

چک لیست ثبت نام کودکان

تمامی مدارک زیر باید در مراحل ثبت نام ارائه شود

گواهی تولد اصلی (یا گواهی تولد تایید شده)

ثبوت سرپرستی (اثباتی که نشان دهد بزرگسالی که کودک را ثبت نام می کند والدین / سرپرست قانونی است)

نام مندرج در شناسنامه باید با شناسه تصویری والدین/سرپرست یا مدارک محاکمه مربوط به حضانت قانونی مطابقت داشته باشد.

کاپی سوابق نمرات از مکتب قبلی (در صورت وجود)

گزارش معاینه فیزیکی (از ارائه دهنده مراقبت های صحی)

- قانون ایالتی (مرجع کد ویرجینیا § 22.1-270) ایجاب می کند که فرزند شما یک معاینه فیزیکی جامع و در ایالات متحده قبل از ورود به کودکان عمومی یا مکتب ابتدایی ایمن سازی شده است. تاریخ معاینه فیزیکی باید ظرف یک سال قبل از تاریخ ورود به کودکان باشد.
- بر اساس موارد فوق، شاگردانی که در حال حاضر در برنامه پیش از کودکان ACPS شرکت می کنند، باید مدرک ایمن سازی و یک معاینه فیزیکی جدید را قبل از ورود به کودکان ارائه دهند، حتی اگر این مدارک قبل از ورود به پیش از کودکان ارائه شده باشد.
- برای روشن شدن موضوع، "مکتب ابتدایی" در بالا به صنفهای اول تا پنجم اشاره دارد.

سوابق واکسین (مستند به ماه، روز و سالی که هر کدام اجرا شده

است) موارد زیر مورد نیاز است:

- آزمایش خون IGRA یا عکس اشعه ایکس قفسه سینه منفی، در ایالات متحده تکمیل شده باشد.
- ارزیابی ریسک سل منفی، آزمایش پوستی توبرکولین PPD،

ظرف 12 ماه قبل از اولین روز مکتب کودک تجویز شده باشد..

○ هپاتیت B- Hepatitis B

یک سری کامل از سه دوز هپاتیت B
○ واکسین دیفتری، کزاز، سیاه سرفه (DTP، Dtap یا Tdap)
حداقل 4 دوز، با یک دوز در روز تولد چهارم یا بعد از آن تجویز شده
باشد

○ هیاتیت A (HAV) - Hepatitis A (A) -

حداقل 2 دوز واکسن هیاتیت A برای شاگردان ورودی کودکستان مورد نیاز است.

○ واریسلا (آبله مرغان) - (Varicella (Chicken Pox)

دو دوز واریسلا یا مدارک طبی مبنی بر ابتلا به بیماری آبله مرغان.

○ فلج اطفال (OPV یا OPV or IPV) - Polio (IPV)

حداقل چهار دوز، با یک دوز در روز تولد چهارم یا بعد از آن تجویز شده باشد.

○ سرخکان، اوریون و سرخچه (MMR) - Measles, Mumps, & Rubella (MMR)

حداقل دو دوز سرخک، دو نوبت اوریون و یک دوز سرخچه قبل از کودکستان. اولین دوز باید در 12 ماهگی تجویز شده باشد.

مهم است در صورت کمبود واکسن‌ها: اگر واکسین‌های جدید به‌تازگی تزریق شده‌اند، یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحتی دارای مجوز باید تاریخ بازدید برنامه‌ریزی شده بعدی را برای واکسین‌های اضافی به صورت کتبی اعلام کند. همچنین فاصله مناسب دوزها باید رعایت شود. هنگامی که واکسین‌های اضافی دریافت می‌شود، اسناد و مکتوب باید به پرستار مکتب ارائه شود. شاگردانی که تا تاریخ تعیین شده موفق به تکمیل واکسیناسیون نشوند از مکتب حذف خواهند شد.

□ گواهی اقامت (3 سند مورد نیاز)

سه تأییدیه از محل اقامت شهر الکزاندریه، در 60 روز گذشته. فقط اصل (بدون کاپی) با ذکر نام و آدرس والدین ثبت نام کننده / سرپرست قانونی. شما باید یک (1) از مدارک زیر را به همراه داشته باشید:

- قرارداد نامه اجاره یا کرایه
- قواله
- قرارداد وام خانه / اظهارنامه

و 2 اسناد پشتیبانی:

- قرارداد اجاره یا کرایه
- تلفن ثابت خانه (با تاریخ 60 روز گذشته)
- صورتحساب / رسید شخصی فعلی مالیات املاک شهر الکزاندریه
- کاپی چک معاش (با توجه به نگاه داشتن مالیات ویرجینیا)
- آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی
- 2 صورت حساب بانکی متوالی
- بیمه نامه فعلی صاحب خانه یا کرایه نشین
- قبض آب و برق: آب، گاز، برق، کابل ویا قبض/رسید
- نامه پست شده از یک سازمان دولتی (TANIF, HUD, IRS, etc)

ساکنان خانه مسکن مشترک:

در صورت سکونت با شخص دیگری، والدین/سرپرست قانونی باید فورمه (A/B PDF) مسکن مشترک محضری را تکمیل کرده و یک نسخه اصلی از وام منزل، سند (با قبض مالیاتی) یا یک نسخه اصلی از اجاره نامه را برای شخص ارائه کنید با بیانیه که والدین/سرپرست قانونی و فرزند (فرزندان) با آنها زندگی می‌کنند. علاوه بر این، والدین/سرپرست قانونی موظفند دو سند پشتیبانی (به نام والدین/سرپرست قانونی) را که در بالا ذکر شده است ارائه دهند.

توجه: درایور لایسنس رانندگی یا کارت شناسایی صادر شده توسط ایالت به عنوان مدرک معتبر برای سکونت محسوب نمی‌شود.

اطلاعات دانشجو

نام میانی: _____ نام خانوادگی: _____ نام خانوادگی دانشجو: _____

_____ دانش آموز و پدر و مادر اولیه / سرپرست آدرس: _____

شهر _____ دولت _____ زیپ _____

درجه: _____ کشور تولد: _____ سال: _____ روز: _____ ماه: تاریخ ولادت: _____

نام ترجیحی: _____ دیگر زن مرد هویت جنسیتی زن مرد جنسیت

بله، اسپانیایی یا لاتین (شخص کوبایی، مکزیکی، پورتوریکو، آمریکای جنوبی، نه، اسپانیایی یا لاتین نیست آیا این دانش آموز اسپانیایی یا لاتین؟

(آمریکای مرکزی، یا دیگر فرهنگ یا منشاء اسپانیایی، بدون در نظر گرفتن نژاد)

سفید سیاه و سفید یا آفریقایی آمریکایی سرخپوست آمریکایی / آلاسکا نژاد دانش آموز چیست؟
بومی هاوایی یا دیگر جزیره نشین اقیانوس آرام آسیایی

خصوصی عمومی آخرین مدرسه حضور داشتند: _____

شهر _____ دولت _____ زیپ _____ آدرس: _____

بله نه اگر نه یک مدرسه شهر اسکندریه، آیا دانش آموز تا کنون در مدارس دولتی شهر اسکندریه حضور داشته است؟

درجه: _____ سال: _____ اگر بله، لطفا موارد زیر را ارائه دهید:

پدر و مادر / نگهبان اطلاعات

پدر و مادر اولیه / نگهبان

بله اگر نه، آیا استثنای سیاست تصویب شده است؟ نه آیا شما در شهر اسکندریه زندگی می کنید/ اقامت دارید؟

زن مرد نام خانوادگی: _____ نام خانوادگی: _____

سرپرست قانونی پدر خوانده پدر
پدر و مادر پرورش نامادری مادر

دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه): _____

بله آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه _____ - _____ (صفحه اصلی تلفن) نه

تلفن همراه: _____ - _____ (تلفن همراه)

آدرس پست الکترونیک: _____

Parent/Guardian's preferred language of communication?

دیگر (لطفا مشخص کنید) دری عربی امهاری اسپانیایی انگلیسی

پدر و مادر اولیه / نگهبان

بله اگر نه، آیا استثنای سیاست تصویب شده است؟ نه آیا شما در شهر اسکندریه زندگی می کنید/ اقامت دارید؟

زن مرد نام خانوادگی: _____ نام خانوادگی: _____

سرپرست قانونی پدر خوانده پدر
پدر و مادر پرورش نامادری مادر

دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه): _____

بله آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه _____ - _____ (صفحه اصلی تلفن) نه

تلفن همراه: _____ - _____ (تلفن همراه)

آدرس پست الکترونیک: _____

زبان ارتباطی مورد نظر والدین/گاردین؟

دیگر (لطفا مشخص کنید) دری عربی امهاری اسپانیایی انگلیسی

سابقه و هدف دانشجو

بله فعلی برای خدمات آموزش ویژه و یا 504 طرح؟ IEP آیا فرزند شما دارای

بله اگر بله، اسناد و مدارک به مدرسه ارائه شده است؟

آیا فرزند شما از حضور در مدرسه در یک مدرسه خصوصی یا دولتی در ویرجینیا یا ایالت دیگر، به جرم نقض سیاست های هیئت مدیره مدرسه مربوط به

بله سلاح، الکل یا مواد مخدر، و یا برای وارد کردن عمدی آسیب به فرد دیگری اخراج شده است؟

خواهر و برادر دانشجو

نام	تاریخ تولد	جنسیت	مدرسه
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

تماس اضطراری

لطفاً حداقل دو نفر را که ممکن است برای تصمیم گیری اضطراری تماس بگیریم فهرست کنید و/یا فرزند خود را از مدرسه بگیرید اگر در صورت اضطراری به والدین(ها)/سرپرست(ها) نمی توان رسید:

آدرس: _____ : تماس اضطراری

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

رابطه با دانش آموز: _____ تلفن کار: _____

لطفاً حداقل دو نفر را که ممکن است برای تصمیم گیری اضطراری تماس بگیریم فهرست کنید و/یا فرزند خود را از مدرسه بگیرید اگر در صورت اضطراری به والدین(ها)/سرپرست(ها) نمی توان رسید:

آدرس: _____ : تماس اضطراری

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

لطفاً حداقل دو نفر را که ممکن است برای تصمیم گیری اضطراری تماس بگیریم فهرست کنید و/یا فرزند خود را از مدرسه بگیرید اگر در صورت اضطراری به والدین(ها)/سرپرست(ها) نمی توان رسید:

آدرس: _____ : تماس اضطراری

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

تجربه پیش از کودکستان

در طول سال قبل از کودکستان، فرزند من حضور داشتند

برنامه (VPI) ابتکار پیش دبستانی ویرجینیا در 4 ساله در

Alexandria City Public Schools (ACPS)

Campagna Center

Child and Family Network Center (CFNC)

Creative Play School

Hopkins House-Helen Day Preschool Academy

یکی دیگر از برنامه های قبل از ک

Early Childhood Special Education

Preschoolers Learnin

Head Start

Full-day Private Preschool/Daycare

Half-day Private Preschool

Licensed Family Home Daycare Provider

Department of Defense Child Development Program

دیگر

Parent/Relative

Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.)

Other:

با امضای این فرم من تایید می کنم که اطلاعات موجود در اینجا درست است.

پدر و مادر / امضای نگهبان: _____ تاریخ: _____

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/አሳዳጊ፣ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የራደራል ስራ ይጠይቃል። አታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የራደራል ስራ 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 أعلاه، 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



تأیید اقامت
و فورمه ثبت نام
Residency Verification
& Enrollment Form

قسمت 1: اطلاعات شاگرد/فامیل

لطفاً A, B یا C. را تکمیل کنید
A. من والدین هستم که (اسم شاگرد:) فرزند خود را در مکتب ثبت نام میکنم.
B. من سرپرست قانونی/مراقب اصلی هستم که (اسم شاگرد:) را در مکتب ثبت نام میکنم. (باید مستندات رسمی ارائه دهد).
C. من (اسم شاگرد:) شاگرد بزرگسال (18 سال یا بالاتر) هستم و خودم ثبت نام مکتب می کنم
*: من ، والدین/سرپرست قانونی/مراقب و/یا شاگرد بزرگسال ، تأیید می کنم که من/ما در محل زیر زندگی می کنیم
آدرس مکمل

نام خیابان _____
پستی _____
اپارتمان. _____
شماره تلفون _____
شهر _____
ایالت _____
کد _____

____ Street name Apt. # City State Zip Code Phone Number

بخش دوم: بیانیه سوگند والدین/سرپرست/مراقب یا شاگرد بزرگسال

Part II: Parent/Guardian/Caregiver or Adult Student Sworn Statement

من می دانم که ثبت نام شاگرد در مکاتب عمومی شهر الکزاندریه بر اساس تأیید من است که من (قسمت اول) والدین/سرپرست قانونی متعلم و ساکن شهر الکزاندریه هستم، (قسمت دوم) این بیانیه قسم خورده از اقامتگاه شهر الکزاندریه و (قسمت سوم) ارائه من از مستندات تأیید اقامت (به صفحه 3 - دسته B ، A یا C مراجعه کنید). من تأیید می کنم که در آدرس ذکر شده در این سند با شاگرد ساکن هستم. اگر این بیانیه قسم خورده نادرست باشد، می فهمم که ممکن است مسئولیت پرداخت فیس اعتبار گذشته مکتب برای شاگرد را بر عهده داشته باشم و شاگرد از مکاتب عمومی شهر الکزاندریه اخراج شود. لطفاً توصیه میشود که طبق کد ویرجینیا § 22.1-264.1، این یک جرم کلاس 4 است که به منظور ثبت نام در مکتب خارج از منطقه حضور و غیاب که شاگرد در آن ساکن است، آگاهانه اقامت را نادرست نشان داده شود. من بدینوسیله از حقوق خود در مورد محرمانه بودن اطلاعات نسبت به محل زندگی خود چشم پوشی می کنم و می فهمم که مکاتب عمومی شهر الکزاندریه از هر وسیله قانونی که در اختیار دارد برای تأیید محل زندگی من استفاده خواهد کرد. من همچنین موافقت می کنم که در سه روز (3) روز کاری از چنین تغییراتی، به مکتب از هرگونه تغییر اقامتگاه برای خودم و/یا شاگرد اطلاع دهم.

اسم چاپی والدین/سرپرست/مراقب یا شاگرد بالغ _____

امضای والدین/سرپرست/مراقب یا شاگرد بالغ _____

*یک اقامتگاه/محل اقامت با حقوقی به عنوان جایی تعریف می شود که شخص هر شب سر خود را می گذارد. داشتن یا اجاره ملک برای ادعای اقامت در شهر الکزاندریه کافی نیست. شاگردو سرپرست قانونی باید شبانه در شهر اسکندریه بخوابند.

*** ACPS STAFF OFFICAL USE ONLY - DO NOT COMPLETE BELOW THIS LINE ***

1

July, 2018

بخش سوم: تأیید اقامت

ثبت نام کننده بزرگسال باید شناسنامه عکس دار، سرتفیکت تولد شاگرد و سه (3) مدارک زیر را ارائه دهد: تمام مدارک باید کاپی اصلی باشند (در 60 روز گذشته) و به وضوح والدین / سرپرست قانونی یا نام شاگرد بزرگسال و آدرس شهر الکزاندریه را ذکر کرده باشد. برای توضیح بیشتر مدارک به عقب مراجعه کنید.

دسته A - یک (1) سند:

- قرارداد نامه اجاره کامل یا کرایه
- سند همراه با کاپی مالیات بر املاک و خانه
- قرارداد بانکی قرض مسکن

دسته B - دو (2) اسناد پشتیبانی:

- صورتحساب مصرف (آب، گاز، برق، اینترنت، کیبل و یا صورتحساب تیلیفون ثابت خانه)
- صورتحساب / رسید شخصی فعلی مالیات املاک شهر الکزاندریه
- نامه پست شده از یک سازمان دولتی (IRS، HUD، ARHA، TANIF، و غیره)
- کاپی چک معاش (با توجه به آدرس الکزاندریه و نگه داشتن مالیات ویرجینیا)
- آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی با توجه به آدرس شهر الکزاندریه

- بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- خانواده جدید (کمتر از 30 روز) به شهر الکزاندریه اقامت دارد. مهلت 30 روز پس از ثبت نام میباشد.

دسته C

- کمبود مسکن
- دفتر خدمات اجتماعی -DSS/خدمات مراقبت از فرزندی

Registering adult must provide photo identification, student birth certificate & the following three (3) documents: All documents must be the original copy (current-within the past 60 days) & clearly notes the parent/legal guardian or adult student name & Alexandria City address. See reverse for further explanation of documents. **Category A – one (1) document:**

Category B - two (2) supporting documents:

- Lease Agreement
 - Utility bill (water, gas, electric, cable, and/or landline phone)
- Deed (with copy of property tax)
 - Current personal Alexandria City property tax bill/receipt
- Mortgage contract
 - Mailed letter from a government agency (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
 - Current pay stub (noting Alexandria address & Virginia tax withholding)
 - 2 consecutive bank statements (mailed)

Category C:

- Latest federal/state income tax return noting the city of Alexandria address
- Lack of Housing
- DSS/Foster Care Services
 - Current homeowner or renter's insurance policy noting the City of Alexandria address
 - Family is new (less than 30 days) to the City of Alexandria. Due _____

ساکنان که در خانه شریک هستند

اگر والدین/سرپرست قانونی با شخص دیگری زندگی می کنند (و اجاره نامه، عمل یا وام به نام والدین/سرپرست قانونی نیست) ، باید فورمه مسکن مشترک اسناد رسمی (A/B PDF) را تکمیل کنید و نسخه اصلی را ضمیمه کنید. از اجاره، عمل یا وام شخصی که با او زندگی می کنید. علاوه بر این، والدین/سرپرست قانونی موظف است دو اسناد پشتیبان (به نام والدین/گاردین قانونی) را همانطور که در بالا ذکر شد ، ارائه دهد. در موارد اقامت مشکوک ممکن است یک دیدار از منزل تکمیل شود.

Shared Housing Residents: If the parent/guardian is living in a shared housing a notarized A/B form will be required with a copy of the homeowner's mortgage, Deed or a copy of the lease with whom the student and parent are living. Additionally, you will be required to provide two supporting documents (in the parent/legal guardian's name) as listed above. A home visit maybe completed in cases of questionable residency. **A/B FORM EXPIRATION:** _____ (Registrar - enter date into PowerSchool).

من گواهی می‌دهم که شخصاً تمام اسناد ارائه‌شده را بررسی کرده‌ام و تأیید می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده در بالا تا جایی که می‌دانم، اطلاعات و اعتقاد من واقعی و درست است. همچنین تأیید می‌کنم که کاپی‌هایی از تمام مدارک مورد نیاز به این سند پیوست و در دوسیه شاگرد قرار می‌گیرد.

I certify that I personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true and factual to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that copies of all required documentation will be attached to this document and placed in the student's file.

_____ School Official Name (Print) School Official (Signature) Date

2

July, 2018

فهرست مدارک تأیید اقامت قابل قبول در تمام مدارک باید نام کامل والدین ثبت نام کننده / سرپرست قانونی یا شاگرد بزرگسال و آدرس شهر الکزاندریه ذکر شود.

List of Acceptable Residency Verification Documentation

All documents must note the registering parent/legal guardian or adult student's full name and Alexandria City address

دسته: A: یک مدرک از این لیست برای تأیید اقامت)

Category A: (One document from this list to verify residency)

- قرارداد اجاره یا کرایه: اجاره نامه اصلی باید جاری باشد (منقضی نشده باشد) که تاریخ، نام و آدرس ملک را برای والدین / سرپرست قانونی که شاگرد را ثبت نام می کند ذکر کند. اگر اجاره نامه یک قرارداد خصوصی با مالک باشد، اجاره نامه باید محضری باشد.
- قواله: سند قواله ملک باید به همراه یک کاپی از مالیات دارایی شخصی مالک باشد. اینرا میتوان بطوز رایگان از <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address> دریافت نمود. قواله باید به نام والدین/سرپرست قانونی باشد.
- قرض بانکی مسکن: ساکن می تواند صورتحساب رهنی تهیه شده توسط وام دهنده (شامل تاریخ، آدرس الکزاندریه و نام وام دهنده) را ظرف 60 روز پس از ثبت نام یا قرارداد اولیه قرض خانه همراه با کاپی فعلی مالیات بر دارایی مالک ارائه دهد. این را می توان به صورت رایگان در <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address> بدست آورد.
- من در مسکن مشترک زندگی می کنم و اجاره / سند یا قرض خانه به نام من نیست. لطفاً فورمه مسکن مشترک (A/B) را تکمیل کرده و اجاره نامه/سندنامه یا قرض خانه شخصی را که با او زندگی می کنید ضمیمه کنید.

- Lease or Rental Agreement: The original lease must be current (not expired) indicating the dates, names and property address for the parent/legal guardian who is enrolling the student. If the lease is a private generated agreement with the landlord the lease must be notarized.
- Deed: The property deed must be accompanied by a copy of the owner's personal property tax. This may be obtained (free of charge) at <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. The deed must be in the parent/legal guardian name.

- Mortgage: The resident may present a mortgage bill prepared by the lender (including date, Alexandria address and lender name) within 60 days of registration or the initial mortgage contract with current copy of the owner's property tax. This may be obtained for free at <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- I am living in shared housing and the lease/deed or mortgage is not in my name. Please complete a Shared Housing (A/B) Form and attach the lease/deed or mortgage of the person with whom you reside.

AND

دسته B: دو مدرک از این لیست برای تأیید اقامت)

Category B: (Two documents from this list to verify residency)

