

**Registration Form****Student Photo**

Family Name: \_\_\_\_\_

*Фамилия*

Given Names: \_\_\_\_\_

*Имя*

Expected Date of Entry: \_\_\_\_\_

*Ожидаемая дата зачисления*

Citizenship: \_\_\_\_\_

*Гражданство*

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Дата рождения Day (День) Month (Месяц) Year (Год)*Verification (copy):  Birth Certificate*Удостоверение личности Свидет-во о рождении* Passport*Паспорт* Travel Document  Vaccination*Проездной документ**Вакцинация***Parental/Guardian Information:***Сведения о родителя/опекунах*

Father's Name: \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. отца*

Occupation: \_\_\_\_\_

*Род деятельности*

Company: \_\_\_\_\_

*Название компании*

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

*Адрес электронной почты*

Home Phone Number: \_\_\_\_\_

*Домашний телефон*

Work Phone Number: \_\_\_\_\_

*Рабочий телефон*

Mobile Phone Number: \_\_\_\_\_

*Мобильный телефон*

Address: \_\_\_\_\_

*Адрес* Do **not** put me on the e-mail newsletter mailing list.*Просьба не включать меня в список получателей газеты по e-mail* Do **not** put me in the school directory.*Просьба не включать меня в школьный телефонный справочник* Do **not** use my child's photo on the webpage or in the newsletter*Просьба не помещать фотографию моего ребенка в школьную страницу интрнета и школьную газету*

Mother's Name: \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. матери*

Occupation: \_\_\_\_\_

*Род деятельности*

Company: \_\_\_\_\_

*Название компании*

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

*Адрес электронной почты*

Home Phone Number: \_\_\_\_\_

*Домашний телефон*

Work Phone Number: \_\_\_\_\_

*Рабочий телефон*

Mobile Phone Number: \_\_\_\_\_

*Мобильный телефон*

Address: \_\_\_\_\_

*Адрес* Do **not** put me on thee-mail newsletter mailing list.*Просьба не включать меня в список получателей газеты по e-mail* Do **not** put me in the school directory.*Просьба не включать меня в школьный телефонный справочник* Do **not** place my child's photo on the school's webpage or in the newsletter*Просьба не помещать фотографию моего ребенка в школьную страницу интрнета и школьную газету***Language Information: Информация о языке:**

Primary (first) language is: \_\_\_\_\_

*Родной язык:*

Language spoken at home: \_\_\_\_\_

*Язык, на котором говорят в семье*

Secondary language: \_\_\_\_\_

*Второй язык*

Other: \_\_\_\_\_

*Другие языки*

Any background information pertinent to language development: \_\_\_\_\_

*Дополнительная информация касательно развития языковых навыков*

**Siblings formation:** Информация о братьях и сестрах:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

<b>Name of Sibling</b> Имясестры/брата
<b>Gender</b> Пол <input type="checkbox"/> MaleМуж <input type="checkbox"/> FemaleЖен
<b>Age</b> Возраст:

**Payment Information:**

Organization Responsible for Fees: \_\_\_\_\_

Организация, ответственная за оплату

Company       Personal       Government       Other: \_\_\_\_\_  
Компания                  Лично                  Правительство                  Другое

Additional payment directions, provisions, or concerns:

Дополнительные рекомендации, требования, условия по оплате

**Note:** A non-reimbursable one-time registration fee of \$300 is required for each new student.

**Примечание:** Разовый невозвратимый регистрационный взнос в размере \$ 300 предусмотрен для каждого вновь прибывшего учащегося.

**School History:**

Please attach student's records from previous schools. If not available, please give full name and address of last school where records can be obtained:

Приложите копию табеля с оценками с предыдущей школы. Если у Вас не имеется такового, укажите название и адрес предыдущей школы, где можно получить табель с оценками:

List previous three schools attended including partial years, if applicable: (last school first)

Данные о предыдущем учебном заведении: указать последние три школы, включая частичное образование, в обратном хронологическом порядке.

