

قائمة الوثائق المطلوبة للتسجيل في مرحلة رياض الأطفال

ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية خلال عملية التسجيل.

□ بيان الولادة الأصلي (أو بيان ولادة مصدق)

□ إثبات الوصاية (دليل على أن القائم بتسجيل الطفل هو ولي الأمر/الوصي الشرعي)

ينبغي أن يتطابق الأسم المذكور في بيان الولادة مع البيانات المذكورة في الهوية التعريفية التي تحمل صورة لولي الأمر/ الوصي الشرعي أو مع الوثائق الصادرة من المحكمة والتي تثبت الوصاية.

□ نسخة من تقرير درجات الطالب صادر من المدرسة السابقة (إن وجد)

□ تقرير الفحص البدني (يمكن الحصول عليه من خلال مقدم الرعاية الصحية)

- ينص قانون الولاية (الفقرة § 22.1-270 من قانون ولاية فيرجينيا) على ضرورة تلقي طفلك لفحص بدني شامل وعلى أن يتم تلقيحه في الولايات المتحدة قبل الالتحاق بروضة أطفال عامة أو مدرسة ابتدائية. ينبغي أن لا يتجاوز تاريخ الفحص البدني سنة واحدة من تاريخ الالتحاق بالروضة.
- بناءً على ما تقدم، ينبغي على الطلاب الملتحقين حالياً في برنامج ما قبل رياض الأطفال في مدارس مدينة الإسكندرية العامة ACPS تقديم دليل على أخذهم اللقاحات المطلوبة وتقرير يؤكد إجراءهم لفحص بدني جديد قبل التحاقهم برياض الأطفال، حتى وان تم تقديم هذه الوثائق قبل إلحاقهم بمرحلة ما قبل رياض الأطفال.
- لغرض التوضيح، تشير عبارة "المدرسة الابتدائية" أعلاه إلى المراحل الدراسية الأولى ولغاية الخامسة.

□ سجلات التطعيم (مدرج فيها اليوم، الشهر، والسنة لكل تطعيم حصل عليه الطالب) ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية:

- تقرير ذو نتيجة سلبية لتقييم خطر الإصابة بالسل، إختبار السلين تحت الجلد PPD، إختبار فحص الدم IGRA أو نتيجة سلبية لصورة الأشعة السينية للصدر، على أن تكون قد تم إكمالها في الولايات المتحدة:
- ينبغي أن تكون قد أعطيت للطفل خلال فترة 12 شهر من اليوم الدراسي الأول للطفل.
- شلل الأطفال (OPV أو IPV) أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون قد تم تناول جرعة واحدة مع حلول عيد الميلاد الرابع للطفل أو بعد ذلك.
- الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (MMR) جرعتين على الأقل ضد الحصبة، جرعتين ضد النكاف، وجرعة واحدة ضد الحصبة الألمانية قبل الالتحاق برياض الأطفال. ينبغي تلقيح الجرعة الأولى عند بلوغ الشهر 12 من العمر أو أكثر.
- إلتهاب الكبد من نوع B سلسلة كاملة من ثلاث جرعات من لقاح إلتهاب الكبد من نوع B.
- الخناق، الكزاز، السعال الديكي (Dtap أو DTP أو Tdap) أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون الطفل قد حصل على جرعة واحدة بحلول عيد ميلاده الرابع أو بعده.
- إلتهاب الكبد (HAV) من نوع A يتوجب أخذ ما لا يقل عن جرعتين من لقاح إلتهاب الكبد من نوع A لطلاب الملتحقين بمرحلة رياض الأطفال.
- الحماق (جدري الماء) جرعتين ضد الحماق أو تقديم وثائق طبية تثبت إصابة الطفل بمرض جدري الماء.

ملاحظة مهمة في حال كانت التطعيمات غير مكتملة: إذا كان الطالب قد حصل مؤخراً على لقاحات جديدة، عندها ينبغي أن يقوم مقدم رعاية صحية مرخص بتقديم بيان خطي يذكر فيه الموعد المحدد للزيارة القادمة للحصول على اللقاحات الإضافية. كما ينبغي أن يتم إتباع التباعد الزمني السليم بين الجرعات. في حال تلقي الطفل لقاحات إضافية، عندها ينبغي تقديم وثائق خطية إلى مدرسة المدرسة. سوف يتم إبعاد الطلاب الذين يتخلفون عن إكمال اللقاحات في اليوم المحدد لذلك من المدرسة.

□ إثبات السكن (ينبغي تقديم 3 مستندات)

تقديم ثلاثة مستندات تثبت السكن في مدينة الإسكندرية على ان تكون مؤرخة خلال فترة 60 يوم الماضية. تُقبل فقط المستندات الأصلية (لاتقبل النسخ) التي توضح اسم وعنوان ولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يتولى تسجيل الطالب.

كما ينبغي إحضار واحدة (1) من الوثائق التالية:

- عقد الإيجار
- صك الملكية
- عقد/بيان رهن

وأثنين من الوثائق الداعمة:

- عقد الإيجار
- فاتورة الهاتف الارضي (ينبغي أن تكون صادرة خلال فترة 60 يوم الاخيرة)
- بيان حالي لضريبة الممتلكات الشخصية لساكني مدينة الإسكندرية

- قسيمة حديثة لدفع الراتب (تتضمن ملاحظة حجب الضرائب في ولاية فرجينيا)
- أحدث إقرار ضريبي على الدخل الفيدرالي/ الاتحادي
- كشفان مصرفيان متتاليان
- بوليصة حالية للتأمين على العقار أو المكان المؤجر
- فاتورة/ وصل الخدمات والمرافق: الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل
- رسالة مرسله بالبريد من جهة حكومية (IRS، HUD، TANIF، وما إلى ذلك)

في حالة السكن مع شخص آخر، عندها ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي إكمال تعبئة نموذجي السكن المشترك A/B وتصديقها من كاتب العدل مع تقديم نسخة أصلية من الرهن العقاري، سند ملكية (مع فاتورة ضريبية) أو نسخة أصلية من عقد الإيجار للشخص الذي يسكن معه ولي الأمر/الوصي الشرعي والطفل (الأطفال). بالإضافة إلى ذلك، ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم وثيقتين داعمة (باسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي أو باسم الطالب البالغ) كما هو موضح أعلاه. ملاحظة: لا يتم قبول "رخص القيادة" أو الهويات التعريفية الصادرة من الولاية كدليل على إثبات الإقامة.

STUDENT INFORMATION بيانات الطالب

Student's Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Name:** _____
الاسم الأخير للطالب الاسم الأول الاسم الأوسط

Student and Primary Parent/Guardian Address: Street _____ **Apt #** _____
عنوان الطالب والمسؤول الأساسي من الوالدين/ الوصي الشارع رقم المنزل

City _____ **State** _____ **Zip** _____
المدينة الولاية الرقم البريدي

Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____ **Country of Birth:** _____ **Grade:** _____
تاريخ الميلاد الشهر اليوم السنة بلد محل الميلاد الصف الدراسي

Gender: Male Female **Gender Identity:** Male Female Other **Preferred Name:** _____
الجنس: ذكر أنثى الهوية الجنسية: ذكر أنثى أخرى الاسم المفضل: (للطلاب الذين لا تعكس أسماءهم القانونية هويتهم الجنسية).
ليس المقصود بها الأسماء المستعارة.)

Is this student Hispanic or Latino? (choose only one) هل الطالب من أصل إسباني أم لاتيني؟ (حدد اختيار واحد فقط)
 No, not Hispanic or Latino لا، ليس إسباني أو لاتيني Yes, Hispanic or Latino نعم، من أصل إسباني أو لاتيني

What is the student's race? (choose one or more) ما الأصل العرقي للطالب؟ (اختر إجابة واحدة أو أكثر)
 American Indian/Alaskan الهنود الأمريكيين/سكان الاسكا
 Black or African American أمريكي أسود أو من أصل أفريقي
 White (a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa) أبيض (شخص له أصول ترجع إلى الشعوب الأصلية في أوروبا أو الشرق الأوسط أو شمال أفريقيا)
 Asian آسيوي
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزيرة المحيط الهادئ

Last School Attended: _____ Public Private
آخر مدرسة تم الالتحاق بها حكومية خاصة

Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
العنوان المدينة الولاية الرقم البريدي

If not an Alexandria City school, has student EVER attended Alexandria City Public Schools? Yes No
إذا لم تكن مدرسة مدينة الإسكندرية، هل التحق الطالب من قبل بالمدراس الحكومية بمدينة الإسكندرية؟ نعم لا

If Yes, please provide the following: School: _____ Year: _____ Grade: _____
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم التالي المدرسة العام الدراسي الصف الدراسي

PARENT/GUARDIAN INFORMATION بيانات الوالدين/ولي الأمر

Primary Parent/Guardian: الوالدين/الأوصياء الأساسيين: يعني بذلك الوالدين/الوصي القانوني الذي يعيش معه الطالب معظم أيام الأسبوع، وهو الشخص الرئيسي الذي تتصل به المدرسة بشأن الطالب.

Do you live/reside in the City of Alexandria? Yes No **If No, has an exception to policy been approved?** Yes No
هل تعيش/تسكن بمدينة الإسكندرية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، هل تمت الموافقة على استثناء هذه السياسة؟ نعم لا

Last Name: _____ **First Name:** _____ Male Female
الاسم الأخير الاسم الأول ذكر أنثى

Father الوالد Stepfather زوج الأم Legal Guardian الوصي الشرعي
 Mother والدة Stepmother زوجة الأب Foster Parent آباء بالتربية والتنشئة

Other (please indicate relationship): _____
أخرى (يرجى الإشارة إلى العلاقة)

Home Phone: (____) _____ - _____ **Is your home phone a cell phone?** Yes No
هاتف المنزل هل رقم هاتف منزلك هو رقم هاتف خلوي؟ نعم لا

Cell Phone: (____) _____ - _____
الهاتف الخلوي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Parent/Guardian's preferred language of communication? ما هي لغة التواصل التي يفضلها الآباء/ولي الأمر؟
 English الإنجليزية Spanish الإسبانية Amharic أمهرية Arabic عربية Other (please specify) أخرى (يرجى التحديد)

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

Work Phone: (____) _____ - _____ **Ext:** _____
هاتف العمل الرقم الداخلي

Parent/Guardian #2: الوالد/ولي الأمر رقم 2:

Last Name: _____ **First Name:** _____ Male Female
الاسم الأخير الاسم الأول ذكر أنثى

Father الوالد Stepfather زوج الأم Legal Guardian الوصي الشرعي
 Mother والدة Stepmother زوجة الأب Foster Parent آباء بالتربية والتنشئة

Other (please indicate relationship): _____
أخرى (يرجى الإشارة إلى العلاقة)

Address: Address is the same as student and primary parent/guardian's address above
العنوان العنوان هو نفس عنوان الطالب والوالدين/الأوصياء الأساسيين المذكور أعلاه

Street _____ **Apt #** _____
الشارع رقم المنزل

City _____ **State** _____ **Zip** _____
المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: (____) _____ - _____ **Is your home phone a cell phone?** Yes No
هاتف المنزل هل رقم هاتف منزلك هو رقم هاتف خلوي؟ نعم لا

Cell Phone: (____) _____ - _____
الهاتف الخلوي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

Work Phone: (____) _____ - _____ **Ext:** _____
هاتف المنزل الرقم الداخلي

STUDENT BACKGROUND خلفية الطالب

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan? Yes No

هل يحضر طفلك حاليًا برنامج اللغة الإنجليزية المكثف للخدمات التعليمية الخاصة أم لديه خطة 504؟ نعم لا

If Yes, has documentation been provided to the school? Yes No

إذا كانت الإجابة نعم، هل قمت الوثائق إلى المدرسة؟ نعم لا

Has your child been expelled from attending school at a private or public school in Virginia or another state, for an offense in

violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person? Yes No

هل تم فصل طفلك من الذهاب إلى المدرسة في مدرسة خاصة أو عامة في فيرجينيا أو ولاية أخرى، بسبب مخالفة تنتهك سياسات مجلس إدارة المدرسة ذات صلة بالأسلحة أو الكحول أو المخدرات، أو بسبب إصابة شخص آخر أو أذيتك عمدًا؟ (نعم / لا) نعم لا

STUDENT'S SIBLINGS إخوة الطالب

Name الاسم	Birth Date تاريخ الميلاد	Sex الجنس	School المدرسة
1.			
2.			
3.			
4.			

EMERGENCY CONTACTS جهات الاتصال عند الطوارئ

يرجى إعطاء بيانات شخصين على الأقل يمكن أن نطلب منهم إتخاذ قرارات في حالات الطوارئ و/أو إستلام طفلك من المدرسة إذا لم نستطع الإتصال بالوالدين/ الوصي القانوني في حالة طوارئ.

جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 1 (بخلاف الأب/ولي الأمر): **Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian):**

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان الشارع رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 2 (بخلاف الأب/ولي الأمر): **Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian):**

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان الشارع رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 3 (بخلاف الأب/ولي الأمر): **Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian):**

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان الشارع رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE

Only for students enrolling into kindergarten

المرحلة التحضيرية لرياض الأطفال للطلاب المنتهين برياض الأطفال فقط

قبل رياض الأطفال بعام، التحق طفلي (اختر واحدة):

Virginia Preschool Initiative (VPI) 4-year-old program at: برنامج مبادرة ولاية فيرجينيا للتعليم ما قبل سن المدرسة (VPI) للأطفال بعمر 4 سنوات في:

- Alexandria City Public Schools (ACPS) مدارس مدينة الإسكندرية الحكومية (ACPS) مركز
- Campagna Center Campagna مركز
- Child and Family Network Center (CFNC) (CFNC) مركز شبكة الأسرة والطفل
- ALIVE! Child Development Center ALIVE! مركز تنمية الطفل
- Creative Play School مدرسة اللعب الإبداعي

Another pre-K program: برنامج آخر لمرحلة ما قبل الروضة:

- Early Childhood Special Education التعليم الخاص لمرحلة الطفولة المبكرة
- Preschoolers Learning Together (PLT) برنامج نتعلم معا (PLT) لطلاب مرحلة المدرسة
- Head Start في مرحلة ما قبل الروضة
- Full-day Private Preschool/Daycare مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة بدوام كامل/رعاية نهائية
- Half-day Private Preschool مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة لنصف يوم
- Licensed Family Home Daycare Provider مقدم رعاية منزلية مرخص للعائلة
- Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل

Other: أخرى:

- Parent/Relative ولي الأمر/أقرباء
 - Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.) مقدم رعاية الأطفال في منزلي (مربية أطفال، جليسة أطفال، إلخ)
 - Other: أخرى:
- Specify: _____ يرجى التحديد:

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct.

بتوقيعي على هذه الاستمارة، فأبني وأكد أن المعلومات الواردة هنا صحيحة.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ توقيع الأب/ولي الأمر التاريخ

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID	School ID	Sch/Res	Att/Permit Code	Address/Transfer Permit Verified	Grade	Entry Code	Entry Date	Office Verification/Signature

Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/ አሳዳጅ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የራደራል ስጦታ ይጠይቃል። አታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የራደራል ስጦታ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (አ. ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ እንዲገኝባቸው ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የአ. ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም የለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستناداً إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/ الأوصياء الشرعيين بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

والدين/ سرپرست: مقررات حکومت فدرال مکاتب را ملزم میسازد تا کلیه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمین و هر زبان دیگری که ممکن است صحبت کنند، بررسی کنند. بر اساس اطلاعات ارائه شده در زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. بر اساس نتایج ارزیابی، دانش آموز ممکن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق برنامه تعلیم انگلیسی (EL) باشد. والدین/سرپرستان از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدین این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی EL را بپذیرند یا امتناع کنند.

Student Name: _____	Date of Birth: _____
Nombre del alumno	Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም	የትውልድ ቀን፤
اسم الطالب	تاريخ الميلاد
اسم شاگرد	تاريخ تولد
Parent/Guardian Name: _____	Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal	Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም	ስልክ
اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي	رقم الهاتف
اسم والدین/ سرپرست	تيليفون

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?
 ¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?

በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኾን?
 ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟
 بدون توجه به زبانی که شاگرد صحبت میکند، زبان اصلی مورد استفاده در خانه، چیست؟

2. What is the language most often spoken by the student?
 ¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?

ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟
 زبانی که اغلب شاگرد صحبت میکند، چیست؟

3. What is the language that the student first acquired?
 ¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?

የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟
 زبانی که شاگرد برای اولین بار صحبت نمود، چیست؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية دیگر

¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
 ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?

ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟
 در کدام زبان ترجیح می دهید با مکتب ارتباط برقرار کنید؟

Other: _____
 Otro
 ሌላ
 أخرى
 دیگر

Parent/Guardian Signature: _____	Date: _____
Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ	ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي	التاريخ
امضای والدین/ سرپرست	تاريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.
 If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question 1, 2, or 3, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions. Rev. 8/8/18

الجزء I: معلومات الطالب/العائلة

يرجى إكمال تعبئة الفقرات أ، ب أو ج

أ. أنا ولي الأمر الذي يقوم بتسجيل
المدرسة. _____
(الاسم الكامل للطالب) في _____

ب. أنا الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية الأساسية الذي يقوم بتسجيل
(ينبغي تقديم وثائق رسمية). _____
في المدرسة (الاسم الكامل للطالب)

ج. أنا طالب بالغ (18 عام فأكثر) أقوم بتسجيل نفسي، _____
في المدرسة. (الاسم الكامل للطالب)

أنا، ولي الأمر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية و/أو الطالب البالغ، أؤكد أنني/نحن نسكن في المنزل التالي*: العنوان الكامل:

اسم الشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف

الجزء II: بيان حلف اليمين لولي الأمر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

أنا أفهم أن تسجيل الطالب في مدارس مدينة الإسكندرية العامة يعتمد على تأكيدى أنني (الجزء الأول) ولي الأمر/ الوصي الشرعي للطالب ومقيم في مدينة الإسكندرية، (الجزء الثاني) بيان حلف اليمين على الإقامة في مدينة الإسكندرية و (الجزء الثالث) عرضي لوثائق التحقق من الإقامة (انظر الصفحة 3 - الفئة أ، ب، أو ج). أنا أؤكد أنني أقدم مع الطالب في العنوان المذكور في هذه الوثيقة. إذا كان بيان حلف اليمين هذا غير صحيح، فأنا أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن سداد الرسوم الدراسية للطالب بأثر رجعي، وأنه سوف يتم إستبعاد الطالب من مدارس مدينة الإسكندرية العامة. يرجى العلم بأنه وفقاً للفقرة § 22.1-264.1 من قانون ولاية فيرجينيا، فإن أي شخص يبذل بإفادة غير صحيحة تتعلق بمكان الإقامة عن قصد بهدف التسجيل في مدرسة خارج حدود الرقعة الجغرافية لمنطقة سكن الطالب تعد جنحة من الدرجة 4. أنا أقر بتنازلي عن حقوقي في سرية المعلومات المتعلقة بمقر إقامتي وأنا أفهم أن مدارس مدينة الإسكندرية العامة سوف تستخدم أية وسيلة قانونية تكون تحت تصرفها للتحقق من مكان إقامتي. كما أوافق أيضاً على إخطار المدرسة في حال حصول أي تغيير في عنوان سكني و/أو سكن الطالب خلال مدة ثلاثة (3) أيام عمل من تاريخ حصول التغيير.

الاسم _____ رقم الهاتف _____ كتابة لولي الأمر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

توقيع ولي _____ التاريخ _____ الامر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

*يُعرف مكان الإقامة/ محل الإقامة على أنه المكان الذي ينام فيه الشخص كل ليلة. لا يكفي إمتلاك أو إستئجار عقار للإدعاء بالإقامة في مدينة الإسكندرية. ينبغي على الطالب والوصي الشرعي النوم في مدينة الإسكندرية كل ليلة.

الجزء III: إستمارة التحقق من السكن

ينبغي على الشخص البالغ الذي يقوم بتسجيل الطفل تقديم بطاقة هوية تعريفية تحمل صورة، شهادة ميلاد الطالب والوثائق الثلاثة (3) التالية: ينبغي تقديم النسخ الأصلية لجميع الوثائق (حالية - صادرة خلال فترة 60 يوم الأخيرة) وموضح فيها اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ وعنوانه في مدينة الإسكندرية. انظر الجهة الخلفية لمزيد من التوضيح للوثائق. **الفئة أ - وثيقة واحدة (1):**
الفئة ب - وثيقتين (2):

- عقد إيجار
- فاتورة الخدمات والمرافق (الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي)
- صك ملكية (مع نسخة من ضريبة الملكية)
- فاتورة حالية لضريبة الممتلكات الشخصية لساكني مدينة الإسكندرية أو إيصال بذلك
- رسالة مرسلة بالبريد من قبل جهة حكومية (TANIF, HUD, ARHA, IRS)
- عقد رهن عقاري
- قسائم حالية لدفع الراتب (تتضمن عنوان في مدينة الإسكندرية وملاحظة حجب الضرائب عن ولاية فرجينيا)
- كشفان مصرفيان متتاليان (مرسلة بالبريد)

الفئة ج:

- أحدث عائد ضريبي على الدخل الاتحادي/ الفدرالي موضحاً فيه عنوان في مدينة الإسكندرية
- إنعدام السكن
- DSS/خدمات رعاية الأطفال بالتبني
- بوليصة حالية للتأمين على المنزل أو المكان المؤجر مذكور فيه عنوان في مدينة الإسكندرية
- إنتقلت العائلة حديثاً للسكن في مدينة الإسكندرية (أقل من 30 يوم) آخر موعد هو _____

سكان السكن المشترك: إذا كان ولي الأمر/الوصي الشرعي من الساكنين في سكن مشترك، عندها يتوجب تقديم إستمارتي أب/ب مصدقة من كاتب العدل مع نسخة من الرهن العقاري الخاص بالمالك، أو صك الملكية أو نسخة من عقد الإيجار للسكن المشترك الذي يسكن فيه الطالب وولي أمره. إضافة الى ذلك، ينبغي تقديم اثنتين من الوثائق الداعمة (على أن تكون بإسم ولي الأمر/الوصي الشرعي) وكما هو مذكور أعلاه. يمكن القيام بزيارة للمنزل في حالات الإقامة المشكوك فيها. تاريخ نفاذ صلاحية الإستمارة أب/ب: Registrar - enter date into _____ ((PowerSchool)).

أنا أشهد أنني راجعت شخصياً جميع الوثائق المقدمة وأؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وواقعية على حد علمي، معلوماتي واعتقادي. كما أؤكد أيضاً أنه سيتم إرفاق نسخ من جميع الوثائق المطلوبة بهذه الوثيقة ووضعها في ملف الطالب.

اسم _____

التاريخ

توقيع المسؤول المدرسي

المسؤول المدرسي (كتابة)

ينبغي أن تتضمن جميع الوثائق الاسم الكامل لولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ والعنوان في مدينة الإسكندرية.

