

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 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 ادموندز 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 ادموندز 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 والمرققة 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. انتقل إلى هذا الرابط: <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest> 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: _____

البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: _____

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 SchoolChange@edmonds.wednet.edu



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
- سيارة أو حديقة أو موقع تخييم أو موقع مشابه
- 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)
- 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)

- 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>

Serving 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، "التسجيل الصحي للطلاب HS534"، 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 جاهز فوري؛ الرجاء إبلاغ ممرضة المدرسة.
- يطلب من الطلاب الذين يعانون من ظروف خطيرة الحصول على دواء و أمر 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).

تعليمات وإرشادات استخدام الدواء

- يجب إرسال الدواء في الحاوية الأصلية إذا كان دواء بدون وصفة طبية.
- إذا كان الدواء موصوفاً فيجب أن تكون العبوة موصوفة جيداً وأنت كون 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 منطقة 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،
فريقاً لخدمات الصحية

التاريخ المتوقع للبدء :

المدرسة:

الصف	الجنس المفضل	الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب
عنوان البريد الإلكتروني			الهاتف	اسم ولي الامر/الوصي
اسم طبيب الاسنان 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 (وفقاً لـ RCW 28A.210.320)

 التأمين الصحي نعم لا
التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة 2
 لا يوجد حالة معروفة

الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة

- EG (هو الاسم التجاري لجهاز قابل للحقن تلقائياً) EpiPen للحساسية المفرطة . يقوم بتوصيل عقار الإبينفرين .
- EK مرض السكر من النوع 1
- NP نوبات صرع (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 الأنف الحاد

Cardiac / Heart

- 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 الاسنان/الفم

الجهاز العضلي الهيكلي

- MC الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب

الجهاز العصبي

- NB تشخيص فرط الحركة ونقص الانتباه
- NC اضطراب طيف التوحد
- NE الشلل الدماغي
- NF الإعاقة التنموية
- NH الصداع النصفي
- NI صداع، متكرر
- NP التاريخي الحالي اضطراب الصرع
- NU إصابات الدماغ الرضحية

زرع أعضاء

- OD اذكر العضو: _____

الصحة العقلية أو السلوكية

- PA القلق
- PC 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/الكلبي

يرجى ذكر: _____

الاذن/السمع

- YA تاريخي حالي التهاب الاذن المزمن
- YB ضعاف السمع - السماع (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية

العين/الرؤية

- YF يرتدى نظارات/عدسات
- YE عجز رؤية الالوان
- YD ضعاف البصر

حالات أخرى: _____

 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 اكمل الطالب اختبار الحساسية؟ لا نعم (اين ومتى؟)

Allergy Medications:

التكرار	الجرعة	الاسم

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:

التكرار	الجرعة	الاسم

هل يستخدم الطالب غرفة فاصل/هوائية مع جهاز الاستنشاق الخاص به؟ 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 (أجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم) (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 يومي أسبوعيا شهريا سنويا

نوع نوبات الصرع: _____

ادوية الصرع

التكرار	الجرعة	الاسم

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

يرجى توضيح: _____

النشاط البدني / التنقل	ستوما	أجهزة طبية
<input type="checkbox"/> كرسي متحرك <input type="checkbox"/> عكازات <input type="checkbox"/> أخرى - ادرج:	OKA <input type="checkbox"/> فغر المعدة OKB <input type="checkbox"/> القولون OKD <input type="checkbox"/> الرغامي OKE <input type="checkbox"/> فغر البول OK <input type="checkbox"/> أخرى:	OLA <input type="checkbox"/> محفز العصب المبهم OLB <input type="checkbox"/> مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي OLC <input type="checkbox"/> منظم ضربات القلب OLD <input type="checkbox"/> أنبوب المعدة OLE <input type="checkbox"/> Jejunostomy انبوب تغذية الصائم ويتم من خلال شق البطن <input type="checkbox"/> دعامة <input type="checkbox"/> عضو صناعي - ادرج: _____ <input type="checkbox"/> الأجهزة الطبية الأخرى: _____

توقيع ولي الأم ر / 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 نقاش في المدرسة لأي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات يتم إعفاء الطالب منه، استبعاد طالبنا من المدرسة طوال مدة نقاشي المرض .

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

[C إعادة حساب MyIR \(وزارة الصحة بولاية واشنطن\).](#)

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) المكتمة في ملف في المدرسة للمشاركة في التعليمات والأنشطة المدرسية

قم بالوصول إلى معلومات التحصين الخاصة بعائلتك

- 1: عرض MyIRmobile.com على MyIR Mobile الخيار 1: قم بالتسجيل في وطباعة معلومات التحصين الخاصة بعائلتك، بما في ذلك التطعيم ضد فيروس كورونا
- 2: قم بزيارة الصيدلية أو العيادة أو المدرسة المحلية
- 3: اطلب سجل التطعيمات الكامل من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك
- 4: اطلب سجل التطعيمات الكامل من وزارة الصحة

:

تحميل وطباعة شهادة التحصين

أولياء الأمور - هل أطفالكم مستعدون لدخول المدرسة؟

التطعيمات اللازمة للعام الدراسي 2024-2025

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 للتعرف على كمية اللقاحات المطلوبة لطفلك لدخول المدرسة.

