



# أهلاً وسهلاً بكم!

يُسعدنا جداً أن يداوم ولدكم في إحدى مدارس Mead School District (منطقة ميد التعليمية).

نرجو منكم أن تتأكدوا من استكمال تعبئة جميع مستندات التسجيل التالية بشكل كامل و إرجاعها إلى المدرسة التي سيذهب ولدكم إليها.

سيتم! قبول نماذج التسجيل للعام الدراسي القادم اعتباراً من الأول من شهر مارس.

- ✓ نموذج التسجيل (صفحتان)
- ✓ استطلاع اللغة المتداولة في البيت
- ✓ نموذج فيدرالي بشأن تحديد إثنية الطالب المنحدر منها
- ✓ التحقق من مكان السكن (تقديم إثباتين)
  - بيان رهن عقاري أو عقد إيجار
  - فاتورة مرافق عامة سارية المفعول
- ✓ دليل الموارد الإلكترونية للطلاب
- ✓ نموذج معلومات عن الصحة والعلاج في الحالات الطارئة
- ✓ سجل التحصين/التطعيم صادر من ولاية واشنطن
- ✓ نسخة غير رسمية لكشف الدرجات المدرسية (لطلاب المرحلة الثانوية) والدرجات المُحرزة على تقييم الولاية من المدارس السابقة
- ✓ توثيق لإثبات العمر للأطفال المسجلين في روضة الأطفال فقط)



يُرجى الحرص أن يكون بحوزتكم اسم وعنوان المدرسة السابقة التي داوم ولدكم فيها. ستحتاجون لمعرفة اسم المدرسة بالتحديد لكتابته في نموذج طلب تحويل السجلات التعليمية الذي ستوقعون عليه اسمكم في المدرسة الجديدة التي سيذهب ولدكم إليها.

للحصول على معلومات إضافية، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.mead354.org](http://www.mead354.org) والرجوع إلى الرابط الإلكتروني لمدرسة الحيّ التابعين لها.



# Registration Form (نموذج التسجيل)

Office Use Only لاستخدام المكتب فقط:

Entry Date: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Student Number: \_\_\_\_\_

الإسم القانوني للطالب(ة):

(يرجى كتابة الإسم بحروف كبيرة وواضحة) الأخير

الأول

الأوسط

الإسم المفضل الذي يود الطالب أن يسمّى به (اختياري):

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر (M)  أنثى (F)  X الصف: \_\_\_\_\_ رقم هاتف الطالب(ة) الخليوي: \_\_\_\_\_

هل يصف أباً مما يلي وضعك المعيشي الحالي؟  لا (NO)  نعم (YES) (إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وضع علامة في كل مربع ينطبق عليك واستكمال تعبئة معلومات التسجيل للطلاب الذين يعيشون في مرحلة سكن انتقالية)

العيش مع أحد - أعيث مع أسرة أخرى بسبب فقدان السكن أو العمل أو الدخل

أسكن حالياً في مأوى أو سكن انتقالي

أسكن حالياً في فندق أو "موتيل" بسبب فقدان السكن

أسكن حالياً في مخيم، أو مركبة ترفيهية (RV)، أو سيارة، أو في وضع آخر قد يعتبر غير مناسب.

هل التحقت سابقاً في إحدى مدارس منطقة Mead التعليمية أو حصلت على خدمات منها؟ نعم (YES) لا (NO) إذا كانت الإجابة بنعم، فما اسم المدرسة؟ \_\_\_\_\_ السنة \_\_\_\_\_

آخر مدرسة التحقت بها \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية/الرمز البريدي \_\_\_\_\_ العام الدراسي \_\_\_\_\_

## معلومات عن الأسرة المعيشية/جهة الاتصال

عنوان الأسرة المعيشية الأولى (1): \_\_\_\_\_

العنوان البريدي للأسرة المعيشية الأولى (1): \_\_\_\_\_

عنوان الأسرة المعيشية الثانية (2): \_\_\_\_\_

العنوان البريدي للأسرة المعيشية الثانية (2): \_\_\_\_\_

جهة الاتصال 1  يعيش/تعيش مع  الأسرة المعيشية 1  الأسرة المعيشية 2

الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ الهاتف الثاني \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_

الهاتف الثالث \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني المفضل \_\_\_\_\_

صلة العلاقة بالطالب(ة)  المحتضن(ة)  يعيش/تعيش معه(ا)  يجوز له(ا) نقل الطالب من المدرسة  يجوز الاتصال به في الحالات الطارئة

جهة الاتصال 2  يعيش/تعيش مع  الأسرة المعيشية 1  الأسرة المعيشية 2

الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ الهاتف الثاني \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_

الهاتف الثالث \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني المفضل \_\_\_\_\_

صلة العلاقة بالطالب(ة)  المحتضن(ة)  يعيش/تعيش معه(ا)  يجوز له(ا) نقل الطالب من المدرسة  يجوز الاتصال به في الحالات الطارئة

جهة الاتصال 3  يعيش/تعيش مع  الأسرة المعيشية 1  الأسرة المعيشية 2

الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ الهاتف الثاني \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_

الهاتف الثالث \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني المفضل \_\_\_\_\_

صلة العلاقة بالطالب(ة)  المحتضن(ة)  يعيش/تعيش معه(ا)  يجوز له(ا) نقل الطالب من المدرسة  يجوز الاتصال به في الحالات الطارئة

جهة الاتصال 4  يعيش/تعيش مع  الأسرة المعيشية 1  الأسرة المعيشية 2

الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ الهاتف الثاني \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_

الهاتف الثالث \_\_\_\_\_ نوع الهاتف \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني المفضل \_\_\_\_\_

صلة العلاقة بالطالب(ة)  المحتضن(ة)  يعيش/تعيش معه(ا)  يجوز له(ا) نقل الطالب من المدرسة  يجوز الاتصال به في الحالات الطارئة

هل أحد والديّ أو وصيّ الطالب(ة) في: الخدمة العسكرية بدوام كامل؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ الحرس الوطني؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ الاحتياط العسكري؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل هناك خطة حضانة مشتركة أو خطة تربية والدية سارية المفعول؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ (إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب أن يكون هناك نسخة منها في ملف المدرسة لتنفيذها.)

هل هناك أمر زجري (Restraining Order) ساري المفعول؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ (إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب أن يكون هناك نسخة من أوراق الأمر الزجري القانوني في ملف المدرسة لتنفيذها.)

هل الطالب(ة) في برنامج التربية البديلة ("فوستر كير")

هل سبق أن تأهل ولدكم في أي وقت مضى في إحدى المجالات التالية؟ تعليم لذوي الاحتياجات الخاصة \_\_\_\_\_ 504 \_\_\_\_\_ توقيف أو طرد سابق \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل سبق أن شارك ولدكم في أي وقت مضى في: \_\_\_\_\_ TITLE (الباب) \_\_\_\_\_ LAP (برنامج المساعدة في التعلم) \_\_\_\_\_ GIFTED (برنامج الموهوبين) \_\_\_\_\_ ESL (الإنجليزية كلغة ثانية) \_\_\_\_\_ أخرى \_\_\_\_\_

## معلومات إضافية (تتمة)

الاسم الأول	الاسم الأخير	المدرسة	الصف

يرجى الإشارة إلى رغبتكم في استلام إشعارات عامة عبر الهاتف فيما يتعلق بالأنشطة والفعاليات (جمع التبرعات، والحفلات الموسيقية، و ASB (رابطة الطلاب)، وغيرها من المناسبات الطلابية، وأعمال مجلس إدارة المنطقة التعليمية (School Board)، وأمسية أباء وأمهات الطلاب؛ الاجتماعات، وما إلى ذلك) باختيار أحد الخيارات التالية والتوقيع.

نعم (YES)  لا (NO) توقيع الولد(ة)/الوصي \_\_\_\_\_

## جهات الاتصال/إعطاء التفويضات للحالات الطارئة

### إعطاء التفويض الطبي للحالات الطارئة

هل يعاني ولدكم من تفاعل حساسية أو حالة طبية مهددة لحياته؟ نعم (YES) لا (NO) إذا كان الأمر كذلك، فيرجى وصفها:

---

---

يرجى وضع علامة في هذا المربع إذا كانت أيًا من الحالات الصحية المذكورة أعلاه بشأن ولدكم مهتدة لحياته. إذا كان الأمر كذلك، فإن قانون الولاية يفرض أن تكون الأدوية و/أو أوامر العلاج وخطة رعاية التمرريض سارية المفعول وفي محلها قبل حضور الطالب إلى المدرسة.

