

تکمیل شده توسط مدرسه:

تلفن خانگی

تلفن

STI

شماره دانشجویی

تاریخ

سال تحصیلی _____ / _____

مدارس عمومی شهر فردریکزبورگ - فرم ثبت نام

بله خیر آیا دانش آموز قبلاً در مدارس دولتی شهر فردریکزبورگ حضور داشته است؟

اگر بله نام مدرسه

جنسیت:

(زن/مرد)

مقطع تحصیلی:

نام دانش آموز:

مرد

(آخر)

(اولین)

نام ترجیحی دانش آموز:

تولد: شهر

حالت

کشور

نیروهای نظامی مرتبط: گارد ناتل یا ذخایر

تغییر دادن

وابسته متصل نظامی نیست
وضعیتActive Duty تمام وقتReserve یا Nat' Guard

نشانی:

(خیابان)

(Apt. #)

(شهر)

(دولت)

(کد پستی)

آیا در وضعیت زندگی موقت هستید بله (اگر بله، محل اقامت شبانه را بررسی کنید) خیراقامت شبانه: متل / کمپر / تریلر ماشین یا ساختمان عمومی در انتظار مراقبت از خانواده پولی خانوادگی دیگری به دلیل از دست دادن مسکن یا مشکلات مالی

دانش آموز با: (همه موارد مورد نظر را بررسی کنید)

قومیت: (یکی را بررسی کنید)

 اسپانیایی یا لاتین تبار اسپانیایی یا لاتین تبار نیست

RACE: (همه مواردی که اعمال می شوند را بررسی کنید)

 سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی سفید بومی هاوایی/دیگر جزیره نشین اقیانوس آرام آسیاییترجمه لازم است بله خیر

(اول، MI، آخرین)

آژانس ارجاع دهنده

اطلاعات والدین غیر حضانت: (در صورت وجود)

نام

نشانی

حکم دادگاه در پرونده است؟ بله خیر

کد پستی شهر

(لطفاً اطلاعات دو طرف این فرم را کامل کنید)

اطلاعات تماس		
تلفن		مادر □ پدر □ دیگر
تلفن منزل #		
سلول شماره 1		
سلول شماره 2		
تلفن محل کار #		
پست الکترونیک		
دیگر		
اطلاعات تماس اضطراری (افراد مجاز که ممکن است فرزند شما را ببیند - غیر از والدین)		
ارتباط	تلفن	نام
اطلاعات پزشکی		
اسم دکتر	شماره تلفن	
دندانپزشک	شماره تلفن	
خواهر و برادرهایی که در مدارس فردریکزبورگ شرکت می کنند		
مدرسه	NAME (اول، MI، آخرین)	
حمل و نقل به / از مدرسه		
صبح	بعد از ظهر	پیاپی روی
ماشین □ پیاپی روی □ وانت مراقبت روزانه □ اتوبوس مدرسه: □ (آدرس تحویل گرفتن)	ماشین □ وانت مراقبت روزانه □ اتوبوس مدرسه: □ (آدرس ارسال)	
نام آخرین مدرسه شرکت کننده: _____		
نشانی: _____		
خدمات ویژه دریافت شده:	طرح 504 □	گفتار □ با استعداد
لطفأ اطلاعات مربوط به تجربه کودک خود را در پیش از دبستان کامل کنید		
عنوان □ PRE K - 1 دارای مجوز خانه/مراقبت روزانه □ سرعت هماهنگ □ فقط □ SPED بدون PRE-K رسمی □ ارائه نشده است □ 30 ساعت یا بیشتر در هفته □ فرزند من در دوره پیش دبستانی در: □ ارائه دهنده خصوصی □ VPI □ Head Start □ شرکت کرد □ فرزند شما چند ساعت در هفته به پیش دبستانی می رفت؟ □ کمتر از 15 ساعت در هفته □ 15 تا 29 ساعت در هفته □	دولت - شهری پرداخت می شود □ ارائه نشده است □ 30 ساعت یا بیشتر در هفته □ فرزند من در دوره پیش دبستانی در: □ ارائه دهنده خصوصی □ VPI □ Head Start □ شرکت کرد □ فرزند شما چند ساعت در هفته به پیش دبستانی می رفت؟ □ کمتر از 15 ساعت در هفته □ 15 تا 29 ساعت در هفته □	بیانیه فرم ثبت نام: بدین وسیله سوگند یاد می کنم و تأیید می کنم که دانش آموزی که در قسمت جلوی این فرم نام برده شده است از حضور در مدرسه در یک مدرسه خصوصی یا یک بخش دولتی مشترک المنافع یا دیگر اخراج شده است. به دلیل تخلف یا نقض خطمشی‌های هیئت مدرسه در رابطه با اسلحه، الکل یا مواد مخدر، یا آسیب رساندن عمدی به شخص دیگر اعلام کنید. من درک می‌کنم که هر فردی که اظهارات تأییدی نادرست داشته باشد، مجرم خواهد بود
محکومیت به جنحه کلاس 3.		
امضای والدین _____		تاریخ _____
امضای دانش آموز (پایه های 6-12) _____		

