Edmonds School District

**P-135AR**
**نموذج التحقق من إقامة الطالب**

## بيان التحقق من الإقامة

اسم الطالب:_____ المدرسة:_____ الصف:_____

العنوان:_____ المدينة:_____ الولاية::_____ الرمز البريدي:_ _____

مرحبًا بكم في منطقة ادموندز التعليمية. من أجل التحقق من الإقامة داخل المنطقة، **يجب تقديم** وثيقة حالية **واحدة** من القائمة التالية. يجب أن يكون المستند مؤرخًا خلال الستين يومًا الماضية مع إظهار اسم ولى الامر / الوصي والعنوان (أرقام صندوق البريد غير مقبولة كعنوان سكني).

- ☐ أوراق الضمان أو دفتر او بيان الرهن
- ☐ بيان تأمين السكن
- ☐ عقد إيجار / مع إيصال إيجار حالي
- ☐ فاتورة غاز أو كهرباء
- ☐ فاتورة الماء
- ☐ فاتورة قمامة
- ☐ فواتير كابل التلفزيون والانترنت
- ☐ فاتورة الهاتف لخط أرضي على العنوان المذكور
- ☐ وثائق أخرى معتمدة من المدرسة_____
- ☐ إذا كنت جزءًا من **برنامج سرية العنوان بولاية واشنطن Washington State Address Confidentiality Program**، فإن الوثائق الرسمية من برنامج سرية العنوان تفيد بأن مدرسة منطقة الحضور تفي بمتطلبات إثبات الإقامة في منطقة إدموندز التعليمية. يجب عليك تقديم خطاب مجدد إلى المدرسة كل عام.
- ☐ التحقق من السكن مع _____. **يجب إكمال P-110 Affidavit of Residency Form** ، متاح عند الطلب في المدرسة

**ذا لم تتمكن من تقديم أي من الوثائق المذكورة أعلاه، فيرجى الاتصال بالمدرسة لمناقشة ظروفك ومناقشة الخطوات التالية.**

يرجى ذكر أسماء الطلاب الإضافيين في هذا العنوان الذين يلتحقون في اي من مدارس منطقة إدموند التعليمية

الطالب:_____ المدرسة:_____ تاريخ الميلاد_____ الصف_____

الطالب:_____ المدرسة::_____ تاريخ الميلاد_____ الصف_____

الطالب:_____ المدرسة::_____ تاريخ الميلاد_____ الصف_____

أقر بأن الطالب (الطلاب) المذكورين أعلاه يقيمون في العنوان الموضح في إحدى المستندات المشار إليها أعلاه والمرفقة بحزمة التسجيل هذه. سأقوم بإخطار المدرسة في غضون أسبوعين من تغييرات الإقامة وأوافق على تقديم إثبات جديد للإقامة وبيان موقع عليه محدث في ذلك الوقت. إذا انتقلت إلى خارج حدود المنطقة التعليمية، فأنا أفهم أنه يجب تقديم تصريح الحضور بين المناطق من أجل طلب استمرار الحضور لهذا الطالب.

تزوير أي معلومات أو وثيقة مطلوبة للتحقق من الإقامة، أو استخدام عنوان شخص آخر بدون الإقامة هناك بالفعل، قد يؤدي إلى إلغاء تسجيل الطالب في منطقة ادموندز التعليمية (راجع السياسة رقم 3131).

اسم الوالد/ الوصي المطبوع:_____

توقيع ولى الامر/الوصي:_____ التاريخ:_ _____

### For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ ate: _____

Continue to attend current school through Grade 6____ Grade 8____ Grade 12____
(Students will not be approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

**School:** Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)

*Original place in cumulative folder with new proof of residency attached. Rev 11/22*

P-160AR
استبيان السكن الطلابي

Edmonds School District

**أكمل هذا النموذج فقط إذا كان وضع السكن الخاص بك انتقاليا أو غير مستقر. إذا كنت تمتلك منزلك أو تستأجره أو تستأجره ، فيرجى عدم إكمال هذا النموذج**

يمكن أن تساعد الإجابات على الأسئلة التالية في تحديد الخدمات التي قد يكون هذا الطالب مؤهلا للحصول عليها بموجب قانون USC 11435 McKinney-Vento 42.
الخدمات والدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. (يرجى الاطلاع على الجانب McKinney-Vento يوفر قانون العكسي لمزيد من المعلومات

إذا كان الطالب يعيش في منزل يملكه أو يستأجره الوالد أو الوصي ، فلن تحتاج إلى إكمال هذا النموذج ما لم تكن هناك مرافق غير كافية (لا يوجد ماء أو ) تدفئة أو كهرباء ، إلخ
إذا كنت لا تملك / تستأجر منزلك ، فيرجى التحقق من كل ما ينطبق أدناه