الفئة أ: (وثيقة واحدة من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

- عقد الإيجار : يجب أن يكون عقد الإيجار الأصلي نافذاً (غير منتهي الصلاحية) ويتضمن التواريخ، الأسماء وعنوان العقار لولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إجراؤه مع المالك، عندها ينبغي توثيق عقد الإيجار عند كاتب العدل.
- صك الملكية: ينبغي إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك. يمكن الحصول عليها (مجاناً) من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. ينبغي أن يكون صك الملكية باسم ولي الأمر/الوصي الشرعي.
- الرهن العقاري: يجوز للمقيم تقديم فاتورة الرهن العقاري التي أعدها المقرض (موضحة فيها التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو عقد الرهن العقاري الأولي مع النسخة الحالية من الضريبة العقارية للمالك. يمكن الحصول عليه مجاناً من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>.
- أنا أعيش في مسكن مشترك وأن عقد الإيجار/ صك الملكية أو الرهن العقاري ليس باسمي. يرجى إكمال تعبئة إستمارة السكن المشترك (A / B) وإرفاق عقد الإيجار / صك الملكية أو الرهن العقاري للشخص الذي تقيم فيه.

و

الفئة ب: (وثيقتان من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

- فاتورة الخدمات والمرافق (الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي). ينبغي أن تكون الفاتورة صادرة خلال فترة 60 يوم الماضية. إذا كان عقد الإيجار يشمل تغطية جميع الخدمات والمرافق ولا توجد لديك أية فواتير أخرى، عندها يرجى تقديم رسالة صادرة من مدير العقار على ورقة تحمل شعار الشركة توضح شمول جميع خدمات الماء، الغاز، الصرف الصحي، الكهرباء في الإيجار الشهري.
- ضريبة الأملاك الشخصية في مدينة الإسكندرية (سيارة، عربة سكن متنقلة، قارب). يرجى الملاحظة: تتطلب إدارة تسجيل المركبات في ولاية فرجينيا أن يتم تسجيل جميع الممتلكات الشخصية على العنوان الحالي في غضون 60 يوماً من تاريخ الانتقال إلى محل السكن الجديد.
- رسالة مرسلة من إحدى الدوائر الحكومية (برنامج المساعدة المؤقتة للعوائل المحتاجة TANIF، وزارة الإسكان والتنمية العمرانية HUD، سلطة الإسكان وإعادة التطوير في مدينة الإسكندرية ARHA، دائرة الإيرادات الداخلية IRS، إلخ). يجب أن تكون الرسالة مرسلة إلى ولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ.
- قسائم حالية لدفع الراتب (تتضمن عنوان في مدينة الإسكندرية وملاحظة حجب الضرائب عن ولاية فرجينيا).
- أحدث عائد ضريبي على الدخل الاتحادي/ الفدرالي موضحاً فيه عنوان في مدينة الإسكندرية.
- كشفان مصرفيان متتاليان مرسلة بالبريد إلى العنوان الكائن في مدينة الإسكندرية.
- بوليصة حالية للتأمين على المنزل أو المكان المؤجر مذكور فيه عنوان في مدينة الإسكندرية.

أو

الفئة ج: يرجى التشاور مع موظف التسجيل في المدرسة إذا كانت تنطبق أي من الفقرات التالية.

- انعدام السكن، في مرحلة انتقالية أو كنت تعاني من التشرد.
- رعاية الأطفال بالتبني/DSS: تقديم إثبات يوضح أن الطالب في عهدة دائرة الخدمات الاجتماعية، في شكل أمر محكمة أو وثيقة رسمية صادرة من دائرة الخدمات الاجتماعية.

3

يوليو/تموز 2018

قد تتلقى مدارس ACPS منح مالية فيدرالية لتسجيل الطلاب المرتبطين فيدرالياً. إذا لم يكن ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي في العائلة يسكن أو يعمل على أراضي فيدرالية، فالرجاء إكمال القسم 1 وتوقيعه وكتابة التاريخ في أسفل النموذج.

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Section 1: STUDENT INFORMATION القسم 1: بيانات الطالب

Student Name: الاسم الأخير Last اسم الطالب: First الاسم الأول Middle الاسم الأوسط Student ID رقم تعريف الطالب

Address: العنوان: Number & Street الرقم والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Name of School اسم المدرسة Grade الصف الدراسي Birth Date تاريخ الميلاد Home Phone هاتف المنزل

If the above property is federal property, please enter the name of the property إذا كان العقار أعلاه عقاراً فيدرالياً، يُرجى إدخال اسمه

Section 2 – EMPLOYMENT INFORMATION: CIVILIANS ONLY working on federal property القسم 2- بيانات العمل: المدنيين العاملون لدى منشأة فيدرالية فقط

Parent/Guardian Name: اسم الوالد/الوصي: Last الاسم الأخير First الاسم الأول MI الاسم الأوسط Employer Name اسم صاحب العمل

Employer Address (Physical Location) عنوان صاحب العمل (مكان فعلي) Building Number & Street رقم البناية والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) اسم المنشأة الفيدرالية (انظر الجانب الخلفي لقائمة المنشآت الفيدرالية المؤهلة)

Federal Property Address عنوان المنشأة الفيدرالية Number & Street الرقم والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN القسم 3- بيانات عمل الوالد/الوصي: الوالد/الوصي يعمل لدى هيئة من الهيئات الحكومية الموحد

أدخل البيانات في هذا القسم إذا كان الوالد/الوصي في الخدمة الفعلية لدى إحدى الهيئات الحكومية الموحد في تاريخ ملء هذا الاستبيان. (إذا كان كلا والدا الأسرة يعملان لدى القوات المسلحة في وقت تاريخ ملء هذا الاستبيان، يُرجى ملء استمارة أخرى).

Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) إذا كان ليس لدى الطالب صلة بالقوات المسلحة، فلا تملء أي شيء في القسم 3.

Branch of Active Service: فرع الخدمة الفعّلية:

Air Force القوات الجوية Army الجيش Coast Guard حرس السواحل Marine Corps قوات مشاة البحرية Navy القوات البحرية

The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA
الفيلق المساعد لدى الإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي (NOAA)

The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS
الفيلق المساعد لدى إدارة الصحة العامة الأمريكية (USPHS)

National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders)

الحرس الوطني أو قوات الاحتياط المُعبّنة بموجب القرار الرئاسي التنفيذي رقم (13223)، الصادر بتاريخ 2001/9/14 والباب (10) من قانون الولايات المتحدة (يُرجى إرفاق نسخ من أوامر التشكيل)

National Guard; Reserve الحرس الوطني؛ قوات الاحتياط

Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).
قوات الاحتياط؛ يعول الطالب أحد العاملين لدى قوات الاحتياط (الجيش، أو القوات البحرية، أو قوات مشاة البحرية، أو حرس السواحل).

Parent/Guardian Name (Last, First and MI)
اسم الوالد/الوصي (الأول، والأوسط، والأخير)

Military Rank/Grade
الرتبة/الدرجة العسكرية

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY القسم 4- بيانات عمل الوالد/الوصي: القوات المسلحة الخارجية

أدخل البيانات في هذا القسم إذا كان الوالد/الوصي في الخدمة الفعلية في تاريخ ملء هذا الاستبيان. إذا كان غير ذلك، فتجاوز هذا القسم.

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) اسم الوالد/الوصي (الأول، والأوسط، والأخير)

Foreign Government Name اسم الحكومة الخارجية

Military Rank/Grade الرتبة/الدرجة العسكرية

Branch of Service فرع الخدمة

تُستخدم هذه المعلومات في دعم طلبنا بشأن الأموال الفيدرالية بموجب برنامج المساعدات Impact Aid Program (طبقاً للباب الثامن من قانون المدارس الابتدائية والثانوية). وقد تُقدّم هذه المعلومات إلى دائرة التعليم الأمريكية في حالة خضوع طلبنا المُقدّم للتدقيق؛ علماً بأنه يجب التوقيع على هذه الاستمارة وتاريخها حتى تتسلم مدارس Alexandria City Public Schools العامة حصتها العادلة من الأموال الفيدرالية. أشهد بموجب توقيعي على هذه الاستمارة بأن جميع المعلومات المطبوعة والمكتوبة بهذا النموذج دقيقة وكاملة اعتباراً من تاريخ الاستبيان.