دبستان هیو مرسر دبستان عالی لافایت راهنمایی واکر گرانت دبیرستان جیمز مونرو
خیابان واشنگتن 2300
تلفن: (540)372-1100
فکس: (540)373-6584

3مسیر یادگیری
تلفن: (540)310-0029
فکس: (540)310-0671

بلوار کوان 2100
تلفن: (540)372-1115
فکس: (540)372-6753



مدارس دولتی شهر فردریکسبورگ
خیابان فردیناند 210
فردریکسبورگ، VA 22401
fxbgschools.us

تاریخ _____

به: _____ نام مدرسه قبلی	تلفن مدرسه شماره _____
آدرس مدرسه _____	شماره فکس مدرسه _____
شهر _____	دولت _____
_____	زیب _____

درخواست مجوز برای انتشار سوابق مدرسه

دانش آموز زیر در مدارس دولتی شهر فردریکسبورگ ثبت نام کرده است.

نام دانشجو _____

تاریخ تولد _____

امضای والدین _____

زیر این خط ننویسید

لطفاً اطلاعات زیر شامل تمام سوابق رده آو رده II (محرمانه) را برای ما ارسال کنید. همچنین تفسیری از سیستم نمره دهی خود را وارد کنید. اگر دانش آموز پس از شروع دوره نمره دهی انصراف داد، لطفاً نمرات کسب شده برای آن دوره را ذکر کنید.

- داده های محرمانه (IEP، صورتجلسات واجد شرایط بودن، اطلاعات تست، تاریخچه اجتماعی)
- سوابق ایالت
- رکورد جمعی
- سوابق سلامت و ایمن سازی
- پرونده های نظم و انضباط
- نتایج تست SOL
- سوابق ESL
- طرح شغلی/آکادمیک (فقط MS و HS)
- نمرات تا تاریخ انصراف
- شناسنامه

درخواستnd درخواست 2 □ □ 1 □ فکس شده در: _____

با تشکر از همکاری شما،

امضای ثبت _____ تاریخ _____

لطفاً توجه داشته باشید که در صورت درخواست سوابق توسط پرسنل مجاز مدرسه، دیگر نیازی به اجازه والدین نیست. (قانون حقوق آموزشی و حریم خصوصی خانواده، قانون نهایی در مورد سوابق تحصیلی، ثبت فدرال، 17 ژوئن، 1976، جلد 41، شماره 118، صفحه 24673.)



نظرسنجی زبان خانگی

این فرم باید برای همه دانش آموزانی که در مدارس دولتی شهر فردریکسبورگ ثبت نام می کنند تکمیل شود.

نام دانش آموز _____ تاریخ تولد _____
اولین _____ وسط _____ آخر _____

بخش A

- دانشجو؟
1. زبان اصلی که در خانه استفاده می شود، صرف نظر از زبانی که توسط آن صحبت می شود، چیست؟ _____
2. زبانی که اغلب دانش آموز به آن صحبت می کند کدام است؟ _____
3. زبانی که دانش آموز برای اولین بار به دست آورد چیست؟ _____
4. چه تاریخی است که کودک برای اولین بار در یک مدرسه ایالات متحده ثبت نام کرد؟ _____
5. چه تاریخی است که کودک برای اولین بار در مدرسه ای در ویرجینیا ثبت نام کرد؟ _____
6. آخرین مدرسه ای که کودک در ویرجینیا رفت چه بود؟ _____
7. آیا کودک تا به حال خدمات ESL دریافت کرده است؟ بله اگر کجا؟

اگر دانش آموز در خارج از ایالات متحده متولد شده یا زندگی کرده است، لطفا قسمت B را تکمیل کنید.



قسمت B

1. کودک چند سال در کشور مادری خود تحصیل کرده است؟ _____
2. آخرین سطح پایه ای که کودک در کشور مادری خود به پایان رسانده است: _____
3. تاریخ ورود کودک به ایالات متحده: _____
4. آخرین سطح کلاسی که کودک در مدرسه ای در ایالات متحده گذرانده است: _____
5. آیا خانواده شما در ایالات متحده به دنبال آزار و اذیت در کشور مادری شما هستند؟ آره خیر

این روش الزامات فدرال را برای شناسایی و ارزیابی دانش آموزان اقلیت زبان به منظور ارائه خدمات پشتیبانی آموزشی مناسب برای آن دسته از دانش آموزانی که یادگیرنده زبان انگلیسی هستند، برآورده می کند. در صورت لزوم، دانش آموز از نظر مهارت زبان انگلیسی غربالگری می شود. نتایج ارزیابی مهارت زبان انگلیسی به والدین یا سرپرستان اطلاع داده خواهد شد.

