



Formulaire de renseignements sur l'élève pour centre d'orientation

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce formulaire.
Le remplir en entier nous aidera à mieux répondre à vos besoins.

**Referral
Centers**
for High School Alternatives

Date du jour :
/ /

Êtes-vous actuellement scolarisé(e), ou l'avez-vous été par le passé,
dans un établissement scolaire public de la Ville de New York ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quel est votre n° d'identifiant/OSIS :

2

Nom :

Nom de famille

Prén

Date de naissance: / /
Mois Jour Année

Âge :

Êtes-vous déjà venu(e) ici ?

☐ Oui ☐ Non

Quel est votre sexe ? ☐ Féminin ☐ Masculin

Numéro de téléphone
personnel : () -

Qui devrions-nous appeler si nous n'arrivons pas à vous contacter
(sélectionnez une seule option) :

☐ Parent / tuteur

Nom : _____

☐ Ami

☐ Petit ami(e) / époux(se) () -

Adresse :

N° de rue

Rue

Appartement

Ville

État

Code postal

Adresse e-mail :

Les élèves élevant des enfants peuvent bénéficier de services complémentaires.
Êtes-vous parent, ou attendez-vous un enfant ? (question facultative)

Oui ☐

Non ☐

Cochez toute
affirmation
valide :

☐

Ce domicile est
temporaire
ou

☐

Je suis sans
domicile

Quelle est la raison de votre visite du centre d'orientation ?

☐ 001 Un programme d'équivalence d'études secondaires
m'intéresse (HSE/GED)

☐ 004 Je voudrais en savoir plus sur les soutiens non académiques

☐ 002 Je voudrais obtenir un diplôme d'études secondaires
(lycée traditionnel / lycée passerelle / YABC)

☐ 005 Je souhaiterais apprendre l'anglais (ESL)

☐ 003 Je désire en savoir plus sur le HSE/GED ou sur le diplôme
d'études secondaire

☐ 006 Je nécessite une assistance juridique.

☐ Autre (précisez) _____

Comment avez-vous découvert de centre d'orientation ?

☐ Organisation communautaire, par ex. un lieu de culte
(CBO)

☐ Administrateur scolaire (SAD)

☐ Autre (précisez ci-dessous) (OTR) _____

☐ Membre de la famille (FAM)

☐ Conseiller d'orientation scolaire
(SGC)

☐ Camarade / ami (FRI)

☐ Professeur (THR)

☐ Bureau d'inscription des élèves (OSE)

☐ 311

☐ Site Internet ou médias sociaux (SLF)

☐ Courrier, texte ou poster (MLG)

Commentaires de l'élève sur la visite :

Réservé à l'administration / For Office Use Only

ATS Flags (if student previously enrolled in NYC DOE):

☐ BILINGUAL ☐ ESL ☐ LEP ☐ SPEC ED ☐ IEP SPEC ED If YES, mention CDOS	If LEP = Y/S/Z write PL/DCN for either: LAT ENG TOTAL _____ LAB ENG TOTAL _____	☐ IMMUN If not E or C, provide list of required immunizations and list of free clinics	☐ 86. Gave Overview Appointment Date _____	☐ 87. Gave Test Appointment on: ____/____/____
☐ None			☐ 88. Placed on Wait List	☐ 89. Finished Testing – Will return for placement on: ____/____/____

Referral Decision (Select one):

- | | |
|--|---|
| ☐ 71. Linden Learning Center Referral Center | ☐ 83. OSE (Office of Student Enrollment) |
| ☐ 72. Tenzer Referral Center | ☐ 85. Non-Academic Support Services |
| ☐ 73. Downtown Brooklyn RC – Schermerhorn | ☐ 86. Gave Overview Appointment Date |
| ☐ 74. Staten Island Referral Center | ☐ 87. Gave Test Appointment Date |
| ☐ 75. Bronx Referral Center | ☐ 88. Placed on Waitlist |
| ☐ 76. Brooklyn Referral Center – Marcy Hub | ☐ 89. Finished Testing – Will Return for Placement |
| ☐ 77. Manhattan Referral Center | ☐ 90. Pathways to Graduation (Fill in Below) |
| ☐ 78. Queens Referral Center | ☐ 91. Pathways to Graduation Summer School (Fill in Below) |
| ☐ 79. Non-DOE HSE/GED | ☐ 92. Site Transfer (Fill in Below) |
| ☐ 80. Information Given Only – No Referral Made | ☐ 93. New Diploma Granting School – YABC / Trans. / Int
(Fill in Below) |
| ☐ 81. Back to Home School | ☐ 95. DOE School with Drug Treatment Support |
| ☐ 82. Adult Education | |

Referral Decision Detail: For Referral Decisions 90-93

Test Type (please circle) Adaptive - CLAS E - 9/10 - Span	Section Math / Read	Book or CLAS E level E 1 / M 2 / D 3 / A 4	SS or CLAS E _____	GE _____	Co-op Tech or CDOS? Yes / No
Test Type (please circle) Adaptive - CLAS E - 9/10 - Span	Section Math / Read	Book E 1 / M 2 / D 3 / A 4	SS or CLAS E _____	GE _____	LAB-R/NYSITELL Score _____

Referral Code (90-93): _____ <i>If code 93 please circle: YABC/Trans/Int.</i>	Referred by: _____ (GC/SW first initial & last name)
School/Site Name: _____	DBN: _____ Appt. Date: ____/____/____
Referral Code (90-93): _____ <i>If code 93 please circle: YABC/Trans/Int.</i>	Referred by: _____ (GC/SW first initial & last name)
School/Site Name: _____	DBN: _____ Appt. Date: ____/____/____
Referral Code (90-93): _____ <i>If code 93 please circle: YABC/Trans/Int.</i>	Referred by: _____ (GC/SW first initial & last name)
School/Site Name: _____	DBN: _____ Appt. Date: ____/____/____