

北普罗维登斯镇 教育局

2240 Mineral Spring Avenue, North Providence, Rhode Island 02911
(401) 233-1100 - 传真 (401) 233-1106 - TDD (800) 745-6575

Melinda A. Smith, 教育硕士, 主管
Lisa K. Jacques, 教育硕士, 主管助理
John J. McNamee, 注册会计师, 财务主管
Christopher B. Jones, 教育硕士, 特殊教育主管

教育委员会
Anthony R. Marciano 先生, 局长
Gina M. Picard, 教育硕士, 副局长
Steven M. Andreozzi, 书记
Donald J. Cataldi
Roderick E. DaSilva
Ronald Iannetta, 教育硕士
Stephen D. Palmieri

北普罗维登斯教育局学生入学登记检查表

2016年4月26日修订

尊敬的家长/监护人:

请准备好以下材料以便顺利完成子女入学登记:

1. 居住证明, 经过公证的住所陈述书和经过公证的房东陈述书 (需要其他两种表格: **按揭/租赁声明**, 租约中必须包含学生姓名和**水电费账单**)
2. 出生证明 (原件), 家长/监护人身份证
3. 接种以下**疫苗**的书面证明:
 - a. 5剂DTP/DTaP (白喉、破伤风和百日咳) 疫苗 (如果年满4周岁后接种第4剂疫苗, 则只需出具接种4剂疫苗的书面证明)
 - b. 4剂小儿麻痹症疫苗 (如果年满4周岁后接种第3剂疫苗, 则只需出具接种3剂疫苗的书面证明)
 - c. 2剂MMR (麻疹、腮腺炎和风疹) 疫苗
 - d. 3剂乙型肝炎疫苗
 - e. 2剂水痘 (牛痘) 疫苗 (或者开具曾患水痘的证明并由医生签字)
4. 用于诊断结核的芒图试验 (PPD) —
5. 开学前12个月内的体检证明
6. 视力检查 (可随体检一起检查)
7. 血铅检查证明
8. 入学登记需提前预约。材料准备好后, 请致电 **401-233-1100 X 11107** 联系 **Lisa V** 预约登记时间。

出生证明将在登记完毕后立即归还。其他材料将作为学生档案由学校保管。学校每年提供免费免疫接种门诊。学校医疗老师将提供相关诊所的名单。

幼儿园或一年级学生: 报读幼儿园的学生在当年9月1日 (含) 前必须年满5岁, 报读一年级的学生在当年9月1日 (含) 前必须年满6岁。

根据相关法律法规, 北普罗维登斯教育局不会因年龄、性别、宗教、国籍、肤色或残障而歧视学生。残障学生参加由北普罗维登斯教育局举办的项目或活动时如需协助或特殊安排, 请联系主管办公室。请提前48小时联系以便妥善安排相关事宜。

北普罗维登斯教育局 ~ 学生登记表

所有报名入学的学生都必须填写一份《学生登记表》

学生信息:

(请打印)

日期: _____

姓氏	名字	中间名缩写	常用名	年龄
男/女	/ /	/ /	是/否	是/否
性别	出生日期 月/日/年	入境日期 月/日/年	出生地点	特殊教育 IEP 504

英语学习生 是/否

现居地址:

街道: _____ 公寓门牌号: _____ 城市: _____

州: _____ 邮编: _____ 家庭电话: _____ 电子邮箱: _____

家长/监护人姓名: _____ 家长/监护人姓名: _____

家长/监护人手机号码: _____ 关系: _____ 家长/监护人手机号码: _____ 关系: _____

**** 招生根据学校可用名额确定。学生就读的学校可能与报读的学校不同。****

种族背景信息

为了正确识别学生（联邦法律和州法律强制要求）及响应家长的要求，请勾选或圈出最能反映您的孩子所属族群的选项。此项信息将只用于报告小学生总人数，未经您本人同意，不会发布在可识别个人身份的表格中。请从下列选项中选择。**** 请注意，根据罗德岛州政府指导，如选择是西班牙裔/拉丁美洲人，则还须选择所属的种族。谢谢！**

