

**Student Health History**  
**Harry Lee Cole School**

**26 Middleton Road, Boxford, MA 01921**

**978-887-2856**

Dear Parents/Guardians:

Please complete this questionnaire to the best of your ability and return it with your registration materials. This information will be kept in your child's confidential school medical record. It will be very helpful to the school nurse and physician in understanding and safeguarding your child's health. Thank you.

Child's Name \_\_\_\_\_ Gender M F  
                    Last                      First                      Middle                      Nickname

Street Address \_\_\_\_\_ Length of Residency in Boxford \_\_\_\_\_

Home Telephone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth \_\_\_\_\_ City/State of Birth \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Mother's Name \_\_\_\_\_

Birthplace \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_

Business Address \_\_\_\_\_ Business Address \_\_\_\_\_

Business Phone \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

Marital Status:  Married  Divorced  Separated  Re-married  Single  Widowed

Other children in the family:	Birthdates
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Others living in your home: (grandparents, au pairs, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Dentist \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Is your child currently being treated for an illness or condition of which the school should be aware? If so, please describe \_\_\_\_\_

Is your child presently taking any medication? If so, what \_\_\_\_\_  
Why? \_\_\_\_\_

Will your child have to take this medication during school hours? No Yes \_\_\_\_\_

Do you consider your child's health to be: Good Fair Poor

Can your child participate fully in all school activities? Yes No Please describe limitations:  
\_\_\_\_\_

Does your child have any allergies? Food Animals Medications Insect/bee stings Dust/pollen Other  
Please explain \_\_\_\_\_

(Please turn over)

Please check any conditions your child may have:

- Asthma                       Eczema                       Convulsions                       Hernia  
 Heart disease                       Tires easily                       Strep throat                       Frequent headaches  
 Dizziness or fainting spells                       More than 3-4 colds per year                       Frequent nosebleeds  
 Painful joints                       Persistent coughing or wheezing                       Tonsils/adenoids removed  
 Stomach aches or vomiting                       Problems with bowel movements                       Mobility problems  
 Kidney disease or urinary frequency                      Other \_\_\_\_\_

If so, is the condition under the care or observation of a physician?    No    Yes

Doctor's Name/Address/Phone \_\_\_\_\_

Has your child had any of the following? If so, please describe.

Serious injuries \_\_\_\_\_ Serious illness \_\_\_\_\_

Accidents \_\_\_\_\_ High fevers (over 105°) \_\_\_\_\_

Surgeries/operations \_\_\_\_\_

- Eye problems (difficulty seeing, crossed eyes, frequently reddened or watery eyes)  
 Wears glasses If so, Doctor's Name/Address/Phone \_\_\_\_\_  
 Ear or hearing problems (frequent earaches, draining from ears, difficulty hearing)  
 Tubes in his/her ears? If so, Doctor's Name/Address/Phone \_\_\_\_\_  
 Braces and/or corrective shoes now or in the past?  
 Any speech problems (stuttering, difficult to understand, delayed speech development)

At what age did your child combine words? \_\_\_\_\_

Is a language other than English spoken at home? No Yes Which language? \_\_\_\_\_

What hand preference does your child show? Right Left Ambidextrous

Does your child have any other specific illness or disability which might affect his/her school performance or experience? \_\_\_\_\_

Was this a normal, full-term pregnancy and delivery? Yes No \_\_\_\_\_

Birth weight \_\_\_\_\_ Length of labor \_\_\_\_\_ Child discharged from the hospital with you?

Yes No \_\_\_\_\_ Is your child adopted? No Yes From \_\_\_\_\_

At what age did your child: Walk \_\_\_\_\_ Talk \_\_\_\_\_ Toilet trained \_\_\_\_\_

How did your child develop compared to other children of the same age?

