

শিক্ষার্থী রেজিস্ট্রেশন ফর্ম

পিতামাতা/অভিভাবক পূরণ করবেন:

শিক্ষার্থীর তথ্য

For Official Use
অফিসের ব্যবহারের জন্য

ES MS HS
 GE SE ELL

শেষ নাম		প্রথম নাম		মধ্য নাম		শিক্ষার্থীর আইডি #	
বাড়ির ঠিকানা (বাড়ির নম্বর, রাস্তার নাম, অ্যাপার্টমেন্ট#, সিটি, স্টেট, জিপ)						বাড়ির ফোন নম্বর	
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বৎসর)		বয়স		লিঙ্গ <input type="checkbox"/> নারী <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> নারী অথবা পুরুষ কোনোটিই নয়		জন্মস্থান	
শেষ স্কুলের নাম, সিটি, স্টেট (অথবা বর্তমান স্কুল)						সম্পন্নকৃত শেষ গ্রেড	
হেলথ ইনস্যুরেন্সের তথ্য: শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য বিমা বা হেলথ ইনস্যুরেন্স আছে কি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ ⇒ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে এটা কী ধরনের (ইনস্যুরেন্স) কভারেজ? <input type="checkbox"/> প্রাইভেট হেলথ ইনস্যুরেন্স <input type="checkbox"/> মেডিকেল <input type="checkbox"/> চাইল্ড হেলথ প্লান B <input type="checkbox"/> না ⇒ যদি না হয়, আপনি চান কি যে আপনার সাথে (ইনস্যুরেন্স) কভারেজ বিষয়ে যোগাযোগ করা হোক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না						স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত সতর্কতা: এমন কোনো স্বাস্থ্য অবস্থা আছে কি যা শারীরিক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের জন্য ক্ষতিকারক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
স্পেশাল এডুকেশন বিষয়ক তথ্য: শিক্ষার্থী স্পেশাল এডুকেশন সার্ভিস পাচ্ছে কি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ ⇒ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার কাছে কি ইনডিভিজুয়ালাইড এডুকেশনাল প্ল্যানের (IEP) কপি আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> না							

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

শেষ নাম		প্রথম নাম		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	
বাড়ির ঠিকানা (বাড়ির নম্বর, রাস্তার নাম, অ্যাপার্টমেন্ট#, সিটি, স্টেট, জিপ)				পিতামাতা/অভিভাবকের অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত পছন্দের ভাষা লিখিত: _____ মৌখিক: _____	
বাড়ির ফোন নম্বর		কাজের ফোন/সেল ফোন নম্বর		পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল	

To Be Completed by Enrollment Staff (এনরোলমেন্ট স্টাফ পূরণ করবেন):

Registration (check one): <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school		Disposition: Enrolled School Name _____ DBN _____ Referred to: School Name _____ DBN _____ 1) _____ 2) _____ 3) _____	
Transfer Request (check one): <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____		Notes: _____	

আমি একজন কাউন্সেলরের সঙ্গে আলোচনা করেছি এবং স্কুলে আসন পাওয়ার জন্য বিকল্পসমূহ ও এর প্রক্রিয়া বুঝেছি। উপস্থাপিত তথ্য আমি বুঝেছি এবং অগ্রসর হওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পেয়েছি।

নাম/পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

কাউন্সেলরের নাম/স্বাক্ষর: _____

অতিরিক্ত মন্তব্য: _____

STUDENT NAME: LAST

FIRST

DATE: