



مرحبًا بكم في منطقة ادموندز التعليمية. نحن نقبل الآن حزم تسجيل الطلاب الجدد للعام الدراسي 2023-24. يرجى إكمال حزمة التسجيل هذه وإعادتها إلى مدرسة طفلك مع أي أوراق إضافية مطلوبة. إذا قمت بتسجيل طفلك عبر الإنترنت في Skyward، فالرجاء عدم إكمال هذه الحزمة. نتطلع إلى العمل معك ومع طفلك.

الخطوة 1: أكمل النماذج المطلوبة التالية
Student Enrollment Form P-134 ☐

Student Residency Verification Form P-135 ☐ وارفق إثبات الإقامة

إذا كنت غير قادر على تقديم إثبات الإقامة، أكمل إحدى هذه المستندات وأرفقها بهذا النموذج.
Student Housing Questionnaire P-160 (أهلية قانون McKinney -Vento) ☐
Affidavit of Residency P-110 (اتصل بمدرستك) ☐

Student Health Enrollment Form HS-534 ☐

HS-518 ☐ يتم تنزيل سجلات التحصين من MyIR
يرجى قراءة تعليمات خطاب الغلاف الخاص بنموذج 581HS. ☐

يتم تشجيع العائلات المؤهلة على التقدم لبرنامج الوجبات المجانية والمخفضة. عملية التقديم بسيطة وسرية. التطبيقات متاحة على الرابط أدناه، Skyward Family Access أو في أي مدرسة.

Free and Reduced Lunch Application (إن وجد) - يمكن العثور على المعلومات على ☐

تعيينات مستوى الصف			
المرحلة الابتدائية		المرحلة الثانوية	
8/31/2018 إلى 9/1/2017	روضة الاطفال	8/31/2011 إلى 9/1/2010	الصف السابع
8/31/2017 إلى 9/1/2016	الصف الاولي	8/31/2010 إلى 9/1/2009	الصف الثامن
8/31/2016 إلى 9/1/2015	الصف الثاني	8/31/2019 إلى 9/1/2008	الصف التاسع
8/31/2015 إلى 9/1/2014	الصف الثالث	8/31/2018 إلى 9/1/2007	الصف العاشر
8/31/2014 إلى 9/1/2013	الصف الرابع	8/31/2017 إلى 9/1/2006	الصف الحادي عشر
8/31/2013 إلى 9/1/2012	الصف الخامس	8/31/2016 إلى 9/1/2005	الصف الثاني عشر
8/31/2012 إلى 9/1/2011	الصف السادس		

الخطوة 2: أعد هذه الحزمة المكتملة مع جميع الوثائق الإضافية المطلوبة إلى مدرسة طفلك

سيحصل بك مسؤول المدرسة لإنهاء طلبك، وإذا لزم الأمر، يطلب أي وثائق إضافية منك. سيعطيك مسؤول المدرسة تاريخ البدء عند اكتمال الحزمة. قد تؤدي الأوراق غير المكتملة إلى تأخير تاريخ بدء الطالب.
لحضور الطلاب الى المدرسة .

ملاحظة مهمة :

اثبات تاريخ الميلاد:

بالنسبة للطالب الجديد الذي يدخل روضة الأطفال و الصف الأول عند وصولهم الى الولايات المتحدة و ليس لديه خبرة مدرسية سابقة , يجب على الإباء تقديم مستند لتحديد عمر الطالب و الذي يتضمن على سبيل المثال , شهادة دينية , او بيان ولادة من المستشفى الذي ولد فيه او من طبيب تظهر تاريخ الولادة , سجل التبني , سجلات مدرسية تم التحقق منها مسبقا , أوراق خاصة من دائرة الخدمات الاجتماعية و الصحية , او أي مستند قانوني اخر .

الحالات المرضية التي تهدد حياة الطالب , الادوية و التطعيمات :

يحتاج الطلاب الذين يعانون من امراض مهددة للحياة (امثلة : حساسية شديدة , الربو الشديد , داء السكري , الصرع و ما الى ذلك) الى خطط صحية . اذا كانت الحالة تتطلب دواء يجب ان تكون الخطة و الادوية في مبنى المدرسة بحلول يوم الثلاثاء قبل أسبوعين من بدء المدرسة لضمان ان يبدأ الطالب في اليوم الأول . التطعيمات مطلوبة كشرط لحضور الطلاب الى المدرسة .

إذا كانت لديك أسئلة إضافية، يمكنك الاتصال بـ:

المرحلة الابتدائية - Kari McGie على 425-431-7176 او mcgiek280@edmonds.wednet.edu

المرحلة الثانوية - Leslie Anderson على 425-431-7094 او andersonl@edmonds.wednet.edu



بيان التحقق من الإقامة

اسم الطالب: _____ المدرسة: _____ الصف: _____

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

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

☐ أوراق الضمان أو دفتر أو 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 أي من مدارس منطقة إدموندز 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 إدموندز التعليمية (راجع السياسة رقم 3131).