- Faster     Slower     About the same

Please check if your child has had any of the following experiences which might influence his/her social or physical development:  Frequent change of residence     Death in the family     Accidents     Fires

Other \_\_\_\_\_

Please check if you expect that your child may have any of the following problems when he/she begins school:

- Leaving home for the first time                       Getting along with a new adult  
 Getting along with other children                       Dressing, eating, toileting independently

Has your child attended a nursery or preschool? For how long? \_\_\_\_\_ Name of school \_\_\_\_\_

Do you have any concerns about your child's general health, behavior or emotional well-being of which the school should be aware? No Yes (*Please attach a separate sheet of paper*)

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
 (Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
 Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
 Fax (978) 887-8042

## Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Guardian:*  
 In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes English. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated.

*Thank You*

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL	
DISTRICT	<i>Please print or type clearly</i>
SCHOOL	GRADE
STUDENT NAME	
DATE OF BIRTH	
Month:	Day:      Year:
STUDENT IDENTIFICATION NUMBER	
COUNTRY OF BIRTH / ANCESTRY	
NUMBER OF YEARS ENROLLED IN SCHOOL OUTSIDE THE U.S.	
NAME/POSITION OF SCHOOL PERSONNEL COMPLETING THIS SECTION	
DETERMINATION:	
	<input type="checkbox"/> Possible LEP
	<input type="checkbox"/> English Proficient

(✓ boxes that apply)

1. What language(s) is spoken in the student's home or residence?       English       Other \_\_\_\_\_  
*specify*

---

2. What language(s) are spoken most of the time to the student, in the home or residence?       English       Other \_\_\_\_\_  
*specify*

---

3. What language(s) does the student understand?       English       Other \_\_\_\_\_  
*specify*

---

4. What language(s) does the student speak?       English       Other \_\_\_\_\_  
*specify*

---

5. What language(s) does the student read?       English       Other \_\_\_\_\_       Does Not Read  
*specify*

---

6. What language(s) does the student write?       English       Other \_\_\_\_\_       Does Not Write  
*specify*

---

7. In your opinion, how well does the student understand, speak, read and write English?
 

	<i>Very well</i>	<i>Only a little</i>	<i>Not at all</i>
Understands English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speaks English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reads English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Writes English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent/Guardian/Other

\_\_\_\_\_  
 Date

Month:      Day:      Year:

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

Home Language questionnaire (HLQ) – Vietnamese  
BẢNG THĂM ĐỎ  
NGÔN NGỮ DÙNG THƯỜNG NGÀY TRONG NHÀ – TIẾNG VIỆT

Thưa quý vị phụ huynh hoặc vị giám hộ:

Nhằm cung cấp cho con em quý vị một nền giáo dục tốt nhất có thể được, chúng tôi cần xác định xem con em quý vị hiểu được, nói được, đọc được, và viết được tiếng Anh tới mức nào. Chúng tôi không lấy gì làm quý hơn sự hỗ trợ quý vị bằng trả lời các câu hỏi kèm theo đây.

Xin cảm ơn quý vị.

NHÂN VIÊN NHÀ TRƯỞNG ĐIỂN HOÀN TẤT VÀO (To be completed by school personnel)		
KHU VỰC (District)		
TRƯỜNG HỌC (School)	LỚP (Grade)	
TÊN HỌC SINH (Student Name)		
NGÀY SINH (Date of Birth)		
THÁNG (Month)	NGÀY (Day)	NĂM (Year)
SỐ THẺ HỌC SINH: (Student Identification number)		
QUỐC GIA SINH TRƯỞNG (Country of Birth/Ancestry)		
SỐ NĂM THEO HỌC TẠI TRƯỜNG NGOÀI NƯỚC MỸ (Number of years enrolled in school outside the U.S.)		
TÊN VÀ CHỨC VỤ CỦA NHÂN VIÊN NHÀ TRƯỞNG HOÀN TẤT PHẦN NÀY (Name and position of school personnel completing this section)		
QUYẾT ĐỊNH (Determination)		
<input type="checkbox"/> ANH MẪN KHÔNG LƯU LOÁT <input type="checkbox"/> (Possible LEP) <input type="checkbox"/> ANH VĂN LƯU LOÁT <input type="checkbox"/> (English Proficient)		