Signature of Parent/Guardian توقيع الوالد/الوصي

Date [mm/dd/yyyy] التاريخ: [اليوم/الشهر/السنة]

المنشآت الفيدرالية المؤهلة

- محكمة ألبرت في. براين الفيدرالية، وعنوانها: 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- مركز عمليات الطوارئ ماونت ويزر، وعنوانه: 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- مقبرة أرلينغتون الوطنية، وعنوانها: Arlington, VA 22211
- محكمة مارتن في. بي بوستيتير، وعنوانها: 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- حرم لانجلي التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانه: 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA 22101
- مركز قوات السطح الحربية البحرية، وعنوانه: 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- مكتب الاستطلاع الوطني التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانه: 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- هيئة الأرصاد الوطنية التابعة للإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي، وعنوانها: 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- مطار دالاس الدولي، وعنوانه: 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- البنتاغون [اذكر موقع البناية في عنوان الشارع]: Arlington, VA 22202
- مركز مراقبة حركة المرور الجوية التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانه: 825 E Market St, Leesburg, VA 20176
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانه: 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- مكتب بوتوماك تراكون التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانه: 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانه: 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- المختبر والأكاديمية التابعان لمكتب التحقيقات الفيدرالي، وعنوانه: 2501 Investigation PW, Quantico, VA 22135
- مركز ستيفن إف أودفار هازي، وعنوانه: 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- مكتب فورت بيلفوار، وعنوانه: 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- مركز البحوث ترنر-فايربانك، وعنوانه: 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- مكتب فورت بيلفوار نورث (وكالة الاستخبارات الجغرافية المكانية)، وعنوانه: 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- الحرس الوطني للجيش الأمريكي، وعنوانه: 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- مكتب فرانكونيا جي اس ايه إل او سي، وعنوانه: 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- مركز قوات احتياط الجيش الأمريكي، وعنوانه: 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- مكتب جورج بيه شولز التابع للمركز الوطني للتدريب على الشؤون الخارجية، وعنوانه: 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- مكتب المدعي العام الأمريكي (USDOJ)، وعنوانه: 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- حديقة جورج واشنطن التذكارية، وعنوانه: 700 GW Pw, VA 22101
- إذاعة حرس السواحل الأمريكي، وعنوانها: 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- قاعة هيندرسون، وعنوانها: 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- مكتب المسح الجيولوجي الأمريكي، وعنوانها: 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- مكتب المهندس هامفري، وعنوانها: 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- مبنى مكتب هيبلا فالي، وعنوانه: 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- قاعة القاعدة المشتركة ماير-هانديرسن، وعنوانها: Fort Myer, VA 22211
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- قاعدة كوانتيكو لقوات المشاة البحرية، وعنوانه: 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- بناية مكتب مركز مارك الفيدرالي، وعنوانه: 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- حديقة وولف تراب فارم، وعنوانه: 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM نموذج بيانات الطالب الصحية

صفحة 1 من 2 Page 1 of 2

Student's Last Name: _____ First Name: _____
إسم العائلة للطالب الإسم الأول

Date of Birth: _____ Grade: _____ School Year: _____
تاريخ الميلاد الصف السنة الدراسية

STUDENT HEALTH CONDITIONS الظروف الصحية للطالب

Check all boxes that apply to the student. ضع علامة على كل ما ينطبق على الطالب.

ALLERGIES الحساسية Yes نعم No لا

Allergy Type:
نوع الحساسية:

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

- Food: List food(s): _____
الطعام أذكر الأطعمة
- Medication List medication(s): _____
أدوية أذكر الأدوية
- Bee stings or insect bites
لسعات النحل أو لدغ الحشرات الأخرى
- Other: _____
غير ذلك

Date of last severe reaction: _____
تاريخ آخر ردة فعل قوية

Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____
تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب الحساسية

Currently prescribed medications and treatments for allergies:
الأدوية و العلاجات الموصوفة حالياً للحساسية

- Oral antihistamine (Benadryl, etc.) Epinephrine Has Epi-Pen
(بينادريل، الخ) مضادات الهيستامين عن طريق الفم (بينادريل، الخ) أدرينالين وقائي الطالب لديه أدرينالين وقائي على شكل عبوة سهلة للحقن
- Other: _____
غير ذلك

FOOD RESTRICTIONS الأظعمة الممنوعة Yes نعم No لا

- Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): _____
بسبب تهيج الجهاز الهضمي أذكر الأطعمة
- Due to religious or other preferences List food(s): _____
بسبب الدين أو معتقدات أخرى أذكر الأطعمة

ASTHMA الربو Yes نعم No لا

Currently prescribed medications and treatments for asthma:
الأدوية و العلاجات الموصوفة حالياً ضد الربو

- Daily control (prevention) medication
الدواء اليومي (الوقائي) للتحكم بالربو
- As needed (rescue) medication
الدواء الذي يؤخذ حسب الحاجة (المسكن)

Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____
تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو لغرفة الطوارئ بسبب الربو

DIABETES مرض السكري Yes نعم No لا

Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____
تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب مرض السكري

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?
هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء و/أو فحص دم في المدرسة؟

- No Yes List medication(s): _____
لا نعم أذكر الأدوية

SEIZURE DISORDER الإصابة بنوبات صرع Yes نعم No لا

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?
هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء داخل المدرسة؟

- No Yes List medication(s): _____
لا نعم أذكر الأدوية

Date of last seizure: _____
تاريخ آخر نوبه صرع

Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____
تاريخ آخر زيارة المستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب نوبه صرع

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM نموذج بيانات الطالب الصحية

Page 2 of 2 صفحة ٢ من ٢

OTHER HEALTH CONDITIONS ظروف صحية Yes نعم No لا

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD
إضطراب نقص الإنتباه و فرط الحركة | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect
تشوه خلقي في القلب | <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea
توقف التنفس أثناء النوم | <input type="checkbox"/> Cancer
السرطان |
| <input type="checkbox"/> Autism
مرض التوحد | <input type="checkbox"/> Hemophilia
نزف الدم الوراثي أو الهيموفيليا | <input type="checkbox"/> Nutritional Disorder
إضطراب التغذية | <input type="checkbox"/> Chronic Infection (Hepatitis C, HIV)
العدوى المزمنة (التهاب الكبد الوبائي (فيروس نقص المناعة) |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy
التشنج الدماغي | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease
مرض فقر الدم المنجلي | <input type="checkbox"/> Physical Disability
إعاقه جسدية | <input type="checkbox"/> Congenital/Chromosomal Disorders
امراض الإضطرابات الخلقية أو الكروموزومات |
| <input type="checkbox"/> Developmental Delay
تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
التليف الكيسي | <input type="checkbox"/> Eczema
الأكزيما | <input type="checkbox"/> Depression
الإكتئاب |
- Other physical or mental health conditions: _____
ظروف صحية بدنية أو عقلية أخرى

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?
هل تتطلب حالة الطالب استخدام ما يلي دخل المدرسة؟

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Medications:
أدوية | <input type="checkbox"/> No لا | <input type="checkbox"/> Yes نعم | List medication(s): _____
أذكر الأدوية |
| Special procedures:
إجراءات الخاصة | <input type="checkbox"/> No لا | <input type="checkbox"/> Yes نعم | List procedure(s): _____
أذكر الإجراءات |
| Special equipment:
معدات خاصة | <input type="checkbox"/> No لا | <input type="checkbox"/> Yes نعم | List equipment: _____
أذكر الإجراءات |

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية Yes نعم No لا

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Glasses
نظارات | <input type="checkbox"/> Contacts
عدسات لاصقة | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | | |

HEARING CONDITIONS مشاكل السمع Yes نعم No لا

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hearing aid(s)
سماعة أذن طبية | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | |

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE العناية الصحية و التغطية الصحية للطالب

- Does the student have health insurance?** No لا Yes نعم
هل لدى الطالب تأمين صحي؟
Name of health insurance company: _____
إسم شركة التأمين الصحي
- Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب رقم الهاتف
- Does the student have dental insurance?** No لا Yes نعم
هل لدى الطالب تأمين على الأسنان؟
Name of dental insurance company: _____
اسم شركة التأمين على الأسنان
- Name of student's dentist: _____ Phone: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب رقم الهاتف

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION تفويض من أحد الوالدين/الوصي

في حالة الطوارئ، سيقوم موظفو المدرسة بالاتصال بخدمة الطوارئ. سنبدل كل جهد للاتصال بأحد الوالدين أو الوصي القانوني، وإذا تعذر الاتصال بهم نحاول الاتصال بالأشخاص المدرجة بياناتهم للاتصال بهم في حالات الطوارئ. سيتم نقل الطلاب إلى أقرب غرفة طوارئ ما لم يكن ولي الأمر في مقر المدرسة لتولي مسؤولية الطفل.

