



Severe Medical Issue!
See Page Four.

QUALITY SCHOOLS INTERNATIONAL
ASHGABT INTERNATIONAL SCHOOL
Berzengi, Ataturk Street, Ashgabat, Turkmenistan
Tel: (993 12) 48-90-27 Fax: (993-12) 48-90-28
Email: bradgoth@qsi.org WebSite: http://www.qsi.org/tkm/
Director: Mr. Brad Goth

Digital Picture
will-be-taken
by the school

Family Name: _____ Expected Date of Entry: _____
Фамилия Ожидаемая дата зачисления

Given Names: _____ Citizenship: _____
Имя Гражданство

Date of Birth: _____ / _____ / _____
Дата рождения Day(День) Month(Месяц) Year(Год)

Verification (copy): Birth Certificate Passport
Удостоверение личности Свидет-во о рождении Паспорт

Travel Document Vaccination
Проездной документ Вакцинация

Parental/Guardian Information:

---- Сведения о родителе/опекунах ----

Father's Name: _____ Occupation: _____
Ф.И.О. отца Род деятельности

Company: _____ E-Mail Address: _____
Название компании Адрес электронной почты

Home Phone Number: _____ Work Phone Number: _____
Домашний телефон Рабочий телефон

Mobile Phone Number: _____ Address: _____
Мобильный телефон Адрес

Do not put me on the Newsletter e-mail 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 in the school's webpage and Newsletter _____
Просьба не помещать фотографию моего ребенка в школьную страницу интрнета и школьную газету

Mother's Name: _____ Occupation: _____
Ф.И.О. матери Род деятельности

Company: _____ E-Mail Address: _____
Название компании Адрес электронной почты

Home Phone Number: _____ Work Phone Number: _____
Домашний телефон Рабочий телефон

Mobile Phone Number: _____ Address: _____
Мобильный телефон Адрес

Do not put me on the Newsletter e-mail 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 in the school's webpage and Newsletter _____
Просьба не помещать фотографию моего ребенка в школьную страницу интрнета и школьную газету

Language Information: Информация о языке:

Primary (first) language is: _____ Language spoken in home: _____
Родной язык: Язык, на котором говорят в семье

Secondary language: _____ Other: _____
Второй язык Другие языки

Any background information pertinent to language development: _____
Дополнительная информация касательно развития языковых навыков

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

Sibling information: Информация о братьях и сестрах:

Sex Пол	Name of Sibling Имя сестры/брата
<input type="checkbox"/> Male Муж <input type="checkbox"/> Female Жен	
Age Возраст	
<input type="checkbox"/> 0-2 years года <input type="checkbox"/> 10-13 years лет <input type="checkbox"/> 3-5 years лет <input type="checkbox"/> 14-19 years лет <input type="checkbox"/> 6-9 years лет <input type="checkbox"/> Adult взрослый	

Sex Пол	Name of Sibling Имя сестры/брата
<input type="checkbox"/> Male Муж <input type="checkbox"/> Female Жен	
Age Возраст	
<input type="checkbox"/> 0-2 years года <input type="checkbox"/> 10-13 years лет <input type="checkbox"/> 3-5 years лет <input type="checkbox"/> 14-19 years лет <input type="checkbox"/> 6-9 years лет <input type="checkbox"/> Adult взрослый	

Sex Пол	Name of Sibling Имя сестры/брата
<input type="checkbox"/> Male Муж <input type="checkbox"/> Female Жен	
Age Возраст	
<input type="checkbox"/> 0-2 years года <input type="checkbox"/> 10-13 years лет <input type="checkbox"/> 3-5 years лет <input type="checkbox"/> 14-19 years лет <input type="checkbox"/> 6-9 years лет <input type="checkbox"/> Adult взрослый	

Sex Пол	Name of Sibling Имя сестры/брата
<input type="checkbox"/> Male Муж <input type="checkbox"/> Female Жен	
Age Возраст	
<input type="checkbox"/> 0-2 years года <input type="checkbox"/> 10-13 years лет <input type="checkbox"/> 3-5 years лет <input type="checkbox"/> 14-19 years лет <input type="checkbox"/> 6-9 years лет <input type="checkbox"/> Adult взрослый	

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

School History: 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.

