

بايد د ښوونځي لخوا بشپړ شي:

د ښوونځي دنده _____ بس _____

د زده کونکي پېژندنه # _____

د ښوونځي کال _____ / _____ نېټه _____

د فرېډریکسبرگ ښار عامه ښوونځي - د راجسټريشن فورمه

ځه هو ځه نه ایا زده کونکي دمخه د فرېډریکسبرگ ښار عامه ښوونځيو کې برخه اخیستې ده؟

که هو، د ښوونځي نوم _____

د زده کوونکي نوم:

نارینه _____

(وروستی)

(لومړی) _____

د زده کونکي غوره نوم:

جنډر:

ځه نه (مخینه)
ځه نه (مخینه)
درجه: _____

DOB ځای: ښار _____

ریاست _____

هیواد _____

پوځي نښلول: د ملي کارډ یا ریزرو _____

بدلون _____

انحصاري ځایون سره تړاو نلري
STATUS

فعال دنده بشپړ وخت _____

نېټه کارډ یا ریزرو _____

پته: _____

(سړک) _____

(اې.ټ. #) _____

(ښار) _____

(ریاست) _____

(زیپ کوډ) _____

ایا تاسو په لنډمهاله ژوند کې یاست ځه هو (که هو، د شپې د استوګنې ځای وګورئ) ځه نه

د شپې د استوګنې ځای: ځه موټل/کمپر/تربیلر ځه موټر یا عامه ودانۍ ځه د پالونکي پاملرنې په تمه

ځه ښوونځي لاسه ورکولو یا مالي ستونزو له امله د بلې کورنۍ سره ژوند کول

زده کونکی له دې سره ژوند کوي: (ټول هغه وګورئ چې پلي کېږي)

توکم: (یو چیک کړئ)

ځه هسپانوي یا لاتیني

ځه هسپانوي یا لاتیني نه

ځه پلار ځه مور

(لومړی، MI، وروستی) _____

ځه مور ځه پلار

(لومړی، MI، وروستی) _____

ځه ښځه ځه مور

(لومړی، MI، وروستی) _____

ځه ښځه ځه پلار

(لومړی، MI، وروستی) _____

ځه ساتونکی

(لومړی، MI، وروستی) _____

ځه پالونکی

(لومړی، MI، وروستی) _____

راجع کولو اداره _____

ځه امریکایي هندي / د الاسکا اصلي

ځه تور یا افریقي امریکایي

ځه سپین

ځه اصلي هاوایی/نور

ځه د پاسیفیک ناپو اوسیدونکی

ځه آسیایي

ژباړه اړینه ده ځه هو ځه نه

د غیر سرپرست والدین معلومات: (که د تطبیق وړ وي)

نوم _____ پته _____

د محکمې حکم په دوسیه کې دی؟ ځه هو ځه نه

ښار، ایالت، زپ _____

د اړیکې معلومات

تېلیفون		مور پلار نور
د کور تېلیفون #		
حجره ۱		
حجره ۲		
د کار تېلیفون #		
برېښنالیک		
نور		

د بېرني تماس معلومات (مجاز شوي اشخاص چې ستاسو ماشوم اخلي - د مور او پلار څخه پرته)

اریکه	تېلیفون	نوم

طبي معلومات

د ډاکټر نوم	د تېلیفون شمېره
د غاښونو ډاکټر	د تېلیفون شمېره

ورونه د فریډریکسبرگ په ښوونځیو کې گډون کوي

ښوونځی	نوم (لومړی، MI، وروستی)

له وروني څخه/څرنگه/تېوازيستپورت

سهار	تگ	ماسپېنين	تگ
موټر	موټر	موټر	موټر
د ورځې پاملرنې وين	د ورځې پاملرنې وين	د ورځې پاملرنې وين	د ورځې پاملرنې وين
د ښوونځي بس:	د ښوونځي بس:	د ښوونځي بس:	د ښوونځي بس:
(آدرس پورته کړئ)		(د ادرس پرېښودل)	

د وروستي ښوونځي نوم:

پته:

ترلاسه شوي ځانگړي خدمتونه:

504 پلان

وينا ډالۍ

ځانگړی اېډ انگلیسي دوهمه ژبه

مهرباني وکړئ د خپل ماشوم د ښوونځي څخه مخکې د تجربې په اړه بشپړ معلومات ورکړئ

سرلیک PRE K - 1 جواز لرونکی کور/ورځنۍ پاملرنې
 حکومت - د زده کړې فیس
 نه دی ورکړل شوی
 30 یا ډیر ساعتونه/ اونۍ
 زما ماشوم د ښوونځي څخه مخکې په دې ځای کې گډون وکړ: خصوصي برابرښکونکی سر پیل VPI
 همغږي شوي SPED یوازې SPED هېڅ رسمي پری - ک نشته
 ستاسو ماشوم په اونۍ کې څو ساعته مخکې ښوونځي ته تلل؟ له 15 ساعتونو څخه لږ/اونۍ
 15 - 29 ساعتونه/هفته

د راجسټریشن فورمه بیان: زه په دې ډول قسم خورم او تصدیق کوم چې د دې فورمې په مخ کې نومول شوي زده کونکي په خصوصي ښوونځي یا د دولت مشترک یا بل دولتي ښوونځي څانگه کې د ښوونځي له حاضریدو څخه ایستل شوي د وسلو، الکول یا مخدره توکو په اړه د ښوونځي بورډ د پالیسیو څخه د سرغړونې یا سرغړونې لپاره، یا د بل چا د ټپي کیدو په اراده توگه د ټپي کیدو لپاره دولت. زه پوهیږم چې هر هغه څوک چې د تایید لپاره په مادي ډول غلط بیان کوي مجرم وي

د دریم ټولگي د ناوړه چلند محکومیت.

ښتگور او پلار لاسلیک

د زده کونکي لاسلیک (د 12-6 ټولگي)

نیټه

بیاکتنه 02/16

(مهرباني وکړئ د دې فورمې په دواړو اړخونو کې بشپړ معلومات ولرئ)

2100 Cowan Blvd.
تلیفون: (540)372-1115
فکس: (540)372-6753

3د زده کرې لین
تلیفون: (540) 310-0029
فکس: (540)310-0671

د هوک مرسر لومړنی ښوونځی د لافایت لور ابتدایی ښوونځی واکر کرانت منځنی ښوونځی جیمز مونرو عالی لیسې
1د زده کرې لین
تلیفون: (540)372-1145
فکس: (540)361-4078

2300 واشنگتن ایوبین
تلیفون: (540)372-1100
فکس: (540)373-6584



د فریدریکسبرگ ښار عامه ښوونځي
210 فریدریند کوڅه
فریدریکسبرگ، VA 22401
fxbgschools.us

نیته _____

ته: □ د پخواني ښوونځي نوم	د ښوونځي تلیفون #
د مکتب پته	د ښوونځي فاکس #
ښار	ریاست
زې	

د ښوونځي د ریکاردونو د خپرولو لپاره د اجازي غوښتنه

لاندې زده کوونکي د فریدریکسبرگ ښار عامه ښوونځيو کې نوم لیکنه کړي.

□ د زده کوونکي نوم

□ د تېلېوېزه نیته

□

د والدينو لاسلیک

د دې کرښې لاندې مه لیکن

مهرباني وکړئ موږ ته د ټولو کټګوريو او کټګورۍ II (محرم) ریکاردونو په شمول لاندې معلومات راولیږئ. ستاسو د درجه بندي سیستم تفسیر هم شامل کړئ. که چېرې زده کوونکی د درجې دورې له پیل وروسته بیرته وګرځي، مهرباني وکړئ د دې دورې لپاره ترلاسه شوي درجې په ګوته کړئ.

□ د ریاست ازموینې پیژندونکی

□ مجموعي ریکارد

□ د روغتیا او واکسین کولو ریکاردونه

□ د ډسپلین فایلونه

□ د SOL ازموینې پایلې

□ مسلک / اکادمیک پلان (یوازې IMS او HS)

□ محرم معلومات (IEP) د وړتیا دقیقې، د ازموینې معلومات،

ټولنیز تاریخ)

□ د ESL ریکاردونه

□ د وتلو نیتې پورې درجې

□ د زیږون سند

فکس شوی: _____

□ 1st

□ 2nd غوښتنه

غوښتنه

ستاسې له مرستې څخه مننه،

د راجسټر لاسلیک

نیته

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې د والدينو اجازې ته نور اړتیا نشته کله چې د ښوونځي د مجاز کارمندانو لخوا ریکاردونو غوښتنه وشي. (د کورنۍ د تعلیمي حقونو او محرمیت قانون، د زده کړې د ریکاردونو وروستی قانون، فدرالي راجسټر، د جون 17، 1976، ټوک 41، شمیره 118، پاڼه 24673.)



