

Sveicināti biz-biz bērnu vecāki!

Mani sauc Zanda Zilaote, un es esmu jaunā Garezera Bērnu Dārza vadītāja; varbūt daži no jums atceras mani pēc pagājušās biz-biz vasaras. Visas vasaras garumā man bija iespēja uzklaut jūsu ieteikumus un viedokļus par programmu un tās ietekmi tālākajā Garezera izglītības procesā. Pēc ilgākām pārdomām vēlos jūs informēt, ka ir veiktas izmaiņas bērnu dārza uzņemšanas kārtībā.

Atšķirībā no iepriekšējajiem gadiem šovasar bērniem ar dažādām valodas spējām būs iespēja apmeklēt bērnu dārzu jebkurā biz-biz bērnu posmā visas vasaras garumā. Pēc valodas zināšanas līmeņa jūsu bērns tiks attiecīgi iedalīts *Sarkanā* vai *Dzeltenā* grupā. No „sarkanajiem bizbiz bērniem” tiks sagaidīts, ka viņi runā latviski tekoši un labi, turpretī „*dzeltēno bizbiz bērnu*” grupā skolotāji koncentrēsies uz bērna valodas krājuma paplašināšanas un iedrošināšanas runāt latviski. Šī iedalījuma mērķis ir, lai bērniem un vecākiem būtu iespēja apmeklēt bērnu dārzu sev vēlamajā laikā un skolotājiem būtu iespēja labāk pielāgoties bērnu valodas vajadzībām.

Tā kā biz-biz bērnu vecums ir robežās no 3-6 gadiem un daži jaunākie bērni vēl guļ dienasvidu tad *Sarkanās* un *Dzeltenās* grupas dažas nedēļas būs no rītiem un dažas pēcpusdienā. Tāpēc lūdzu jūs informēt mani, ja jūsu bērns guļ dienasvidu un jūs vēlaties apmeklēt rīta grupu.

Par iedalījumu jums paziņošu ne vēlāk kā jūnija sākumā, ja pieteikuma lapa tiks iesūtīta līdz 1. aprīlim. Ja jums ir kādi jautājumi vai ieteikumi par veiktajām izmaiņām lūdzu rakstiet man uz gbd@garezers.org

Uz redzēšanos Garezerā!

Zanda Zilaote

Valodas līmeņu izskaidrojums

Mans bērns tīri/tekoši runā un saprot latviski:

Bērns runā pilnos, sarežģītos teikumos; latviešu valodā spēj brīvi izteikties, pastāstīt par sevi un apkārtējo vidi.

Mans bērns labi runā un saprot latviski:

Bērns lielākoties izsakās pilnos teikumos latviešu valodā, taču dažreiz iestarpina vārdus angļu valodā.

Bērns spēj pastāstīt par sevi un apkārtējo vidi latviešu valodā.

Mans bērns apmierinoši runā un saprot latviski:

Mans bērns saprot latviski un spēj pateikt vienkāršus teikumus. Mans bērns neatsakās runāt latviešu valodā, taču viņam/viņai ir vajadzīga palīdzība noformulēt teikumus un jautājumus.

Mans bērns mazliet runā un saprot latviski:

Mans bērns saprot latviski, taču nespēj izteikties teikumos. Bērns spēj pateikt pāris frāzes un vārdus latviešu valodā.

Mans bērns mazliet saprot latviski:

Mans bērns saprot latviski vai mazliet saprot latviski, taču nerunā latviski.

Mans bērns latviski nerunā un nesaprot:

Bērns latviski nerunā un nesaprot, taču mēs vēlamies bērnu iepazīstināt ar latvisku vidi.

— —

2010. gada Gaŗezera Biz biz bērna pieteikuma lapa

Sūtīt uz galveno biroju: 57732 Lone Tree Rd., Three Rivers, MI 49093

Bērnu informācija

Uzvārds, vārds _____

Dzimšanas datums (MM/DD/GGGG): __/__/____ Vecums 2010. gada 27. jūnijā: ____

Vecāku informācija

Mātes uzvārds, vārds _____

Tēva uzvārds, vārds _____

Adrese _____

Pilsēta _____ Pavalsts _____ Pasta kods _____

Telefons _____ Fakss _____ E-pasts _____

Mātes telefons: darbā _____ mobilais _____

Tēva telefons: darbā _____ mobīlais _____

Nelaiemes gadījumā ziņot (kontaktpersonai dienas laikā kamēr bērns apmeklē bērnudārzu):

Māte: _____ Tēvs: _____

Ja vecākus nevar sazvanīt, zvaniet:

Uzvārds, vārds _____ Attiecība bērnam: _____

Telefons: mājās _____ darbā _____ mobilais _____

Pieteikšanās bērniem no trīs (3) līdz sešiem (6) gadiem

Piesaku savu bērnu: no 28. jūnija līdz 2. jūlijam no 19. jūlija līdz 23. jūlijam
 no 5. jūlija līdz 9. jūlijam no 26. jūlija līdz 30. jūlijam
 no 12. jūlija līdz 16. jūlijam no 2. augusta līdz 6. augustam

Mūsu pirmā izvēle ir: nākt no 9:00 līdz 12:30 nākt no 13:00 līdz 16:30

Pēc valodas zināšanas līmeņa bērns tiks iedalīts vai nu rīta vai pēcpusdienas grupā.