- ❍ في موتيل / فندق
- ❍ في shelter(قصيرة الأجل / طويلة الأجل)
- ❍ الانتقال من مكان إلى آخر/تصفح الأريكة
- ❍ في منزل أو شقة شخص آخر مع شخص/ عائلة أخرى
- ❍ في مسكن به مرافق غير كافية (لا ماء ، تدفئة ، كهرباء ، إلخ )
- ❍ سيارة أو حديقة أو موقع تخييم أو موقع مشابه
- ❍ الإسكان الانتقالي
- ❍ أخرى _____

| اسم الطالب (الأخير، الأول) | مدرسة | درجة | تاريخ الميلاد | عمر |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

طالب (طلاب) إضافيون _____

- ❍ الطالب غير مصحوب بذويه(لا يعيش مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني)
- ❍ يعيش الطالب مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني
- ❍ الطالب في الحضانة

عنوان الإقامة الحالية : _____

هل يحتاج الطالب إلى مواصلات من وإلى المدرسة : ❍ نعم ❍ لا

رقم الهاتف أو رقم الاتصال: اسم جهة الاتصال : _____

اطبع اسم الوالد (الوالدين) / الوصي القانوني (الأوصياء): _____
(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

* توقيع الوالد / الوصي القانوني: _____ التاريخ : _____
(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

❍ الطالب (الطلاب) المذكورة أعلاه لديهم أشقاء/ أطفال أصغر سنا (لم يبلغوا سن المدرسة بعد) يحتاجون إلى فحص تنموي أو دعم مجتمعي أو إحالات إلى خدمات الطفولة المبكرة

**يرجى إعادة النموذج المكتمل إلى مدرستك. ستقدم المدرسة هذا النموذج إلى منسق المشردين في المنطقة**

---

**For District Homeless Liaison Only:** For data collection purposes and student information system coding

❍ (N) Not Homeless ❍ (A) Shelters ❍ (B) Doubled-Up
❍ (C) Unsheltered ❍ (D) Hotels/Motels ❍ (E) Unaccompanied Youth

**قانون ماكيني فينتو 42 U.S.C. 11435**
**المادة 725. التعاريف.**

لأغراض هذا العنوان الفرعي :

(1) تشمل شروط التسجيل والتسجيل حضور الفصول الدراسية والمشاركة الكاملة في الأنشطة المدرسية .
(2) مصطلح الأطفال والشباب المشردين -

(A) يعني الأفراد الذين يفتقرون إلى إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة وكافية ( بالمعنى المقصود في القسم 103 (أ) (1) ) ؛ و

(B) يشمل —

(i) الأطفال والشباب الذين يتقاسمون سكن أشخاص آخرين بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لسبب مماثل ؛ يعيشون في موتيلات أو فنادق أو حدائق مقطورات أو مناطق تخييم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة مناسبة ؛ يعيشون في ملاجئ الطوارئ أو الملاجئ الانتقالية؛ يتم التخلي عنهم في المستشفيات؛

(ii) الأطفال والشباب الذين لديهم مسكن ليلي أساسي وهو مكان عام أو خاص غير مصمم أو يستخدم عادة كمكان نوم منتظم للبشر ( بالمعنى المقصود في القسم 103 (أ) (2)(ج)) ؛ و

(iii) الأطفال والشباب الذين يعيشون في السيارات أو الحدائق أو الأماكن العامة أو المباني المهجورة أو المساكن دون المستوى أو محطات الحافلات أو القطارات أو الأماكن المماثلة ؛ و

(iv) الأطفال المهاجرون (كما هو محدد في القسم 1309 من قانون التعليم الابتدائي والثانوي لعام 1965) الذين يعتبرون بلا مأوى لأغراض هذا العنوان الفرعي لأن الأطفال يعيشون في ظروف موصوفة في البنود من (ط) إلى (ثالثا) .

(6) يشمل مصطلح «يوأوث» غير المصحوب بذويه الشاب الذي ليس في الوصاية الفعلية لأحد الوالدين أو الوصي .

**مصادر إضافية**

يمكن العثور على معلومات وموارد الوالدين على ما يلي:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php
http://www.schoolhouseconnection.org/
https://www.k12.wa.us/student-success/access-opportunity-education/students-experiencing-homelessness/
mckinney-vento-act

Edmonds School District

# خدمات الطالب

SCHOOL DISTRICT
Each student learning, every day!

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036
425-431-7000 Phone 425-431-7339 Fax
www.edmonds.wednet.edu

Serving the communities and students of Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

الغرض من إرسال هذه الرسالة هو جمع معلومات حول الطلاب الذين لديهم احتياجات صحية. يرجى ملء النموذج، " Student Health Registration - HS 534" ، سواء كان لدى طفلك احتياجات طبية قد تتطلب رعاية يومية أو طارئة أم لا للحفاظ على صحته وأمانه. بصفتكم أولياء امور / أوصياء، من المهم أن تكونوا على دراية بما هو مطلوب بموجب القانون قبل أن يتمكن الطالب من بدء الدراسة.

**الحالات الصحية المزمنة**

- إذا كان طفلك يعاني من حالة تهدد حياته من شأنها أن تعرض الطالب لخطر الموت أثناء اليوم الدراسي إذا لم يكن هناك دواء أو علاج؛ الرجاء إبلاغ ممرضة المدرسة.
- يُطلب من الطلاب الذين يعانون من ظروف خطرة الحصول على دواء وأمر علاج من مقدم رعاية صحية مرخص وخطة رعاية مدرسية قبل بدء الدراسة.
- قدم التغييرات اللازمة التي تحدث خلال العام الدراسي، سواء بأرقام الاتصال أو الحالة الصحية لطفلك (per RCW 28.A.210.320) .

**ادارة الدواء**

- يجب إرسال الدواء في الحاوية الأصلية إذا كان دواء بدون وصفة طبية.
- إذا كان الدواء موصوفًا، فيجب أن تكون العبوة موصوفة جيدًا وأن تكون في الحاوية الأصلية.
- يرجى التحقق من تواريخ انتهاء الصلاحية. لا يسمح لموظفي المدرسة بإعطاء الأدوية منتهية الصلاحية.
- مطلوب استمارة الموافقة على الدواء لأي دواء يتم تقديمه في المدرسة. **مطلوب تواقيع من أحد الوالدين / الوصي ومقدم الرعاية الصحية للطالب للحصول على أي دواء يتم تقديمه في المدرسة. وهذا يشمل الوصفات الطبية والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.**
- تقبل الموافقات المرسلة بالفاكس من الوالدين و / أو الأطباء.

يمكن الاطلاع على سياسة دواء ادموندز على موقع منطقة ادموندز التعليمية على الويب تحت School Board Policies and Procedures.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة.

مع خالص التقدير،
فريق الخدمات الصحية

# التسجيل الصحي للطلاب

Edmonds School District

المدرسة:_____ التاريخ المتوقع للبدء:_____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| الصف | الجنس المفضل | الجنس | تاريخ الميلاد | اسم الطالب |
| عنوان البريد الإلكتروني | | | الهاتف | اسم ولي الامر/الوصي |
| اسم طبيب الاسنان<br>الهاتف | | | اسم مقدم الرعاية الصحية<br>الهاتف | |
| معلومات التأمين الطبي | | | | |

**تنبيه:** يجب أن تعرف المدرسة بالحالات التي **تهدد الحياة** (مثل الحساسية الشديدة أو الربو أو السكري أو النوبات أو غيرها من الحالات المعرضة للخطر). يتطلب ذلك وجود خطة رعاية طارئة تهدد الحياة وأي أدوية وإمدادات وطلبات مقدمة ضرورية قبل أن يتمكن طفلك من الذهاب إلى المدرسة (وفقًا لـ **RCW 28A.210.320**)

## التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة 2

**التأمين الصحي نعم □ لا □**

**الجهاز العصبي**
- NB □ ADHD/ADD تشخيص
- NC □ اضطراب طيف التوحد
- NE □ الشلل الدماغي
- NF □ الإعاقة التنموية
- NH □ الصداع النصفي
- NI □ صداع، متكرر
- NP □ اضطراب الصرع □ الحالي □ التاريخي
- NU □ اصابات الدماغ الرضحية

**زرع أعضاء**
- OD □ اذكر العضو:

**الصحة العقلية أو السلوكية**
- □ PC القلق
- □ PA الاكتئاب
- PH □ اضطرابات النوم

**الجهاز التنفسي / التنفس**
- RG □ الربو – الحالي
- RH □ الربو – تم تشخيصه من قبل
- RA □ الربو – ممارسة الرياضة
- RE □ مرض مجرى الهواء التفاعلي

**البشرة**
- SB □ الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما

**الكلوي/الكلى**

يرجى ذكر:_____:

**الاذن/السمع**
- YA □ التهاب الاذن المزمن □ حالي □ تاريخي
- YB □ ضعاف السمع – السماعة (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية

**العين/الروية**
- YF □ يرتدى نظارات/عدسات
- YE □ عجز رؤية الالوان
- YD □ ضعاف البصر

**حالات أخرى**_____

_____

لا يوجد حالة معروفة □

**الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية مطلوبة**

- **EG** □ **Anaphylaxis (Epi-pen** موصوف
- **EK** □ مرض السكر من النوع 1
- **NP** □ نوبات **(مطلوب دواء طارئ)**
- **RG** □ **ربو - شديد**

**خلقي/وراثي**
- AH □ **متلازمة داون**
- AJ □ **اضطراب طيف الكحول الجنيني**

**الدم/امراض الدم**
- BA □ فقر الدم
- BB □ الهيموفيليا
- BC □ سمة مرض فقر الدم المنجلي
- OJ □ تاريخ نزيف الانف الحاد

**ذو علاقة بالقلب/القلب**
- CC □ عيب القلب عند الولادة
- CD □ نفخة قلبية

**الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأيض والتغذية**
- ED □ الحساسية-الغذاء
- EE □ الحساسية- الحشرات
- الحساسية آخري
- EL □ مرض السكر من نوع 2

**الجهاز الهضمي والأسنان والفم**
- GA □ سيليك
- GG □ قائمة عدم تحمل: الطعام
- GL □ عدم تحمل اللاكتوز
- GF □ البداغة
- GO □ امساك مزمن
- GH □ ارتجاع المريء
- GJ □ مرض التهاب الأمعاء
- GK □ متلازمة القولون العصبي
- □ حالة الاسنان/الفم

**الجهاز العضلي الهيكلي**
- MC □ الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب

**الأدوية / العلاجات في المدرسة** □ لا □ نعم (يتطلب إذنًا كتابيًا موقعا من مقدم الرعاية الصحية)

□ أكمل الأوراق المطلوبة للدواء في المدرسة

الأدوية في المنزل □ لا □ نعم ، يرجى ذكر القائمة:

## الحساسية

ما الذي يسبب الحساسية؟_____

تاريخ أحدث رد فعل تحسسي_____

رد فعل الحساسية:
□طفح جلدي □.انتفاخ الشفتين ، الفم ، اللسان ، الحلق. □ صعوبة في التنفس □ غثيان ، تقلصات في المعدة ، قيء ، اسهال.
هل تطلب رد الفعل التحسسي هذا رعاية طارئة؟ □ لا □ نعم (يرجى التوضيح)

هل أكمل الطالب اختبار الحساسية؟ □ لا □ نعم (أين ومتى؟)_____

| الاسم | الجرعة | التكرار |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## الربو

ما الذي يسبب أعراض الربو؟ □ التهاب الجهاز التنفسي □ حبوب اللقاح / العفن □ تمرين □ الطقس / درجة الحرارة □ الحيوانات □ الدخان

□ نوعية الهواء رديئة □ روائح / عطور قوية

تاريخ التشخيص:_____مقدم الرعاية الصحية الذى قام بتشخيص الطالب:_____

**ادوية الربو:**

| الاسم | الجرعة | التكرار |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

هل يستخدم طفلك فاصلًا / حجرة هوائية مع جهاز الاستنشاق؟ □ لا □ نعم
هل احتاج طفلك إلى المنشطات عن طريق الفم (مثل بريدنيزون)؟ □ لا □ نعم (متى؟) _____
□هل ذهب الطالب إلى المستشفى بسبب الربو؟ □ لا □ نعم (يرجى التوضيح) _____

## داء السكري

تاريخ التشخيص:_____الدواء □ عن طريق الفم _____□ انسولين (النوع)_

_____□ جهاز الانسولين □ قلم الانسولين □ مضخة الانسولين (النوع)__ □ CGM (النوع)_____

نعم □ لا □ هل يمكن لطفلك فحص مستوى السكر في الدم (BG) بشكل مستقل؟
نعم □ لا □ هل يمكن لطفلك حساب الكربوهيدرات بشكل مستقل؟
نعم □ لا □ هل يستطيع طفلك حساب جرعات الأنسولين الخاصة به بشكل مستقل؟
نعم □ لا □ هل يستطيع طفلك إدارة الأنسولين بنفسه بشكل مستقل؟

## الصرع

تاريخ النوبة الأولى:_____:تاريخ احدث نوبة:_

_____ معدل تكرار نشاط النوبة: □ مرة □ يوميًا □ أسبوعيا □ شهريا □

سنويا

نوع نوبات الصرع:_____

**ادوية الصرع:**

| الاسم | الجرعة | التكرار |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