Xin đánh dấu X cho câu trả lời nào áp dụng đối đương sự

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 1. DÙNG NGÔN NGỮ NÀO TRONG GIA ĐÌNH?  | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____<br>(Viết ra)  |
| 2. CON EM QUÝ VỊ NÓI NGÔN NGỮ NÀO NHIỀU TRONG GIA ĐÌNH HAY NƠI CƯ NGỰ?                  | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____<br>(Viết ra)  |
| 3. CON EM QUÝ VỊ HIỂU SINH NGỮ NÀO?   | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____<br>(Viết ra)  |
| 4. CON EM QUÝ VỊ NÓI SINH NGỮ NÀO?  | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____<br>(Viết ra)  |
| 5. CON EM QUÝ VỊ ĐỌC SINH NGỮ NÀO?  | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____ <input type="checkbox"/> Không biết đọc<br>(Viết ra)  |
| 6. CON EM QUÝ VỊ VIẾT SINH NGỮ NÀO?   | <input type="checkbox"/> ANH NGỮ | <input type="checkbox"/> NGÔN NGỮ KHÁC _____ <input type="checkbox"/> Không biết viết<br>(Viết ra) |
| 7. THEO Ý KIẾN RIÊNG QUÝ VỊ CON EM QUÝ VỊ NÓI, ĐỌC VÀ VIẾT GIỚI ANH NGỮ Ở TRÌNH ĐỘ NÀO? |                                  |  |
| GIỚI NHẤT   | CHỈ HIỂU MỘT ÍT                  | HOÀN TOÀN KHÔNG  |
| HIỂU ĐƯỢC TIẾNG ANH   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>   |
| NÓI ĐƯỢC TIẾNG ANH  | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>   |
| ĐỌC ĐƯỢC TIẾNG ANH  | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>   |
| VIẾT ĐƯỢC TIẾNG ANH   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>   |

Cha mẹ và giám hộ ký (signature of Parents/Guardian/Other)

Tháng (Month) Ngày (Day) Năm (Year)

HLQ 01/00

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**Questionário sobre Língua na Residência**

(Home Language Questionnaire – Portuguese)

<p><i>Prezado Pai / Mãe / Responsável:</i></p> <p><i>Para poder proporcionar a melhor educação para a sua criança, temos que determinar o grau de seu conhecimento de inglês quanto a fala, leitura e compreensão.</i></p> <p><i>Apreciamos muito a sua ajuda ao responder a estas perguntas.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Obrigado.</i></p>	<p><b>A SER PREENCHIDO PELA PESSOAL DA ESCOLA (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL) DISTRICT</b> <i>(Please print or type clearly)</i></p> <p>SCHOOL GRADE _____</p> <p>STUDENT NAME _____</p> <p>DATE OF BIRTH _____</p> <p>STUDENT IDENTIFICATION NUMBER _____</p> <p>COUNTRY OF BIRTH / ANCESTRY _____</p> <p>NUMBER OF YEARS ENROLLED IN _____</p> <p>SCHOOL OUTSIDE THE U.S. _____</p> <p>NAME/POSITION OF SCHOOL _____</p> <p>PERSONNEL COMPLETING THIS SECTION _____</p> <p>DETERMINATION:      Possible LEP      English Proficient</p>
--	---

( Dados aplicáveis )