Levels Attended (check all that apply) <i>Классы, оконченные в школе (отметить все применимые)</i>	Name of School <i>Название школы</i>
<input type="checkbox"/> Pre-Kindergarten <i>Младш. дошк. образ-е</i> <input type="checkbox"/> Kindergarten <i>Дошкольн. образование</i>	
<input type="checkbox"/> 1 st Grade Класс <input type="checkbox"/> 7 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 2 nd Grade Класс <input type="checkbox"/> 8 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 3 rd Grade Класс <input type="checkbox"/> 9 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 4 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 10 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 5 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 11 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 6 th Grade Класс <input type="checkbox"/> 12 th Grade Класс	
Location (city & country) Местонахождение (город, страна)	
Dates attended (month/year – month/year) Период (месяц, год – месяц, год)	

Health History for _____ : **Данные о состоянии здоровья на** _____ :
(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*)

Please attach medical personnel documentation to this application form of immunizations below.
Пожалуйста, приложите копии медицинских документов, подтверждающих наличие нижеперечисленных прививок.

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 _____

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* _____

Any present or past 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)

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

Relationship: Степень родства _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Mobile Phone: _____
 Домашний телефон Рабочий телефон Мобильный телефон

Ashgabat International School takes all medical issues to the Central (Turkish) Hospital in Ashgabat. If you have another preference for a doctor or hospital, please indicate below:
 В случае необходимости медицинского вмешательства Ашхабадская международная школа обращается в Центральный (Турецкий) госпиталь в Ашхабаде. Если у Вас свои предпочтения в отношении госпиталя и врачей, 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

Note: A non-reimbursable one-time registration fee of \$100 is required for each new student.
Примечание: Разовый невозвратимый регистрационный взнос в размере \$100 предусмотрен для каждого вновь прибывшего учащегося.

Office Use: Для администрации:

First day of school: (day / month / year): _____ / _____ / _____	Initials
<input type="checkbox"/> Student application form has been reviewed and all contents have been appropriately filled out by parents.	
<input type="checkbox"/> Parental information has been added to the School Directory.	
<input type="checkbox"/> E-Mail addresses have been added to the Electronic Mailing List.	
<input type="checkbox"/> Foreign Language choice has been registered.	
<input type="checkbox"/> Medical issues have been reviewed and added to Medical Special Provisions List, if applicable.	
<input type="checkbox"/> Immunization information has been reviewed for concerns with appropriate referrals been made.	
<input type="checkbox"/> Page One has been forwarded to the Testing & Placement Coordinator.	
<input type="checkbox"/> Page One has been forwarded to the OBE Program Editor.	
<input type="checkbox"/> Page One has been forwarded to the Accounting Department.	
<input type="checkbox"/> Student's Name, Birthdate, and First Day of School have been outlined in the Faculty Meeting Agenda.	
<input type="checkbox"/> Student's Security Photograph and Pickup/Drop-off Security Paper has been updated.	
<input type="checkbox"/> Student's name has been added to the attendance list.	
<input type="checkbox"/> Student's After-School Activities have been added to those rosters.	
<input type="checkbox"/> Student's name has been forwarded to the IT Specialist.	
<input type="checkbox"/> Student has been issued a Homework Organizer. (for students nine-years old and older)	
<input type="checkbox"/> Student has been issued a Locker. (for students nine-years old and older)	



Ashgabat International School



Aşgabat Halkara Mekdebi

Berzeňňi, Atatürk köçesi, Aşgabat, Türkmenistan
: 48-90-27/28 Faks: 48-90-28 Mobile: 8-0066-34-76-49

Student Medical Examination (Медицинское освидетельствование учащегося)

Page 1 to be completed by parent/guardian while page 2 and 3 is to be completed by a Physician with all three pages being returned to Ashgabat International School upon completion.