وإذا كان من الضروري أن يتناول ولدكم الدواء في المدرسة، فيجب عليكم تزويد المدرسة بتعليمات كتابية من الطبيب وإعطاء إنكم الكتابي لذلك. يجب حفظ الأدوية في المدرسة في عبواتها الأصلية. لن يُعطى أي دواء مهما كان نوعه (بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية) في المدرسة ما لم يتم استيفاء الشروط المذكورة أعلاه.

لا أفوض بالعلاج الطارئ لهذا الولد من قبل موظفي أي قسم طوارئ بمستشفى:  يرجى التوقيع بالحرف الأول والأخير من الاسم

في حالة المرض/الإصابة أو أي حالة طارئة، عندما يتعدى الاتصال بجهة الاتصال في الأسرة المعيشية، فإني أفوض المنطقة التعليمية للاتصال بأحد الجهات التالية:

اسم جهة الاتصال في الحالات الطارئة \_\_\_\_\_

هاتف \_\_\_\_\_ هاتف بديل \_\_\_\_\_ صلة العلاقة \_\_\_\_\_

اسم جهة الاتصال في الحالات الطارئة \_\_\_\_\_

هاتف \_\_\_\_\_ هاتف بديل \_\_\_\_\_ صلة العلاقة \_\_\_\_\_

عند وقوع حالة طارئة، أفوض Mead School District (منطقة ميد التعليمية) بتسليم ولدي إلى الشخص أو الأشخاص المدرجين أعلاه نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

**ملاحظة:** لا يجوز إلا للطلاب الذين يسكنون فعلاً ضمن حدود Mead School District (منطقة ميد التعليمية)، والطلاب الذين لا يسكنون ضمن حدودها الذين استحصلوا على تصريح من المناطق التعليمية الذين يسكنون ضمن حدودها وتم قبولهم بصفة رسمية من منطقة ميد التعليمية، أن يتسجلوا والالتحاق بشكل قانوني بمدرسة ضمن منطقة ميد التعليمية. وإدراكاً لهذا المطلب القانوني، فإني أثبت لكم بموجب هذا بأن المسمى أعلاه يسكن فعلاً ضمن حدود منطقة ميد التعليمية أو حصل على تصريح من المنطقة التعليمية التابع لها وتم قبوله رسمياً من منطقة ميد التعليمية.

أشهد أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وأدرك أن تزوير المعلومات أو عدم ذكرها قد يؤدي إلى تعديل مكان المدرسة أو البرنامج لهذا الطالب، بما في ذلك إرساله إلى المنطقة التعليمية التي يتبع لها مكان سكنه.

توقيع الوالد(ة) القانوني/الوصي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

اسم الطالب(ة)	العمر	الصف	تاريخ الميلاد	المدرسة
أين يقيم الطالب(ة) ليلاً؟				
<input type="checkbox"/>	مأوى			
<input type="checkbox"/>	موتيل/فندق			
<input type="checkbox"/>	سيارة			
<input type="checkbox"/>	شاب(ة) ليس تحت حضانة والديه أو وصي قانوني			
<input type="checkbox"/>	مخيم			
<input type="checkbox"/>	العيش مؤقتاً مع أسرته أخرى بسبب فقدان السكن/الدخل			
<input type="checkbox"/>	مكان آخر ليس ملائماً للناس (مثل مبنى مهجور)			
<input type="checkbox"/>	أخرى			

عنوان السكن المؤقت الحالي:

الشارع/رقم الشقة	المدينة/الولاية/الرمز البريدي
أفضل رقم هاتف:	
اسم شخص للاتصال به في المأوى/الوكالة أو غيره (إن وجد):	
رقم هاتف اسم شخص آخر للاتصال به:	

إلى أي عنوان تريدنا أن نرسل المراسلات البريدية إليك؟

الشارع / صندوق البريد / المدينة / الولاية / الرمز البريدي

<input type="checkbox"/>	كان الولد يذهب إلى مدرسة _____ في Mead School District #354 (منطقة ميد التعليمية رقم 354).
<input type="checkbox"/>	كان الولد يذهب إلى مدرسة _____ في منطقة _____ التعليمية.
<input type="checkbox"/>	أودّ أن يبقى ولدي في مدرسته(L) الحالية. (سيتم توفير النقل عند اللزوم، تماشياً مع معايير خدمة النقل).
<input type="checkbox"/>	أودّ إعادة وضع ولدي في مدرسة الحي الجديدة التابعين لها. مدرسة _____.

أشهد أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة وأفهم أن تزوير أي معلومات قد يكون سبباً لإلغاء وضع الطالب في المدرسة. وأفهم أنني أتحمّل مسؤولية إبلاغ المدرسة عندما يطرأ أي تغيير على عنواني أو رقم هاتفي أو مكان السكن الذي أعيش فيه. لقد استلمت المعلومات من منطقة Mead التعليمية حول الحقوق التي يتمتع بها ولدي بصفته(L) مشرداً/مشردة.

توقيع الوالد(ة)/الوصي(ة)/الشاب(ة) الذي لا يكون تحت حضانة والديه أو وصي قانوني

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة

التاريخ

## The Purpose of the Home Language Survey (الغرض من استطلاع معرفة اللغة المتداولة في البيت)

يُعطى استطلاع معرفة اللغة المتداولة في البيت لجميع الطلاب المتحقين في مدارس ولاية واشنطن. ينبغي أن تساعدكم المعلومات التالية في الإجابة على بعض الأسئلة التي قد تكون لديكم حول هذا النموذج.

### ما هو الغرض من استطلاع الآراء لمعرفة اللغة المتداولة في البيت؟

إن الغرض من استطلاع الآراء لمعرفة اللغة المتداولة في البيت هو مساعدتنا لتحديد الطلاب الذين قد يكونوا مؤهلين للحصول على دعم لمساعدتهم في تطوير مهاراتهم اللازمة في اللغة الإنجليزية للنجاح في فصولهم الدراسية والذين قد يكونوا مؤهلين للحصول على خدمات أخرى. من المهم جداً أن يتم تسجيل هذه المعلومات بشكل صحيح لأنها بوسعها أن تؤثر على أهلية الطلاب لهذه الخدمات التي يحتاجون إليها للنجاح في مدرستهم. قد يكون من الضروري أن يخوض الطلاب اختبارات لتحديد ما إذا كانوا بحاجة إلى دعم لغوي وأكاديمي إضافي أو لا. لن يتم وضع أي طالب(ة) في إحدى برامج تنمية مهارات الطالب في اللغة الإنجليزية بناءً على أجوبتكم عن أسئلة هذا النموذج فقط.

### لماذا تُسألون عن لغة الطالب الأولى واللغة أو اللغات المُتحدّث بها في البيت؟

يساعدنا السؤالان اللذان نطرحهما عليكم حول لغة الطالب على تحديد التالي:

- إذا كان الطالب قد يكون مؤهلاً للحصول على مساعدة في تعلم اللغة الإنجليزية؛ و
- ما إذا كان ينبغي أن يكون موظفو المدرسة على علم باللغات الأخرى التي يتحدثها الطالب في البيت.

قد تكون اللغة التي تعلمها ولدكم مختلفة عن اللغة التي يتحدثها/تتحدثها للتواصل في البيت الآن. ستساعد الإجابة عن هذين السؤالين المدرسة في تقديم التدريس المناسب لاحتياجات الطالب الفردية فضلاً عن المساعدة في احتياجات التواصل التي قد تنشأ عن ذلك. قد يكون الطلاب الذين تعلموا أولاً لغة غير اللغة الإنجليزية مؤهلين للحصول على دعم إضافي. حتى لو كان الطلاب يتكلمون اللغة الإنجليزية جيداً، فقد لا يزالون أن يكونوا بحاجة إلى دعم في تنمية مهاراتهم اللغوية اللازمة للنجاح في المدرسة.

### لماذا تُسألون عن مكان ولادة الطالب؟

تساعد هذه المعلومات كلاً من المنطقة التعليمية والولاية على تحديد ما إذا كان الطالب يستوفي تعريف المهاجر لأغراض التمويل الفيدرالي. وهذا يسري حتى ولو كان والدي الطالب من حملة الجنسية الأمريكية، إلا أن الطالب وُلد خارج الولايات المتحدة. لا يُستخدم هذا النموذج لتحديد الطلاب الذين قد لا يكون لديهم أوراق إقامة قانونية.