يكون ولي الأمر/الوصي الشرعي مسؤولاً عن تزويد المدرسة بأية أدوية، طعام خاص، لوازم، أو معدات يحتاجها الطالب خلال اليوم الدراسي. تأكد من الممرض في المدرسة أو المسجل للحصول على الدواء الصحيح و الإستمارات الإجرائية الصحيحة. إذا كان لطفلك خطة فردية للرعاية الصحية خلال اليوم الدراسي يكون الوالدين/الوصي هو المسؤول عن توفير الممرض في المدرسة بالمعلومات الطبية اللازمة، و استمارات التصريح المناسبة و الموافقة الخطية لتبادل المعلومات مع طبيب الطفل.

do not do

أنا _____ (أفوض) (لا أفوض) لمقدم الرعاية الصحية لطفلي و مقدم الرعاية الصحية لطفلي في المدرسة بمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات المتعلقة بهذه الإستمارة. هذا التفويض ساري المفعول حتى يتم سحبه. تستطيع سحب التفويض في أي وقت عن طريق الإتصال بمدرسة طفلك. عندما يتم الإفصاح عن معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق المعلومات في سجل طفلك الصحي أو الدراسي.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
توقيع أحد الوالدين/الوصي التاريخ

كومولث فيرجينيا
النموذج الصحي للاتحاق بالمدرسة
نموذج المعلومات الصحية/تقرير الفحص البدني الشامل/شهادة التطعيم

الجزء الأول - نموذج المعلومات الصحية

يقتضى قانون الولاية (الرمز المرجعي لولاية فيرجينيا § 22.1-270) تلقي طفلك لكل التعليمات اللازمة وخضوعه لفحص طبي شامل قبل الالتحاق بالمدارس الحكومية لرياض الأطفال أو المرحلة الابتدائية. يجب على ولي الأمر أو الوصي ملء هذه الصفحة (الجزء الأول) من النموذج. ويتولى مقدم الخدمات الطبية ملء الجزءين الثاني والثالث من النموذج. يجب ملء هذا النموذج قبل عام على الأكثر من دخول طفلك إلى المدرسة.

اسم المدرسة: _____ الصف الدراسي الحالي: _____

اسم الطالب: _____

ولاية أو بلد الميلاد: _____ اللغة الأساسية التي يتحدث بها: _____ الجنس: _____ الأوساط: _____

تاريخ ميلاد الطالب: _____ / _____ / _____

عنوان الطالب: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الأول: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الثاني: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____

جهة الاتصال في حالات الطوارئ: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____

المستشفى المفضل: _____

التأمين الصحي للطفل: بلا FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS خاص/تجاري/ بدعم من جهة العمل

المربع الأول: الحالات الصحية القائمة مسبقاً			
ملاحظات	نعم	الحالة الصحية	ملاحظات
الحساسية (طعام، حشرات، ادوية، اللانكس)	<input type="checkbox"/>	مرض السكر: النوع الأول	<input type="checkbox"/>
يرجى كتابة أنواع الحساسية المهددة للحياة:		مرض السكر: النوع الثاني	<input type="checkbox"/>
أنواع الحساسية (الموسمية)	<input type="checkbox"/>	مضخة انسولين	<input type="checkbox"/>
ربو أو اعتلال بالتنفس	<input type="checkbox"/>	إصابه أو ارتجاج في الراس	<input type="checkbox"/>
اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة	<input type="checkbox"/>	صعوبات في السمع أو صمم	<input type="checkbox"/>
اعتلال سلوكي/اجتماعي/تقني	<input type="checkbox"/>	اعتلال بالقلب	<input type="checkbox"/>
مشاكل في النمو	<input type="checkbox"/>	تسهم بالرصاص	<input type="checkbox"/>
اعتلال بالمثانة	<input type="checkbox"/>	اعتلال عضلي	<input type="checkbox"/>
حالات نزيف	<input type="checkbox"/>	نوبات صرع	<input type="checkbox"/>
اعتلال معوي	<input type="checkbox"/>	مرض فقر الدم المنجلي (لم يتم تلقي علاج)	<input type="checkbox"/>
شلل دماغي	<input type="checkbox"/>	صعوبات في الكلام	<input type="checkbox"/>
تليف كبدي	<input type="checkbox"/>	إصابه العمود الفقري	<input type="checkbox"/>
مشاكل في صحة الأسنان	<input type="checkbox"/>	جراحه	<input type="checkbox"/>
		اعتلال بصري	<input type="checkbox"/>

يرجى إيضاح أي معلومات أخرى ذات صلة بصحة طفلك (□ أنبوب تغذية، □ أنبوب بالقصبة الهوائية، □ دعم للأكسجين، □ أجهزة مساعدة للسمع، □ تركيبات بالأسنان، □ كرسي متحرك، سوابق دخول المستشفى، وما إلى ذلك):

المربع الثاني: الادوية			
ملاحظات	يرجى إدراج كل الأدوية التي يتناولها طفلك بانتظام (في المنزل/المدرسة) سواء وفق وصفة طبية أو في حالات الطوارئ أو من دون وصفة طبية أو أعشاب طبية:	وقت تناول الدواء (المنزل/المدرسة)	الجزء
			1.
			2.
			3.
			4.

ادوية أخرى (الاسم والجرعه ووقت تناولها والملاحظات)

يرجى وضع علامة هنا إذا كنت ترغب في مناقشة معلومات سرية مع الممرضة بالمدرسة أو أي مسؤول آخر بالمدرسة. نعم لا يرجى تقديم المعلومات التالية:

تاريخ آخر موعد	رقم الهاتف	الاسم
		طبيب الأطفال/مقدم الرعاية الأولية
		الاختصاصي
		طبيب الأسنان
		الأخصائي الاجتماعي (إن وجد)

أنا _____ (أصرح) (لا أصرح) لموفر الرعاية الصحية لطفلي وموفر الرعاية الصحية المختص في مقر المدرسة بمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات ذات الصلة بهذا النموذج. سيظل هذا التصريح ساريًا حتى تقوم أو ما لم تقم بإلغائه. يمكنك إلغاء التصريح في أي وقت بالاتصال بمدرسة طفلك. ويرجى العلم أنه عند إخراج أي معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق هذا الإفصاح في السجل الطبي لابنك أو السجل المدرسي.