(Первая страница заполняется родителями/опекуном, вторая и третья страницы предназначены для заполнения врачом, после заполнения всех трех страниц необходимо вернуть их в офис АМШ)

All students new and returning aged 3 through Secondary are requested to have the following yearly medical examination completed prior to attending Ashgabat International School. For students beginning the school in August of 2008, the student medical examination is to be returned to the office on or prior to the first day of school, August 28, 2008. For students enrolling in Ashgabat International School, mid term, it is expected that this medical examination be returned to the office prior to participation in classes.

The student medical examination may be completed by a doctor chosen by the parents/guardians of the students, internationally or locally, with the school not responsible or liable for the medical care. All costs incurred are payable by the families, and not included in AIS registration, tuition or capital fees. For families who prefer to have the examination completed in Ashgabat, Turkmenistan, the examination may be completed at the Central Hospital with the following guidelines:

- Students will bring their vaccination records with them
- Working hours of the hospital
Weekdays: 9:00 am – 1:00 pm, 2:00 pm – 5:00 pm
Saturday: 9:00 am – 1:00 pm, 2:00 pm - 3:00 pm
- Late afternoon is preferred since it is a less busy time at the hospital
- Students will apply directly to the registration desk at the reception
- For students aged under 14, please see Dr Irina
- For students aged 15 and older, please see Dr. Rustem
- Assessment fees
Turkmen Citizens – 250 000 manats
For Non Turkmen Citizens - 435 000 manats

До поступления в Ашхабадскую международную школу всем новым и возвращающимся после каникул учащимся 3-х летнего возраста и старше необходимо заполнить прилагаемую ежегодную форму медицинского освидетельствования. Учащихся, поступающих в школу в августе 2008 года, просим вернуть заполненную форму медицинского освидетельствования в офис школы в первый день учебы, 28 августа, или раньше. Учащимся, поступающим в Ашхабадскую международную школу в середине учебного года, необходимо вернуть заполненную форму медицинского осмотра в офис школы до поступления к учебе.

Форма медицинского освидетельствования может быть заполнена врачом, выбранным родителями/опекунами учащегося в стране пребывания или за рубежом. Школа не несет ответственность за оказание медицинской помощи. Все расходы берут на себя родители, так как они не включены в оплату за обучение, регистрацию или в фонд развития школы. Семьи, которые предпочитают пройти медицинский осмотр в Ашхабаде (Туркменистан) - могут сделать это в Центральном госпитале в соответствии с указанной ниже информацией:

- Учащиеся должны иметь при себе выписку о прививках
- Рабочие часы госпиталя:
В будние дни 9:00 – 13:00, 14:00 – 17:00
В субботу 9:00 – 13:00, 14:00 – 15:00
- Желательно посетить госпиталь после обеда, так как в это время врачи свободнее.
- Учащимся необходимо обратиться непосредственно в регистратуру.
- Учащихся 14 лет и младше просим обратиться к доктору Ирине.
- Учащихся 15 лет и старше просим обратиться к доктору Рустему.
- Оплата за осмотр:
Для граждан Туркменистана – 250 000 манат
Для иностранных граждан – 435 000 манат

Name of Child: _____
Birthdate of Child: _____
Parent Signature: _____
Date: _____

Имя ребенка: _____
Дата рождения ребенка _____
Подпись родителей: _____
Дата: _____

Ashgabat International School



QSI SUCCESS FOR ALL

Aşgabat Halkara Mekdebi

Berzenni, Ataturk köçesi, Aşgabat, Türkmenistan
Tel.: 48-90-27/28 Faks: 48-90-28 Mobile: 8-0066-34-76-49

Student Medical Examination (Медицинское освидетельствование учащегося)
To be completed by a Physician (Для заполнения врачом)

Name (имя): _____ Birth Date (Дата рожд.) _____ Sex (Пол): M (М) F (Ж)

Health History (История болезни)

Do you have any health complaints? (Имеются ли у Вас жалобы на состояние здоровья?)