<b>Name of School:</b> Названиешколы:
<b>Levels Attended:</b> Классы, оконченные в школе:
<b>Location (city &amp; country):</b> Местонахождение (город, страна):
<b>Dates attended (month/year – month/year):</b> Период (месяц, год – месяц, год):

<b>Name of School:</b> Названиешколы:
<b>Levels Attended:</b> Классы, оконченные в школе:
<b>Location (city &amp; country):</b> Местонахождение (город, страна):
<b>Dates attended (month/year – month/year):</b> Период (месяц, год – месяц, год):

<b>Name of School:</b> <i>Название школы:</i>
<b>Levels Attended:</b> <i>Классы, оконченные в школе:</i>
<b>Location (city &amp; country):</b> <i>Местонахождение (город, страна):</i>
<b>Dates attended (month/year – month/year):</b> <i>Период (месяц, год – месяц, год):</i>

**Strengths and Challenges:** *Сильные и слабые стороны:*

This student... *Учащийся ...*

has been identified as gifted and talented.

*считается одаренным или талантливым.*

has been an honor student.

*был отмечен какой-либо наградой.*

is a high level reader.

*увлекается чтением книг.*

**Excels in the following subjects:**

*преуспевает по следующим предметам:*

all subjects *все предметы*

Mathematics *Математика*

Writing *Риторика языка*

Reading *Чтение*

Science *Естественные науки*

Cultural Studies *Культурология*

Art *Изобразительное искусство и труд*

Music *Музыка*

Physical Education *Физическая культура*

has along attention span *способен к сохранению внимания/концентрации в течение долгого времени*

is highly focused *крайне сосредоточенный*

is competitive *является примерным учеником*

**Special Educational Needs:**

This student... *Учащийся ...*

has been diagnosed with ADHD.

*страдает СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности)*

has been diagnosed with ADD.

*страдает СДВ (синдром дефицита внимания)*

has been diagnosed with a reading disability (dyslexia).

*диагностирована неспособность к чтению*

has been diagnosed with a writing disability (dysgraphia).

*диагностирована неспособность к письму*

has been diagnosed with Autism.

*страдает аутизмом*

**Has difficulties in the following subjects:**

*Имеет трудности в освоении следующих предметов:*

all subjects *все предметы*

Mathematics *Математика*

Writing *Риторика языка*

Reading *Чтение*

Science *Естественные науки*

Cultural Studies *Культурология*

Art *Изобразительное искусство и труд*

Music *Музыка*

Physical Education *Физическая культура*

tends to have a short attention span *Не способен к сохранению внимания/концентрации в течение долгого времени*

has been expelled from a school. *был исключен из школы*

has been removed from a program for behavioral issues. *был отстранен от занятий из-за поведения*

Please expound below on any items marked: *Комментарии по каким-либо отмеченным выше пунктам:*

---



---

Please expound upon activities or sports that are of particular interest to this student:

*Какими видами спорта занимается ребенок или что составляет круг его интересов*

---



---

**Health History for** Данные о состоянии здоровья \_\_\_\_\_

(Student Name / Имя ребенка)

Does your child take any medication?  Yes *Да*  No *Нет*

*Принимает ли ребенок какие-либо препараты/лекарства*

If Yes, please give details: \_\_\_\_\_  
*Если Да, то поясните*

Does your child have a health condition that school personnel should know about?  Yes *Да*  No *Нет*

*Имеет ли Ваш ребенок какие-либо ограничения по здоровью, о которых администрация школы должна быть осведомлена*