Strādāšu Gaŗezērā un sarunāšu bērnudārza stundas ar bērnudārza direktorēm.

Paskaidrojiet šeit noteiktās vajadzības (piemēram, jānāk no rīta, jo bērniņš vēl guļ pēcpusdienās):

*Lūdzu ziniet, ka ne vienmēr varēsim piepildīt vēlmes. Gala teikšana būs bērnudārza direktorēm.

Nedēļas bērnudārza dalības maksa (tikai ASV valūtā)

\$180 nedēļā x _____ nedēļas = \$ _____

Noteikumi

- Jāpiesakās pirms 1. aprīļa. Piesakoties pēc 1. aprīļa, jāmaksā \$20 piemaksa. Pieteikšanās pasta zīmogs nosaka pieteikšanas datumu.
- **Pieteicoties jāmaksā \$180 dalības maksa.**
- Ja pieteikumu atsauc pēc 1. jūnija, tad Gaŗezers ietur pilnu iemaksu.

Bērnus uzņem

- 3 līdz 6 gadus vecus (pilniem 3 gadiem pirms 2010. gada 27. jūnija).
- Ja bērna vecāki paraksta pieprasītās veidlapas un apliecinājumus.

Valodas spējas Lūdzu, atzīmējiet attiecīgo:

Visas vasaras Biz biz bērni:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mans bērns tīri runā un saprot latviski | <input type="checkbox"/> mans bērns mazliet runā un saprot latviski |
| <input type="checkbox"/> mans bērns labi runā un saprot latviski | <input type="checkbox"/> mans bērns mazliet saprot latviski |
| <input type="checkbox"/> mans bērns apmierinoši runā un saprot latviski | <input type="checkbox"/> mans bērns latviski nerunā un nesaprot |

Izrakstīšana Šie cilvēki drīkst mūsu bērnu izrakstīt no bērnudārza:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Paraksti

'Ar manu parakstu apliecinu, ka iesniegtā informācija ir pareiza un ka mudināšu savu bērnu ievērot kārtības un disciplīnas noteikumus un piedalīties visās organizētās nodarbībās.'

'Apsolos nometnes vadību informēt par mana bērna īpašām medicīniskām vajadzībām vai problēmām. Par eventuāliem nelaiemes gadījumiem necelšu pret Gaŗezeru un Gaŗezera vadību un darbiniekiem civilprasības.'

_____ Datums Pieteikto bērnu atbildīgā vecāka paraksts

_____ Datums Pieteikto bērnu atbildīgā vecāka paraksts

Gaŗezera lietošanai

Pieteikuma pasta zīmogs: ____ / ____ / ____

Saŗemtas: veselības lapa immunization record



GBD

Must provide two copies at registration.

**LATVIAN CENTER GAREZERS
CAMPER HEALTH HISTORY, MEDICAL AND IMMUNIZATION RECORD
THIS FORM IS FOR UNDER 18 YEARS OF AGE**

Child's name (last, first, m.i.) _____
Date of birth (DD-MM-YYYY) _____ Sex M F
Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Parent's or guardian's name (last, first) _____
Best tel.# to call first () _____ If no answer at first tel.# () _____

If parents are not available, notify in case of emergency:

(name, address) _____
Hm. phone () _____ Wk. phone () _____ Cell () _____

Name of health insurance company** _____

**** Please provide photocopy of card – front and back.**

**** Attach copy of Physician's chart of immunizations.**

List any allergies: _____

| | |
|--|--|
| Current illness? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Homesickness? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Asthma/wheezing? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Stomachaches? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Diabetes? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Headaches? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Emotional problems? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Fainting? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Bronchitis? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Menstrual problems? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Pneumonia? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Bed wetting? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Sleep walking? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Limitations/restrictions? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Operations or injuries? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Others? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |

Explain any problems above:

Needed or currently used medication / type _____

If your child has any significant medical conditions, the condition and its treatment need to be explained in detail: _____

I hereby certify that this information is true to the best of my knowledge. I hereby give permission to the Latvian Center Garezers, which is licensed by the Michigan Department of Social Services, to secure emergency medical and surgical treatment and to provide routine medical care for the minor child named above while attending the Latvian Center Garezers.

Signature of parent of guardian Date

MANDATORY ANNUAL EXAM by Licensed Medical Personnel

Height: _____ Weight: _____

Comments: _____

I have examined the child herein described and have reviewed the health history. It is my opinion that this camper is physically able to engage in camp activities, except as noted above.

Signature of Licensed Medical Personnel Date

Printed name _____ Telephone _____

Address _____