- |  |        |                    |                    |
|--|--------|--------------------|--------------------|
| 1. Quais as línguas faladas na casa do estudante?  | Inglês | Outra              |                    |
| _____  |        |                    | <i>especificar</i> |
| 2. Quais as línguas mais faladas na casa do estudante?   | Inglês | Outra              |                    |
| _____  |        |                    | <i>especificar</i> |
| 3. Quais as línguas que o estudante entende?   | Inglês | Outra              |                    |
| _____  |        |                    | <i>especificar</i> |
| 4. Quais as línguas que o estudante fala?  | Inglês | Outra              |                    |
| _____  |        |                    | <i>especificar</i> |
| 5. Quais as línguas que o estudante lê?  | Inglês | Outra _____        | Não lê             |
|  |        | <i>especificar</i> |                    |
| 6. Quais as línguas que o estudante escreve?<br>escreve  | Inglês | Outra _____        | Não                |
|  |        | <i>especificar</i> |                    |
| 7. Na sua opinião, qual o grau de proficiência do estudante em compreender, falar, ler e escrever em inglês? |        |                    |                    |

Entende Inglês  
Fala Inglês  
Lê Inglês  
Escreve Inglês

Muito bem      Um pouco      Nada

Assinatura Pai /Mãe /Responsável \_\_\_\_\_

Data (Mês: Dia; Ano) \_\_\_\_\_

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**Home Language Questionnaire (HLQ) - Urdu**

گھریلو زبان کے متعلق سوالنامہ - اردو

**جناب والدین!**  
آپ کے بچے / بچی کو بہتر تعلیم کا موقع فراہم کرنے کے لئے ہمیں یہ جانتا ضروری ہے کہ یہ بچہ یا بچی انگریزی زبان کو سمجھنے، بولنے، پڑھنے اور لکھنے پر کتنی مہارت رکھتا/رکھتی ہے۔ ان سوالات کے جوابات دینے میں آپ کے تعاون کا شکریہ۔

To be completed by school personnel اسکول کا ملازم پُر کرنے			
District (District)		(Please print or type clearly) صفاشی سے لکھیں	
School (School)		(Grade) گریڈ	
Student Name (Student Name) طالب علم کا نام			
Date of Birth (Date of Birth) تاریخ پیدائش		Month (Month) ماہ	Day (Day) دن
			Year (Year) سال
Student Identification Number (Student Identification Number) طالب علم کا شناختی نمبر			
Country of Birth/Ancestry (Country of Birth/Ancestry) ملک پیدائش / نسل			
Number of Years Enrolled in School Outside the U.S. (Number of Years Enrolled in School Outside the U.S.) علاقہ امریکہ اسکول میں بیرونی کے سال			
(Name/Position of School Personnel Completing This Section) اس حصے کو پُر کرنے والے اسکول کے ملازم کا نام / عہدہ			
(Determination) نتیجہ		<input type="checkbox"/> (Possible LEP) LEP درکار ہے	<input type="checkbox"/> (English Proficient) انگریزی پر عبور

(✓ boxes that apply) (متعلقہ باکس پر ✓ نشان لگائیں)

1. آپ کے گھر میں کونسی زبان بولی جاتی ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> تفصیل بیان کریں
2. طالب علم کے ساتھ کس زبان میں زیادہ گفتگو کی جاتی ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> تفصیل بیان کریں
3. طالب علم کونسی زبان سمجھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> تفصیل بیان کریں
4. طالب علم کونسی زبان بولتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> تفصیل بیان کریں
5. طالب علم کونسی زبان پڑھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> کوئی زبان نہیں پڑھتا	<input type="checkbox"/> دیگر
6. طالب علم کونسی زبان لکھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> کوئی زبان نہیں لکھتا	<input type="checkbox"/> دیگر
7. آپ کے خیال میں طالب علم انگریزی زبان کتنی اچھی بولتا، پڑھتا، لکھتا اور سمجھتا ہے؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Signature of Parent/Guardian/Other)  
دستخط والدین / سرپرست

(Date) تاریخ  
(Month) ماہ  
(Day) دن  
(Year) سال

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**Home Language Questionnaire (HLQ) – CHINESE**