اسم الوالد/ الوصي المطبوع: _____

توقيع ولي الأمر/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 ☐ Date: _____

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)



أكمل هذا النموذج فقط إذا كان وضع السكن الخاص بك انتقالياً 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 مؤهلاً 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 تخيم 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: _____

(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

التاريخ: _____

- الطالب (الطلاب) المذكورة أعلاه لديهم أشقاء / أطفال أصغر سناً (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

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>

For Office Use Only

Received:

Time:

التاريخ:

التاريخ:

معلومات الأسرة

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

رقم الهاتف المحمول للطالب

الاسم السابق

الاسم المفضل

الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر ☒ X الصف الذي سيدخله: تاريخ الميلاد:

هل سبق أن تم تسجيل هذا الطالب في منطقة ادموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا أدرج آخر مدرسة حضرها:

هل سيحضر الطالب بشكل متزامن مدرسة أخرى أثناء تسجيله في منطقة ادموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المدرسة الأخرى التي سيلتحق بها الطالب؟

معلومات الأسرة الأساسية
ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

يرجى استخدام كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري

عنوان السكن:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً):

معلومات الأسرة الثانوية
ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐

رقم الهاتف ()

يرجى استخدام كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري

عنوان السكن:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً):

معلومات الأسرة

معلومات الاسرة	هل تم توظيف أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه أو يعمل حاليًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا		
	إذا نعم ، تحت أي اسم؟ _____ هل كان أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه طالبًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأَي والد أو وصي وتحت أي اسم؟ _____		
معلومات رعاية الأطفال: ما قبل الروضة حتى الصف السادس فقط	هل ملتحق طفلك برعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تقديم المعلومات التالية. هل يجب إدراج الحضانة كجهة اتصال للطوارئ؟ ☐ نعم ☐ لا		
	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ	في حالة حدوث حالة طارئة للطالب، أو أصيب بالمرض أو الإصابة ولا يمكننا الوصول إلى أحد الوالدين أو الوصي أولاً. يرجى ذكر الأشخاص، غيرك، الذين وافقوا على رعاية طفلك وتوفير وسائل النقل له. الاتصال 1:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
	الاتصال 2:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
الاتصال 3:			
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
تاريخ الطالب	ادرج جميع المدارس التي التحق بها الطالب، بدءًا من أحدث مدرسة. هل سبق أن التحق الطالب بمدرسة عامة في ولاية واشنطن؟ ☐ نعم ☐ لا		
	أحدث مدرسة حالية	الصفوف التي التحق بها	تاريخ الانسحاب
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
			رقم الفاكس
	المدرسة	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
			رقم الفاكس
	المدرسة	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
		رقم الفاكس	
هل أعاد طفلك عام دراسي من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____ هل كان طفلك متقدمًا من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____			

هل تأهل طفلك أو تم تسجيله بـ

برنامج تعليم خاص ؟ ☐ نعم ☐ لا نوع برنامج (برنامج) التعليم الخاص: _____

* إذا كانت الإجابة بنعم، قَدِّم نسخة من IEP إلى المدرسة

☐ EL / ESL التعليم الخاص ☐ 504 Plan ☐ (IEP) برنامج موهوب / ذو قدرات عالية ☐ Running Start

☐ مدرسة / برنامج بديل Title III ☐ (دعم Title VI) ☐ NA / AN التعليم الهندي ☐ أخرى: _____

ادرج جميع الأشقاء الذين يحضرون في منطقة ادموندز التعليمية

الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة
الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة

وفقاً لقانون ولاية واشنطن (RCW 26A.255.330) ، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

هل لدى طفلك أي تاريخ من السلوك العنيف؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____

هل لدى طفلك أي تعليق أو طرد سابق أو حالي أو معلق أو طرد من مدرسة حالية أو سابقة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح. _____

هل انسحب طفلك رسميًا من مدرسته الحالية أو السابقة؟ ☐ نعم ☐ لا التاريخ: _____

هل طفلك يخضع حاليًا لعريضة BECCA / Truancy؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، في أي منطقة؟ _____

هل طفلك مديون بأي غرامات أو رسوم في مدرستك السابقة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لديك وسيلة الوصول إلى الإنترنت؟ ☐ نعم ☐ لا

هل طفلك في الانتظار / حاليًا في رعاية التبني؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تعاني حاليًا من عدم استقرار في السكن أو في سكن انتقالي؟ ☐ نعم ☐ لا

يمكن تعريف عدم الاستقرار السكني بأنه العيش مع شخص / أسرة أخرى بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية؛ الذين يعيشون في موئيل / فندق أو في ملجأ طارئ أو انتقالي، أو في مكان غير مخصص، أو يستخدم عادة كسكن نوم عادي. إذا كان بإمكانك الإجابة بنعم على أي من هذه الأسئلة، فقد يكون طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات بموجب قانون McKinney-Vento. يرجى سؤال مدرستك عن التسجيل للحصول على الخدمات.