- قبض آب و برق (قبض آب، گاز، برق، کیبل و/یا تیلیفون خانه). تاریخ این لایحه باید در 60 روز گذشته باشد. اگر در قرارداد لیزینگ یا کرایه شما همراه کلیه خدمات شهری شامل کرایه استت و هیچ صورتحساب دیگری ندارید، لطفاً نامه ای از مدیر املاک خود در سر نامه شرکت ارائه دهید که در آن آب، گاز، فاضلاب، برق همه در اجاره ماهانه گنجانده شده است.
- مالیات بر دارایی شخصی فعلی شهر الکزاندریه (وسیله نقلیه، RV، قایق). لطفاً توجه داشته باشید: دیپارتمنت وسایل نقلیه موتوری ویرجینیا می‌خواهد تمام دارایی‌های شخصی باید ظرف 60 روز پس از نقل مکان به آدرس فعلی ثبت شود.
- نامه پست شده از یک سازمان دولتی (IRS، ARHA، HUD، TANIF، و غیره) نامه باید به والدین/سرپرست قانونی یا شاگرد بالغ ارسال شده باشد.
- کاپی چک معاش (با توجه به آدرس الکزاندریه و نگه داشتن مالیات ویرجینیا)
- آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- 2 صورت حساب بانکی متوالی ارسال شده به آدرس شهر الکزاندریه
- بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- Utility bill (water, gas, electric, cable and/or landline phone bill). The bill must be dated within the past 60 days. If all utilities are covered in your leasing contract and you do not have any other bills please provide a letter from your property manager on company letter head that notes water, gas, sewer, electric are all included in the monthly rent.
- Current Alexandria City Personal Property Tax (vehicle, RV, boat). Please note: Virginia Department of Motor Vehicles requires all personal property must be registered to the current address within 60 days of relocation.
- Mailed letter from a government agency (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.) The letter must be addressed to the parent/legal guardian or adult student.
- Current pay stub (with Alexandria City address and noting Virginia tax

withholding).

- Latest federal/state income tax return noting the Alexandria City address.
- 2 consecutive bank statements mailed to the Alexandria City address.
- Current homeowner or renter's insurance policy noting an Alexandria City address.

OR

دسته: C لطفاً در صورت اعمال هر یک از موارد زیر، با ثبت نام کننده مکتب مشورت کنید.

Category C: Please confer with the school registrar if either of the following apply.

- کمبود مسکن، در حال گذار یا در حال تجربه بی خانمانی.
- Foster Care/DSS: در قالب یک حکم محکمه یا اسناد رسمی از اداره خدمات اجتماعی، که تأیید کند که شاگرد تحت بازداشت یا حمایت اداره خدمات اجتماعی است.
- Lack of housing, in transition or are experiencing homelessness.
- Foster Care/DSS: Provide verification that the student is in the custody of the Department of Social Services, in the form of a court order or official documentation from the Department of Social Services.

STUDENT-PARENT SURVEY

Survey Date 10/31/2024 · Each Section MUST be Completely Filled in Where Applicable
دوش رپ آلامک موزل تروص رد دیاب شخب ره 10/31/2024 یجنس رظن خیرات

مکاتب عمومی شهر الکزاندریه ACPS ممکن است برای ثبت نام شاگردانی که به نوعی با حکومت فدرال ارتباط دارند، کمک های مالی فدرال دریافت کنند. اگر هر یک از پدر و مادر یا سرپرست که برای حکومت فدرال کار و یا در املاک فدرال زندگی نمیکنند، لطفاً بخش ۱ را تکمیل کرده و در پایین فورمه امضا و تاریخ درج نمایند.

Section 1: STUDENT INFORMATION دانشجویی اطلاعات: 1 بخش

Student Name: نام متعلم: Last تخلص	First اول	Middle اسم وسط	Student ID کارت شناسایی شاگرد
Address: آدرس: Number & Street شماره و خیابان	City شهر	State ایالت	Zip Code کد پستی
Name of School نام مکتب	Grade صنف	Birth Date تاریخ تولد	Home Phone شماره تلفون خانه

If the above property is federal property, please enter the name of the property اگر ملک فوق ملک فدرال است، لطفاً نام ملک را وارد کنید

Section 2 – EMPLOYMENT INFORMATION: CIVILIANS ONLY working on federal property بخش 2 – اطلاعات اشتغال: غیر نظامیان تنها کار بر روی اموال فدرال

Parent/Guardian Name: نام والدین/سرپرست: Last تخلص	First اول	MI اسم وسط	Employer Name کارفرما نام
Employer Address (Physical Location) آدرس کار فرما (محل فیزیکی)	Building Number & Street شماره و ساختمان	City شهر	State ایالت Zip Code کد پستی
Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) نام املاک فدرال (برای لیست ویژگی های واجد شرایط فدرال به قسمت عقب مراجعه کنید)			
Federal Property Address آدرس املاک فدرال	Number & Street شماره و خیابان	City اشهر	State ایالت Zip Code کد پستی

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN بخش 3 اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات نظامی والدین/سرپرست

اگر والدین/سرپرست در تاریخ نظر سنجی، وظیفه فعال در خدمات نظامی ایالات متحده داشتند اطلاعات را در این بخش وارد کنید. (اگر هر دو والدین در خانواده تاریخ نظر سنجی در قوای اردو هستند، لطفاً فورمه دوم را پر کنید)

Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) (بخش 3 را دیگر تکمیل نکنید)

Branch of Active Service: شعبه خدمات فعال:

Air Force نیروی هوایی Army اردو Coast Guard گارد ساحلی Marine Corps دریایی Navy نیروی دریایی

The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA

NOAA مأمور قشر اداره ملی اقیانوسی و جوی

The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS

(USPHS) (کاپی سفارشات فعال سازی را ضمیمه کنید)

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

10 USC (عنوان 10 USC و عنوان 2001/14/9 از 3- ایالت متحده 3- از 2001/14/9 و عنوان 10 USC)

National Guard; Reserve گارد ملی؛ رزرو

Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).

رزرو؛ شاگرد وابسته به عضو نیروهای ذخیره (اردو، نیروی دریایی، قوای هوایی، لشکر دریایی یا گارد ساحلی) است.

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) (پدر و مادر / سرپرست نام (آخرین، اول و MI))
Military Rank/Grade رتبه نظامی / درجه

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY بخش 4 - اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات والدین/سرپرست در قوای نظامی خارجی

اگر والدین/گاردین در تاریخ نظر سنجی وظیفه فعال نظامی خارجی داشتند، اطلاعات را در این بخش وارد کنید. اگر اینطور نیست، از این بخش بگذرید.