### لماذا تسألون عن التعليم السابق الذي أحرزه ابني الطالب/ابنتي الطالبة؟

ستساعدنا المعلومات المتعلقة بتعليم الطالب على ضمان مراعاة التعليم الذي أحرزه الطالب داخل الولايات المتحدة وخارجها عند اتخاذ أي توصيات للمشاركة في برامج وخدمات المنطقة التعليمية. تُعدّ خلفيّة الطالب التعليمية مهمة للمساعدة في تحديد ما إذا كان الطالب يحرز تقدماً مناسباً نحو معايير الولاية بناءً على خلفيته التعليمية السابقة.

نشكركم على تقديم المعلومات المطلوبة في استطلاع معرفة اللغة المتداولة في البيت. يجب عليكم الاتصال بالمنطقة التعليمية التابعين لها إذا كان لديكم مزيداً من الأسئلة حول هذا النموذج أو عن خدمات أخرى متاحة في المدرسة التي يذهب ولدكم إليها.

**Race/Ethnicity Self-Identification Form (نموذج تعريف الطالب بنفسه للإثنية و/أو العرق المنحدر منهما)**

ابتداءً من العام الدراسي 2018-2019، يقتضي على جميع مدارس صفوف الروضة إلى الصف الثاني عشر (K-12) في ولاية واشنطن تجميع بيانات مصنفة عن العرق والأثنية باستخدام المبادئ التوجيهية للإبلاغ عن العرق والإثنية لعام 2007 الخاصة بوزارة التعليم الأمريكية (U.S. Department of Education's 2007 Race and Ethnicity Reporting Guidelines)، مع التعديلات التي تشمل العديد من الفئات الإضافية.

**يُرجى اختيار جميع الإثنيات والأعراق التي تسري عليكم أو ترغبون في تحديدها (صفحتان على وجهي كل صفحة)،\*\* يُرجى الملاحظة أنه لو رفضتم تحديد إثنية وما لا يقل عن عرق واحد، فسيفتضي على موظفي المدرسة اللجوء إلى ملاحظاتهم لتحديد الإثنية والعرق كما يرونها لأولادكم الطلاب.**

□ منحدر(ة) من أصل **هسباني أو لاتيني** (يمكنكم وضع علامة في كل مربع فئة يسري عليكم أو [إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه])

<input type="checkbox"/> أرجنتيني	<input type="checkbox"/> مكسيكي
<input type="checkbox"/> بوليفي	<input type="checkbox"/> مستيزوي
<input type="checkbox"/> برازيلي	<input type="checkbox"/> من السكان الأصليين
<input type="checkbox"/> تشيكانو (أمريكي من أصل مكسيكي)	أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه: _____
<input type="checkbox"/> تشيلي	<input type="checkbox"/> نيكاراغوي
<input type="checkbox"/> كولومبي	<input type="checkbox"/> بنمي
<input type="checkbox"/> كوستاريكي	<input type="checkbox"/> باراغواي
<input type="checkbox"/> كوبي	<input type="checkbox"/> بيروي
<input type="checkbox"/> دومينيكي	<input type="checkbox"/> بورتوريكي
<input type="checkbox"/> إكوادوري	<input type="checkbox"/> سلفادوري
<input type="checkbox"/> غواتيمالي	<input type="checkbox"/> إسباني
<input type="checkbox"/> جوياني	<input type="checkbox"/> سورينامي
<input type="checkbox"/> هندوري	<input type="checkbox"/> أوروغواي
<input type="checkbox"/> جامايكي	<input type="checkbox"/> فينزويلي
	أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه: _____

□ منحدر من أصل **شرق أوسطي أو شمال أفريقي** (يمكنكم وضع علامة في كل مربع فئة يسري عليكم أو [إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه])

<input type="checkbox"/> جزائري	<input type="checkbox"/> عراقي	<input type="checkbox"/> سعودي
<input type="checkbox"/> أمازيغي أو بربري	<input type="checkbox"/> إسرائيلي	<input type="checkbox"/> سوري
<input type="checkbox"/> عرب أو عربي	<input type="checkbox"/> أردني	<input type="checkbox"/> تونسي
<input type="checkbox"/> آشوري	<input type="checkbox"/> كردي	<input type="checkbox"/> يمني
<input type="checkbox"/> بحريني	<input type="checkbox"/> كويتي	أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه تحت الشرق الأوسطي
<input type="checkbox"/> بدوي	<input type="checkbox"/> لبناني	_____
<input type="checkbox"/> كلدوني	<input type="checkbox"/> ليبي	
<input type="checkbox"/> قبضي	<input type="checkbox"/> مغربي	أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه تحت شمال أفريقي
<input type="checkbox"/> درزي	<input type="checkbox"/> عُماني	_____
<input type="checkbox"/> مصري	<input type="checkbox"/> فلسطيني	
<input type="checkbox"/> إماراتي	<input type="checkbox"/> قطري	
<input type="checkbox"/> إيراني		

نموذج تعريف الطالب بنفسه للإثنية و/أو العرق المنحدر منهما

منحدر(ة) من أصل جزر المحيط الهادئ (يمكنكم وضع علامة في كل مربع فئة يسري عليكم أو إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه)

منحدر(ة) من أصل آسيوي (يمكنكم وضع علامة في كل مربع فئة يسري عليكم أو إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه)

<input type="checkbox"/> بابوان	<input type="checkbox"/> كاور لينيانى
<input type="checkbox"/> بوهنيان	<input type="checkbox"/> تشاموروي
<input type="checkbox"/> ساماوي	<input type="checkbox"/> تشوكيزي
<input type="checkbox"/> جزر سليمانى	<input type="checkbox"/> فيجي
<input type="checkbox"/> تاهيتي	<input type="checkbox"/> إي-كيرباتي/جبلبر تيسي
<input type="checkbox"/> توكيلوانى	<input type="checkbox"/> كوسرايينى
<input type="checkbox"/> تونجي	<input type="checkbox"/> ماوري
<input type="checkbox"/> توفالوانى	<input type="checkbox"/> مارشالي
<input type="checkbox"/> يابيزي	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين
أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:	
_____	

<input type="checkbox"/> ماليزي	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي
<input type="checkbox"/> ميين	<input type="checkbox"/> بنغلاديشي
<input type="checkbox"/> منغولي	<input type="checkbox"/> بوتاني
<input type="checkbox"/> نيبالي	<input type="checkbox"/> بورمي/ميانمار
<input type="checkbox"/> أو كيناواني	<input type="checkbox"/> كومبودي/خمير
<input type="checkbox"/> باكستاني	<input type="checkbox"/> شامبي
<input type="checkbox"/> بنجابي	<input type="checkbox"/> صيني
<input type="checkbox"/> سنغافوري	<input type="checkbox"/> فلبيني
<input type="checkbox"/> سريلانكي	<input type="checkbox"/> همونغ
<input type="checkbox"/> تايواني	<input type="checkbox"/> أندونيسي
<input type="checkbox"/> تايلاندي	<input type="checkbox"/> ياباني
<input type="checkbox"/> تبتى	<input type="checkbox"/> كوري
<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> لاوي
أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:	
_____	

منحدر(ة) من أصل أسود (يمكنكم وضع علامة في كل مربع فئة يسري عليكم أو إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه)

أمريكي من أصل أفريقي   
كندي من أصل أفريقي

كاريبي

<input type="checkbox"/> جامايكي	<input type="checkbox"/> كوبا دومينيك	<input type="checkbox"/> أنغولي
<input type="checkbox"/> مارتينيكي	<input type="checkbox"/> جمهورية الدومينيك	<input type="checkbox"/> أنتيغوي
<input type="checkbox"/> مونتسيراتي	<input type="checkbox"/> جزر الأنتيل الهولندية	<input type="checkbox"/> باهامي
<input type="checkbox"/> بورتوريكي	<input type="checkbox"/> غرينادي	<input type="checkbox"/> بربادوسي
أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:	<input type="checkbox"/> غوادلوبي	<input type="checkbox"/> سانت بارتيليمي
_____	<input type="checkbox"/> هايتي	<input type="checkbox"/> الجزر العذراء البريطانية
		<input type="checkbox"/> جزر كاين