學生家中使用語言調查表

親愛的家長：

為了能使你的子女得到最適當的教育，我們需要評估他／她對英文的聽，說，讀，寫作能力。敬請協助回答下列各項。

謝謝

校方填寫 (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)	
學區 (District)	(請用正體字填寫清楚)
校名 (School)	年級 (Grade)
學生姓名 (Student Name)	
出生日期 (Date of Birth)	月 (Month) 日 (Day) 年 (Year)
學生號碼 (Student Identification Number)	
出生地或祖籍 (Country of Birth/Ancestry)	
美國境外受教育幾年 (Number of Years Enrolled in School Outside the U.S.A.)	
校方處理此項之人員姓名及頭銜 (Name/Position of School Personnel Completing This Section)	
決定 (Determination):	可能是 LEP (Possible LEP) 英文熟練者 (English Proficient)

請在相應的方框中劃勾

1. 你們家裡主要用那種語言交談？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明) \_\_\_\_\_
2. 你們在家中和你的子女交談時，主要用那種語言？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明) \_\_\_\_\_
3. 你的子女最瞭解 (聽懂) 那種語言？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明) \_\_\_\_\_
4. 你的子女用那種語言交談？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明) \_\_\_\_\_
5. 你的子女用那種語言閱讀？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明)  不讀
6. 你的子女用那種語言寫作？ 英語 \_\_\_\_\_ 其他語言 (請說明)  不寫
7. 你認為你的子女對英文的瞭解，交談，閱讀，寫作能力達到什麼程度？

	非常好	不多	全部不會
瞭解能力			
交談能力			
閱讀能力			
寫作能力			

家長簽名： \_\_\_\_\_  
(Signature of Parent/Guardian/Other)

日期： 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_  
(date) (Month) (Day) (Year)

HLQ 12/99

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**Home Language Questionnaire(HLQ) - KOREAN**  
**가정 언어 설문지**

귀하의 자녀 또는 보호자님께  
귀하의 자녀에게 가장 적절한 교육을  
제공하기 위해, 학생이 영어를  
얼마나 잘 이해하고, 말하고, 읽고,  
쓰는지를 알아야 할 필요가 있습니  
다.  
이 설문지 작성에 협조해 주시면  
감사하겠습니다.

감사합니다.

<b>교직원작성권(To be completed by school personnel)</b>			
학군(District)	(정자기입)		
학교(School)	학년(Grade)		
학생이름(Student Name)			
생년월일(Date of Birth)			
	월(Month)	일(Day)	년(Year)
학생고유번호(Student Identification Number)			
출생국/모국(Country of Birth/Ancestry)			
미국 외에서 교육받은 횟수(Number of years enrolled in school outside the U.S.)			
작성자의 이름과 직위(Name/Position of School Personnel Completing This Section)			
판정(Determination)	<input type="checkbox"/> LEP 가능성(Possible LEP) <input type="checkbox"/> 영어능숙(English Proficient)		

(해당사항에 √로 하시오)

1. 학생의 가정에서 사용하는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_  
구체적으로 기입하십시오
2. 가정에서 학생에게 말할 때 주로 사용하는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_  
구체적으로 기입하십시오
3. 학생이 듣고 이해하는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_  
구체적으로 기입하십시오
4. 학생이 말할 때 사용하는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_  
구체적으로 기입하십시오
5. 학생이 읽을 줄 아는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_     읽지 못함  
구체적으로 기입하십시오
6. 학생이 쓸 때 사용하는 언어(들)은 무엇입니까?     영어     기타 \_\_\_\_\_     쓰지 못함  
구체적으로 기입하십시오
7. 귀하의 의견으로는 학생이 영어를 얼마나 잘 이해하고, 말하고, 읽고, 쓴다고 생각하십니까?  