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) نام والدین/سرپرست (آخرین، اول و MI)	Foreign Government Name نام دولت خارجی
Military Rank/Grade رتبه نظامی / درجه	Branch of Service شعبه خدمات

این اطلاعات برای حمایت از درخواست ما برای صندوق های فدرال تحت برنامه کمک تأثیر (عنوان VIII قانون ابتدایی و ثانویه) استفاده می شود. اگر درخواست ما برای صندوق های فدرال حسابرسی شود، این اطلاعات ممکن است به وزارت معارف ایالات متحده ارائه شود. این فورمه باید برای دریافت سهم عادلانه از بودجه فدرال، برای مکاتب عمومی شهر الکزاندریه امضا و تاریخ درج شود.

با امضای این فورمه، من تأیید می کنم که تمام اطلاعات تایپ شده و کتبی در مورد فورمه از تاریخ نظر سنجی دقیق و کامل است.

Signature of Parent/Guardian امضاء والدین/سرپرست
--

Date [mm/dd/yyyy] تاریخ

امالک فدرال واجد شرایط

- Albert V Bryan Federal Courthouse, 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- Mt. Weather EOC, 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- Arlington National Cemetery, Arlington, VA 22211
- MVB Bostetter, Courthouse, 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- CIA Langley Campus, 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- Naval Surface Warfare Center, 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- CIA NRO, 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- NOAA NWS, 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- Dulles International Airport, 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- Pentagon [include bldg location in street address], Arlington, VA 22202
- FAA Air Route Traffic Control Center, 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- Ronald Reagan National Airport, 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- FAA Potomac TRACON, 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- Ronald Reagan National Airport, 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- FBI Academy & Laboratory, 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- Steven F Udvar Hazy Ctr, 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- Fort Belvoir 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- Turner-Fairbank HRC, 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- Fort Belvoir North (NGA), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- US Army National Guard, 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- Franconia GSA LOC 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- US Army Reserve Center, 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- George P Schulz NFATC, 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- US Attorney's Office (USDOJ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- George Washington Memorial Parkway, 700 GW Pw, VA 22101
- US Coast Guard Radio Station, 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Henderson Hall, 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- US Geological Survey, 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- Humphreys Engineer Center, 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Warrenton Training Center – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- Hybla Valley Office Bldg, 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- Warrenton Training Center – Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- Joint Base Myer-Henderson Hall, Fort Myer, VA 22211
- Warrenton Training Center – Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- Marine Corps Base Quantico, 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- Warrenton Training Center – Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- Mark Center Federal Office Bldg, 1897 N Beaugard St, Alexandria, VA 22350
- Wolf Trap Farm Park, 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

نام اول شاگرد: _____ نام خانوادگی: _____

سال تحصیلی: _____ صنف: _____ تاریخ تولد: _____

شرايط سلامت دانشجويان

آلگرس بله نه

نوع آلرگی:

- مواد غذایی لیست دارو غذایی: _____
- دارو لیست دارو _____
- نیش و یا نیش حشرات
- دیگر: _____

تاریخ آخرین واکنش شدید: _____

تاریخ آخرین مراجعه به بیمارستان یا اورژانس به دلیل آلرسی: _____

در حال حاضر تجویز داروها و درمان برای عوارض:

- آنتی هیستمین
- تا به اپی قلم اپینفرین
- دیگر: _____

محدودیت های غذایی بله نه

ه دلیل مشکلات معده (هضم) لیست نگرانی در مواد غذایی: _____

ب ه دلیل سفارشهای مذهبی یا سایر موارد ذکر شده. لیست :

نفس تنگی بله ه

در حال حاضر تجویز داروها و درمان برای آسم:

- کنترل روزانه (پیشگیری) دارو
- مورد نیاز (نجات) دارو
- تاریخ آخرین مراجعه به شفاخانه یا کلینیک اضطراری به دلیل نفس تنگی: _____

مريضی شکر - دیابت: بلی خي

تاریخ آخرین مراجعه به شفاخانه یا کلینیک اضطراری به دلیل دیابت: _____

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?

- No
- Yes List medication(s): _____

اختلال تشنج بله نه

آیا دیابت شاگرد در مکتب نیاز به دارو و/یا آزمایش خون دارد؟

- بله نه (s) لیست دارو

مكاتب عمومى شهر الكزاندریه

سایر شرایط بهداشتی	بله	نه
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> نقص مادرزادی قلب	<input type="checkbox"/> تنفس تنفسی مانع خواب
<input type="checkbox"/> اوتیسم	<input type="checkbox"/> هموفیلی	<input type="checkbox"/> اختلال تغذیه ای
<input type="checkbox"/> فلج مغزی	<input type="checkbox"/> بیماری سلول داسی شکل	<input type="checkbox"/> معلولیت جسمی
<input type="checkbox"/> تاخیر رشد	<input type="checkbox"/> فیپروز کیستیک	<input type="checkbox"/> آگزما
<input type="checkbox"/> سایر شرایط سلامت جسمی یا روانی: _____		
آیا وضعیت شاگرد در استفاده از موارد زیر در مکتب نیاز دارد؟		
داروها:	<input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> لیست دارو بله (s): _____
روش های ویژه:	<input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> روش لیست بله (s): _____
تجهیزات ویژه:	<input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> لیست تجهیزات بله (s): _____
شرایط بینایی	بله	نه
<input type="checkbox"/> عینک		
<input type="checkbox"/> مخاطبین		
<input type="checkbox"/> غیر قابل اصلاح		
<input type="checkbox"/> دیگر: _____		
شرایط دادرسی	بله	نه
<input type="checkbox"/> کمک های شنوا		
<input type="checkbox"/> غیر قابل اصلاح		
<input type="checkbox"/> دیگر: _____		

