోని ఏ ప్రభుత్వ లేదా ప్రైవేట్ పాఠశాల నుండి ఆయుధాలు, మద్యం లేదా మాదకద్రవ్యాలవంటివాటితో సంబంధమున్న నేరం లేదా చర్యలకు సంబంధించి లేదా వేరొక వ్యక్తిని ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా గాయపరచడం లేదా పాఠశాల ఆస్తిపై ఏదైనా హింసాత్మక చర్యలవల్ల సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించలేదని ప్రమాణం చేసిన నివేదిక లేదా నిర్ధారణను సమర్పించవలసి ఉంటుంది" లో అని తెలుపుతుంది.

నా బిడ్డ ఇంతకుముందు ఎప్పుడూ సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించబడినట్లుగా లేదా బహిష్కరించబడలేదని నేను ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను లేదా వాగ్దానం చేస్తున్నాను ఏదైనా ఇతర రాష్ట్రంలోని ఏ ప్రభుత్వ లేదా ప్రైవేట్ పాఠశాల నుండి ఆయుధాలు, లేదా మద్యం లేదా మాదకద్రవ్యాలవంటివాటితో సంబంధమున్న నేరం లేదా చర్యలకు సంబంధించి లేదా వేరొక వ్యక్తిని ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా గాయపరచడం లేదా పాఠశాల ఆస్తిపై ఏదైనా హింసాత్మక చర్యలవల్ల సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించబడినట్లు లేదా సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించబడలేదని నేను ఇందుమూలముగా ప్రమాణం చేస్తున్నాను. నేను ఈ ప్రమాణాన్ని 24 P.S. §13-1304-A(b), మరియు 18 Pa. C.S.A. ప్రకారం విధించబడే జరిమానాల ప్రకారం చేస్తున్నాను., అధారిటీలకు ప్రమాణంచేయని తప్పుడు సమాచారం ఇవ్వడంలేదని, ఇక్కడ ఇవ్వబడిన సమాచారమంతా నాకున్న పరిజ్ఞానం, సమాచారం మరియు విశ్వాసం మేరకు సరైనది మరియు ఖచ్చితమైనదని తెలుపుతున్నాను.

24 P.S. §13-1318.1

పెన్సిల్వేనియా పాఠశాల కోడ్ §13-1318.1 పాక్షికంగా "ఒక ప్రభుత్వ పాఠశాలలో ప్రవేశానికి ముందు, తల్లిదండ్రులు, సంరక్షకుడు, లేదా విద్యార్థిపై నియంత్రణ లేదా నియంత్రణ ఇతర వ్యక్తి ఎవరైనా, నమోదు చేసుకొన్నప్పుడు, ఈ సెక్షన్ ప్రకారం, విద్యార్థి ఇంతకుముందు లేదా ప్రస్తుతం బహిష్కరించలేదని ఒక ప్రమాణ పూర్వక ఫ్లేట్ మెంట్ లేదా ప్రమాణపత్రం ఇవ్వాలి ఉంటుందని" తెలియజేస్తుంది. ఈ సెక్షన్ పెన్సిల్వేనియా పాఠశాల కోడ్, విద్యార్థులపై నేరారోపణ చేయబడటం లేదా లైంగిక దాడికి సంబంధించి బాలనేరస్తునిగా నిర్ధారించబడానికి సంబంధించిన నియమాలను తెలుపుతుంది.

నా బిడ్డ నేరారోపణ జరబడినందున లేదా అదే పాఠశాలలో ప్రవేశం కలిగివున్న ఒక విద్యార్థిపై లైంగిక దాడి జరిపిన నేరంపై బాల నేరస్తునిగా పరిగణించబడి సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించినట్లుగా సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించబడలేదని నేను ప్రమాణం చేస్తున్నాను. నేను ఈ ప్రమాణాన్ని 24 P.S. ప్రకారం విధించబడే జరిమానాల ప్రకారం చేస్తున్నాను. §13-1318.1 మరియు 18 Pa. C.S.A. ప్రకారం విధించబడే జరిమానాల ప్రకారం చేస్తున్నాను., అధారిటీలకు ప్రమాణంచేయని తప్పుడు సమాచారం ఇవ్వడంలేదని, ఇక్కడ ఇవ్వబడిన సమాచారమంతా నాకున్న పరిజ్ఞానం, సమాచారం మరియు విశ్వాసం మేరకు సరైనది మరియు ఖచ్చితమైనదని తెలుపుతున్నాను.

