



賓州韋恩縣特雷迪芬/伊斯特唐學區
學生登記表 學生資料

學生證號碼 _____
入學年級 _____
註冊日期 _____

學生姓名 _____
姓氏 名字 中間名

首選名字 _____ 學生手機號碼 (如適用) _____

出生日期 _____ 性別：男 女

學生是否為特雷迪芬/伊斯特唐居民？ 是： 否： 如果否，請說明： _____

學生住址：
 公寓號 (如適用) _____ 郵政信箱 (如適用) _____ 門牌號 _____ 街道名稱 _____
 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 住宅電話 _____

居住鎮：特雷迪芬 伊斯特唐 其他： _____

族裔：西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔

種族 (勾選所有適用項)：非裔美國人/黑人 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 亞洲人
 白種人 多種族 (兩個或兩個以上)： 夏威夷土著/太平洋島民

學生就讀的上一所學校 (如適用) _____ 完成年級 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 退學日期 _____

就讀的上一所特雷迪芬/伊斯特唐學校 (如適用) _____ 退學日期 _____

兄弟姊妹：(姓名及出生日期)： _____

學生國籍 _____

出生城市及州 _____ 出生國家 _____

入境美國日期 _____ 進入賓州日期 _____ 入住學區日期 _____

家庭使用的主要語言 _____ 學生使用的主要語言 _____

學生是否具備以下任何一項 (勾選所有適用項)： IEP GIEP 504 服務協議

第一位家長/監護人 (第一位家長/監護人將收到所有學校通訊，包括自助餐廳低餘額及學校提醒。)

姓名 _____ 稱呼：先生 太太 女士 其他 _____
姓氏, 名字

性別 _____ 與學生的關係 _____

公寓號 (如適用) _____ 郵政信箱 (如適用) _____ 門牌號 _____ 街道名稱 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 首選電話 _____ (手機, 住宅) _____

職業 _____ 其他電話 _____ (手機, 住宅) _____

僱主 _____

僱主地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電郵地址

第二位家長/監護人

姓名 _____ 稱呼：先生 太太 女士 其他： _____
姓氏, 名字

性別 _____ 與學生的關係 _____

公寓號 (如適用) _____ 郵政信箱 (如適用) _____ 門牌號 _____ 街道名稱 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 首選電話 _____ (手機, 住宅) _____

職業 _____ 其他電話 _____ (手機, 住宅) _____

僱主 _____

僱主地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電郵地址 _____

* 特雷迪芬/伊斯特唐學區的所有學校在整個學年均使用電子郵件交流學校資訊及學校通訊。您的電郵地址可能會被提供給家長教師，僅作學區通訊之用。您的私隱至為重要。本學區不會將您的電郵地址提供給特雷迪芬/伊斯特唐學區以外的任何機構。

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：

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自閉症支援 | <input type="checkbox"/> 職業治療 |
| <input type="checkbox"/> 學習支援 | <input type="checkbox"/> 物理治療 |
| <input type="checkbox"/> 天才教育支援 | <input type="checkbox"/> 護理支援 |
| <input type="checkbox"/> 視力支援 | <input type="checkbox"/> 輔助技術 |
| <input type="checkbox"/> 生活技能支援 | <input type="checkbox"/> 特別交通需求 |
| <input type="checkbox"/> 言語/語言支援 | |
| <input type="checkbox"/> 聽力支援 | |
| <input type="checkbox"/> 情緒支援 | |
| <input type="checkbox"/> 其他（請註明）：_____ | |

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



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？ _____

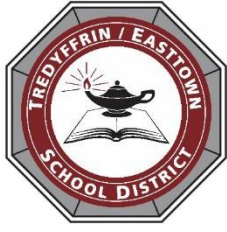
5. 您的子女在美國上學嗎？ 否 是

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： _____

子女牙醫的姓名 _____ 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 _____ 小兒麻痺症 _____

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

- 該兒童是否出生在非洲、亞洲和太平洋群島（日本除外）、中美洲、南美洲、墨西哥、東歐或中東？

是 _____ 否 _____

如果是，兒童出生在哪個國家/地區？ _____

- 該兒童是否在非洲、亞洲和太平洋群島（日本除外）、中美洲、南美洲、墨西哥、東歐、加勒比或中東生活或旅行超過一個月？

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。

家長：_____ 日期：_____



申請公佈學生記錄

小學

學生姓名 _____
名字 中間名 姓氏

出生日期 _____ 年級： _____

上一個就讀的學校 _____

學校地址 _____

學校電話號碼 _____

學校傳真號碼 _____

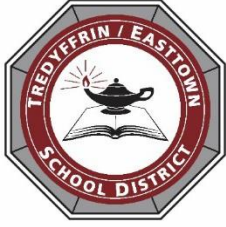
請將以下有關上述學生的資料轉寄至下列學校

博蒙特小學 575 Beaumont Rd Devon, PA 19333 	德文小學 400 S. Fairfield Rd Devon, PA 19333 	希爾賽德小學 507 Howellville Rd Berwyn, PA 19312 	New Eagle 小學 507 Pugh Rd 	福吉谷小學 99 Walker Rd. Wayne, PA 19087 
---	--	--	---	---

- 正式的行政管理記錄（姓名、地址、出生日期、完成的等級、成績、閱讀和數學水平、出勤記錄、紀律記錄、家庭背景資料）
- 標準化的測試結果
- 性格和興趣測試分數
- 教師和輔導員觀察/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



特雷迪芬/伊斯特唐學區 Pre-K 暑期課程調查問卷

僅限幼稚園新生

特雷迪芬/伊斯特唐學區 (TESD) 為將於九月份入園的一小部分兒童贊助一個幼稚園前的暑期閱讀計劃。此計劃完全免費，並且為符合資格的兒童提供交通。

此暑期計劃的目標是：

- 培養基本的閱讀前技能
- 讓兒童熟悉學校的基本例行事務
- 提供培養精細運動技能的機會
- 培養基本的社交技能

為幫助我們確定哪些兒童有資格參加這個計劃，請填妥下面的調查問卷。如果在審閱了您的調查問卷後，我們認為您的子女可能會從暑期計劃中受益，我們將在未來數週內與您聯絡，為您的子女進行篩查。

請勾選所有適用於您子女的陳述：

- 我的子女能辨識一些字母的發音。
- 我的子女能辨識字母表中的大部分大寫字母。
- 我的子女能辨識字母表中的大部分小寫字母。
- 我的子女能夠工整書寫其名字。
- 我的子女有和同齡孩子相處的經驗，相處時感到很自在。
- 我的子女讀過學前班。
- 我的子女能夠坐下來專心聽別人朗讀故事。
- 我的子女在家中聽到及/或說的語言不是英語。

關於學習差異的家族史，如閱讀障礙，您是否有任何擔憂或其他資訊想要分享？

兒童姓名 _____

家長姓名 _____

日間電話號碼 _____

學前班名稱（如適用） _____

下一年的 TESD 學校： _____