من أفريقيا الوسطى

<input type="checkbox"/> غابوني	<input type="checkbox"/> جمهورية الكونغو	<input type="checkbox"/> أنغولي
<input type="checkbox"/> ساو تومي	<input type="checkbox"/> جمهورية الكونغو الديمقراطية	<input type="checkbox"/> كاميروني
<input type="checkbox"/> برينسيبي	<input type="checkbox"/> غينيا الاستوائية	<input type="checkbox"/> جمهورية أفريقيا الوسطى
أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:		<input type="checkbox"/> تشادي
_____		

نموذج تعريف الطالب بنفسه للإثنية و/أو العرق المنحدر منهما

من شرق أفريقيا

<input type="checkbox"/> بوروندي <input type="checkbox"/> جزر القمر <input type="checkbox"/> جيبوتي <input type="checkbox"/> أرتيري <input type="checkbox"/> أثيوب <input type="checkbox"/> كينياوي <input type="checkbox"/> مدغشقر <input type="checkbox"/> مالاوي	<input type="checkbox"/> مورشبيوسي <input type="checkbox"/> مايوتي <input type="checkbox"/> موزامبيقي <input type="checkbox"/> ريونياني <input type="checkbox"/> رواندي <input type="checkbox"/> سيشيلي <input type="checkbox"/> صومالي <input type="checkbox"/> جنوب السودان	<input type="checkbox"/> سوداني <input type="checkbox"/> أوغندي <input type="checkbox"/> جمهورية تنزانيا المتحدة <input type="checkbox"/> زامبياوي <input type="checkbox"/> زمبابوي  أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:
--	--	---

من أمريكا اللاتينية

<input type="checkbox"/> أرجنتيني <input type="checkbox"/> بوليفي <input type="checkbox"/> برازيلي <input type="checkbox"/> تشيلي <input type="checkbox"/> كولومبي <input type="checkbox"/> إكوادوري <input type="checkbox"/> جزر الفوكلاند <input type="checkbox"/> غيانا الفرنسية	<input type="checkbox"/> غياناوي <input type="checkbox"/> باراغواي <input type="checkbox"/> بيروي <input type="checkbox"/> جورجيا الجنوبية وجزر ساندويتش الجنوبية <input type="checkbox"/> سورينامي <input type="checkbox"/> أوروغواي <input type="checkbox"/> فينزويلي	<input type="checkbox"/> بليزي <input type="checkbox"/> كوستاريكي <input type="checkbox"/> سلفادوري <input type="checkbox"/> غواتيمالي <input type="checkbox"/> هندوري <input type="checkbox"/> مكسيكي <input type="checkbox"/> نيكاراغواي <input type="checkbox"/> بنمي  أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:
--	---	---

جنوب أفريقيا

<input type="checkbox"/> بوتسواناوي <input type="checkbox"/> ليسوتوي <input type="checkbox"/> ناميبياوي	<input type="checkbox"/> جنوب أفريقيا <input type="checkbox"/> سوازيلاندي  أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:
---	--

غرب أفريقيا

<input type="checkbox"/> بنيني <input type="checkbox"/> بيساو جينو <input type="checkbox"/> بيساو جينو <input type="checkbox"/> كوبو فيردي <input type="checkbox"/> ساحل العاج <input type="checkbox"/> غامبيا	<input type="checkbox"/> غانا <input type="checkbox"/> ليبيريا <input type="checkbox"/> مالي <input type="checkbox"/> موريتاني <input type="checkbox"/> نيجري <input type="checkbox"/> نيجيري	<input type="checkbox"/> سانت هيلانة <input type="checkbox"/> سنغالي <input type="checkbox"/> سيراليوني <input type="checkbox"/> توغو  أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:
---	--	--

أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:



نموذج تعريف الطالب بنفسه للإثنية و/أو العرق المنحدر منهما

يتم تصنيف فئة العرق والإثنية للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين (American Indian/Alaska Native) إلى مجموعتين فرعتين: القبائل المعترف بها فيدرالياً والقبائل غير المعترف بها فيدرالياً. تودّ فرقة العمل احترام السيادة الفريدة وحقوق المعاهدات الخاصة بالقبائل. بالإضافة إلى العلاقة مع الحكومة الفيدرالية الأمريكية التي تم تأسيسها من خلال تسع معاهدات، يوفر **Centennial Accord** (اتفاق المئوية) إطاراً للعلاقة على صعيد الحكومة إلى أخرى بين ولاية واشنطن وكل قبيلة من القبائل التسعة والعشرين ذات السيادة المعترف بها فيدرالياً. يمكن للطلاب الذين ينتمون إلى قبائل خارج ولاية واشنطن تحديد عرقهم وإثنتهم في الاستطلاع عن طريق وضع علامة في السطر الفراغ وكتابة اسم قبيلتهم.

**هندي أمريكي/من سكان ألاسكا الأصليين** (يمكنكم وضع علامة في مربع الفئات أو [إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه])

**القبائل المعترف بها فيدرالياً وغير المعترف بها فيدرالياً الموجودة في ولاية واشنطن**

<input type="checkbox"/> قبيلة سبوكان (Spokane) في محمية سبوكان	<input type="checkbox"/> قبيلة نيسكوالي (Nisqually) الهندية	<input type="checkbox"/> قبيلة شينوك (Chinook)
<input type="checkbox"/> قبيلة جزيرة سكواكسن (Squaxin Island) بمحمية جزيرة سكواكسن	<input type="checkbox"/> قبيلة نوكسك (Nooksack) الهندية بواشنطن	<input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية بمحمية تشيهاليس (Chehalis)
<input type="checkbox"/> قبيلة ستيلاكوم (Steilacoom)	<input type="checkbox"/> قبيلة سيكلالم في ميناء غامبل (Port Gamble S'Klallam)	<input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية بمحمية كولفيل (Colville)
<input type="checkbox"/> قبيلة ستيلاغواميش (Stillaguamish) للهنود في واشنطن	<input type="checkbox"/> قبيلة بويالوب (Puyallup) بمحمية بويالوب	<input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية وفرق أمة ياكاما (Yakama)
<input type="checkbox"/> قبيلة سوكاميش (Suquamish) الهندية في محمية ميناء ماديسون	<input type="checkbox"/> قبيلة كويلوت (Quileute) بمحمية كويلوت	<input type="checkbox"/> قبيلة كاوليتز (Cowlitz) الهندية
<input type="checkbox"/> مجتمع سوينوميش (Swinomish) القبلي الهندي	<input type="checkbox"/> أمة كينولت (Quinault) الهندية	<input type="checkbox"/> قبيلة دوواميش (Duwamish)
<input type="checkbox"/> قبائل تولاليب (Tulalip) بواشنطن	<input type="checkbox"/> أمة ساميش (Samish) الهندية	<input type="checkbox"/> قبيلة هوه (Hoh) الهندية
<input type="checkbox"/> قبيلة سكاغيت (Skagit) الهندية العليا في واشنطن	<input type="checkbox"/> قبيلة سوك-سوال (Sauk-Suiattle) الهندية بواشنطن	<input type="checkbox"/> قبيلة سيكلالم (S'Klallam) في جيمس تاون
	<input type="checkbox"/> قبيلة خليج شولوتر (Shoalwater Bay) الهندية بمحمية خليج شولوتر الهندية	<input type="checkbox"/> مجتمع كاليبيل (Kalispel) الهندي بمحمية كاليبيل
	<input type="checkbox"/> قبيلة سوكوميش (Skokomish) الهندية	<input type="checkbox"/> أمة كيكياالوس (Kikiallus) الهندية
	<input type="checkbox"/> قبيلة سنوهميش (Snohomish)	<input type="checkbox"/> مجتمع أل واهة (Elwha) القبليّة السفلى
	<input type="checkbox"/> قبيلة سنوكوالمي (Snoqualmie) الهندية	<input type="checkbox"/> قبيلة لومي (Lummi) بمحمية لومي
	<input type="checkbox"/> قبيلة سنوكوالمو (Snoqualmoo)	<input type="checkbox"/> قبيلة ماكاه (Makah) الهندية بمحمية ماكاه الهندية
		<input type="checkbox"/> فرقة مارييتا (Marietta) من قبيلة نوكسك (Nooksack)
		<input type="checkbox"/> قبيلة مكليشوت (Muckleshoot) الهندية