د کورنۍ ژبې سروی

دا فورمه باید د ټولو زده کونکو لپاره ډکه شي چې د فریدریکسبرگ ښار عامه ښوونځیو کې نوم لیکنه کوي.

د زده کونکي نوم _____ د زیږون نېټه _____
لومړی _____ منځنی _____ وروستی _____

برخه A

زده کونکي؟

1. لومړنۍ ژبه کومه ده چې په کور کې کارول کیږي، پرته له دې چې د ژبو لخوا ویل کیږي _____

2. د زده کونکي لخوا ډیرې وخت کومه ژبه ویل کیږي؟ _____

3. کومه ژبه چې زده کونکي په لومړي ځل زده کړه؟ _____

4. په کومه نېټه چې ماشوم په لومړي ځل د متحده ایالاتو په ښوونځي کې شامل شو؟ _____

5. په کومه نېټه چې ماشوم په لومړي ځل د ویرجینیا په ښوونځي کې شامل شو؟ _____

6. په ویرجینیا کې ماشوم وروستی ښوونځی کوم دی؟ _____

7. آیا ماشوم کله هم د ESL خدمتونه ترلاسه کړي؟ هو نه که هو، چېرته؟

که چېرې زده کونکي د متحده ایالاتو څخه بهر زیږیدلی یا ژوند کړی وي، مهرباني وکړئ B برخه بشپړه کړئ.



برخه B

1. ماشوم په خپل پلرني هیواد کې څو کاله ښوونځي ته تللي؟ _____

2. د وروستي ټولګي کچه چې ماشوم یې په خپل هیواد کې بشپړ کړی: _____

3. ماشوم متحده ایالاتو ته د ننوتلو نېټه: _____

4. د وروستي ټولګي کچه چې ماشوم د متحده ایالاتو په ښوونځي کې بشپړ کړی: _____

5. آیا ستاسو کورنۍ په متحده ایالاتو کې ستاسو په اصلي هیواد کې د ځورونې څخه پناه غواړي؟ هو نه

دا کړنلاره د فدرالي اړتیاوې پوره کوي چې د ژبې لږکیو زده کونکو پیژندنه او ارزونه وکړي ترڅو د هغو زده کونکو لپاره چې د انګلیسي ژبې زده کونکي موندل کیږي مناسب لارښوونې مالتړ خدمتونه چمتو کړي. که مناسب وي، زده کونکي به د انګلیسي ژبې د مهارت لپاره وڅیړل شي. والدین یا ساتونکي به د انګلیسي ژبې د مهارت ارزونې پایلو څخه خبر شي.

د FCPS کلنی روغتیا تاریخ تازه کول

د زده کونکي نوم

د زېږون نېټه

درجه

گړخنده تليفون

مور/سرپرست

د کار تليفون

گړخنده تليفون

پلار/سرپرست

د کار تليفون

گړخنده تليفون

بیرني اړیکه

د کار تليفون

ډاکټر

تليفون

ایالت: _____ FCPS نه نوی، که هو، په وروستي ښوونځي کې گډون وکړ:

اوسني 54 پلان

ایا ستاسو ماشوم په منظم ډول کوم درمل اخلي؟ هو نه

د درملو نوم: موخه: د درملو نوم: موخه: موخه: _____

په کور کې اخلي په ښوونځي کې اخلي

په کور کې اخلي په ښوونځي کې اخلي

په کور کې اخلي په ښوونځي کې اخلي

د درملو نوم:

مهرباني وکړئ د ښوونځي نرس سره اړیکه ونیسئ که چیرې ستاسو ماشوم باید په ښوونځي کې کوم نسخه یا د مخدره توکو ضد درمل واخلي.