	아주잘함	조금함	전혀못함
영어로 듣고 이해하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
영어로 말하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
영어로 읽기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
영어로 쓰기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

부모 또는 보호자의 서명(Signature of Parent/Guardian/Other)

월(Month)    일(Day)    년(Year)  
날짜(Date)

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**Home Language Questionnaire (HLQ) - POLISH**  
Kwestionariusz języka ojczystego

*Drodzy Rodzice lub opiekunowie,*

*Chcąc umożliwić dziecku jak najlepsze wykształcenie, musimy dowiedzieć się jak dobrze ono rozumie, mówi, czyta i pisze po angielsku. Udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania będzie dla nas bardzo pomocne.*

*Dziękujemy*

<b>Do wypełnienia przez personel szkoły</b> (To be completed by school personnel)	
<b>PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE</b> (Please print or type clearly)	
REJON (District) _____	
SZKOŁA (School) _____	KLASA (Grade) _____
NAZWISKO UCZNIĄ (Student name) _____	
DATA URODZENIA (Date of birth)	
MIESIĄC (Month): _____	DZIEŃ (Day): _____ ROK (Year): _____
NUMER IDENTYFIKACYJNY STUDENTA (Student Identification Number) _____	
KRAJ RODZINNY (Country of Birth/Ancestry) _____	
ILOŚĆ LAT NAUKI W SZKOLE POZA USA (Number of Years Enrolled in School Outside the US) _____	
NAZWISKO I STANOWISKO PRACOWNIKA SZKOŁY WYPEŁNIAJĄCEGO TĘ CZĘŚĆ (Name/Position of School Personnel Completing this Section) _____	
OKREŚLENIE (Determination):	<input type="checkbox"/> OGRANICZONY ANGIELSKI (Possible LEP) <input type="checkbox"/> SWOBODNY ANGIELSKI (English Proficient)

(T proszę wypełnić)

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| 1. Języki którymi uczeń posługuje się w domu.                                   | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____                                    |
| 2. W jakich językach najczęściej rozmawia się w domu?                           | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____                                    |
| 3. Które języki uczeń rozumie?  | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____                                    |
| 4. Jakimi językami uczeń mówi?  | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____                                    |
| 5. W jakich językach uczeń czyta?   | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____ <input type="checkbox"/> Nie czyta |
| 6. W jakich językach uczeń pisze?   | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inne _____ <input type="checkbox"/> Nie pisze |
| 7. W waszej opinii, jak dobrze uczeń rozumie, mówi, czyta i pisze po angielsku? |                                    |  |

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Wcale</i>
Rozumie po angielsku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mówi po angielsku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czyta po angielsku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pisze po angielsku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Podpis rodziców lub opiekunów  
(Signature of Parent/Guardian/Other)

\_\_\_\_\_  
Data (Date)      miesiąc      dzień      rok

HLQ 12/99

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

Университет штата Нью-Йорк • Отдел образования штата • Программа  
двуязычного образования  
Олбани, Нью-Йорк 12234

Home Language Questionnaire (HLQ) – RUSSIAN  
**Анкета о языке**

*Уважаемый родитель или  
опекун:*

*Для того чтобы предоставить  
вашему ребёнку как можно  
лучшее образование, нам нужно  
определить как хорошо он или  
она понимает, говорит, читает  
и пишет по английски.  
Благодарим за вашу помощь в  
ответах на эти вопросы.*

Спасибо

To be completed by school personnel  
(Заполняется школьным представителем)

РАЙОН (District) \_\_\_\_\_

ШКОЛА (School) \_\_\_\_\_ КЛАСС (Grade) \_\_\_\_\_

ИМЯ СТУДЕНТА (Student Name) \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ (Date of Birth) \_\_\_\_\_  
Месяц (Month): \_\_\_\_\_ Число (Day): \_\_\_\_\_ Год (Year): \_\_\_\_\_

СТУДЕНЧЕСКИЙ НОМЕР (Student Identification Number) \_\_\_\_\_

СТРАНА РОЖДЕНИЯ/ПРОИСХОЖДЕНИЕ (Country of Birth/Ancestry) \_\_\_\_\_

КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ ПРОВЕДШИХ В ШКОЛЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СОЕДИНЁННЫХ ШТАТОВ (Number of Years Enrolled in School Outside the U.S.) \_\_\_\_\_