**هندي أمريكي**

أكتب القبيلة إذا لم تكن مذكورة أعلاه:

**من سكان ألاسكا الأصليين**

أكتب القبيلة إذا لم تكن مذكورة أعلاه:

**أبيض** (يمكنكم وضع علامة في إحدى مربعات الفئات أو [إذا لم يكن الأصل مذكوراً، فيمكنكم كتابته في سطر الفراغ المدرج أدناه])

**شرقي أوروبي**

<input type="checkbox"/> يوكرائي	<input type="checkbox"/> بولندي
<input type="checkbox"/> بوسني	<input type="checkbox"/> روماني
<input type="checkbox"/> هرسي (Herzegovinian)	<input type="checkbox"/> روسي
أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:	

**أكتب الأصل إذا لم يكن مذكوراً أعلاه:**



## GUARDIAN NOTIFICATION ELECTRONIC RESOURCES USED BY OUR STUDENTS (إشعار ولي أمر الطالب(ة) بشأن الموارد الإلكترونية التي يستخدمها طلابنا)

بصفتي والد/والدة الطالب(ة) أو وصيّه/وصيّيها المسمّى أدناه، فقد قرأت كلاً من [Policy 2022](#) و [Procedure 2022](#) (السياسة والإجراءات للعام الدراسي 2022) الخاصة بـ Mead School District (منطقة ميد التعليمية) بشأن الموارد الإلكترونية الموجودة على الرابط الإلكتروني (<https://tinyurl.com/MSD-Board-Policies>). وأقر بأن المنطقة التعليمية (District) ستزوّد جميع الطلاب بسُبل الوصول إلى الإنترنت، وخدمات شبكات الكمبيوتر، بما في ذلك حساب بريد إلكتروني ومنصات التعلّم عبر الإنترنت حسب ما تحتاج إليه الصفوف التي تمّ تسجيل الطالب(ة) فيها.

توفّر منطقة Mead التعليميّة الحدّ الأدنى من المعلومات الممثلة لـ COPPA (قاعدة حماية الخصوصية على الإنترنت الخاصة بالأطفال) لهذه المنصات الإلكترونية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقعين الإلكترونيين التاليين: [https://edu.google.com/k-12-solutions/privacy-security/?modal\\_active=none](https://edu.google.com/k-12-solutions/privacy-security/?modal_active=none) و <https://www.ftc.gov/search/site/coppa>.

تدعم غالبية المنصات الإلكترونية التي نستخدمها التعهّد بحماية خصوصيات الطلاب (Student Privacy Pledge) [التي يمكن الاطّلاع عليها على الموقع الإلكتروني التالي: <http://studentprivacypledge.org>].

قد يتمّ تقصير الفترة التي يمكن للطلاب الوصول إلى الموارد الإلكترونية إذا لم يلتزم بسياسة منطقة Mead التعليمية وإجراءاتها لعام 2022 والموارد الإلكترونية.

وأفهم أن ابني الطالب/ابنتي الطالبة سيلتزم بسياسة منطقة Mead التعليمية وإجراءاتها لعام 2022 بشأن الموارد الإلكترونية وأوافق على ذلك. ولقد ناقشت مع ابني الطالب/ابنتي الطالبة الفوائد واللوائح النظامية التي سيلتزم عليها/عليها التقيد بها.

### إبراء ذمّة

لا تقدّم منطقة Mead التعليميّة أي ضمانات من أي نوع، سواء كانت صريحة أو ضمنيّة، للمواد الإلكترونية التي توفّرها. وأن استخدام أي معلومات تمّ الحصول عليها عبر الشبكة هي على مسؤوليتكم الخاصة. وتنفي منطقة Mead التعليميّة على وجه التحديد أي مسؤولية عن جودة المعلومات التي يتمّ الحصول عليها من خلال أنظمتها الإلكترونية. ويجب أن يدرك المستخدمون أن هناك خدمات متوفرة على الشبكة قد تكون مسيئة لمجموعات معيّنة من المستخدمين. وأن المسؤولين الذين يتولّوا مسؤولية إدارة الموارد الإلكترونية الخاصة بمنطقة ميد التعليمية لا يمكنهم إلغاء الوصول إلى جميع مثل هذه الخدمات.

ولا تضمن المنطقة التعليمية أن الشبكة ستكون خالية من الأخطاء أو أن الخدمات لن تنقطع في بعض الأحيان. لن تكون المنطقة التعليمية مسؤولة عن أي أضرار مباشرة أو غير مباشرة أو عرضية، أو تكاليف، أو مصاريف، أو رسوم يتمّ تكبّدها أو تنجم عن معلومات مكتسبة أو فقدان بيانات أو عدم القدرة على استخدام الشبكة.

### اختيار عدم إظهار صورة الطالب(ة)

إذا كنتم ترغبون في استبعاد صورة ابنكم الطالب/ابنتكم الطالبة من المنشورات مثل الكتب السنوية أو دليل الطلاب أو النشرات الإخبارية أو المنصات الإلكترونية على الإنترنت، فيُرجى إرسال خطاب تذكرون به اسم ولدكم وتحديد المنشورات التي تفضّلون استبعاده/استبعادها منها إلى مدير(ة) المدرسة في تاريخ لا يتعدى أول يوم اثنين من شهر أكتوبر أو ضمن عشرة (10) من تسجيله/تسجيلها في المدرسة.

## الرسائل الهاتفية النصية

تتعامل Mead School District (منطقة ميد التعليمية) مع شركة SchoolMessenger، إحدى الشركات الرائدة في هذا المجال، لتوفير أدوات التواصل التي نستخدمها لتوصيل المعلومات المهمة لكم. تُعزّز خدمة الرسائل القصيرة (التي تُعرف بـ SMS) وسائل الاتصال الحالية الموجودة لدينا (البريد الإلكتروني والمكالمات الهاتفية) حيث تسمح لنا إرسال رسالة سريعة مقتضبة مباشرة إلى هاتفكم. تنوي المنطقة التعليمية في الوقت الحاضر استخدام هذه الخدمة لتزويد التنبيهات ومعلومات الطوارئ فقط.



ولكي تشاركوا في هذه الخدمة المجانية\*، يجب عليكم أن تشيروا إلى استعدادكم لاستلام الرسائل النصية على هاتفكم. وعمل ذلك بسيط ولا يستغرق سوى بضع ثوانٍ لإكمال العملية.

سنحتاجون إلى تكرار عملية اختيار الانضمام (Opt-in) لأي أرقام هواتف لاسلكية ترغبون في شملها.

فما عليكم سوى إرسال أيّ من التالي إلى الرقم **67587**؛ ثم الاشتراك **(Subscribe)**، ثم اختيار الانضمام **(Opt-in)**، وإدخال نعم **(Yes أو Y)**.

ستعرفون أنكم أكملتكم تسجيلكم بنجاح إذا استلمتم رسالة الرد التالية:

أنت مسجل لاستلام ثلاثة رسائل في كل شهر تقريباً ( **You are registered to receive approx. 3 msgs/mo**). إرسال **STOP** لإلغاء الاشتراك. **Help** لطلب المساعدة.

يمكنكم أيضاً اختيار إلغاء الاشتراك في هذه الرسائل في أي وقت عن طريق الرد ببساطة على إحدى رسائلنا بكلمة **"Stop"** (توقفوا).

**يرجى الملاحظة:** إضافة إلى إجراء عملية اختيار الانضمام (Opt-in) المذكورة أعلاه، يجب عليكم أن تحرصوا على أن يكون لدى المنطقة التعليمية رقم هاتفكم اللاسلكي (أو أرقام هواتفكم اللاسلكية) في قاعدة بيانات معلومات الطلاب الخاصة بنا. وإذا لم تقوموا بعد بتقديم تلك المعلومات إلى المدرسة التي يذهب ولدكم إليها، فيرجى الاتصال بالمدرسة والقيام بذلك.

ستطلق المنطقة التعليمية هذه الخدمة الجديدة رسمياً في أواخر مارس 2018، لذلك، لن تستلموا أي رسائل نصية إلا بعد حلول ذلك التاريخ.

تمتثل شركة SchoolMessenger مع Student Privacy Pledge™ (التعهد بحفظ خصوصية الطالب)، ولذلك، يمكنكم أن تطمئنوا أن معلوماتكم آمنة ولن يتم إعطاؤها أو بيعها أبداً لأحد.