<p>ఒకవేళ ఈ విద్యార్థి ఇంతకుముందు సస్పెండ్ చేసిన లేదా ప్రస్తుతం వేరొక పాఠశాల నుండి సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించినా దయచేసి దీనిని పూర్తిచేయండి:</p> <p>విద్యార్థి సస్పెండ్ లేదా బహిష్కరించబడిన పాఠశాల(లు) పేరు: _____</p> <p>సస్పెన్షన్ లేదా బహిష్కరణ తేదీ(లు): _____</p> <p>సస్పెన్షన్ లేదా బహిష్కరణకు కారణం(లు): _____</p> <p>(అవసరమైనట్లయితే, అదనపు పాఠశాలలు, తేదీలు, బహిష్కరణ లేదా సస్పెన్షన్ కు కారణాలు చేర్చడానికి మరొక షీట్ చేర్చండి.)</p>

(తల్లిదండ్రులు లేదా సంరక్షకుని సంతకం) _____ (తేదీ) _____

ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా ఏదైనా తప్పుడు సమాచారమిచ్చినట్లయితే అధి తీవ్రస్థాయి శిక్షకు దారితీయవచ్చు. ఈ ఫారంను విద్యార్థి క్రమశిక్షణా రికార్డులో భాగంగా ఉంచవచ్చు.

గృహ భాషా సర్వే

కొత్తగా నమోదు చేసుకొనే విద్యార్థులందరూ వారి వర్గం, జాతీయత, లేదా మాతృ భాషతో సంబంధంలేకుండా దీనిని ఖచ్చితంగా నింపాలి.
ఫెడరల్ చట్టం ప్రకారం అన్ని స్థానిక విద్యా ఏజెన్సీలు (LEAs), ఏ విద్యార్థులు సంభాష్య ఇంగ్లీష్ శిక్షకులను(ELs) గుర్తించడానికి ఒక నిష్పాక్షిక ప్రక్రియను వినియోగిస్తారు. దీనివల్ల సరైన భాషా సూచన విద్యా కార్యక్రమాలు మరియు సేవలు సరిగ్గా అందించడం వీలవుతుంది. ఈ బాధ్యత ఇవ్వబడినందున LEAలు ఈ ఫారం మరియు గుర్తింపు ప్రక్రియకు సంబంధమున్న ఇతర ఫారంలలో ఉన్న సమాచారం అడిగే హక్కు కలిగివుంటారు.

విద్యార్థి సమాచారం (ఈ సెక్షన్ తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు పూరించాలి):

బిడ్డ మొదటి పేరు: _____

బిడ్డ ఇంటిపేరు: _____

బిడ్డ పుట్టిన తేదీ: _____

(నెల/రోజు/సంవత్సరం)

బిడ్డ పాఠశాల: _____ గ్రేడ్: _____

తల్లిదండ్రులు లేదా సంరక్షకులకు ప్రశ్నలు

1. బిడ్డ ఇంట్లో ఇంగ్లీష్ కాక వేరొక భాష మాట్లాడతారా? లేదు అవును భాష _____ (భాష).
2. మీ బిడ్డ ఇంగ్లీష్ కాక వేరొక భాషలో కమ్యూనికేట్ చేస్తారా? లేదు అవును భాష _____
3. మీ బిడ్డ మొదటగా ఏభాష మాట్లాడటం నేర్చుకొన్నారు? _____
4. మీరు ఏ భాషలో సమాచారం అందుకోవడానికి ప్రాధాన్యత ఇస్తారు? _____
5. మీ బిడ్డ యునైటెడ్ స్టేట్స్ లో పాఠశాలకు వెళ్ళారా? లేదు అవును

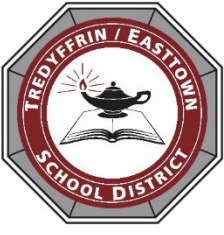
ఒకవేళ అవును అయితే, పాఠశాలల జాబితా ఇవ్వండి