نه هو شرط	تبصرې
ADD/ADHD	
الرجی <input type="checkbox"/> په کور کې EpiPen <input type="checkbox"/> په ښوونځي کې EpiPen	د مچيو / حشراتو الرجی د لیکتوز عدم برداشت د خوړو حساسیت: _____ د درملو الرجی _____ نور _____
ASTHMA	<input type="checkbox"/> په ښوونځي کې په کلینیک کې په <input type="checkbox"/> په کور کې په کلینیک کې د پکتونونو/نطاع اېپيپن/کونکي سره نیبولیزر: *د اسما د پاملرنې اوسنی پلان باید په هر ښوونځي کې دوسه کې وي که چیرې په ښوونځي کې درملو ته اړتیا وي.
مټانه/ کولمو ستونزې	مهرباني وکړئ تشریح کړئ:
دایبېټس	تایپ 1 <input type="checkbox"/> تایپ 2 <input type="checkbox"/> *د شکرې ناروغۍ لرونکي زده کونکي باید هر کال په ښوونځي کې د دایبېټس د پاملرنې اوسنی پلان ولري.
	د زړه ستونزې ، مهرباني وکړئ تشریح کړئ:
فزیکي محدودیتونه	په ښوونځي کې ځانگړي تجهیزاتو ته اړتیا ده. مهرباني وکړئ لیست کړئ: <input type="checkbox"/>
قبضې	د ماشوم په توګه. اوس مهال په کور کې د قبضې درمل. په ښوونځي کې د بیړني ضبط درملو ته اړتیا لري. <input type="checkbox"/>
	د وینا ستونزې مهرباني وکړئ تشریح کړئ:
لید/اوریدل ستونزې	د اوریدلو مرسته <input type="checkbox"/> اړیکې <input type="checkbox"/> شیشې <input type="checkbox"/>
نور	

د فریدریکسبرگ ښار عامه ښوونځي

سکرینینګ د PD 16 ښوونځي روغتیا ټیم لخوا رامینځته شوی

د ټولو نویو زده کونکو لپاره د نري رنځ د خطر ارزونه -محرم

ټولګي/ښوونځي: _____ نوم: _____

نېټه: _____ مور او پلار: _____

د متحده ایالاتو د عامې روغتیا خدمتونه او د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکزونه (CDC) وړاندیز کوي چې د نري رنځ (TB) معاینه په ټولو اشخاصو کې ترسره شي چې ممکن د TB ډیر خطر سره مخ وي. مهرباني وکړئ لاندې فورمه ډکه کړئ.

1. آیا زده کوونکی د متحده ایالاتو څخه بهر په کوم هیواد کې زیږیدلی و؟
که هو، کوم هیواد؟ _____
هو _____ نه _____

2. آیا زده کوونکي په تیرو پنځو کلونو کې درې یا ډیرې میاشتي په یو بهرني هیواد کې تیرې کړي دي؟
که هو، کوم هیواد؟ _____
هو _____ نه _____

3. آیا زده کوونکی په تیر کال کې د فعال نري رنځ لرونکي کس سره مخ شوی یا ورسره اړیکه درلوده؟
که هو، څوک؟ _____
هو _____ نه _____

4. آیا زده کوونکی بې کوره/ بندیان و او یا په تیرو دوو کلونو کې یې په پناه ځای کې ژوند کاوه؟
هو _____ نه _____

5. آیا زده کوونکی له لاندې څخه کوم یو لري: دوامداره ټوخی، ټوخی وینه، د یوې اونۍ څخه زیات تبه،

ناڅرګنده وزن کمول یا د HIV انفيکشن؟

هو، مهرباني وکړئ تشریح کړئ: _____

6. آیا زده کوونکی اوس مهال د شفاهي سټرايډ درمل اخلي (د ساه اخیستونکو پرته)، د سرطان درملنې درمل یا کوم بل درمل؟
دا ممکن د هغه / هغې د معافیت سیستم ضعیف کړي؟
هو، مهرباني وکړئ تشریح کړئ: _____
هو _____ نه _____

7. آیا زده کوونکی کله هم د TB لپاره مثبتې ازمویښه درلوده یا د فعال TB ناروغۍ یا پټ TB انفيکشن درملنه شوې؟
که هو، مهرباني وکړئ توضیحات ورکړئ: _____
هو _____ نه _____

8. آیا زده کوونکی د لاندې طبي شرایطو څخه کوم یو لري؟
هو _____ نه _____
هو _____ نه _____
هو _____ نه _____

معافیت _____ هو _____ نه _____

د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي لپاره لارښوونې: مهرباني وکړئ لاندې بشپړ کړئ کله چې د خطر ارزونه یو یا ډیر مثبت (هو) ځوابونه ولري. بیرته د ښوونځي نرس ته.