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____

توقيع المترجم الفوري: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization**

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name:		Date of Birth :			/ /		Sex:	
Race (Optional):		Ethnicity:		Hispanic		Non-Hispanic		
IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN							
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5			
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5			
Tdap Vaccine booster	1							
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5			
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4				
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3					
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4				
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:					
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2						
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:					
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:					
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:					
Hepatitis B Vaccine (HBV) <input type="checkbox"/> Merck adult formulation used	1	2	3	4				
Hepatitis A Vaccine	1	2						
Meningococcal ACWY Vaccine	1	2						
Meningococcal B Vaccine	1	2	3					
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	1	2	3					
Influenza (Yearly)	1	2	3	4	5			
Other	1	2	3	4	5			
Other	1	2	3	4	5			
Certification of Immunization								
I certify that this child is ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's <i>Regulations for the Immunization of School Children</i> (Reference Section III).								
Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____				Date (Mo., Day, Yr.): ___/___/___				

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: |____|____|____|
 Parent or Legal Guardian Name: _____
 Parent or Legal Guardian Name: _____
 Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; Measles :[____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [] , or temporary [] and expected to preclude immunizations until: Date (Mo., Day, Yr.): |____|____|____|.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (Mo., Day, Yr.):** __/__/__

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on _____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (Mo., Day, Yr.):** |____|____|____|

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
 (Requirements are subject to change.)

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Sex: M F

Health Assessment	Date of Assessment: ____/____/____ Weight: ____ lbs. Height: ____ ft. ____ in. Body Mass Index (BMI): ____ BP ____ <input type="checkbox"/> Age / gender appropriate history completed <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided	Physical Examination 1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment											
		1	2	3	Neurological	1	2	3	Skin	1	2	3	
					Lungs				Genital				
					Heart				Urinary				
Tuberculosis Screening													
Check the box that applies:													
<input type="checkbox"/> No risk for TB infection identified				<input type="checkbox"/> No symptoms compatible with active TB disease				<input type="checkbox"/> Risk for TB infection or symptoms identified					
Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading ____ mm TST/IGRA Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal													
EPSDT Screens <u>Required</u> for Head Start – include specific results and date:													
Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____													

Developmental Screen	<i>Assessed for:</i>	<i>Assessment Method:</i>	<i>Within normal</i>	<i>Concern identified:</i>	<i>Referred for Evaluation</i>
	Emotional/Social				
	Problem Solving				
	Language/Communication				
	Fine Motor Skills				
	Gross Motor Skills				
Hearing Screen	<input type="checkbox"/> Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. <input type="checkbox"/> Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred		<input type="checkbox"/> Referred to Audiologist/ENT <input type="checkbox"/> Unable to test – needs rescreen <input type="checkbox"/> Permanent Hearing Loss Previously identified: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Hearing aid or another assistive device		
		1000	2000	4000	
	R				
	L				

Vision Screen	<input type="checkbox"/> With Corrective Lenses (Check if yes)				
	Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail		<input type="checkbox"/> Not tested		
	Distance	Both	R	L	Test used:
	20/	20/	20/		
<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred to eye doctor <input type="checkbox"/> Unable to test-needs rescreen					
Dental Screen	<input type="checkbox"/> Problems Identified: Referred for Treatment <input type="checkbox"/> No Problem: Referred for prevention <input type="checkbox"/> No Referral: Already receiving dental care <input type="checkbox"/> Unable to perform				

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel	Summary of Findings (check one): <input type="checkbox"/> Well child; no conditions identified of concern to school program activities <input type="checkbox"/> Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):				
	Allergy: <input type="checkbox"/> food: _____ <input type="checkbox"/> insect: _____ <input type="checkbox"/> medicine: _____ <input type="checkbox"/> other: _____ Type of allergic reaction: <input type="checkbox"/> anaphylaxis <input type="checkbox"/> local reaction Response required: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> other:: _____				
	Individualized Health Care Plan needed (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)				
	Restricted Activity Specify: _____				
	Developmental Evaluation <input type="checkbox"/> Has IEP <input type="checkbox"/> Further evaluation needed for: _____ Medication. Child takes medicine for specific health condition(s). <input type="checkbox"/> Medication must be given and/or available at school.				
	Special Diet Specify: _____ Special Needs Specify: _____				
Other Comments: _____					

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) <input type="checkbox"/> By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).			
Name: _____		Signature: _____	
Practice/Clinic Name: _____		Address: _____	
Phone: _____		Fax: _____	
		Email: _____	

يتم توفير مدونة قواعد سلوك الطالب لكل عائلة في كل عام دراسي. من خلال التوقيع على هذا النموذج وإعادته، لا يتم اعتبار ولي الأمر/الوصي الشرعي متنازلاً عن حقوقه في الحماية بموجب دستور أو قوانين الولايات المتحدة و/ أو كومنولث فرجينيا، ولكنه يحتفظ بها صراحةً، ويكون له الحق في التعبير عن عدم الموافقة على سياسات و/ أو قرارات المنطقة التعليمية. تضم مدونة قواعد سلوك الطالب، بمقتضى القانون، إرشادات وقواعد لسياسة الاستخدام المسؤول لنظام الحاسوب للطلاب، الحضور المدرسي الإلزامي، معايير سلوك الطالب، سياسة المساواة والتميز، إستمارة الإبلاغ عن التنمر، وميثاق الشرف. يقع على عاتق أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين واجب مساعدة مدارس ACPS في تطبيق معايير سلوك الطالب والحضور الإلزامي الى المدرسة. يتحمل أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين مسؤولية فهم مدونة قواعد السلوك، تعزيز السلوك السليم للطلاب، مساعدة المدرسة في انضباط الطالب، الاجتماع مع مسؤولي المدرسة في حال طلب منهم ذلك لمناقشة الأمور المتعلقة بالانضباط والحضور الى المدرسة. كما يشترط القانون أيضاً قيام أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين بالتوقيع على بيان يوضح معرفتهم بمسؤولياتهم. توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي يشير فقط الى استلام المدونة، ولا يتطلب من العوائل الموافقة على أي من السياسات المدرجة فيها.

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

الاستخدام المسؤول للتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي

كطالب، أوافق على الامتثال للإرشادات المدرجة في قسم التكنولوجيا والإنترنت وكما هو موضع في مدونة قواعد سلوك الطالب.

توقيع الطالب: _____

اللوائح الخاصة بالحافلات المدرسية

يمكن الإطلاع على لوائح النقل بالحافلات المدرسية من خلال تصفح دليل الأسرة لعوائل طلاب مدارس ACPS. لقد قرأت وفهمت اللوائح الخاصة بركوب الطالب للحافلة المدرسية وأوافق على تحمل المسؤولية الكاملة عن سلوك الطالب على متن الحافلة المدرسية.

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

لقد قرأت وفهمت اللوائح الخاصة باستخدام الطالب للحافلة المدرسية وأوافق، بصفتي راكباً، على الالتزام بهذه اللوائح.

توقيع الطالب: _____

تتضمن معلومات الدليل اسم الطالب، عنوانه، مدرسته، صورته، الجوائز والتكريمات، وما إلى ذلك (لا تتضمن رقم الضمان الاجتماعي للطالب). أن الاستخدام الأساسي لمعلومات الدليل هو لنشر معلومات الطالب في النشرات ذات الصلة بالمدرسة. تتوفر قائمة كاملة لمعلومات الدليل في دليل الأسرة لعوائل طلاب مدارس ACPS. قد تكشف مدارس ACPS عن معلومات الدليل دون موافقة خطية، مالم يُشير ولي الأمر/الوصي الشرعي في أدناه الى عدم الكشف عن معلومات الطالب.

لا تنشر معلومات الدليل الخاصة بالطالب، باستثناء ما هو مطلوب بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، ابتداء من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2024. أنا أدرك أن هذا يعني أن المعلومات والصور الفوتوغرافية التي يظهر فيها الطالب سيتم استبعادها من المنشورات المدرسية مثل الكتب السنوية، قوائم الطلاب المتفوقين، والبرامج المطبوعة الخاصة بالتخرج/الانشطة الرياضية/المسرحية.

دليل المعلومات لرابطة PTA والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة

تقوم PTAs والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة بإصدار دليل سنوي للعوائل. ومع ذلك، ووفقاً لقانون ولاية فرجينيا، لا يمكن لأي مدرسة الكشف عن عنوان الطالب، رقم هاتفه، أو عنوان بريده الإلكتروني (ما لم يكن مطلوباً بموجب القانون أو على النحو الموضح في دليل عوائل طلاب مدارس ACPS)، ما لم يوافق ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي بالإيجاب خطياً على هذا الكشف عن المعلومات.