Are you currently taking any medications? (Принимаете ли Вы в настоящий момент какие-либо медицинские препараты?)

Does your family have a common history of medical illnesses? (Есть ли у Вас общая семейная история медицинских заболеваний?)

Examination (Обследование)

Pulse (пульс): _____ B.P. (арт.давление) _____ Temp.(темп-ра): _____ Weight (вес): _____ Height (рост): _____

	Normal (Норма)	Abnormal (Отклонение от нормы)		Normal (Норма)	Abnormal (Отклонение от нормы)
Growth & Nutrition (Рост и питание)			Cardiovascular (серечно- сосудистая система)		
Vision 20/20 (Зрение 20/20)			Chest / respiratory (Дыхательная система)		
Head / Neck (Голова / Плечо)			Abdomen / Gastrointestinal (брюшная полость / желудочно- кишечный тракт)		
Lymph node (Лимфатическая система)			Hernia (грыжа)		
Teeth (Зубы)			Orthopedic / Posture (Опорно- двигательный аппарат)		
ENT (Лор)			Nervous System (нервная система)		
Eyes (Глаза)			Urogenital (мочеполовая система)		
Skin / Hair (Кожный и волосной покров)					

Explain Abnormalities (Наличие отклонений):

Screening for Tuberculosis (TB) (Рентгеноскопия на туберкулез)

Do you suffer from night sweats? (Наблюдается ли у Вас повышенное потоотделение по ночам?)

Have you suffered from a prolonged cough that does not respond to antibiotics? (Наблюдался ли у Вас продолжительный кашель, который не поддается лечению антибиотиками?)

Have you experienced unexplained weight loss? (Наблюдалась ли у Вас потеря веса, причина которой не выяснена?)

Does anybody in your household suffer from TB? (Кто-нибудь из членов Вашей семьи болеет туберкулезом?)

Have you ever been diagnosed with TB? (Вас когда-либо диагностировали на наличие туберкулеза?)

Please give exact dates of the following (Укажите точные даты ниже следующего)

BCG (ИЛИ БЦЖ) Date (Дата): _____

TB Skin Test if having been completed in past (Реакция манту): Date (Дата): _____

Result (Результат): POS (ПОЛОЖ.) NEG (ОТР.)

Please give exact dates of the following (Укажите точные даты ниже следующего)

Poliomyelitis (полиомиелит) _____

Hepatitis A (гепатит А) _____

Hepatitis B (гепатит В) _____

DPT / DT (Укажите дату АКДС/АДС _____

MMR (ММР) _____

	YES (ДА)	NO (НЕТ)	REMARKS (Замечания)
Participate in competitive Sports? (Занимается ли профессиональным спортом?)	_____	_____	_____
Participate in Physical Education? (Занимается ли физической культурой?)	_____	_____	_____
Any Physical Limitations? (Имеются ли физические отклонения?)	_____	_____	_____
Any Special Assistance Needed? (Нуждается ли в особой помощи?)	_____	_____	_____

Based upon the above medical examination, is this child qualified for school?

(Исходя из вышеуказанного обследования допускается ли ребенок к учебе?)

YES (ДА)

NO (НЕТ)

Doctor's Name (PRINT) Doctor's Signature
(Ф.И.О. врача (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) Подпись)

Month/Day/Year
(Месяц/День/Год)

Doctor's Address, Phone #
Адрес, номер телефона врача

All results found in this medical examination will be kept confidential and not shared with any person, governmental agency, or embassy whatsoever beyond the office staff of Ashgabat International School.

(Результаты данного обследования будут конфиденциальны и не будут разглашены любым лицам, государственным организациям или представителям посольств и вынесены за пределы офиса Ашхабадской международной школы.)