فما عليكم إلا أن  
ترسلوا "Y" أو  
"Yes" إلى 67587



اختراروا الانضمام  
(Opt-In) من هاتفكم  
المحمول الآن!

### معلومات عن الرسائل النصية القصيرة (SMS) والرموز القصيرة (Short Codes):

SMS هي مختصر لـ Short Message Service (خدمة الرسائل القصيرة)، ويشار إليها عادة بـ "رسالة نصية". تدعم معظم الهواتف المحمولة هذا النوع من الرسائل النصية. تستخدم شركة SchoolMessenger بروتوكول SMS حقيقي تم تطويره من صناعة الاتصالات السلكية واللاسلكية خصيصاً للرسائل النصية الجماعية، ويشار إليها بالرسائل النصية ذات "الرموز القصيرة". هذه الطريقة سريعة وآمنة وموثوق بها للغاية لأنها تخضع لتنظيم صارم من قبل شركات الاتصالات اللاسلكية وتسمح فقط بالوصول إلى مقدمي الخدمة المعتمدين. إذا سبق لكم وأرسلتم نصية لبرنامج تلفزيوني إلى رقم مثل 46999، فقد استخدمتم رمزاً قصيراً للرسائل النصية.

\* الشروط والأحكام - يختلف معدل تكرار الرسائل، ويجوز أن تسري أسعار الرسائل والبيانات القياسية - تحققوا مع شركة الاتصالات التي تتعاملون معها، ولا تتحمل شركات مقدمي الخدمة للهواتف المحمولة مسؤولية التأخير في تسليم الرسائل أو عدم تسليمها. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: [schoolmessenger.com/txt](http://schoolmessenger.com/txt).

## Mead School District (منطقة ميد التعليمية)

### HEALTH INFORMATION AND EMERGENCY MEDICAL TREATMENT (معلومات صحية والعلاج الطبي الطارئ)

اسم الطالب(ة): \_\_\_\_\_ الاسم القانوني \_\_\_\_\_ (إذا كان مختلفاً عن ذلك) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ الاسم الأخير \_\_\_\_\_ الاسم الأول \_\_\_\_\_ الحرف الأول من الاسم الأوسط \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_ المعلم(ة) \_\_\_\_\_

يعيش/تعيش مع: (توضع دائرة واحدة فقط) كلا الوالدين الأم فقط الأب فقط بمفرده(-) وكالة حكومية الوصي القانوني أخرى \_\_\_\_\_

اسم الأب/الأم/الوصي \_\_\_\_\_ أفضل رقم هاتف للاتصال بكم \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_ (توضع دائرة واحدة فقط)

اسم الأب/الأم/الوصي \_\_\_\_\_ أفضل رقم هاتف للاتصال بكم \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_ (توضع دائرة واحدة فقط)

يرجى وضع دائرة حول كل ما ينطبق على أي من الحالات المهددة للحياة

يفرض القانون المنقح لولاية واشنطن RCW 28A.210 أنه يجب أن يكون لدى الطلاب الذين يعانون من حالات مهددة للحياة أوامر إرشادية من أطبانهم وخطة رعاية التمريض قبل الذهاب إلى مدارسهم. ويجوز مشاركة هذه المعلومات مع موظفي المنطقة التعليمية الذين "يتوجب عليهم معرفة تلك المعلومات" لأجل توفير بيئة صحية وآمنة.

عدم وجود مخاوف صحية معروفة <input type="checkbox"/>	سوابق الإصابة بـ COVID؟ <input type="checkbox"/> نعم (Yes). <input type="checkbox"/> لا (No). تاريخ الإصابة بالمرض
مشاكل صحية في القلب	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة: _____
داء السكري	الدواء: _____ الاحتياجات الخاصة: _____
اضطراب النوبات - الصرع، إلخ.	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
مشكلة جراء أمراض عصبية Hydrocephalus (استسقاء الرأس)، Cerebral Palsy (شلل دماغي)، إلخ.	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
A.D.D. (اضطراب قصور الانتباه) أو A.D.H.D. (اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
حساسيات شديدة ضد: أنواع من الطعام والمواد الغذائية، والحشرات، والأدوية، إلخ. هل هذه الحساسيات مهددة للحياة؟ <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No)	النوع والتفاعل: _____ الأدوية المطلوبة: _____
مشكلة جراء أمراض تنفسية Asthma (ربو)، Cystic Fibrosis (التليف الكيسي)، إلخ.	درجة شدة الخطورة: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
مشكلة في أمراض العظام Arthritis (التهاب المفاصل)، Scoliosis (الجَنَف)، Braces (دعامات)، Wheelchair (كرسي متحرك)	النوع: _____ عمليات جراحية/ القيود الطبية: _____
CANCER (سرطان)، LEUKEMIA (سرطان الدم)، TUMORS (أورام)	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
مشاكل جراء أمراض الجهاز الهضمي - Ulcer (قرحة)، Colitis (التهاب القولون)، إلخ.	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
مشاكل جراء المسالك البولية واضطراب الكلى - Nephritis (التهاب الكلى)، إلخ.	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____
مشاكل بصرية أو فقدان البصر بشكل كامل	النوع: _____ الاحتياجات الخاصة/التصحيحات: _____
مشاكل في حاسة السمع أو فقدان السمع بشكل كامل	توضيح: _____ الاحتياجات الخاصة: _____
أمراض خطيرة، إصابات، عمليات جراحية	التوضيح/التواريخ: _____ الاحتياجات الخاصة: _____
مشاكل صحية أخرى تم تشخيصها	توضيح: _____ الاحتياجات الخاصة/الأدوية: _____

**ملاحظة:** إذا كان يتطلب وجود أدوية الطالب في المدرسة أيضاً، فيرجى أن تطلبوا النماذج المعنية بهذا الشأن من مكتب المدرسة التي يذهب ولدكم إليها.

يرجى إعطاء أسماء أشخاص، غير اسم الوالدة(ة)، للاتصال بهم في حالة وقوع حالة طارئة ولم تتمكن خلالها من الاتصال بالوالدة(ة).

الاسم \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم هاتف بديل: \_\_\_\_\_ صلة العلاقة \_\_\_\_\_

الاسم \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم هاتف بديل: \_\_\_\_\_ صلة العلاقة \_\_\_\_\_

طبيب الصحة \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_ طبيب الأسنان \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

أعطي إذني إلى موظفي المدرسة لأن يتصلوا بمقدم الرعاية الصحية الخاص بولدي و/أو الاتصال بـ 911 لجلب العلاج الطارئ لولدي، بما فيه نقله أو نقلها إلى أقرب منشأة طبية للطوارئ. وأوافق على إبلاغ المدرسة بأي تغييرات تحدث على معلومات الرعاية الصحية الخاصة بولدي.

توقيع الوالدة(ة)/الوصي القانوني: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

(initials) \_\_\_\_\_ (قامت ممرضة (ممرض) المدرسة بمراجعة هذا النموذج بشأن المخاوف الصحية) Form reviewed by School Nurse for health concerns

## IMMUNIZATION UPDATES (مستجدات بشأن التحصين/التطعيم)

اعتباراً من 1 أغسطس 2020، تقتضي القاعدة المنقحة في الفصل 105 من الباب 246 بمدونة القوانين الإدارية لولاية واشنطن (Chapter 246-105 WAC) تقديم سجلات تطعيم تم التحقق منها طبياً لدخول المدارس ودور رعاية الأطفال. يتضمّن السجل المُتحقّق من صحته واحداً أو أكثر مما يلي:

- شهادة حالة التطعيم (Certificate of Immunization Status) الذي تُعرف باسمها المختصر (CIS مطبوعة من نظام معلومات التطعيم لولاية واشنطن (Immunization Information System الذي يُعرف باسمه المختصر WAIS)
  - نسخة ورقية من نموذج شهادة حالة التطعيم (CIS) عليها توقيع مقدّم الرعاية الصحيّة
  - شهادة حالة التطعيم (CIS) مطبوعة على ورق من قبل أحد والديّ الطالب التي يمكن الحصول عليها بالذهاب إلى موقع MyIR الإلكتروني التالي: <https://wa.myir.net/>
  - فيما يخصّ سجلات التطعيم التي لا تكون موجودة في سجلات WAIS، فعليكم الاتصال بـ IIS(CDC) من الولاية التي تطعم فيها ولدكم أحدث تطعيماته/تطعيماتها. <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/contacts-locate-records.html#state>
  - يُرجى الاتصال بمقدّم الرعاية الصحية الخاص بولدكم إذا لم يكن لدى ولدكم شهادة حالة التطعيم (CIS) لإحضارها للتسجيل في المدرسة.
- اعتباراً من العام الدراسي 2020-2021، يجب أن يكون جميع الطلاب الملتحقين بصفوف الصف السابع إلى الصف الثاني عشر (7-12) ملقّحين بجرعة واحدة من لقاح Tdap (لقاح ضد الكزاز والخناق والشاهوق):
- بالنسبة لطلاب الصفّين السابع والثامن (7 و8)، يجب عليهم أن يكونوا قد تلقّحوا بلقاح Tdap في سن العاشرة (10) أو بعد ذلك ليتمّ قبولهم للالتحاق بالمدرسة.
  - بالنسبة لطلاب الصف التاسع إلى الصف الثاني عشر (9-12)، يجب عليهم أن يكونوا قد تلقّحوا بلقاح Tdap في سن السابعة (7) أو بعد ذلك ليتمّ قبولهم للالتحاق بالمدرسة.