هل هناك خطة رعاية أبوية أو حكم محكمة ساري المفعول يقيد / يَنْتَقِص من أي حقوق أبوية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة.

هل هناك أمر تقييد ساري المفعول؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم نسخة.

يرجى سرد وتقديم نسخ من أي مستندات قانونية أخرى ذات صلة بطفلك وسلامته. _____

يرجى تقديم تعليقات إضافية للمساعدة في رعاية طفلك. _____

يُطلب من المناطق التعليمية في ولاية واشنطن الحصول على معلومات من العائلات بخصوص الوضع العسكري في الخدمة الفعلية. تُستخدم هذه المعلومات لإزالة العوائق التي تحول دون النجاح التعليمي المفروضة على أطفال العائلات العسكرية بسبب الانتقال المتكرر وتعيين آبائهم. يرجى الإشارة أدناه إذا كنت تعمل في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي. الخدمة الفعلية حاليًا في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإشارة أدناه: ☐ الخدمة الفعلية للقوات المسلحة الأمريكية ☐ عضو الحرس الوطني ☐ أكثر من عضو في القوات المسلحة / الحرس الوطني ☐ احتياطي القوات المسلحة الأمريكية ☐ لا انتماء

هل الجد/الجدة (الأجداد) أو ولى الامر (الوالدين) لديهم انتماء قبلي أمريكي أصلي؟ ☐ نعم ☐ لا

فئات العرق والسلالة في ولاية واشنطن يرجى إكمال الجزء الأول والجزء الثاني

يرجى ملاحظة: يتم توفير فئات العرق والسلالة هذه من قبل ولاية واشنطن، وتم تفويض منطقة الاموندرز التعليمية بجمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها. إذا لم تحدد هويتك، فستصل بك المدرسة التي تحتاج إلى جمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

من أصل إسباني أو لاتيني

هل طفلك من أصل إسباني أو لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد كل ما ينطبق)

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ إسباني | ☐ باراجواي | ☐ مستيزو | ☐ Guyanese | ☐ كوبي | ☐ تشيلي | ☐ أرجنتيني |
| ☐ سورينامي | ☐ بيروفي | ☐ أصلي | ☐ هندوراس | ☐ دومينيكان | ☐ كولومبي | ☐ بوليفي |
| ☐ أوروغواي | ☐ بورتوريكو | ☐ نيكاراغوا | ☐ جامايكي | ☐ أكوادوري | ☐ كوستاريكا | ☐ برازيلي |
| ☐ فنزويلي | ☐ السلفادور | ☐ بنمي | ☐ مكسيكي | ☐ غواتيمالي | ☐ شيكانو (أمريكي مكسيكي) | |
- ☐ من أصل إسباني أو لاتيني اكتب: _____

ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟ يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)

الهنود الحمر أو سكان الأسكا الأصليين

إذا حددت أيًا من هؤلاء، فيرجى أيضًا إكمال هذا النموذج: دعم ل Native American Students (Title VI Program) form

☐ الهنود الحمر/سكان الاسكا الاصليين

☐ الهنود الامريكيون الاصليون اكتب: _____

قبائل ولاية واشنطن:

- | | |
|--|---|
| ☐ قبيلة شينوك | ☐ Quileute قبيلة محمية Quileute |
| ☐ القبائل الكونفدرالية والفرق التابعة لامة Yakama | ☐ امة كينولت الهندية |
| ☐ القبائل الكونفدرالية في محمية شهيلس | ☐ امة ساميش الهندية |
| ☐ القبائل الكونفدرالية في محمية كولفيل | ☐ قبيلة سوك-سويتال الهندية في واشنطن |
| ☐ قبيلة Cowlitz الهندية | ☐ Shoalwater Bay قبيلة هندية من محمية Shoalwater Bay الهندية |
| ☐ قبيلة Duwamish | ☐ قبيلة سكوكوميش الهندية |
| ☐ قبيلة Hoh الهندية | ☐ قبيلة سنو هوميش |
| ☐ قبيلة Jamestown S'Klallam | ☐ قبيلة سنكوامي الهندية |
| ☐ مجتمع كاليسل الهندي في محمية كاليسل | ☐ قبيلة سنوكولمو |
| ☐ الامة الهندية Kikiallus | ☐ قبيلة سبوكان من محمية سبوكان |
| ☐ مجتمع Lower Elwha القبلية | ☐ قبيلة جزيرة سكواكسين التابعة لمحمية جزيرة سكواكسين |
| ☐ قبيلة Lummi من محمية Lummi | ☐ قبيلة ستيلكوم |
| ☐ قبيلة مكة الهندية من محمية ماكا الهندية | ☐ قبيلة ماز الجواميش من هنود واشنطن |
| ☐ قبيلة Marietta Band of the Nooksack | ☐ قبيلة سوكاميش الهندية في محمية ميناء ماديسون |
| ☐ قبيلة Muckleshoot الهندية | ☐ مجتمع قبيلة سوينوميش الهندي |
| ☐ قبيلة Nisqually الهندية | ☐ قبائل تولاليب بواشنطن |
| ☐ قبيلة Nooksack الهندية | ☐ سكاچيت العليا |
| ☐ Port Gamble S'Klallam | |
| ☐ قبيلة Puyallup في محمية Puyallup | |