الحماق (جدري الماء)	شلل الأطفال	المكورات الرئوية المقترنة	الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية	النزلة النزفية من النوع B	التهاب الكبد من النوع B	الدفتيريا، 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 اللقاح)	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 اللقاح) (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* بالإضافة إلى Tdap عند عمر 10 سنوات أو أكثر
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP* بالإضافة إلى Tdap عند عمر 7 سنوات أو أكثر

مرحلة ما قبل المدرسة
بعمر 19 شهرًا إلى أقل من
4 سنوات بحلول تاريخ
01/09/2024

**مرحلة ما قبل المدرسة/
روضة أطفال انتقالية**
بعمر أكبر من 4 سنوات
بحلول تاريخ
01/09/2024

**من مرحلة رياض
الأطفال حتى الصف
السادس**

**من الصف السابع إلى
الصف الحادي عشر**

الصف الثاني عشر

*قد تكون جرعات اللقاح مقبولة عند إعطاء عدد أقل من الجرعات المدرجة في الجدول اعتمادًا على التاريخ الذي تم إعطاؤها فيه. **يكون تحقق مُقَدِّم خدمات الرعاية الصحية من تاريخ مرض الجدري المائي مقبولاً أيضاً. يجب أن يحصل الطلاب على جرعات اللقاح في الأطر الزمنية الصحيحة وفقاً لمتطلبات المدرسة. يُرجى استشارة مُقَدِّم 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 هذا المستند بتنسيق آخر، اتصل بالرقم 1-800-525-0127. بالنسبة إلى العملاء الصم أو ضعاف السمع، يُرجى الاتصال بالرقم 711 (Washington Relay) أو مراسلة عنوان البريد الإلكتروني

doh.information@doh.wa.gov

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

شهادة حالة التحصين (CIS)



يرجى 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.

الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل إضافة لمعلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بالطفل.

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

التاريخ _____
توقيع ولي الأمر/الوصي

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

▲مطلوب لدخول المدرسة • مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/رحلة ما قبل المدرسة

▲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 (مثل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV)

▲OPV (مثل الأطفال)

▲MMR (الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية)

● PCV/PPSV (المكورات الرئوية)

▲الحماق (جذري الماء)

تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS)

التقاحات 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/PPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A وC وY)

MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B)

فيروس الروتا

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.

Signature: _____ Date: _____

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 يدويًا.

الطباعة مع تعبئة معلومات التحصين:
 اسأل 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، فطلب منه أن يطبع البنية. إذا كان مقدم الخدمة لا يستخدم IIS، فقم بإرسال بريد إلكتروني إلى Department of Health، فقم بإرسال بريد إلكتروني إلى waisrecords@doh.wa.gov أو 1-866-397-0337.

تعبئة النموذج يدويًا:

1. اكتب اسم طفلك وتاريخ ميلاده بخط واضح، وقم بالتوقيع باسمك في المكان المشار إليه في الصفحة الأولى.
2. اكتب التاريخ الخاص بكل جرعة لقاح تم الحصول عليها في أعمدة التاريخ (بالتسليم شهر/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 الخاص) ضمن البنتيفريا، والتيفوئيد، والسعال الديكي باعتبارها DTaP، ولقاح الأطفال باعتبارها IPV.
3. إذا كان طفلك قد أصيب بمرض جدي (الماء الحماقي) ولم يحصل على اللقاح، فإن مقدم خدمة الرعاية الصحية يجب أن يتحقق من الإصابة بمرض جدي للماء لاستيفاء متطلبات المدرسة. إذا تمكن مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك من التحقق من إصابة طفلك بجردي الماء، فاطلب من مقدم الخدمة تحديد المربع ضمن الخماقي في قسم "المناعة من المرض" والتوقيع على النموذج. إذا دخل أحد الموظفين التابعين للمدرسة إلى IIS وشاهد التحقق بأن طفلك قد أصيب بجردي الماء، فإنه سيقيم بتحديد المربع ضمن الخماقي في قسم اللقاحات.
4. إذا تمكن طفلك من إظهار مناعة إيجابية من خلال اختبار الدم (المبار)، فاجعل مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يُحدِث المربعات الخاصة بالمرض المناسب في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض"، والتوقيع على النموذج وتاريخه. يجب أن تُقدِّم تقارير المختبر مع CIS هذه.
5. تقديم إثبات من السجلات الطبية التي تم التحقق منها، ويُعج التوجيهات الواردة أدناه.

السجلات الطبية المقبولة

يجب أن يتم التحقق طيبًا 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 المكلف لدى المدرسة التحقق من أن التاريخ الموجودة على CIS قد تم تدوينها بشكل صحيح وأن توقيع على النموذج.

الوضع المطلوب

يجوز أن يدخل الأطفال إلى المدرسة أو دور رعاية الأطفال ويظلون فيها في الوضع المطلوب إذا كانوا يحاولون الانتهاء من اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل. (يتم توزيع جرعات سلسلة اللقاحات بين حدٍ أدنى للفتيات الزمينة؛ 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 المطلوب، 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 المطلوب 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 المطلوب يستمر بطريقة مشابهة حتى يتم الانتهاء من جميع اللقاحات المطلوبة.

وفي حالة انتهاء الفترة المشروطة التي تبلغ 30 يومًا ولم يتم تقديم الوثيقة التي تطلب من الحصول بعد ذلك، بموجب Revised Code of Washington (RCW) قانون واشنطن المنقح (28A.210.120). تتضمن الوثائق الصالحة لدليلاً على المناعة من المرض المشار 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	Temivac	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		