اسم اللقاح	عدد الجرعات	العمر الأدنى	أدنى فترة زمنية* بين الجرعة والأخرى	ملاحظات:
Hepatitis B (التهاب الكبد B)	الجرعة الأولى	عند الولادة	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	تُقبل جرعتان شرط أن يتم توثيق كلتا الجرعتين كجرعات للبالغين من Recombivax HB * تعطى بين سن 11 و 15 من العمر. يجب ألا يقل الفاصل الزمني بين الجرعة والأخرى عن 4 أشهر. يوصى بإكمال سلسلة لقاحات التهاب الكبد B، إلا أن ذلك ليس مطلوباً للطلاب في سن 19 سنة وما فوق.
	الجرعة الثانية	4 أسابيع	8 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	
	الجرعة الثالثة	24 أسبوعاً	16 أسبوعاً بين الجرعة الأولى والثالثة	
الخُنَّاق والكزاز والشاهوق (TDaP و Tdap)	الجرعة الأولى	6 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	يوصى بفترة 6 أشهر بين الجرعة الثالثة والرابعة، ومع ذلك، يُقبل الفاصل الزمني الذي لا يقل عن 4 أشهر بين الجرعتين. لا يكون إعطاء الجرعة الخامسة ضرورياً إذا تم إعطاء الجرعة الرابعة في عيد الميلاد الرابع أو بعد ذلك، وفي مدة لا تقل عن 6 أشهر بعد إعطاء الجرعة الثالثة.
	الجرعة الثانية	10 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الثانية والثالثة	
	الجرعة الثالثة	14 أسبوعاً	6 أشهر بين الجرعة الثالثة والرابعة	
	الجرعة الرابعة	12 شهراً	6 أشهر بين الجرعة الرابعة والخامسة	
	الجرعة الخامسة	4 سنوات	-	
	جرعة معززة	10 سنوات	-	
لقاح المستديمة النزلية من النوع ب (Hib)	الجرعة الأولى	6 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	إذا تم إعطاء جميع الجرعات الثلاث من PedvaxHIB، فلا يحتاج إلا ما مجموعه ثلاث جرعات فقط. يجب إعطاء الجرعة الثالثة عندما يكون عمر المتلقح 12 شهراً وما فوق. لا يتطلب إلا جرعة واحدة فقط، إذا تم إعطاء الجرعة عندما يكون عمر المتلقح 15 شهراً وما فوق. العمر 5 سنوات وما فوق: غير مطلوب لأنه لا يُعطى بشكل روتيني للأطفال من سن 5 سنوات وما فوق.
	الجرعة الثانية	10 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الثانية والثالثة	
	الجرعة الثالثة	14 أسبوعاً	8 أسابيع بين الجرعة الثالثة والرابعة	
	الجرعة الرابعة	12 شهراً	-	
Pneumococcal (المكورات الرئوية المقترنة) (PCV13)	الجرعة الأولى	6 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	لا يتطلب إلا جرعة واحدة فقط، إذا تم إعطاء الجرعة عندما يكون عمر المتلقح 24 شهراً وما فوق. العمر 5 سنوات وما فوق: غير مطلوب لأنه لا يُعطى بشكل روتيني للأطفال من سن 5 سنوات وما فوق.
	الجرعة الثانية	10 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الثانية والثالثة	
	الجرعة الثالثة	14 أسبوعاً	8 أسابيع بين الجرعة الثالثة والرابعة	
	الجرعة الرابعة	12 شهراً	-	
شلل الأطفال (IPV أو OPV)	الجرعة الأولى	6 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	لا يكون إعطاء الجرعة الرابعة ضرورياً إذا تم إعطاء الجرعة الثالثة في عيد الميلاد الرابع أو بعد ذلك، وفي مدة لا تقل عن 6 أشهر بعد إعطاء الجرعة الثانية. لا يمكن قبول OPV المُعطى في 1 أبريل 2016 أو بعد ذلك كجرعة صالحة في السلسلة. يوصى بإكمال سلسلة لقاحات شلل الأطفال، إلا أن ذلك ليس مطلوباً للطلاب في سن 18 سنة وما فوق. لمعرفة العمر الأدنى والفترات الزمنية لطلاب الصف الثاني عشر، يُرجى الاطلاع على ملخص متطلبات التلقيح بكل لقاح (Individual Vaccine Requirements Summary) على الرابط أدناه.
	الجرعة الثانية	10 أسابيع	4 أسابيع بين الجرعة الثانية والثالثة	
	الجرعة الثالثة	14 أسبوعاً	6 أشهر بين الجرعة الثالثة والرابعة	
	الجرعة الرابعة	4 سنوات	-	
الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMRV أو MMR)	الجرعة الأولى	12 شهراً	4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية	يمكن استخدام MMRV (أي لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية + الحُمَاق) بدلاً من التلقيح بلقاح MMR لوحده ثم التلقيح بلقاح الحُمَاق لوحده. يجب إعطاؤه في نفس يوم الحُمَاق أو بفاصل 28 يوماً على الأقل، انظر * أيضاً الحاشية السفلية.
	الجرعة الثانية	13 شهراً	-	
Varicella (الحُمَاق) (جدري الماء) (VAR)	الجرعة الأولى	12 شهراً	3 أشهر بين الجرعة الأولى والثانية (في سن 12 شهراً إلى 12 سنة). 4 أسابيع بين الجرعة الأولى والثانية (في سن 13 سنة وما فوق).	الموصى به: 3 أشهر بين جرعات الحُمَاق، ولكن الفاصل الزمني الذي لا يقل عن 28 يوماً يُعدّ مقبولاً. يُعدّ تقديم إثبات من مقدم رعاية صحية بالتحقق من سوابق المرض مقبولاً لتوثيق المناعة. يجب إعطاؤه في نفس يوم إعطاء MMR أو بفاصل 28 يوماً على الأقل، انظر * أيضاً الحاشية السفلية.
	الجرعة الثانية	15 شهراً		

\* يمكن تطبيق فترة السماح البالغة 4 أيام على جميع الجرعات باستثناء جرعتين من لقاحات حيّة مختلفة (مثل MMR و MMRV و varicella و Flumist).

اطلعوا على ملخص متطلبات التلقيح بكل لقاح (Individual Vaccine Requirements Summary) للحصول على مزيد من المعلومات عن الجداول، على الرابط الإلكتروني التالي: [www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI)

# أيها الآباء والأمهات - هل أولادكم جاهزون للمدرسة؟ التحصينات (اللقاحات) المطلوبة للعام الدراسي 2022-2023



تعليمات: لمعرفة اللقاحات المطلوبة للمدرسة، ابحثوا عن صف ولدكم في العمود الأول. ثم أنظروا إلى الصف المطابق عبر الصفحات لمعرفة كمية اللقاحات المطلوب أن يتلقح بها ولدكم لدخول المدرسة.