ИМЯ/ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАПОЛНЯЮЩЕГО ЭТУ СЕКЦИЮ (Name/Position of Personnel Completing This Section) \_\_\_\_\_

ОПРЕДЕЛЕНИЕ (Determination): \_\_\_\_\_  
Ограниченный английский (Possible LEP)  
Свободный английский (English Proficient)

(✓ соответствующие клеточки)

1. На каком языке(ах) говорят у студента дома или по месту его проживания?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  
*укажите*
2. На каком языке(ах) больше всего разговаривают со студентом дома или по месту его проживания?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  
*укажите*
3. Какой язык(и) студент понимает?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  
*укажите*
4. На каком языке(ах) студент разговаривает?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  
*укажите*
5. На каком языке(ах) студент читает?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  Не читает  
*укажите*
6. На каком языке(ах) студент пишет?  Английский  Другой \_\_\_\_\_  Не пишет  
*укажите*
7. По вашему мнению, как хорошо студент понимает, говорит, читает и пишет по английски?  

<i>Свободно</i>	<i>На среднем уровне</i>	<i>Совсем не владеет языком</i>
Понимает по английски <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Говорит по английски <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Читает по английски <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пишет по английски <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Месяц (Month): \_\_\_\_\_ Число (Day): \_\_\_\_\_ Год (Year): \_\_\_\_\_

Подпись родителя/Опекуна/Других (Signature of Parent/ Guardian/Other)

Дата (Date)

HLQ 12/99

**TRI-TOWN SCHOOL UNION**  
(Topsfield, Middleton, Boxford)  
**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT**

28 Middleton Road  
Boxford, MA 01921

Tel (978) 887-0771  
Fax (978) 887-8042

**CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR**  
("Home Language Questionnaire, HLQ") - Spanish

*Estimado Padre/Madre o Guardián:*  
*Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar cuán efectivamente él o ella entiende, habla, lee y escribe el idioma inglés. Su ayuda será apreciada si contesta estas preguntas.*

*Gracias.*

**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL ESCOLAR**  
(TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)

DISTRITO (District)	IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE (Please print or type clearly)		
ESCUELA (School)	GRADO (Grade)		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Student Name)			
FECHA DE NACIMIENTO (Date Of Birth)			
	Mes (Month)	Día (Day)	Año (Year)
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE (Student Identification Number)			
PAIS NATAL O ASCENDENCIA (Country of Birth/Ancestry)			
NUMERO DE AÑOS MATRICULADO EN ESCUELA(S) FUERA DE LOS EU. (Number of years enrolled in school outside the U.S.)			
NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL ESCOLAR LLENANDO ESTA SECCION (Name/Position School Personnel Completing This Section)			
DETERMINACIÓN: (Determination)			
<input type="checkbox"/> Posiblemente LEP (Possibly LEP) <input type="checkbox"/> Dominante en Inglés (English Proficient)			

(✓ Marque las casillas que aplican)

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
*(Especifique cuál)*
2. ¿En qué idioma(s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar o residencia?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
*(Especifique cuál)*
3. ¿Qué idioma(s) entiende el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
*(Especifique cuál)*
4. ¿Qué idioma(s) habla el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
*(Especifique cuál)*
5. ¿En qué idioma(s) lee el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No lee  
*(Qué idioma)*
6. ¿En qué idioma(s) escribe el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No escribe  
*(Qué idioma)*
7. ¿En su opinión, qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?
 

	Muy bien	Un poco	Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre/Madre/Guardián/Otro  
(Signature of Parent/Guardian/Other)

Mes:  
(Month)  
  
Fecha  
(Date)

Día:  
(Day)

Año:  
(Year)

HLQ (2/00) 99-537 PM