هل يعاني طفلك من نوبة تتطلب رعاية / دواء في حالات الطوارئ؟ □ لا □ نعم متى؟ _____

يرجى توضيح:

| النشاط البدني / التنقل | ستوما | أجهزة طبية |
|---|---|---|
| □ كرسي متحرك<br>□ عكازات<br>□ أخرى - ادرج: | فغر المعدة □ OKA فغر القولون □ OKB فغر الرغامي □ OKD<br>فغر البول □ OKE آخر □ OK | محفز العصب المبهم □ OLA<br>مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي □ OLB OLC<br>منظم ضربات القلب □<br>أنبوب المعدة □ OLD<br>انبوب Jejunostomy □ OLE<br>دعامة □<br>عضو صناعي – ادرج: □<br>الأجهزة الطبية الأخرى: □ |

توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____

إلى: أولياء أمور طلاب منطقة مدارس إدموندز من: قسم الخدمات الصحية للطلاب

متطلبات الالتحاق بالمدرسة وفقا لقانون ولاية واشنطن (RCW 28A.210.080)

- شهادة كاملة من حالة التحصين. يمكن أن يكون هذا واحدا مما يلي:
  - رابطة الدول المستقلة المطبوعة من نظام MyIR التابع لوزارة الصحة بواشنطن أو رابطة الدول المستقلة من ولاية أخرى
  - نسخة ورقية من نموذج رابطة الدول المستقلة مع توقيع مقدم الرعاية الصحية
  - نسخة ورقية من CIS مع سجلات التحصين الطبي المصاحبة من مقدم الرعاية الصحية تم التحقق منها وتوقيعها من قبل موظفي المدرسة

**أو**

- إخطار المدرسة ببدء سلسلة التحصين

سيتم إكمال ذلك وفقا للجدول الزمني الموصى به من قبل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تتوفر التطعيمات من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو يمكنك الحصول على لقاحات من مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنوهوميش. WWW.chcsno.org لن يتم منح الحالة المشروطة للطلاب إلا إذا بدأوا سلسلة التحصين المطلوب الذي من المقرر أن يتلقوه. كشرط للالتحاق بالمدرسة ، يجب أن تكون جميع سلاسل التحصين كاملة أو بدأت. يجب تقديم سجل تم التحقق منه طبيا لهذه الحالة إلى المدرسة في أو قبل اليوم الأول من الحضور.

**أو**

- أكمل شهادة الإعفاء (C.O.E.) بالإضافة إلى شهادة التحصين

يحتاج مقدم الرعاية الصحية المرخص إلى التوقيع على شهادة الإعفاء لأحد الوالدين أو الوصي لإعفاء طفله من متطلبات التحصين المدرسي. يتحقق التوقيع من أن مقدم الخدمة قد تحدث إلى الوالد أو الوصي حولفوائد ومخاطر التحصين. يمكن لأحد الوالدين أو الوصي أيضا تسليم خطاب موقع من مقدم الرعاية الصحية يوضح نفس المعلومات. إذا كان هناك تفشي في المدرسة لأي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات يتم إعفاء الطالب منه ،استبعاد طالبنا من المدرسة طوال مدة تفشي المرض.

---

تعد طباعة شهادة التحصين من MyIR هي الخيار الأفضل للحصول على سجلات تحصين الطلاب.

Cإعادة حساب MyIR (وزارة الصحة بولاية واشنطن).

تحميل وطباعة شهادة التحصين

تحديث متطلبات التحصين الصادرة عن وزارة الصحة (DOH) في يونيو 2021:

يجب على جميع الطلاب المسجلين في مدرسة عامة اتباع قواعد التطعيم ، حتى إذا كانوا يشاركون في مدرسة بديلة أو برنامج منطقة. وتشمل هذه البرمجة المنزلية ، والبرمجة المهنية أو التقنية ، وبدء التشغيل ، وأي برنامج مدرسي افتراضي. سيحتاج جميع الطلاب إلى الحصول على شهادة حالة التحصين (CIS) و / أو شهادة الإعفاء (COE) المكتملة في ملف في المدرسة للمشاركة في التعليمات والأنشطة المدرسية .