పాఠశాల పేరు	రాష్ట్రం	హాజరయిన తేదీలు
_____	_____	_____
_____	_____	_____

తల్లి/తండ్రి/సంరక్షకుని సంతకం: _____ తేదీ: _____

ఇంటర్‌ప్రెటర్ అందించబడినా

అవును లేదు



ప్రత్యేక సేవల నమోదు ఫారం

విద్యార్థి పేరు: _____ ప్రవేశించిన గ్రేడ్: _____

ప్రత్యేక సేవలకు సంబంధించి మీ బిడ్డ స్థితిని తెలిపే దిగువ ఇవ్వబడిన బాక్స్(లను) దయచేసి చొక్క చేయండి:

మా బిడ్డ ఇంతకుముందు హాజరైన పాఠశాలలో ఫైల్ పై ఒక IEP లేదా 504 సర్వీస్ అగ్రిమెంట్ కలిగివున్నారు మరియు దిగువ ఇవ్వబడిన ప్రత్యేక సేవలు అందుకొన్నారు:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ఆస్టిక్ మద్దతు | <input type="checkbox"/> వృత్తిపరమైన ధైరపీ |
| <input type="checkbox"/> అభ్యసన మద్దతు | <input type="checkbox"/> శారీరక ధైరపీ |
| <input type="checkbox"/> గిఫ్టెడ్ మద్దతు | <input type="checkbox"/> నర్సింగ్ సపోర్ట్ |
| <input type="checkbox"/> విజన్ సపోర్ట్ | <input type="checkbox"/> అసిస్టివ్ టెక్నాలజీ |
| <input type="checkbox"/> జీవిత నైపుణ్యాల మద్దతు | <input type="checkbox"/> ప్రత్యేక రవాణా అవసరాలు స్పీచ్/భాషా |
| <input type="checkbox"/> మద్దతు | |
| <input type="checkbox"/> హియరింగ్ సపోర్ట్ | |
| <input type="checkbox"/> ఎమోషనల్ సపోర్ట్ | |
| <input type="checkbox"/> ఇతరములు (దయచేసి తెలపండి) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | |

మా బిడ్డ ప్రస్తుతం మల్టీ డిసిప్లినరీ ఎవాల్యుయేషన్ (MDE) కలిగివున్నారు.

మా బిడ్డ దిగువ తెలిపిన ఎవాల్యుయేషన్(లు) పూర్తి చేశారు మరియు దిగువ సేవలకు అర్హత పొందారు/పొందలేదు:

నా బిడ్డ ఎలాంటి ప్రత్యేక సేవలను అందుకోలేదు లేదా అటువంటి సేవల కొరకు మదింపు చేయబడలేదు.

తల్లి/తండ్రి సంతకం తేదీ



Tredyffrin/Easttown స్కూలు డిస్ట్రిక్ట్ విద్యార్థి ఆరోగ్య చరిత్ర

బిడ్డ పేరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ గ్రేడ్ _____

బిడ్డ వైద్యుడి పేరు _____ టెలిఫోన్ # _____

చివరి ఫిజికల్ పరీక్ష తేదీ: _____

బిడ్డ దంత వైద్యుని పేరు _____ టెలిఫోన్ # _____

చివరి దంత పరీక్ష తేదీ: _____

మీ బిడ్డ ఏదైనా డ్రగ్, కీటకం కుట్టడం, ఆహారం, లేదా వేరే ఏదైనా పదార్థంపట్ల అలర్జీ కలిగివున్నారా? ఈ అలర్జీలు ప్రాణాంతకమైనవా? అతను/ఆమె ఒక ఎపినెఫ్రైన్ ఆటో ఇంజెక్షన్ కలిగివుంటారా?

మీ బిడ్డకు గుండె సమస్య, ఆస్టమా, మధుమేహం, ఎపిలెప్సీ, లేదా ఇతర ప్రత్యేక శ్రద్ధ అవసరమయ్యే ఏదైనా పరిస్థితి ఉన్నదా? ఒకవేళ అవును అయితే, జాబితా ఇవ్వండి.

సమన్వయం లేదా కదలడానికి మీ బిడ్డకు ఏదైనా సమస్య ఉందా? ఒకవేళ అవును అయితే, జాబితా చేయండి.

మీ బిడ్డకు దృష్టి, వినికిడి, మాట్లాడటం, కమ్యూనికేట్ చేయడానికి సంబంధించి ఏదైనా సమస్య ఉందా? ఒకవేళ అవును అయితే, జాబితా ఇవ్వండి మరియు వివరించండి.