** 您是西班牙裔/拉丁美洲人吗？（单选）

不是西班牙裔/拉丁美洲人

是西班牙裔/拉丁美洲人

白人
您属于哪一种族？（选择所有适用项）

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

亚洲人

黑人或非洲裔美国人

家庭背景国家 _____

夏威夷原住民或太平洋岛民

白人

以前就读学校信息

学校名称: _____ 就读年级: _____

街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话: _____ 传真: _____

今日日期: _____ 家长/法定监护人（成年人）签名: _____

办公专用:

IEP/504 _____

ELL _____

分配学校 _____

开始日期 _____ 公交线路编号 _____ 校医批准 _____ 登记主管批准 _____ 住所 _____

家长/监护人签名_____日期_____

住所

登记入学时必须提供住所信息

自有住所

必须填写家长住所陈述书，并提供按揭声明和水电费账单。

租赁住所

必须填写家长住所陈述书并公证。

房东（业主）必须填写房东住所陈述书并公证。此外，必须提供房东（业主）的租约或公证信，含家长姓名、学生姓名、学生出生日期和表明您住在该处的住所地址信息及水电费账单。

如果水电费由房东（业主）支付，请务必在房东（业主）租约或公证信中予以说明。

与亲属同住

必须填写家长住所陈述书并公证。

亲属（业主）必须填写房东/业主住所陈述书并公证。此外，必须提供亲属的租约或公证信，含家长姓名、学生姓名、学生出生日期和表明您住在该处的住所地址信息及水电费账单。

如果水电费由亲属支付，请务必在亲属（业主）租约或公证信中予以说明。

亲属必须提供按揭声明和水电费账单。

参看随附的陈述书

住所

家长住所陈述书

NORTH PROVIDENCE PUBLIC SCHOOLS
2240 Mineral Spring Avenue
North Providence, RI 02911

学生： _____
 学生姓名

家长住所陈述书

_____ 于 20____ 年 ____ 月 ____ 日在本公正员面前宣誓并确认以下信息真实无
误：

- (1) 我是_____的亲生父亲/母亲或养父/养母，我对他/她拥有抚养权。
- (2) 我目前居住在_____，属于罗德岛州北普罗维登斯镇辖区。
- (3) _____确实与我共同居住在上述地址。
- (4) 我同意接受就学督促员或教育局工作人员上门查验住所信息的真实性。
- (5) 我知晓宣誓后提交至北普罗维登斯教育局的陈述书将用于判断_____是否符合在北普罗维登斯入学的条件。
- (6) 为支持本陈述书，随附的证明材料均是真实和准确的。
- (7) 此文件包含的所有信息均是真实和准确的。

_____ 家长签名

罗德岛州 普罗维登斯郡

宣誓公证

宣誓人_____于 20____ 年 ____ 月 ____ 日在本公证员面前_____
阅读以上陈述书并宣誓陈述书内容真实准确。

_____ 公证员签名

公证委托到期： _____

(表 A)

注意： 在宣誓中提供虚假信息将以伪证罪被起诉。伪证罪最高可判二十年监禁。

如果您提供虚假信息，学区将采取相应法律措施追收学生的相关教育服务费用。追收措施包括扣押和征收房产、薪资和个人财产。

北普罗维登斯教育局
住所陈述书 — 房东/合租人/业主
陈述书

本人_____在此宣誓并确认以下信息：
房东/业主或住所的实际出租人

请填写以下三项内容并签名。

1. 本人是位于at_____的物业的业主/出租人。
家长居住地址

2. _____是学生_____的家长/法定监护人，
家长/监护人或年满 18 岁的学生

_____从我处租赁或转租此物业作为主要住所，
学生姓名

租期按月计算。

3. 本人证明上述人员与本人同住在上述地址，或单独住在上述地址。

签名即代表承担相应责任，日期：20_____年_____月_____日。

房东/出租人签名

正楷姓名：_____

地址：_____

电话号码：_____

申请人提交此住所房东陈述书，本人宣誓承担相应责任证明以上陈述书中的信息准确无误，并知晓住所调查员有权验证此陈述书中所含信息的真实性。

家长/监护人或年满 18 岁的学生签名

正楷姓名：_____

地址：_____

电话号码：_____

罗德岛州 普罗维登斯郡

宣誓公证

宣誓人_____于 20_____年_____月_____日在本公证员面前_____阅读以上陈述书并宣誓陈述书内容真实准确。

公证员签名

公证委托到期：_____

(表 A)