# أولياء الأمور - هل أطفالكم مستعدون لدخول المدرسة؟

## التطعيمات اللازمة للعام الدراسي 2023-2024

**تعليمات:** لمعرفة اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة، ابحث عن الصف الدراسي لطفلك في العمود الأول في الجدول، ثم انظر إلى الصف المقترن به الذي يمر بالعرض للتعرُّف على كمية اللقاحات المطلوبة لطفلك لدخول المدرسة.

| | الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي | التهاب الكبد من النوع B | النزلة النزفية من النوع B | الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية | المكورات الرئوية المقترنة | شلل الأطفال | الحماق (جدري الماء) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DTaP/Tdap | Hepatitis B | Hib | MMR | PCV | Polio | Varicella |
| **مرحلة ما قبل المدرسة** بعمر 19 شهرًا إلى أقل من 4 سنوات بحلول تاريخ 01/09/2023 | 4 جرعات من DTaP | 3 جرعات | 3 أو 4 جرعات * (حسب نوع اللقاح) | جرعة واحدة | 4 جرعات* | 3 جرعات | جرعة واحدة ** |
| **مرحلة ما قبل المدرسة/ روضة أطفال انتقالية** بعمر أكبر من 4 سنوات بحلول تاريخ 01/09/2023 | 5 جرعات من DTaP* | 3 جرعات | 3 أو 4 جرعات * (حسب نوع اللقاح) (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر) | جرعتان | 4 جرعات* (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر) | 4 جرعات * | جرعتان ** |
| **من مرحلة رياض الأطفال حتى الصف السادس** | 5 جرعات من DTaP* | 3 جرعات | غير مطلوب | جرعتان | غير مطلوب | 4 جرعات * | جرعتان ** |
| **من الصف السابع إلى الصف العاشر** | 5 جرعات من DTaP* بالإضافة إلى Tdap عند عمر 10 سنوات أو أكثر | 3 جرعات | غير مطلوب | جرعتان | غير مطلوب | 4 جرعات * | جرعتان ** |
| **من الصف الحادي عشر إلى الصف الثاني عشر** | 5 جرعات من DTaP* بالإضافة إلى Tdap عند عمر 7 سنوات أو أكثر | 3 جرعات | غير مطلوب | جرعتان | غير مطلوب | 4 جرعات * | جرعتان ** |

*قد تكون جرعات اللقاح مقبولة عند إعطاء عدد أقل من الجرعات المدرجة في الجدول اعتمادًا على التاريخ الذي تم إعطاؤها فيه. **يكون تحقق مُقدِّم خدمات الرعاية الصحية من تاريخ مرض الجدري المائي مقبولاً أيضًا. يجب أن يحصل الطلاب على جرعات اللقاح في الأطر الزمنية الصحيحة وفقًا لمتطلبات المدرسة. يُرجى استشارة مُقدِّم خدمات الرعاية الصحية أو موظفي المدرسة إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكن العثور على معلومات حول اللقاحات المهمة الأخرى غير المطلوبة في المدارس على الموقع الإلكتروني: www.immunize.org/cdc/schedules.

لطلب الحصول على هذه الوثيقة بتنسيق آخر، اتصِل على الرقم 1-800-525-0127.
فيما يخص العملاء المصابين بالصمم أو صعوبة في السمع، يُرجى الاتصال بالرقم 711 (Washington Relay) أو إرسال بريد إلكتروني إلى civil.rights@doh.wa.gov

Reviewed by: Date:

Signed COE on File? □ Yes □ No

# شهادة حالة التحصين (CIS)

Washington State Department of Health

يُرجى طباعة هذا النموذج. انظر الجزء الخلفي للحصول على تعليمات بشأن كيفية تعبئة هذا النموذج أو طباعته من نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن.

| الاسم الأخير للطفل: | الاسم الأول: | الحرف الأول من الاسم الأوسط: | تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): |
|---|---|---|---|
| | | | |

أعطي الإذن للمدرسة/منشأة رعاية الطفل التي يدرس فيها طفلي لإضافة معلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بطفلي.

X

توقيع ولي الأمر/الوصيّ — التاريخ

الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل حسب الوضع المشروط الممنوح له. ولكي يستمر طفلي في الحضور في المدرسة، فإنه يجب عليَّ تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المُحدَّدة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.