మీ బిడ్డకు ఏదైనా ప్రత్యేక లేదా ఉద్వేగ సంబంధిత సమస్యలు ఉన్నాయా? ఒకవేళ అవును అయితే, జాబితా ఇవ్వండి.

మీ బిడ్డ ఏదైనా తీవ్రప్రమాదానికి గురవడం, జబ్బుపడటం, లేదా శస్త్రచికిత్స పొందారా? ఒకవేళ అవును అయితే, వివరించండి.

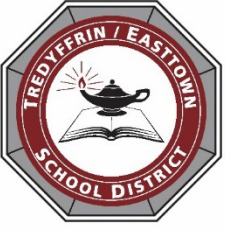
మీ బిడ్డ ఏవైనా మందులు తీసుకొంటారా? ఒకవేళ అవును అయితే, మందుల జాబితా మరియు మోతాదు ఇవ్వండి.

మీ బిడ్డ కిందివాటిలో ఏదైనా రోగానికి గురయ్యారా? ఒకవేళ అవును అయితే, వర్ణించేదానిని చెక్ చేయండి.

చికెన్ పాక్స్ గవదలు తెరలుగా వచ్చే దగ్గు
జర్మన్ మీజిల్స్ మీజిల్స్ పోలియో

ఈ సమాచారాన్ని పాఠశాల నర్స్ వేరొక పాఠశాల సిబ్బందితో పంచుకోవచ్చా? అవును లేదు

తల్లి/తండ్రి లేదా సంరక్షకుని సంతకం తేదీ _____



Tuberculosis (TB) రిస్క్ అంచనా ఫారం

TB రిస్క్ అంచనా ఫారం ఉద్దేశ్యం, ట్యూబర్క్యులోసిస్ (TB) బారినపడటానికి అధిక రిస్క్ కలిగివున్న పిల్లలను గుర్తించడానికి మరియు అవసరమైన అంచనా మరియు పరీక్షలు నిర్వహించేందుకు ఉపయోగించడం. దిగువ వివరించిన వాటిలో ఏ రిస్క్ అంశాన్ని కలిగివున్నా బిడ్డ అయినా TB పరీక్ష చేయించుకోవలసివుంటుంది.

బిడ్డ పేరు: _____ పుట్టినతేదీ: _____ తేదీ: _____

TB రిస్క్ అంచనా

- బిడ్డ TB అధిక రేటు కలిగివున్న దేశంలో తాత్కాలికంగా లేదా >1 నెల శాశ్వత నివాసమున్నారా. యునైటెడ్ స్టేట్స్, కెనడా, ఆస్ట్రేలియా, న్యూజిలాండ్, మరియు ఉత్తర ఐరోపా మరియు పశ్చిమ ఐరోపా కాక ఇతర దేశాలని దయచేసి గమనించండి.

అవును కాదు _____ _____

నివాస దేశం _____

- విద్యార్థి TB సోకడానికి అవకాశాలను పెంచే HIV వైరస్, మార్పిడి స్వీకర్త, స్టెరాయిడ్స్ అధికంగా ఉపయోగించడం, లేదా ఇతర ఇమ్యూనోసప్రెసివ్ మందులతో సహా, ఏవైనా ఇమ్యూనోసప్రెషన్ను ప్రస్తుతం కలిగివున్నారా లేదా అనుకుంటున్నారా?

అవును _____ లేదు _____

- బిడ్డ, TB బిడ్డ, నిర్ధారణ చేసిన ఏ వ్యక్తితోనైనా నివసించారా లేదా కొంత సమయం గడిపారా?

అవును కాదు _____ _____

పై దానికి సమాధానం అవును అయితే, బిడ్డకు TB సోకే రిస్క్ అధికంగా ఉంది మరియు వారి కుటుంబ వైద్యునిచే TB పరీక్ష చేయించుకోవాలి. దయచేసి ఈ పరీక్ష ఫలితాలను మీ పాఠశాల నర్స్ కు అందజేయండి.

పేరెంట్: _____ తేదీ: _____

రిఫరెన్స్: సెంటర్స్ ఫర్ డిస్ట్రీబ్యూషన్ కంట్రోల్, CDC బేస్లైన్ ఇండివిడ్యువల్ టిబి రిస్క్ అసెస్మెంట్ ఫారం సవరించినది 2/11/2020

ఫారం సవరించినది 2/11/2020