نام دانش آموز

تاریخ تولد

مقطع تحصیلی

تلفن محل کار _____ مادر/نگهبان _____ تلفن همراه _____

تلفن محل کار _____ پدر/نگهبان _____ تلفن همراه _____

تلفن محل کار _____ تماس اضطراری _____ تلفن همراه _____

پزشک _____

تلفن _____

 جدید در FCPS اگر بله، آخرین مدرسه ای که در آن شرکت کرده است: _____ دولت: _____

 طرح FEP فعال

آیا فرزند شما داروهایی را به طور معمول مصرف می کند؟ ___ بله خیر

نام دارو: _____ هدف: _____ نام دارو: _____ هدف: _____

 در خانه می برد در مدرسه می برد در خانه می برد در مدرسه می برد در خانه می برد در مدرسه می برد

نام دارو: _____

اگر فرزندان باید در مدرسه از هر گونه داروی نسخه ای یا بدون نسخه استفاده کند، لطفاً با پرستار مدرسه تماس بگیرید.

خبر به شرایط	نظرات
ADD/ADHD	
آلرژی <input type="checkbox"/> در خانه EpiPen <input type="checkbox"/> در مدرسه EpiPen	آلرژی به زنبورها/حشرات عدم تحمل لاکتوز آلرژی غذایی: _____ آلرژی دارویی _____ دیگر _____
آسم	<input type="checkbox"/> در مدرسه در درمانگاه در <input type="checkbox"/> در خانه در <input type="checkbox"/> مدرسه در درمانگاه <input type="checkbox"/> خانه استنشاق/بخار/بخار آموزش نیولایزر: *در صورت نیاز به دارو در مدرسه، طرح فعلی مراقبت از آسم باید هر سال تحصیلی در پرونده باشد.
مثانه / روده چالش ها و مسائل	لطفاً توضیح دهید، لطفاً توضیح دهید.
دیابت	نوع 1 <input type="checkbox"/> نوع 2 <input type="checkbox"/> *دانش آموزان مبتلا به دیابت باید هر سال یک برنامه مراقبت از دیابت در مدرسه داشته باشند.
	مشکلات قلبی لطفاً توضیح دهید:
فیزیکی محدودیت ها	تجهیزات ویژه مورد نیاز در مدرسه لطفاً لیست کنید: <input type="checkbox"/>
تشنج	به عنوان یک نوزاد. در حال حاضر داروهای تشنج در خانه مصرف می شود. نیاز به داروی تشنج اورژانسی در مدرسه دارد.
	مشکلات گفتاری لطفاً توضیح دهید:
بینایی / شنوایی چالش ها و مسائل	سمع <input type="checkbox"/> مخاطب <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/>
دیگر	

مدارس دولتی شهر فردریکسبورگ

غریبالگری ایجاد شده توسط تیم بهداشت مدرسه PD 16

ارزیابی خطر سل برای همه دانش آموزان جدید - محرمانه

نام: _____ کلاس/مدرسه: _____

والدین / قیم: _____ تاریخ: _____

خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده و مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) توصیه می کنند که آزمایش سل (TB) بر روی همه افرادی که ممکن است در معرض خطر ابتلا به سل هستند انجام شود. لطفاً فرم زیر را تکمیل کنید.

1. آیا دانش آموز در کشوری خارج از آمریکا متولد شده است؟

اگر بله، چه کشوری؟ _____ آره _____ خیر _____

2. آیا دانشجو در پنج سال گذشته سه ماه یا بیشتر متوالی را در یک کشور خارجی گذرانده است؟

اگر بله، چه کشوری؟ _____ آره _____ خیر _____

3. آیا دانش آموز در سال گذشته با فرد مبتلا به سل فعال مواجه بوده یا با او تماس داشته است؟

اگر بله، چه کسی؟ _____ آره _____ خیر _____

4. آیا دانشجو در دو سال گذشته بی خانمان/زندان بوده یا در پناهگاه زندگی می کرده است؟

خیر _____ آره _____

5. آیا دانش آموز دارای یکی از موارد زیر است: سرفه مداوم، سرفه خونی، تب بیش از یک هفته،

کاهش وزن بدون دلیل یا عفونت HIV؟

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: _____

6. آیا دانشجو در حال حاضر از داروهای استروئیدی خوراکی (غیر از داروهای استنشاقی)، داروهای درمان سرطان یا هر داروی دیگری استفاده می کند. که ممکن است سیستم ایمنی بدن او را ضعیف کند؟

