

## A 部分

### 由家长或监护人填写

学生法定名 (如出生证明所示)			曾用名 (如有用过)		
姓	名	中间名	姓	名	中间名
学生昵称	出生日期 (月/日/年)	学生家庭电话 (10 位数) <input type="checkbox"/> 未公开	出生国家	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元 (如出生证所示)	年级
<b>族群和种族类别</b> 联邦政府要求这两个问题都要回答，并且仅提供以下族群和种族类别。如果两个问题都没有回答，学校人员需要为两个问题做出选择。					家庭中其他子女 姓名                      出生日期 _____ _____ _____ _____
1. 此学生是西班牙裔或是拉丁裔？ (只选一项) <input type="checkbox"/> 不，不是西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 对，是西班牙裔或拉丁裔 (古巴、墨西哥、波多黎各、南美或中美洲，或其他西班牙文化或血统的人，不分种族)					
2. 学生的种族是什么？ (请选择所有适当的回答) <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (源于北美和南美，包括中美洲的任何一个原始民族，并保持部落关系或社区依附关系的人) <input type="checkbox"/> 亚裔 (源于远东、东南亚或印度次大陆的任何原始民族的人，如柬埔寨、中国、印度、日本、韩国、马来西亚、巴基斯坦、菲律宾群岛、泰国和越南。) <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人 (源于非洲任何一个黑人种族群体的人。) <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 (有夏威夷、关岛、萨摩亚或其他太平洋岛屿任何原住民血统的人。) <input type="checkbox"/> 白人 (源于欧洲、北非或中东任何一个原始民族的人。)					
学生和注册家长的居住地址			居住地 (只选一项)		
街道	公寓号	城市	州	邮编/后加号	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Fairfax 市 <input checked="" type="checkbox"/> 9 Fairfax 县 <input checked="" type="checkbox"/> 4 Fort Belvoir <input checked="" type="checkbox"/> 6 其它 (非 Fairfax 县)
注册家长		关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 养父母 <input type="checkbox"/> 本人			<input type="checkbox"/> 看护人
姓	名	中间名			此项仅由特殊教育部工作人员填写。
电邮 _____ 联系电话 (10 位数) <input type="checkbox"/> 不公开 家庭 _____ 工作 _____ 手机 _____					
其他家长 住在一起? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 养父母 <input type="checkbox"/> 继母 <input type="checkbox"/> 继父			
姓	名	中间名		地址 (如与上不同)	
电邮 _____ 联系电话 (10 位数) <input type="checkbox"/> 不公开 家庭 _____ 工作 _____ 手机 _____					
其他家长 住在一起? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 继母 <input type="checkbox"/> 继父			
姓	名	中间名		地址 (如与上不同)	
电邮 _____ 联系电话 (10 位数) <input type="checkbox"/> 不公开 家庭 _____ 工作 _____ 手机号码 _____					

费郡公立学校提供学生学习档案的条件为，信息接受人须同意，除非得到学生家长或者有资格学生的书面同意，否则不向任何他方提供这些信息。

# 学生注册信息表

## B 部分

姓

名

中间名

费郡公立学校学生学号

学生法定名 \_\_\_\_\_

在美国 K-12 年级学习年数 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 年或以上 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	您孩子什么时候开始在美国上学? 包括 K-12 年级的公立、私立或在家教育? _____ / _____ (月 / 年)	您孩子是否在维州公立学校的 K-12 年级就读过? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 有多少年? _____	是否接受过 FCPS 的任何服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 以前的学号 _____
以前是否在 FCPS 就读过? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 上次在 FCPS 就读的学校名称 _____ 上次就读学年 _____	<b>家庭所用语言</b> 1. 不论学生通常说话使用什么语言, 学生家庭的主要语言是什么? _____ 2. 学生说话最多运用的语言是什么? _____ 3. 学生最先学会的语言是什么? _____		<b>沟通语言</b> 1. 您希望以哪种语言获得书面沟通信息? _____ 2. 您希望以哪种语言获得口头沟通? _____
最近就读的非 FCPS 学校 学校名称 _____			
街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____			
学校电话 (10 位数) _____		学校传真 (10 位数) _____	

- 我确认, 以上注册学生**从未**因违反学校理事会有关武器、烈酒或毒品的政策或故意对他人造成伤害而被维州或其他州的任何私立或公立学校开除学籍。
- 我确认, 以上注册学生**曾经**因违反学校理事会有关武器、烈酒或毒品的政策或故意对他人造成伤害而被维州或其他州的任何私立或公立学校开除学籍。
- 我确认, 以上注册学生并非正在进行的教育修正案第 9 条款调查中的一方。
- 我确认, 以上注册学生未在教育修正案第 9 条款调查中被认定为负有责任。

我知道如果在此作出虚假陈述会构成第四级轻罪。我知道费郡公立学校 (FCPS) 的工作人员可能会核实居住文件来确认我们在费尔法克斯县的住址。我知道, 如果我搬离费尔法克斯县, 那么上述注册学生可能会不具备资格在费郡公立学校 (FCPS) 上学。我确认, 根据我所知所信, 此学生注册表中的所有信息均真实无误。

家长或监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 姓名大写 \_\_\_\_\_

### To Be Completed by FCPS Staff (with input from parent or guardian)

Proof of Date of Birth Birth Certificate Number _____ Affidavit with Supporting Documentation Code _____		Date of Entry (current) _____ E _____ _____ R _____		Original FCPS Entry Date _____	Original 9th Grade Entry Date _____	Student Assignment Placement Code _____ Base School _____	
Transportation <input type="checkbox"/> Authorized to Ride Bus <input type="checkbox"/> Not Authorized to Ride Bus	Proof of Address Received Document Type(s) _____				Homeless <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuition Code _____	Contact Restriction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Special Education Program Code <input type="checkbox"/> 1 R <input type="checkbox"/> 2 S	AAP Status _____	Counselor _____	Homeroom _____	Teacher _____			

Current Enrolling FCPS School \_\_\_\_\_

FCPS Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_

费郡公立学校提供学生学习档案的条件为, 信息接受人须同意, 除非得到学生家长或者有资格学生的书面同意, 否则不向任何他方提供这些信息。