أسيوي

سكان هاواي الاصليون او سكان جزر المحيط الهادي الاخرى

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ أسوي | ☐ ماليزي | ☐ سكان هاواي الاصليون/سكان جزر المحيط الهادي الاخرى |
| ☐ ندي أسوي | ☐ مين | ☐ بالاوان |
| ☐ بنغلاديشي | ☐ منغولي | ☐ بابوان |
| ☐ بوتاني | ☐ نيبالي | ☐ بونبيان |
| ☐ بورمه/ميانمار | ☐ او كيناواي | ☐ ساموي |
| ☐ كمبودي/خمير | ☐ باكستاني | ☐ سكان جزر سولومان |
| ☐ شام | ☐ بنجابي | ☐ تاهيتي |
| ☐ صيني | ☐ سنغافوري | ☐ توكيلون |
| ☐ فيليبيني | ☐ سرى لا نكا | ☐ تونجان |
| ☐ همونغ | ☐ تاواني | ☐ توفالون |
| ☐ إندونيسي | ☐ تايلاندي | ☐ يابيز |
| ☐ ياباني | ☐ تبت | ☐ من سكان المحيط الهادي اكتب: _____ |
| ☐ كوري | ☐ فيتنامي | |
| ☐ لاو | ☐ أسوي اكتب: _____ | |

الجزء الثاني (تابع) يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)
ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

غرب أفريقيا

أمريكي لاتيني

شرق أفريقيا

أفريقيا الوسطى

☐ أسود/أمريكي من أصل أفريقي

☐ أمريكي من أصل أفريقي

☐ كندي أفريقي

منطقة البحر الكاريبي

☐ أنغولان

☐ أنتيغوان

☐ جزر البهاما

☐ بربادوس

☐ بارتليمو/بارتليموازي

☐ (قديس بارتليمي)

☐ جزر Virgin البريطانية

☐ كايماي

☐ (جزيرة كايماي)

☐ كوبا الدومينيكان

☐ الدومينيكان

☐ (جمهورية الدومينيكان)

☐ جزر الانتيل الهولندية

☐ (جزر الانتيل الهولندية)

☐ غرينادا

☐ جواد لوبيان

☐ هايتي

☐ جامايكا

☐ مارتينيكي/مارتينيكواز

☐ مونتسيراتيان

☐ بورتوريكو

☐ كاريبي اكتب:

(جمهورية أفريقيا الوسطى)

☐ تشادي

☐ كونغولون

☐ (جمهورية الكونغو)

☐ كونغولي

☐ (جمهورية الكونغو الديمقراطية)

☐ غينيا الاستوائية

☐ غابونيين

☐ ساو توميان

☐ برينسيبي

☐ وسط أفريقيا اكتب

جنوب أفريقيا

☐ بوتسوانا

☐ Mosotho (ليسوتو)

☐ ناميبيا

☐ جنوب أفريقيا

☐ سوازيلاند

☐ جنوب أفريقيا اكتب

☐ موريشيوس (موريشيوس)

☐ Mahoran (مايوت)

☐ موزمبيق

☐ ريونيونيز

☐ رواندي

☐ سيشيل/سيشل

☐ صومالي

☐ جنوب السودان

☐ سوداني

☐ أوغندي

☐ تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)

☐ زامبيا

☐ زيمبابوي

☐ شرق أفريقيا اكتب:

☐ أرجنتيني

☐ بليرز

☐ بوليفي

☐ برازيلي

☐ تشيلي

☐ كولومبي

☐ كوستاريكا

☐ أكوادوري

☐ السلفادور

☐ جزر Falkland

☐ Guianese فرنسي

☐ غواتيمالا

☐ جويانا

☐ جون دوران

☐ مكسيكي

☐ نيكاراغوا

☐ بنما

☐ باراغواي

☐ بيرو

☐ جورجيا الجنوبية وجزر Sandwich الجنوبية

☐ سورينام

☐ أوروغواي

☐ فنزويلي

☐ أمريكا اللاتينية

اكتب:

☐ بنين

☐ غينيا-بيساو

☐ بوركينا فاسو

☐ (بوركينا فاسو)

☐ كابوا فيرديان

☐ ساحل العاج

☐ (كوت ديفوار)

☐ غامبيا

☐ الغاني

☐ ليبيري

☐ مالي

☐ موريتاني

☐ نيجر (النيجر)

☐ نيجيري (نيجيريا)

☐ سانت هيلينيان

☐ سنغالي

☐ سيراليوني

☐ توغو

☐ غرب أفريقيا اكتب:

ابيض

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

☐ قطري

☐ سعودي

☐ سوري

☐ تونسي

☐ يمنى

☐ اردني

☐ كردي كويتي

☐ لبناني

☐ ليبي

☐ مغربي

☐ عماني

☐ فلسطيني

☐ شمال أفريقيا اكتب:

☐ قبلي

☐ دروز

☐ مصري

☐ أماراتي

☐ إيراني

☐ عراقي

☐ إسرائيلي

☐ شرق أوسطى اكتب:

☐ جزائري

☐ أمازيغ أو أمازيغي

☐ عربي

☐ آشوري

☐ بحريني

☐ بدوي

☐ كالدوني

أوروبي شرقي

☐ بوسني

☐ هرزيغوفينيان

☐ بولندي

☐ روماني

☐ روسي

☐ أوكراني

☐ أوروبي شرقي اكتب:

☐ ابيض

☐ ابيض اكتب:



الاستطلاع الخاص باللغة الرئيسية متاح لجميع الطلاب المسجلين في مدارس واشنطن.

إسم الطالب:	الصف:	التاريخ:
توقيع ولي الأمر/الوصي _____ إسم ولي الأمر/الوصي _____		
الحق في الترجمة التحريرية والشفهية هام -حق لجميع أولياء الأمور الحصول على معلومات حول تعليم أطفالهم بلغة يفهمونها. عندما يسجل طفلك في المدرسة، سوف تسأل المدرسة عن اللغة التي ترغب في استخدامها عند التواصل مع المدرسة. يساعد ذلك مدرستك في تحديد احتياجاتك اللغوية حتى يتمكنوا من توفير مترجم فوري أو مستندات مترجمة مجاًناً.	1. ما اللغة (اللغات) التي تفضل أسرتك استلام المراسلات الكتابية من المدرسة بها؟ (Skyward Fields - Student Language & Family Home Language) _____ أ. هل تحتاج إلى مترجم فوري لحضور الاجتماعات والمكالمات الهاتفية (بما في ذلك لغة الإشارة الأمريكية (ASL)؟ نعم _____ اللغة _____ لا _____ ب. هل تحتاج وثائق مترجمة؟ نعم _____ لا _____	الأهلية لدعم تطوير اللغة تساعدنا المعلومات الخاصة بلغة الطلاب في تحديد الطلاب المستحقين للدعم، لتطوير المهارات اللغوية اللازمة لنجاحهم في المدرسة. وقد يكون الاختبار ضرورياً لتحديد ما إذا كان ثمة حاجة إلى الدعم اللغوي.
2. ما اللغة (اللغات) التي يتحدثها طفلك أو يفهمها بشكل أساسي؟ (Skyward Field - Native) _____ 3. ما اللغة التي يستخدمها طفلك غالباً في المنزل؟ (Skyward Field - Home) _____ NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the EL Department.	4. في أي دولة وُلِدَ طفلك؟ _____ 5. هل تلقى طفلك تعليمًا رسميًا خارج الولايات المتحدة من قبل؟ (من الروضة – الصف الثاني عشر) نعم _____ لا _____ إك ننت الإجابة "نعم": _____ الشهور: لغة التملع: _____ 6. متى كانت أول مرة التحق طفلك بمدرسة في الولايات المتحدة؟ (من الروضة – الصف الثاني عشر) شهر _____ يوم _____ سنة _____ 7. المهاجر: هل انتقل الطفل أو ولي الأمر/ الوصي للعمل الموسمي أو المؤقت في الزراعة أو صيد الأسماك؟ نعم _____ لا _____	التعليم السابق أجوبتك على محل ميلاد طفلك، والتعليم السابق: تُزودنا بمعلومات عن المعارف والمهارات التي يجلبها طفلك إلى المدرسة. قد تمكن مدرسة المقاطعة من الحصول على تمويل فدرالي إضافي لتوفير الدعم لطفلك. لا يستخدم هذا النموذج للتعرف على وضع الهجرة للطلاب

اتصل بمدرستك إذا كانت لديك أسئلة أخرى حول هذا النموذج أو حول الخدمات المتاحة في مدرسة طفلك.