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: _____ خیر _____

7. آیا دانش آموز تا به حال آزمایش سل مثبت داشته یا برای بیماری سل فعال یا عفونت نهفته سل درمان شده است؟

اگر بله، لطفاً اطلاعات را آماده کنید: _____ آره _____ خیر _____

8. آیا دانشجو دارای یکی از شرایط پزشکی زیر است؟

بله _____ خیر بله _____

خیر _____ خیر _____

خیر _____ آره _____

آره _____

نقص ایمنی _____ آره _____ خیر _____

دستورالعملها برای ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی: هنگامی که ارزیابی خطر شامل یک یا چند پاسخ مثبت (بله) باشد، لطفاً موارد زیر را تکمیل کنید. به پرستار مدرسه برگردید.

نوع تست سل: تست پوستی سل یا IGRA (آزمایش آزادسیازی اینترفرون گاما) تاریخ آزمایش سل: _____

نتیجه تست سل: مثبت (برای (TST) یا نتیجه IGRA مثبت) نتیجه آزمایش: _____

اگر بله، لطفاً توضیح دهید؟ خیر بله _____

درمان ارائه شده است؟ نه _____ آره _____

نام ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی (لطفاً چاپ کنید): _____

نشانی: _____

تلفن: _____

امضا: _____

I. دانش‌آموزانی که برای اولین بار وارد مدرسه می‌شوند یا پس از سه ماه خارج از ایالات متحده بازمی‌گردند، باید مدارکی را از یک پزشک دارای مجوز، پرستار، دستیار پزشک یا پرستار ثبت‌نام شده قبل از ورود به مدارک زیر ارائه دهند:

الف. ارزیابی خطر سل که خطر کم بیماری سل را مستند می‌کند. تمام پاسخ‌های ارزیابی ریسک باید منفی باشد. واکسیناسیون BCG دانش‌آموز را از پیروی از پروتکل مستثنی نمی‌کند. - یا -

ب. مستندات منفی آزمایش پوستی سل (Mantoux) یا آزمایش رهش اینترفرون گاما در 12 ماه گذشته یا پس از قرار گرفتن در معرض. - یا -

ج. مستندات کتبی تکمیل موفقیت آمیز درمان بیماری سل فعال.

II. تا زمانی که الزامات خط مشی سل برآورده نشود، دانش‌آموزان باید از مدرسه حذف شوند. به عنوان بخشی از ارزیابی خطر و فرآیند غربالگری هدفمند، سوالاتی در مورد تعریف "کشور یا شیوع بالا" به منظور تکمیل ابزار ارزیابی خطر و تعیین اینکه چه کسی باید آزمایش سل (تست پوستی توبرکولین (TST) یا اینترفرون را دریافت کند، مطرح می‌شود. سنجش رهاسازی گاما (IGRA).

III. کشورهای در معرض خطر کم سل (تعریف شده به عنوان کمتر از 20 مورد سل در هر 100000 جمعیت)

فهرست استثناهای فعلی - مارس 2015 (نرخ موارد از گزارش جهانی WHO 2014)					
فقط در صورتی که علامت‌دار یا یک عامل خطر اضافی فردی وجود داشته باشد، عفونت نهفته سل را آزمایش کنید.					
جنوب شرقی آسیا منطقه	غرب اقیانوس آرام منطقه	اروپایی منطقه	منطقه آفریقا منطقه آمریکای شرقی مدیترانه ای	آنتیگوا و باربودا	مصر
کشورهای استثنایی	ساموآی آمریکایی استرالیا جزایر کوک ژاپن کالدونیای جدید نیوزلند نیوئه ساموآ توکلانو تونگا والیس و فوتونا جزایر	آلبانی آندورا اتریش بلژیک کرواسی قبرس جمهوری چک دانمارک فنلاند یوگسلاوی سابق جمهوری مقدونیه فرانسه آلمان یونان مجارستان ایسلند ایرلند ایتالیا لوکزامبورگ مالت موناکو هلند نروژ سن مارینو صربستان اسلواکی اسپانیا سوئد سوئیس بوقلمون انگلستان	بحرین اسرائیل اردن لبنان عمان عربستان سعودی عرب سوری جمهوری عرب متحد امارات کرانه باختری و نوار غزه	آنتیگوا و باربودا آنتیل آروبا باهاما باربادوس یونیر، سنت اوستاتیوس و صبا کانادا جزایر کیمن شیلی کاستاریکا کوبا کوراسائو دومینیکا گرانادا جامائیکا مونتسرات پورتوریکو سنت کیتس و نویس سنت لوسیا سینت مارتن (هلندی قسمت) ترکز و کاپکوس ایالات متحده جزایر ویرجین (ایالات متحده & BR)	