If Yes, please give details: \_\_\_\_\_  
*Если Да, то поясните*

**Immunization Information:** *Информация о полученных прививках:*

Record dates of initial childhood and last immunization—*month/year*

*Укажите даты прививки, начиная с рождения до последней иммунизации – месяц/год*

Diphtheria/*Дифтерия* \_\_\_\_\_

BCG/*БКГ* \_\_\_\_\_

Tetanus/*Столбняк* \_\_\_\_\_

Meningitis/*Менингит* \_\_\_\_\_

Pertussis (Whooping Cough)/*Коклюш* \_\_\_\_\_

Typhoid Fever/*Брюшной тиф* \_\_\_\_\_

Polio/*Полиомиелит* \_\_\_\_\_

Rabies/*Бешенство* \_\_\_\_\_

Measles/*Корь* \_\_\_\_\_

Hemophilus Influenza/*Гемофильный грипп* \_\_\_\_\_

Mumps/*Свинка* \_\_\_\_\_

Hepatitis A/*Гепатит А* \_\_\_\_\_

Rubella/*Краснуха* \_\_\_\_\_

Hepatitis B/*Гепатит Б* \_\_\_\_\_

Yellow Fever/*Желтая лихорадка* \_\_\_\_\_

Tuberculosis/*Туберкулез* \_\_\_\_\_

**Please attach immunizations documentation to this application form.**

*Пожалуйста, приложите копии медицинских документов, подтверждающих наличие нижеперечисленных прививок.*

**Developmental Information:** *Информация о развитии ребенка:*

Were there any complications in the pre-natal, delivery, or post-natal periods?  Yes *Да*  No *Нет*

*Существовали ли какие-либо проблемы с развитием в предродовой, послеродовой периоды, во время родов*

If Yes, please give details: *Если Да, то поясните* \_\_\_\_\_

Has your child had any past or present sleeping or eating problems?  Yes *Да*  No *Нет*

*Существуют ли или существовали проблемы со сном или приемом пищи?*

If Yes, please give details: *Если Да, то поясните* \_\_\_\_\_

Please check the following items where appropriate and give date of occurrence (*month/year*):

*Пожалуйста отметьте события, произошедшие с вашим ребенком, с указанием даты (месяц/год):*

Broken bones: *Переломы* \_\_\_\_\_  Allergies: *Аллергия* \_\_\_\_\_

Hospitalizations/operations: *Госпитализации, операции* \_\_\_\_\_  Seizure: *Судороги* \_\_\_\_\_

Intestinal problems: *Проблемы с кишечником* \_\_\_\_\_  Hearing: *Проблемы со слухом* \_\_\_\_\_

Hay-fever: *Сенная лихорадка* \_\_\_\_\_  Vision (corrective lenses): *Зрение (корректирующие линзы)* \_\_\_\_\_

High temperatures: *Высокая температура* \_\_\_\_\_  Other: *Другие* \_\_\_\_\_

If any of the above items are checked, please give additional details or directions:

*Если вышеуказанные проблемы имеют место, пожалуйста предоставьте дополнительную информацию.*

**Emergency Instructions for** *Инструкции при чрезвычайной ситуации для* \_\_\_\_\_  
(Student Name / Имя ребенка)

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_  
*Домашний телефон Рабочий телефон Мобильный телефон*

If no phone contact is possible, please give an address or instruction to be reached:

*Если телефонный контакт невозможен, пожалуйста укажите домашний адрес или подробные инструкции, как можно связаться с родителями.*

If unable to reach a parent/guardian, indicate another individual to contact:

*В случае, если связаться с родителями невозможно, укажите адрес и номер телефона опекуна или другого человека с кем можно связаться.*

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: *Степень родства* \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_  
*Домашний телефон Рабочий телефон Мобильный телефон*

Ashgabat International School first takes all medical issues to the school doctor. If you have preference for a local hospital, in case of emergency, please indicate below:

*В случае необходимости медицинского вмешательства Ашхабадская международная школа обращается к школьному доктору. Если у Вас свои предпочтения в отношении госпиталя, пожалуйста, укажите ниже.*

If emergency medical care is required, do you authorize school authorities to initiate medical care that may include locating a nurse or doctor? *В случае необходимости оказания срочной медицинской помощи, даете ли вы свое согласие, чтобы администрация школы организовала вызов медсестры или доктора?*

Yes/ *Да*       No/ *Нет*

In an emergency, I hereby authorize school authorities to take any steps necessary to administer medical treatment to my child.

*В случае чрезвычайной ситуации, Я уполномочиваю администрацию школы предпринять необходимые действия по организации необходимой медицинской помощи моему ребенку.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Printed Name / Имя (печатными буквами) Signed Name / Подпись Date /Дата*