أشهد أن المعلومات الواردة في هذه الوثائق صحيحة ودقيقة. أفهم أن تقديم معلومات خاطئة قد يكون سبباً لإلغاء التسجيل في منطقة مدرسة ادموندز

التاريخ: _____ التاريخ: _____

For Parent/Guardian:**Definitions:**

Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

Student Information:

Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership:

Write the name of the individual with the tribal membership if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicating whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent, or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to U.S. Department of Education, Washington D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/Room 3W238, Washington D.C. 20202-6335.

☐ Yes, I have Tribal or Band affiliation (continue to complete 506 form)

☐ No, I do not have Tribal or Band affiliation (STOP, do not continue)

***District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

ED506 Form

Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): ☐ child ☐ child's parent ☐ child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- ☐ Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- ☐ Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

اختياري
نموذج الاهتمام ببرنامج ثنائي اللغة

يقبل برنامج اللغة المزدوجة * طلبات الحصول على رياض الأطفال للعام الدراسي 2023-24. يتم تقديم برنامج اللغة المزدوجة في: مدرسة سيديار فالي كوميونيتي ، كوليدج بليس الابتدائية ، ماونتليك تيراس الابتدائية ، ومدرسة سيروس الابتدائية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات على موقعنا:

إذا كنت مهتما بتسجيل طالب رياض الأطفال في برنامج اللغة المزدوجة ، فيرجى تحديد المربع أدناه. يرجى ملاحظة أن طفلك يجب أن يبلغ من العمر 5 سنوات قبل 1 سبتمبر 2023.

نعم ، أنا مهتم بتسجيل طفلي في برنامج اللغة المزدوجة ☐

أدرج مدرسة الحي الخاص بك: _____
يرجى ملاحظة أنه لا يتم توفير وسائل النقل إذا كنت لا تعيش داخل حدود إحدى المدارس التي لديها برنامج ثنائي اللغة.

يرجى اختيار مدرستك العامة المستنبطة للغة المزدوجة أدناه. إذا لم تكن مدرستك المنزلية ثنائية اللغة وكنت منفتحا على أي مدرسة مدرجة ، فيرجى الترتيب حسب الأكثر تفضيلا مع كون الاختيار الأفضل هو خيارك الأول. اختياراتك المدرسية هي: Cedar Valley Community School و College Place Elementary و Mountlake Terrace الابتدائية و Spruce الابتدائية

الخيار الأول: _____

الخيار الثاني: _____

الخيار الثالث: _____

يرجى ذكر اللغة التي يتحدثها طفلك حاليا: _____

إذا كان طفلك يتحدث لغة أخرى، يرجى ذكر اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك: _____

اسم الطالب: _____

تاريخ ميلاد الطالب: _____

اسم الوصي الأساسي: _____

رقم هاتف الوصي الأساسي: _____

البريد الإلكتروني للوصي الأساسي: _____

هل لديك طفل آخر حاليا في البرنامج؟

نعم ☐

لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هو اسمهم؟ _____

* برنامج اللغة المزدوجة هو برنامج ثنائي اللغة باللغتين الإنجليزية / الإسبانية حيث يتم تدريس الطلاب دورات أكاديمية باللغتين الإنجليزية والإسبانية. هذا البرنامج ثنائي اللغة مفتوح لجميع الطلاب.

للاستخدام المكتبي فقط

يرجى إرسال النموذج المكتمل إلى قسم التعليم متعدد اللغات في ESC.



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 أمور/ 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 خطيرة الحصول على دواء وأمر علاج من مقدم رعاية صحية مرخص وخطة رعاية مدرسية قبل بدء الدراسة.
- قدم التغيرات اللازمة التي تحدث خلال العام الدراسي، سواء بأرقام الاتصال أو الحالة الصحية لطفلك (per RCW 28.A.210.320).