Polio (شلل الأطفال)	PCV (Pneumococcal ) المكورات/Conjugate (الرئوية المقترن)	MMR (Measles/الحصبة، Mumps/النكاف، Rubella/الحصبة الألمانية)	Hib (Haemophilus ) (influenzae type B لقاح المستديمة النزلية من النوع ب)	Hepatitis B (التهاب الكبد B)	DTaP/Tdap (الخناق/Diphtheria، الكزاز/Tetanus الشاهوق/Pertussis)		
جرعة واحدة**	3 جرعات	4 جرعات	جرعة واحدة	3 إلى 4 جرعات (يعتمد على اللقاح)	3 جرعات	4 جرعات DTaP	صفوف الحضانة للذين في سن الـ 19 شهراً إلى الذين لم يبلغوا بعد 4 سنوات من العمر في 1 سبتمبر 2022
جرعتان**	4 جرعات	4 جرعات* (غير مطلوب في سن الخامسة وما فوق)	جرعتان	3 إلى 4 جرعات (يعتمد على اللقاح) (غير مطلوب في سن الخامسة وما فوق)	3 جرعات	5 جرعات DTaP *	(دور الحضانة/مرحلة روضة الأطفال الانتقالية) بلوغ سن الرابعة وما فوق في 1 سبتمبر 2022
جرعتان**	4 جرعات	غير مطلوب*	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات DTaP *	من روضة الأطفال إلى الصف السادس
جرعتان**	4 جرعات	غير مطلوب*	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات DTaP * بالإضافة إلى Tdap في سن العاشرة وما فوق	من الصف السابع إلى الصف التاسع
جرعتان**	4 جرعات	غير مطلوب*	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات DtaP * بالإضافة إلى Tdap في سن السابعة وما فوق	من الصف العاشر إلى الصف الثاني عشر

\* قد تكون جرعات اللقاح مقبولة مع عدد أقل من الجرعات المدرجة اعتماداً على وقت إعطائها. \*\* يُعدّ تقديم إثبات من مقدّم الرعاية الصحية يتحقق فيه من سوابق مرض جدري الماء مقبولاً أيضاً. يجب أن يتلقح الطلاب بجرعات اللقاح في الأطر الزمنية الصحيحة لتكون متوافقة مع متطلبات المدرسة. إذا كان لديكم أسئلة حول هذا الأمر، فيرجى التحدث مع مقدّم الرعاية الصحية لولدكم أو مع موظفي المدرسة. للحصول على معلومات عن لقاحات أخرى موصى بها، إلا أنها ليست مطلوبة لدخول المدرسة، فيمكنكم أن تجدونها على الرابط الإلكتروني التالي: [www.immunize.org/cdc/schedules](http://www.immunize.org/cdc/schedules)

لطلب نسخة من هذا المستند بتنسيق آخر، يُرجى الاتصال هاتفياً بالرقم 1-800-525-0127.

للعلماء الذين يعانون من الصمم أو ضعف في السمع، يُرجى الاتصال بـ 711 (المرحل في ولاية واشنطن) أو إرسال بريد إلكتروني إلى [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).



# جدول رعاية الأطفال والحضانة للآباء والأمهات



Varicella (الْحُمَاق) / Chickenpox (جدري الماء)	MMR (الحصبة/Measles، النكاف/Mumps، الحصبة/Rubella الألمانية)	PCV (Pneumococcal ) المكورات/Conjugate الرئوية المقترن)	Polio (شلل) الأطفال	Hib (Haemophilus ) (influenzae type B لقاح المستديمة النزلية) (من النوع ب)	DTaP (الخُنَّاق/Diphtheria، الكزاز/Tetanus الشاهوق/Pertussis)	Hepatitis B (التهاب الكبد B)	
		جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعتان	في حلول الشهر الثالث
		جرعتان	جرعتان	جرعتان	جرعتان	جرعتان	في حلول الشهر الخامس
لا يُعطى بشكل روتيني قبل بلوغ 12 شهوراً من العمر	لا يُعطى بشكل روتيني قبل بلوغ 12 شهوراً من العمر	3 جرعات	جرعتان	جرعتان أو 3 جرعات (يعتمد على اللقاح)	3 جرعات	جرعتان	في حلول الشهر السابع
جرعة واحدة	جرعة واحدة	4 جرعات	جرعتان	3 أو 4 جرعات (يعتمد على اللقاح)	3 جرعات	جرعتان	في حلول الشهر السادس عشر
جرعة واحدة	جرعة واحدة	4 جرعات	3 جرعات	3 أو 4 جرعات (يعتمد على اللقاح)	4 جرعات	3 جرعات	في حلول الشهر التاسع عشر
جرعتان	جرعتان	لا يُعطى بشكل روتيني للأطفال بعد سن الخامسة من العمر	4 جرعات	لا يُعطى بشكل روتيني للأطفال بعد سن الخامسة من العمر	5 جرعات	3 جرعات	في حلول السنة السابعة أو عند دخول روضة الأطفال في سن الرابعة وما فوق*

\* يجب على الأولاد في صفوف الحضانة إلى الصف الثاني عشر أن يستوفوا متطلبات التطعيم للصف المسجلين فيه بالمدرسة.

ابحثوا عن لائحة المتطلبات لطلاب صفوف الحضانة إلى الصف الثاني عشر وملخص متطلبات التلقيح بكل لقاح (Individual Vaccine Requirements Summary) في قسم متطلبات التطعيم على الرابط الإلكتروني التالي:

[www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI)

راجعوا جدول الحد الأدنى للسن والفاصل الزمني في الصفحة 2 للحصول على معلومات الحد الأدنى للعمر ومعلومات عن التباعد بين الجرعة والأخرى لجرعات اللقاح.

للحصول على معلومات عن لقاحات أخرى موصى بها، إلا أنها ليست مطلوبة للتسجيل في دور رعاية الأطفال/صفوف الحضانة يمكنكم أن تجدونها على الرابط الإلكتروني التالي: [www.immunize.org/cdc/schedules](http://www.immunize.org/cdc/schedules)

لطلب نسخة من هذا المستند بتنسيق آخر، يُرجى الاتصال هاتفياً بالرقم 1-800-525-0127.



## خدمات النقل

تزوّد Mead School District (منطقة ميد التعليمية) النقل للذهاب إلى مدراسها والإياب منها لطلاب صفوف الروضة إلى الصف الثاني عشر (K-12) للذي يعيشون خارج منطقة المشي المقترحة للمدرسة التابعين لها.

نطلب من أولياء أمور الطلاب تسجيل أولادهم مسبقاً إذا كانوا ينوون أن يركب أولادهم الحافلات المدرسية. نرجو منكم زيارة الموقع الإلكتروني [www.mead354.org](http://www.mead354.org) والنقر على Transportation (النقل). ستجدون رابط التسجيل في منتصف الصفحة تقريباً. وبمجرد الانتهاء من التسجيل، يمكنكم العثور على موقع محطة ركوب الحافلة التابعين لها عن طريق اتباع الرابط الإلكتروني الموجود على صفحتنا الإلكترونية أو الذهاب مباشرة إلى الموقع الإلكتروني التالي:

<https://www.infofinderi.com/ifi/?cid=MSD57UEZPVK9&cid=MSD57UEZPVK9>

نستخدم أكثر من 100 حافلة لنقل الطلاب للذهاب إلى مدارسهم والفعاليات الخارجية عن المنهج الدراسي و/أو الألعاب الرياضية، والإياب منها. إن هدفنا هو توفير ركوب حافلات مدرسية آمنة وممتعة لجميع الطلاب. حافلاتنا مجهزة بوحدة GPS (جهاز تحديد المواقع) وأنظمة الفيديو. تعين هذه الأنظمة في تحديد موقع الحافلات في حالات الطوارئ، وتفيد في تخطيط خطوط مسارات الحافلات بشكل فعال وتساعد سائقي حافلاتنا ومدارسنا في دعم سلوك الطلاب الإيجابي أثناء ركوبهم الحافلات المدرسية.

نشجّع طلابنا على الوصول إلى محطة ركوب الحافلة المدرسية **المخصصة لهم** قبل 5 دقائق من الوقت المحدد لركوب الحافلة؛ واستخدام محطة الحافلة المدرسية **المخصصة لهم** لركوب الحافلة عند الذهاب إلى المدرسة والنزول من الحافلة عند الإياب من المدرسة.

دوام ساعات عمل مكتب Transportation Department (قسم شؤون النقل)، خلال العام الدراسي هو من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 6 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً. يمكنكم التواصل معنا هاتفياً على رقم الهاتف 509-465-6107 أو عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي [transportation@mead354.org](mailto:transportation@mead354.org). عنواننا هو 12304 N Market St, Mead WA.