نعم، يمكن لمدارس ACPS أن تكشف عن رقم هاتف الطالب/العائلة وعنوان بريده الإلكتروني الى PTAs، المنظمات الداعمة، وغيرها من المنظمات ذات الصلة بالمدرسة ابتداء من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2024.

المشاركة في وسائط التواصل

على مدار العام الدراسي، قد ترغب مدرسة الطالب أو مدارس ACPS في مشاركة صور أو مقاطع فيديو للطالب، صور لأعماله الفنية أو الصفية، مقاطع من كتاباته أو اقتباساته في المناقشات الصفية، أو العروض التقديمية التعليمية. يشمل ذلك نشر الصور على موقع مدارس ACPS الإلكتروني، مقاطع فيديو مصورة لمدارس ACPS، مواقع التواصل الاجتماعي، أو في النشرات المدرسية

(لتشمل الكتب السنوية والبرامج)، أو التي يتم مشاركتها مع أطراف ثالثة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، وسائل الإعلام المحلية أو الوطنية (القنوات التلفزيونية، الإصدارات المطبوعة أو الألكترونية).

لا تستخدم صورة الطالب الفوتوغرافية، تصوير توضيحي له، صوته، كتاباته، أعماله الصفية أو أعماله الفنية في أي من المجالات المذكورة أعلاه للفترة من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2024.

معلومات سجل الطالب

(لأولياء أمور طلاب المرحلة الثانوية - طلاب المراحل 11 و 12 فقط)

يتطلب البند 9528 من قانون "عدم التخلي عن أي طفل" لعام 2001 أن تقوم الأنظمة المدرسية بتزويد مسؤولي التجنيد العسكريين ومؤسسات التعليم العالي بقوائم أسماء، عناوين، وأرقام هواتف طلاب المرحلة الثانوية عند الطلب. ومع ذلك، يجوز لأولياء الامور/الأوصياء الشرعيون (أو الطالب إذا كان عمره 18 عام أو القاصر المتحرر قانوناً من سلطة أو وصاية ولي الامر/الوصي الشرعي) أن يطلب عدم الإفصاح عن اسم الطالب، عنوانه ورقم هاتفه من دون الحصول على موافقة خطية مسبقة. تقوم مدارس ACPS، من خلال هذه الإستمارة، بإخطارك بحقق في طلب عدم الإفصاح عن معلومات طفلك.

في حال عدم وضع إشارة على أي من الخيارات أدناه، عندها سوف يتم الإفصاح عن معلومات الطالب عند طلبها من قبل مسؤولي التجنيد العسكريين، أرباب العمل المحتملين أو مؤسسات التعليم العالي للعام الدراسي 2024-2025.

يرجى وضع إشارة على أي من هذه المجاميع في حال عدم الرغبة في الإفصاح عن معلومات الطالب:

- _____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى مسؤولي التجنيد العسكريين
_____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى الكليات/ المؤسسات التعليمية الأخرى
_____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى أرباب العمل المحتملين

يتطلب البند 9528 من قانون "عدم التخلي عن أي طفل" لعام 2001 أن تقوم الأنظمة المدرسية بتزويد مسؤولي التجنيد العسكريين ومؤسسات التعليم العالي بقوائم أسماء، عناوين، وأرقام هواتف طلاب المرحلة الثانوية عند الطلب. ومع ذلك، يجوز لأولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين (أو الطالب إذا كان عمره 18 عام أو القاصر المتحرر قانوناً من سلطة أو وصاية ولي الأمر/الوصي الشرعي) أن يطلب عدم الإفصاح عن اسم الطالب، عنوانه ورقم هاتفه من دون الحصول على موافقة خطية مسبقة. تقوم مدارس ACPS، من خلال هذه الإستمارة، بإخطارك بحقك في طلب عدم الإفصاح عن معلومات طفلك.

في حال عدم وضع إشارة على أي من الخيارات أدناه، عندها سوف يتم الإفصاح عن معلومات الطالب عند طلبها من قبل مسؤولي التجنيد العسكريين، أرباب العمل المحتملين أو مؤسسات التعليم العالي للعام الدراسي 2024-2025.

يرجى وضع إشارة على أي من هذه المجاميع في حال عدم الرغبة في الإفصاح عن معلومات الطالب:

- _____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى مسؤولي التجنيد العسكريين
_____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى الكليات/ المؤسسات التعليمية الأخرى
_____ عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى أرباب العمل المحتملين

عقد الكتب

أنا أوافق بموجبه على استبدال أو دفع تكاليف أي أو جميع الأجهزة التكنولوجية المقدمة الى الطالب، الكتب المدرسية أو كتب المكتبة التي قد يتم الاحتفاظ بها، تلفها، فقدانها أو إساءة استخدامها، إضافة الى دفع التكاليف المترتبة عن جميع الأضرار الناجمة عن التلف أو الاستخدام غير الإعتيادي، وحسب تقييم المدرسة.

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي

التربية الحياتية والأسرية

تم تصميم منهج التربية الحياتية والأسرية في مدارس مدينة الاسكندرية العامة (ACPS) لغرض توفير برنامج شامل ومتسلسل للمراحل K-10 يتضمن دروساً ملائمة عمرياً في الحياة الأسرية والعلاقات المجتمعية، تعليم الامتناع عن ممارسة الجنس، الحياة الجنسية البشرية والنكاثر البشري، قيمة تأجيل النشاط الجنسي وفوائد التبرني كخيار إيجابي في حالة الحمل غير المرغوب فيه. لمعرفة المزيد حول منهاج التربية الأسرية، يرجى زيارة صفحة التربية الحياتية والأسرية على موقع ACPS الإلكتروني:

<https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

إضافة الى ذلك، يمكن الاطلاع على معلومات عدم المشاركة في حصص التربية الحياتية والأسرية من خلال الدخول على صفحة التربية الحياتية والأسرية على موقع ACPS الإلكتروني.

Alternate Authorized Persons for Kindergarten/Special Education Release

المسؤولون البديلاء عن خروج رياض الأطفال/التعليم الخاص

Transportation Department

مدارس مدينة ألكسندرية العامة - قسم النقل

Date: _____
التاريخ

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Student Name: اسم الطالب		Student ID #: رقم هوية الطالب	
Home Address: عنوان المنزل		Apt: رقم المنزل	Zip: الرمز البريدي
Parent/Guardian Name(s): اسم الوالدين/الأوصياء		Language Spoken by Parent/Guardian: اللغة التي يتحدثها الوالدين/الأوصياء	
Phone Numbers: أرقام الهاتف	Home: المنزل	Work: العمل	Cell: الهاتف الخليوي
School: المدرسة			
Authorized Persons for Pick Up (other than legal guardians). Only 3 authorized names allowed. المخولون لاستلام الطالب (بخلاف الأوصياء القانونيين). يُسمح بثلاثة أسماء مخولة فقط.			
Name of Authorized Persons أسماء المخولين	Relationship صلة القرابة	Telephone Number(s) رقم (أرقام) الهاتف	
Parent/Guardian Signature: توقيع الوالدين/الأوصياء		Date: التاريخ	
Principal Signature: توقيع المدير			
For Office Use Only: للاستخدام الرسمي فقط			
Received by: _____		Date: _____ Time: _____	

Please note: This form must be submitted by 12 p.m. in order to be effective immediately. If submitted after 12 p.m., change will go into effect the following school day. Principals **MUST** approve in order to be processed.

يرجى ملاحظة ما يلي: يجب إرسال هذه الاستمارة قبل الساعة 12 ظهرًا حتى تعتبر سارية على الفور. في حالة إرسالها بعد الساعة 12 ظهرًا، ستعتبر سارية اعتبارًا من اليوم الدراسي التالي. يجب الحصول على موافقة المدراء لتتم معالجتها.