إدارة 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 توقيع من أحد الوالدين / الوصي ومقدم الرعاية الصحية للطلاب للحصول على أي دواء يتم تقديمه في المدرسة. وهذا يشمل الوصفات الطبية والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.
- تقبل الموافقات المرسله 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



المدرسة: _____ التاريخ المتوقع للبدء: _____

الصف	الجنس المفضل	الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب
عنوان البريد الإلكتروني	الهاتف	اسم ولي الامر/الوصي	الهاتف	اسم مقدم الرعاية الصحية
اسم طبيب الأسنان	الهاتف	اسم مقدم الرعاية الصحية	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 ☐ لا ☐ نعم ☐ التأمين الصحي

☐ لا يوجد حالة معروفة الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة EG ☐ Anaphylaxis (Epi-pen موصوف EK ☐ مرض السكر من النوع 1 NP ☐ نوبات (مطلوب دواء طارئ) RG ☐ ربو - شديد خلفي/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 الأنف الحاد ذو علاقة بالقلب/القلب CC ☐ عيب القلب عند الولادة CD ☐ نفخة قلبية الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأبيض والتغذية ED ☐ الحساسية-الغذاء EE ☐ الحساسية-الحشرات الحساسية أخرى 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 الأسنان/الفم الجهاز العضلي الهيكلي MC ☐ الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب	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 NU ☐ إصابات الدماغ الرضحية زرع أعضاء OD ☐ اذكر العضو: الصحة العقلية أو السلوكية PC ☐ القلق PA ☐ الاكتئاب PH ☐ اضطرابات النوم الجهاز التنفسي / التنفس الربو - الحالي RG ☐ الربو - تم تشخيصه من قبل RH ☐ الربو - ممارسة الرياضة RA ☐ مرض مجرى الهواء التفاعلي RE ☐ الربو - شديدا البشرة SB ☐ الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما الكلى/الكلى يرجى ذكر: _____ الأذن/السمع تاريخي ☐ حالي ☐ التهاب الأذن المزمن ☐ YA ضعاف السمع - السماع (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية ☐ YB العين/الرؤية يرتدي نظارات/عدسات ☐ YF عجز رؤية الألوان ☐ YE ضعاف البصر ☐ YD حالات أخرى _____
--	---

الأدوية / العلاجات في المدرسة ☐ لا ☐ نعم (يتطلب إنذرا كتابيا 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 تتطلب 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 الذي قام بتشخيص الطالب:

ادوية الربو:

الاسم	الجرعة	التكرار

هل يستخدم طفلك فاصلاً / 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) _____

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

الصرع

تاريخ النوبة الأولى: _____ تاريخ أحدث نوبة: _____

معدل تكرار نشاط النوبة: ☐ مرة ☐ يومياً ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً ☐

سنوياً

نوع نوبات الصرع: _____

ادوية الصرع:

الاسم	الجرعة	التكرار

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

يرجى توضيح: _____

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

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 سنو هوميش. 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.

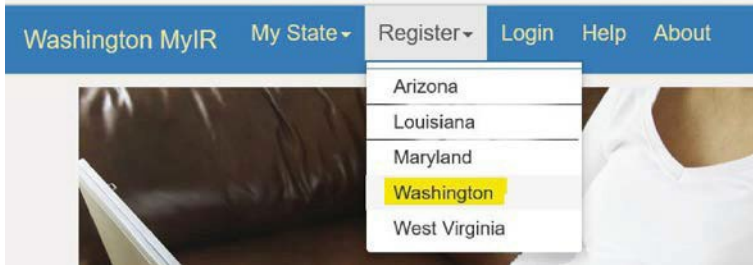
أو

- 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 حول فوائد 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 طالبا من المدرسة طوال مدة تفشي المرض.

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

C إعادة 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 2024-2023

تعليمات: لمعرفة التفاحات المطلوبة لدخول المدرسة، ابحث عن الصف الدراسي لحفلك في العمود الأول في الجدول، ثم انظر إلى الصف المقترن به الذي يمر بالعرض للتعرف على كمية التفاحات المطلوبة لحفلك لدخول المدرسة.

الحماق (جدي الماء)	شغل الأطفال	المكورات الرئوية المقترنة	الحصبة، والتكاف، الحصبة الألمانية	النزلة النزفية من النوع B	التهاب الكبد من النوع B	التفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي
Varicella	Polio	PCV	MMR	Hib	Hepatitis B	DTaP/Tdap
جرعة واحدة **	3 جرعات	4 جرعات *	جرعة واحدة	3 أو 4 جرعات * (حسب نوع التفاح)	3 جرعات	4 جرعات من DTaP
جرعتان **	4 جرعات *	4 جرعات * (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	جرعتان	3 أو 4 جرعات * (حسب نوع التفاح) (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *

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

شهادة حالة التحصيل (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No



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

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الاسم الأول:		الاسم الأخير للطفل:	
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 علي تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المحددة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.						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.	
التاريخ		توقيع ولي الأمر/الوصي المطلوب في حالة بدء الدراسة حسب الوضع المشروط		X		X	
Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		Document of Disease Immunity (Health care provider use only)		Document of Disease Immunity (Health care provider use only)		Document 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.		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.		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.		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:		I certify that the child named on this CIS has:		I certify that the child named on this CIS has:		I certify that the child named on this CIS has:	
☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.		☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.		☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.		☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.	
☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.	
☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B		☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B		☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B		☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B	
☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps		☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps		☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps		☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps	
☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella		☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella		☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella		☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella	
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)	
▲		▲		▲		▲	
Licensed Health Care Provider Signature		Licensed Health Care Provider Signature		Licensed Health Care Provider Signature		Licensed Health Care Provider Signature	
Date		Date		Date		Date	
▲		▲		▲		▲	
Printed Name		Printed Name		Printed Name		Printed Name	
Health Care Provider or School Official Name:		Health Care Provider or School Official Name:		Health Care Provider or School Official Name:		Health Care Provider or School Official Name:	
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.		If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.		If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.		If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.	
Signature: _____		Signature: _____		Signature: _____		Signature: _____	
Date: _____		Date: _____		Date: _____		Date: _____	
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.		I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.		I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.		I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	

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

الطباعة مع تعبئة معلومات التحصين:
أسأل عما إذا كان مكتب مقدم 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 أسال عما إذا كان مكتب مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يقدم الوثيقة التي تبلغ 30 يوماً 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 (المنقّح) 28A.210.120. تتضمن الوثائق الصالحة لدليلاً على المناعة من المرض المُشار إليه، أو سجلات طبية تثبت الحصول على اللقاح، أو نموذج certificate of exemption (COE)، شهادة إعفاء) مكتمل.

إليه. إذا كان مكتب الخدمة لا يستخدم IIS، فقم بإرسال بريد إلكتروني إلى Department of Health (وزارة الصحة) أو اتصل بها للحصول على نسخة من CIS الخاصة بطفلك: wa.records@doh.wa.gov أو 1-866-397-0337.

التعبئة النموذج يومياً:

1. اكتب اسم طفلك وتاريخ ميلاده بخط واضح، وقم بالتوقيع باسمك في المكان المُشار إليه في الصفحة الأولى.
2. اكتب التاريخ الخاص بكل جرعة لقاح تم الحصول عليها في أعمدة التاريخ (بالنسبة لشهر/يوم/سنة)، في حالة حصول طفلك على لقاح مركب (حقنة واحدة تحمي من عدة أمراض)، استخدم الأداة المرجعية أدناه لتسجيل كل لقاح بشكل صحيح. على سبيل المثال، قم بتسجيل Pediarix (اللقاح الخماسي) ضمن البنتيفيريا، والتيفانوس، والسعال الديكي باعتبارها DTaP، والتأثير الكبد من النوع B باعتباره Hep B، وشال الأطفال باعتباره IPV.
3. إذا كان طفلك قد أصيب بمرض جدي الماء (الحُمَق) ولم يحصل على اللقاح، فإن مقدم خدمة الرعاية الصحية يجب أن يتحقق من الإصابة بمرض جدي الماء لاستيفاء متطلبات المدرسة. إذا تمكن مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك من التحقق من إصابة طفلك بجدي الماء، فاطلب من مقدم الخدمة تحديد المربع في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض" والتوقيع على النموذج. إذا دخل أحد الموظفين التابعين للمدرسة إلى IS أو شاهد طفلك بأن طفلك قد أصيب بجدي الماء، فإنه سيقيم تحديد المربع ضمن الحُمَق في قسم اللقاحات.
4. إذا تمكن طفلك من إظهار مناعة إيجابية من خلال اختبار الدم (الغيار)، فاجعل مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يُحدد المربعات الخاصة بالمرض المناسب في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض"، والتوقيع على النموذج وتاريخه. يجب أن تُقدّم تقارير المختبر مع CIS هذه.
5. تقديم إثبات من السجلات الطبية التي تم التحقق منها، يُتبع التوجيهات الواردة أدناه.

السجلات الطبية المقبولة

يجب أن يتم التحقق طلياً من جميع سجلات التطعيم. تتضمن الأمثلة ما يلي:

- نموذج (CIS) Certificate of Immunization Status مطبوع يضم تاريخ اللقاحات من (IIS) Immunization Information System الخاص بولاية واشنطن، أو MyIR، أو IIS الخاص بولاية أخرى.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS تضم توقيع التحقق الخاص بمقدم خدمة الرعاية الصحية.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS مرفق بها سجلات التطعيم مطبوعة من السجل الصحي الإلكتروني لدى أحد مقدمي خدمة الرعاية الصحية أو الختم الخاص به عليها. يجب على المسؤول الإداري، أو الممرضة، أو الفرد المُكلف لدى المدرسة التحقق من أن التاريخ الموجودة على CIS قد تم تدوينها بشكل صحيح وأن توقيع 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 حدٍ 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 يوماً 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 يوماً 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 (المنقّح) 28A.210.120. تتضمن الوثائق الصالحة لدليلاً 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		