X

توقيع ولي الأمر/الوصي مطلوب في حالة بدء الدراسة حسب الوضع المشروط — التاريخ

| ▲مطلوب لدخول المدرسة ● مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/مرحلة ما قبل المدرسة | شهر/يوم/سنة | شهر/يوم/سنة | شهر/يوم/سنة | شهر/يوم/سنة | شهر/يوم/سنة | شهر/يوم/سنة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل** | | | | | | |
| ●▲ DTaP (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي) | | | | | | |
| ▲ Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي) (الصف السابع فما فوق) | | | | | | |
| ●▲ DT أو Td (التيتانوس والدفتيريا) | | | | | | |
| ●▲ التهاب الكبد B | | | | | | |
| ● Hib (النزلة النزفية من النوع b) | | | | | | |
| ●▲ IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV) | | | | | | |
| ●▲ OPV (شلل الأطفال) | | | | | | |
| ●▲ MMR (الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية) | | | | | | |
| ● PCV/PPSV (المكورات الرئوية) | | | | | | |
| ●▲ الحماق (جدري الماء)<br>□ تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS) | | | | | | |
| **اللقاحات الموصى بها (غير مطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل)** | | | | | | |
| كوفيد-19 | | | | | | |
| الإنفلونزا (النزلة الوافدة) | | | | | | |
| التهاب الكبد من النوع A | | | | | | |
| HPV (فيروس الورم الحليمي البشري) | | | | | | |
| MCV/MPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A وC وW وY) | | | | | | |
| MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B) | | | | | | |
| فيروس الروتا | | | | | | |

**Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.**

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:
□ A verified history of varicella (chickenpox) disease.
□ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

| | | |
|---|---|---|
| □ Diphtheria | □ Hepatitis A | □ Hepatitis B |
| □ Hib | □ Measles | □ Mumps |
| □ Rubella | □ Tetanus | □ Varicella |

□Polio (all 3 serotypes must show immunity)

►

Licensed Health Care Provider Signature Date

►

Printed Name

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____

If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

## التعليمات الخاصة بإكمال Certificate of Immunization Status (CIS): قم بطباعة نموذج Immunization Information System (IIS) أو تعبئته يدويًا.

**للطباعة مع تعبئة معلومات التحصين:**
اسأل عما إذا كان مكتب مُقدِّم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يقوم بإدخال التحصينات إلى Immunization Information System (نظام معلومات التحصين) في ولاية واشنطن (السجل الرسمي على مستوى ولاية واشنطن) أم لا. إذا كان يفعل ذلك، فاطلب منه أن يطبع Certificate of Immunization Status (CIS)، شهادة حالة التحصين) من IIS وستتم تعبئة معلومات التحصين الخاصة بطفلك تلقائيًا. يمكنك أيضًا طباعة CIS في المنزل من خلال الاشتراك في MyIR على الموقع الإلكتروني https://wa.myir.net وتسجيل الدخول إليه. إذا كان مُقدِّم الخدمة لا يستخدم IIS، فقم بأرسال بريد إلكتروني إلى Department of Health (وزارة الصحة) أو اتصِل بها للحصول على نسخة من CIS الخاصة بطفلك: waiisrecords@doh.wa.gov أو 1-866-397-0337.

**لتعبئة النموذج يوميًا:**

1 اكتب اسم طفلك وتاريخ ميلاده بخطٍ واضح، وقم بالتوقيع باسمك في المكان المُشار إليه في الصفحة الأولى.
2. اكتب التاريخ الخاص بكل جرعة لقاح تم الحصول عليها في أعمدة التاريخ (بالتنسيق شهر/يوم/سنة). في حالة حصول طفلك على لقاح مركب (حقنة واحدة تحمي من عدة أمراض)، استخدم الأدلة المرجعية أدناه لتسجيل كل لقاح بشكلٍ صحيح. على سبيل المثال، قم بتسجيل Pediarix (اللقاح الخماسي) ضمن الديفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي باعتبارها DTaP، والتهاب الكبد من النوع B باعتباره Hep B، وشلل الأطفال باعتباره IPV.
3 إذا كان طفلك قد أصيب بمرض جدري الماء (الحُماق) ولم يحصل على اللقاح، فإن مُقدِّم خدمة الرعاية الصحية يجب أن يتحقق من الإصابة بمرض جدري الماء لاستيفاء متطلبات المدرسة.
   - ☐ إذا تمكن مُقدِّم خدمة الرعاية الصحية المعني بك من التحقق من إصابة طفلك بجدري الماء، فاطلب من مُقدِّم الخدمة تحديد المربع في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض" والتوقيع على النموذج.
   - ☐ إذا دخل أحد الموظفين التابعين للمدرسة إلى IIS وشاهد التحقق بأن طفلك قد أصيب بجدري الماء، فإنه سيقوم بتحديد المربع ضمن الحُماق في قسم اللقاحات.
4. إذا تمكن طفلك من إظهار مناعة إيجابية من خلال اختبار الدم (العيار)، فاجعل مُقدِّم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يُحدِّد المربعات الخاصة بالمرض المناسب في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض"، والتوقيع على النموذج وتأريخه. يجب أن تُقدِّم تقارير المختبر مع CIS هذه.
5. تقديم إثبات من السجلات الطبية التي تم التحقق منها، يتّبع التوجيهات الواردة أدناه.