د TB ټیسټ ډول: د TB پوستکي ازمویښه یا IGRA (د انټرفیرون ګاما خوشې کولو ارزونه) د نري رنځ د ازمویښې نېټه: _____

mm indurated (د TST لپاره) یا IGRA پایله: مثبت _____ د ازمویښې پایله: _____

CXR کوم بللې؟ نه هو _____

درملنه چمتو شوې؟ نه هو _____ که هو، څه شی؟ _____

د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي نوم (مهرباني وکړئ چاپ کړئ): _____

پته: _____

تلیفون: _____

لاسلیک: _____

آ. هغه زده کونکي چې د لومړي ځل لپاره ښوونځي ته ننوځي يا له متحده ايالاتو څخه بهر درې مياشتې وروسته بيرته راستنېږي بايد د ننوتلو دمخه د جواز لرونکي ډاکټر ، نرس متخصص ، د معالج معاون يا راجسټر شوي نرس څخه اسناد چمتو کړي:

A. د نري رنځ د خطر ارزونه چې د نري رنځ ناروغۍ لپاره د ټيټ خطر مستند کوي. د خطر ارزونې ټول ځوابونه بايد منفي وي. د BCG واکسين کول زده کونکي د لاندې پروتوکول څخه نه خارجوي. - يا -

B. د منفي (Mantoux) TB پوستکي معاینه يا د انټرفيرون گاما خوشې کولو ارزونه په تيرو 12 مياشتو کې يا د افشا کيدو وروسته. - يا -

C. د فعال نري رنځ ناروغۍ لپاره په برياليتوب سره د درملنې بشپړولو ليکل شوي اسناد.

II. زده کونکي بايد تر هغه وخته پورې له ښوونځي څخه بې برخې شي چې د TB د پاليسۍ اړتيا پوره نه شي. د خطر ارزونې او د نښه شوي سکرينينگ پروسې د يوې برخې په توگه، د خطر ارزونې وسيلې بشپړولو او ټاکلو لپاره چې څوک بايد د نري رنځ لپاره ازموینه ترلاسه کړي (يا د نري رنځ پوستکي ازموینه (TST) يا انټرفيرون د "لور پراخ هيواد" تعريف په اړه پوښتنې راپورته کيږي. د گاما خوشې کولو ارزونه (IGRA).

III. هغه هيوادونه چې د نري رنځ لپاره کم خطر لري (په هر 100,000 نفوس کې د 20 نري رنځ پېښو څخه کم تعريف شوی)

د اوسني استننا لیست - مارچ 2015 (د WHO 2014 نړیوال راپور څخه د قضیې نرخونه)				
د پټو TB انفیکشن لپاره ازموینه یوازې هغه وخت چې علایمي یا اضافي انفرادي خطر فکتور شتون ولري				
سویل ختیځ آسیا سیمه	لویدیځ ارام سمندر سیمه	اروپایي سیمه	افریقایي سیمه د امریکا ختیځه سیمه مدیترانې	مصر
هیڅ استثنایي هیوادونه	امریکایي ساموا آسټرالیا کوک ټاپوګان جاپان نیو کالیدونیا نیوزیلنډ نیوو ساموا توکیلو تونګا والس او فوټونا ټاپوګان	الیا اندورا آسټریا بیلجیم کرواټیا سیپروس چک جمهوریت ډینمارک فینلینډ پخوانی یوګوسلاو جمهوریت مقدونیه فرانسه جرمني یونان هنګري آیلینډ ایرلینډ ایتالیا لوګزامبورګ مالټا موناکو هالینډ ناروی سان مارینو صربیا سلواکیا هسپانیه سویډن سویزرلینډ یا سویس ترکیه انګلستان	بحرین اسرائیل اردن لبنان عمان سعودي عربستان د سوريې عرب جمهوریت متحده عربي امارات لويديځ بانک او د غزې ترانګه	انټیګوا او باربودا انټیلیز آروبا باهاما باربادوس بونیر، سینټ Eustatius او سبا کانادا کیمن ټاپوګان چیلی کوستاریکا کیوبا کوراګاو دومینیکا ګرنادا جمایکه مانټیسیرت پورټو ریکو سینټ کیتس او نیویس سانت لیوکا سینټ مارټین (الماني برخه) ترکان او کیکوس متحده ایالات ورجن ټاپوګان (US او BR)