注意：在宣誓中提供虚假信息将以伪证罪被起诉。伪证罪最高可判二十年监禁。

如果您提供虚假信息，学区将采取相应法律措施追收学生的相关教育服务费用。追收措施包括扣押和征收房产、薪资和个人财产。

要详细了解北普罗维登斯学区的住所政策，包括调查和执行信息，请访问 www.npsd.k12.ri.us

年度健康记录更新表

请注意：此表中的信息将用于更新您孩子的健康记录。请尽快填写此表并交给获得认证的学校医疗老师。谢谢！

学生：_____

出生日期：_____ 年级：_____ 老师：_____

儿科医生：_____ 电话：_____

牙科医生：_____ 电话：_____

健康信息

如果您的孩子曾有患病记录，请注明：：_____

过敏史：_____

如果对蜂蜇或食物过敏，是否需要肾上腺素笔？是否

外科手术史：_____

重大疾病或受伤记录：_____

列出 CSNT 需要知晓的任何健康问题：：_____

如存在以下任何健康问题，请勾选相应的选项：

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 咽喉感染（频繁） |
| <input type="checkbox"/> 骨骼或关节病症 | <input type="checkbox"/> 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 牙科疾病 |
| <input type="checkbox"/> 癫痫 | <input type="checkbox"/> 耳部感染/中耳炎： 左耳 右耳 双耳 |
| <input type="checkbox"/> 心脏病 | <input type="checkbox"/> 月经问题 |
| <input type="checkbox"/> 肾病 | <input type="checkbox"/> 头痛/偏头痛 |

视力问题（是否需要佩戴眼镜/隐形眼镜？是否）

如果上述任何选项选择了“是”，请说明：_____

请列出孩子正在服用的药物及原因：

药物：_____ 原因：_____

药物：_____ 原因：_____

家长/监护人签名：_____ 日期：_____

请注意以下与学校健康筛查相关的信息

视力：一、二、三、四、五、七和九年级学生入学时筛查；

听力：学前班、幼儿园、一、二和三年级及之前未进行过听力筛查的新生；

牙科：学前班至五年级和七年级的全体学生 脊柱侧弯：六、七和八年级

筛查工作由接受过专业训练的人员进行。如果您选择不在校接受这些筛查，必须向医疗老师提供相关材料，证明学生已在最近 6 个月内接受过相同的检查。请于 10 月 1 日前向医疗老师提供相关证明材料。

健康办公室医疗授权表

学生： : _____

出生日期： _____ 年级： _____ 老师： _____

经过认证的学校医疗老师将在必要情况下为学生分发以下药物。

根据政策规定，这些药物将以“一次”剂量提供。

- 泰勒诺（醋氨酚或具有同等效果的药物）
- 布洛芬（异丁苯丙酸或具有同等效果的药物）
- 补钙咀嚼片 1-2 片

如果您的孩子需要继续定期服用这些药物，请填写北普罗维登斯医疗授权表和知情同意书，并由学生的医生签字。这些药物必须由成年人按原包装送至学校，并标注学生的姓名。

家长/监护人授权：

本人已阅读并理解北普罗维登斯医疗政策。我申请按照相关政策为我的孩子提供上述药物。我理解这是学校提供的一种服务，服用上述药物产生的任何结果由本人完全负责。

请注意：在健康办公室医疗和授权表存档之前，您的孩子不会获得上述任何药物。

请列出任何过敏史：

列出 CSNT 需要知晓的任何健康问题：

家长/监护人签名： _____ 日期： _____

体育参与表