**السجلات الطبية المقبولة**
يجب أن يتم التحقق طبيًا من جميع سجلات التطعيم. تتضمن الأمثلة ما يلي:

- نموذج Certificate of Immunization Status (CIS) مطبوع يضم تواريخ اللقاحات من Immunization Information System (IIS) الخاص بولاية واشنطن، أو MyIR، أو IIS الخاص بولاية أخرى.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS تضم توقيع التحقق الخاص بمُقدِّم خدمة الرعاية الصحية.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS مرفق بها سجلات التطعيم مطبوعة من السجل الصحي الإلكتروني لدى أحد مُقدِّمي خدمة الرعاية الصحية مع توقيع مُقدِّم خدمة الرعاية الصحية أو الختم الخاص به عليها. يجب على المسؤول الإداري، أو الممرضة، أو الفرد المُكلَّف لدى المدرسة التحقق من أن التواريخ الموجودة على CIS قد تم تدوينها بشكلٍ صحيح وأن يُوقَّع على النموذج.

**الوضع المشروط**
يمكن أن يدخل الأطفال إلى المدرسة أو دور رعاية الأطفال ويظلون فيها في الوضع المشروط، إذا كانوا يحاولون الانتهاء من اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل. (يتم توزيع جرعات سلسلة اللقاحات بين حدٍّ أدنى للفترات الزمنية؛ لذا فإن بعض الأطفال ربما يحتاجون إلى الانتظار فترة زمنية قبل الانتهاء من اللقاحات الخاصة بهم. وهذا يعني أنه يمكنهم الدخول إلى المدرسة أثناء انتظار الحصول على جرعة اللقاح المطلوبة التالية). للدخول إلى المدرسة أو دور رعاية الطفل في الوضع المشروط، يجب على الطفل الحصول على جميع جرعات اللقاح التي يكون مؤهلاً للحصول عليها قبل بدء الدراسة أو الذهاب إلى دار رعاية الأطفال.

يجوز أن يبقى الطلاب في الوضع المشروط في المدرسة أثناء انتظارهم للحد الأدنى للتاريخ الصالح الخاص بجرعة اللقاح التالية بالإضافة إلى فترة تبلغ 30 يومًا أخرى لتقديم وثيقة تثبت الحصول على اللقاح. إذا كان الطالب يحاول الانتهاء من عدة لقاحات، فإن الوضع المشروط يستمر بطريقة مشابهة حتى يتم الانتهاء من جميع اللقاحات المطلوبة.

وفي حالة انتهاء الفترة المشروطة التي تبلغ 30 يومًا ولم يتم تقديم الوثيقة إلى المدرسة أو دار رعاية الأطفال، فإنه يجب أن يتم استبعاد الطالب من الحضور بعد ذلك، بموجب Revised Code of Washington (RCW)، قانون واشنطن المُنقَّح) 28A.210.120. تتضمن الوثائق الصالحة دليلاً على المناعة من المرض المُشار إليه، أو سجلات طبية تثبت الحصول على اللقاح، أو نموذج certificate of exemption (COE)، شهادة إعفاء) مكتمل.

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order** For updated list, visit https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html

| Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ActHIB | Hib | Fluarix | Flu | Havrix | Hep A | Menveo | Meningococcal | Rotarix | Rotavirus (RV1) |
| Adacel | Tdap | Flucelvax | Flu | Hiberix | Hib | Pediarix | DTaP + Hep B + IPV | RotaTeq | Rotavirus (PV5) |
| Afluria | Flu | FluLaval | Flu | HibTITER | Hib | PedvaxHIB | Hib | Tenivac | Td |
| Bexsero | MenB | FluMist | Flu | Ipol | IPV | Pentacel | DTaP + Hib +IPV | Trumenba | MenB |
| Boostrix | Tdap | Fluvirin | Flu | Infanrix | DTaP | Pneumovax | PPSV | Twinrix | Hep A + Hep B |
| Cervarix | 2vHPV | Fluzone | Flu | Kinrix | DTaP + IPV | Prevnar | PCV | Vaqta | Hep A |
| Daptacel | DTaP | Gardasil | 4vHPV | Menactra | MCV or MCV4 | ProQuad | MMR + Varicella | Varivax | Varicella |
| Engerix-B | Hep B | Gardasil 9 | 9vHPV | Menomune | MPSV4 | Recombivax HB | Hep B | | |



إذا كنت تعاني من إعاقة وترغب في الحصول على هذه الوثيقة بتنسيق آخر، فيُرجى الاتصال بالرقم 1-800-525-0127 (TDD/TTY) اتصِل على الرقم 711).