مراقبت های بهداشتی و پوشش بهداشتی دانشجویان

نام شرکت بیمه درمانی: _____ نه بله آیا دانش آموز بیمه درمانی دارد؟

تلفن: _____ نام پزشک مراقبت های اولیه دانش آموز

نام شرکت بیمه دندان پزشکی: _____ نه بله آیا دانش آموز بیمه دندان دارد؟

تلفن: _____ نام دانش آموز

مجوز پدر و مادر / نگهبان

در صورت اضطراری، کارکنان مدرسه با 911 تماس خواهند گرفت. هر تلاشی برای تماس با والدین، سرپرست قانونی یا تماس اضطراری صورت خواهد گرفت. دانش آموزان به نزدیکترین اتاق اورژانس منتقل خواهد شد مگر اینکه پدر و مادر در محل مدرسه به عهده گرفتن مسئولیت برای کودک است.

پدر و مادر / سرپرست مسئول ارائه مدرسه با هر گونه دارو، مواد غذایی خاص، لوازم، و یا تجهیزات است که دانش آموز در طول روز مدرسه نیاز دارد. بررسی با پرستار مدرسه و یا ثبت نام برای به دست آوردن دارو صحیح و فرم های رویه. اگر طرح مراقبت های بهداشتی مدارس فردی نشان داده شده است، پدر و مادر / سرپرست مسئول ارائه پرستار مدرسه با اطلاعات پزشکی لازم، فرم مجوز مناسب و رضایت کتبی برای تبادل اطلاعات با پزشک کودک است.

اجازه ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی فرزند من و ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تعیین (____ انجام ندهید) (____ انجام دهید) _____، ا شده در محیط مدرسه به بحث در مورد نگرانی های بهداشتی فرزند من و / یا تبادل اطلاعات مربوط به این فرم. این مجوز در محل خواهد بود تا زمانی که یا مگر اینکه شما آن را برداشت. شما ممکن است مجوز خود را در هر زمان با تماس با مدرسه فرزند خود را برداشت. هنگامی که اطلاعات از سابقه فرزند شما منتشر می شود، اسناد افشای اطلاعات در سوابق بهداشتی یا اسکولاستیک فرزند شما نگهداری می شود.

تاریخ: _____ امضای پدر و مادر / نگهبان: _____

ایالت مشترک المنافع ویرجینیا
فورم صحی ورود به مکتب
فورم معلوماتی صحی/گزارش جامع معاینه فیزیکی/صدینامه واکسیناسیون

بخش I - فورم معلومات صحی

قانون ایالتی (مرجع: کود ویرجینیا § 22.1-270) ایجاب می کند که طفل شما واکسین شده باشد و قبل از ورود به کورداکتان عامه یا مکتب ابتدایی یک معاینه فیزیکی جامع دریافت کند. والدین یا سرپرست این صفحه (بخش I) این فورم را تکمیل میکنند. ارایه کننده طبی بخش II و بخش III این فورم را تکمیل میکنند. این فورم باید تکمیل شود حداقل یک سال قبل از ورود طفل تان به مکتب.

نام مکتب: _____ صنف فعلی: _____

اسم متعلم: _____ تخلف: _____ اسم اول: _____ اسم وسط: _____

ایالت یا کشور تولد: _____ زبان اصلی گفتاری: _____ جنس: _____ تاریخ تولد متعلم: _____ / _____ / _____

آدرس متعلم: _____ شهر: _____ ایالت: _____ آدرس پستی: _____

اسم والدین یا سرپرست قانونی 1: _____ تلفون: _____ کار یا تلفون همراه: _____ - _____ - _____

اسم والدین یا سرپرست قانونی 2: _____ تلفون: _____ کار یا تلفون همراه: _____ - _____ - _____

تماس اضطراری: _____ تلفون: _____ کار یا تلفون همراه: _____ - _____ - _____

شفاخانه مورد علاقه: _____

بیمه صحی طفل: هیچکدام FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS اسپانسر خصوصی/تجارتی/کارفرما

باکس 1. شرایط از قبل موجود

نظریات	بلی	وضعیت	نظریات	بلی	وضعیت
دیابت: نوع 1		دیابت: نوع 2	حساسیت ها (غذا، حسرات، ادویه، لیکس)		حساسیت های (موسمی)
دیابت: نوع 2		پمپ انسولین	لطفاً لیست کنید حساسیت های تهدید کننده مرگ:		نفس تنگی یا شرایط نفس
استب سر، صدمه مغزی		سر ایست			اختلال کمبود توجه/فعال بیش از حد
شرایط سنوایی یا کر بودن		مسمومیت با سرب			شرایط رفتاری/روانناسی
سر ایست قلبی		سر ایست عضله			سر ایست رسد
حملات ناگهانی		مریضی سلولی (عدم ویزگی)			شرایط منانه
سر ایست کفاری		سر ایست کفاری			سر ایست خونریز
اسپیب سنون فقرات		سر ایست کفاری			سر ایست روده
جراحی		سر ایست کفاری			فلج مغزی
سر ایست بیبایی		سر ایست کفاری			ورم التساج لیفی سیستیک
		سر ایست کفاری			سر ایست صحی دندان

سایر معلومات مهم مربوط به صحت در مورد طفل تان را شرح دهید (تغذیه از طریق تیوب، تراچ، آکسیجن حمایوی، کمک های شنوایی، دستگاه دندان، ویلچر، بستری شدن در شفاخانه، و غیره):

باکس 2. ادویه ها

لیست کنید تمام ادویه های نسخه، اضطراری، بدون نسخه، و دواهای گیاهی را که طفل شما اخذ میکند بطور منظم (خانه/مکتب):

نام دوا	مقدار مصرف	زمان تجویز (خانه/مکتب)	یادداشت ها
1.			
2.			
3.			
4.			

دواهای اضافی (نام دوا، دور، زمان تجویز، یادداشت ها)

لطفاً معلومات ذیل را ارایه کنید: نخیر

اینجا چک کنید اگر میخواهید تا معلومات محرم را با نرس مکتب یا دیگر مسئول مکتب بحث کنید. بلی

تاریخ آخرین وعده ملاقات	تلفون	اسم	متخصص اطفال/ارایه کننده مراقبت اولیه
			کارگر کیس (اگر قابل تطبیق باشد)

من/ما اجازه (میدهم) (نمی دهم) به ارائه دهنده مراقبت های صحی طفل و ارائه دهنده صحت تعیین شده مجوز می دهد مراقبت در محیط مکتب برای بحث در مورد نگرانی های صحی طفل و/یا تبادل معلومات مربوط به این فورم. این اجازه تا زمانی نافذ خواهد بود یا مگر اینه شما آن را پس بگیرید. شما می توانید در هر زمان از طریق تماس گرفتن با مکتب طفل تان اجازه خود را پس بگیرید. هنگامی که معلوماتی از سوابق طفل شما منتشر می شود، اسناد افشا در سوابق صحی یا تعلیمی طفل شما نگهداری می شود.

امضای والدین یا سرپرست قانونی: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

امضای ترجمان شفاهی: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

**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

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)				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			
	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									

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: _____ Date: _____
Practice/Clinic Name: _____	Address: _____
Phone: _____ - _____ - _____	Fax: _____ - _____ - _____ Email: _____

آيين نامه رفتار متعلم در هر سال تحصيلي در دسترس همه خانواده ها قرار مي گيرد. با امضای اين وبازگرداندن اين فرمه، والد(ها)/سرپرست(ها) نبايد از حقوق خود صرف نظر کنند، اما صراحتاً حقوق خود را برای حمايت توسط قانون اساسی يا قوانين ايالات متحده و/يا ايالت ویرجینیا محفوظ می دارند. وحق ابراز مخالفت با سياست ها ويا تصميمات بخش مکتب را دارند. آيين نامه رفتار شاگردان، که توسط قانون الزامی است، حاوی دستورالعمل ها و قوانینی برای خط مشی استفاده مسئولانه از سيستم های کامپيوتر؛ حضور اجباری در مکتب؛ استانداردهای رفتار شاگرد؛ سياست برابری و تعالی؛ فرمه گزارش آزار و زورگویی؛ و کد افتخار برای شاگردان است. والدین / سرپرستان وظيفه دارند به مکتب عمومی شهر الکزاندریه ACPS در اجرای استانداردهای رفتار شاگردان و حضور اجباری در مکتب کمک کنند. والدین/سرپرست ها مسئوليت درک آيين نامه رفتار، ترويج رفتار صحيح شاگردان، کمک به مکتب در نظم و انضباط متعلم، و ملاقات با مسئولان مکتب در صورت درخواست برای بحث در مورد مسائل مربوط به انضباط و حضور در مکتب را دارند. قانون همچنين ملزم می کند که والدین/سرپرست ها بيانيه ای را امضا کنند که نشان دهد مسئوليت های خود را می دانند. امضای والدین/سرپرست فقط تايبید کننده دریافت اين نامه است و نیازی به موافقت خانواده ها با هیچ یک از سياست های مندرج در آن نيست.

امضاء والدین/سرپرست

Parent/Guardian Signature: _____

استفاده مسئولانه از سيستم های تکنالوژی و رسانه های اجتماعی

من بحیث یک شاگرد موافقت می کنم که دستورالعمل های مربوط به سيستم های تکنالوژی و اينترنت را همانطور که در آيين نامه رفتار شاگردان نوشته شده است رعایت کنم.

امضاء شاگرد:

As a student, I agree to comply with the guidelines on technology and the internet as written in the Student Code of Conduct.

Student Signature: _____

مقررات سرويس مکتب در کتابچه راهنمای خانواده ACPS ارائه شده است. من مقررات مربوط به شاگردانی که در سرويس مکتب سوار می شوند خوانده و درک کرده ام و موافقت می کنم که مسئوليت کامل رفتار شاگردانی که در سرويس مکتب سوار میشوند بر عهده بگیرم.

امضاء والدین/سرپرست:

من قوانين مربوط به شاگردان سوار بر سرويس مکتب را خوانده و درک کرده ام و به عنوان یک سواری سرويس موافقم که از اين مقررات پیروی کنم.

امضاء شاگرد:

School bus regulations are provided in the ACPS Family Handbook. I have read and understand the regulations for students riding a school bus and agree to assume full responsibility for the student's conduct on the school bus.

Parent/Guardian Signature: _____

I have read and understand the regulations for students riding a school bus and agree, as a passenger, to abide by these regulations.

Student Signature: _____

اطلاعات دایرکتوری شامل نام شاگرد، آدرس، مکتب، عکس، جوایز و افتخارات و غیره است (شامل شماره سوشیال سکوریتی شاگرد نیست). استفاده اولیه از اطلاعات دایرکتوری انتشار اطلاعات شاگردان در نشریات وابسته به مکتب است. فهرست کاملی از اطلاعات دایرکتوری در کتابچه راهنمای خانواده مکتب عمومی شهر الکزاندریه ACPS موجود است. عمومی شهر الکزاندریه ممکن است اطلاعات دایرکتوری را بدون رضایت کتبی افشا کند، مگر اینکه والدین/سرپرست در زیر نشان دهد که ممکن است اطلاعات شاگرد منتشر نشود.

از تاریخ امضای این فورمه تا 15 سپتامبر 2025، اطلاعات دایرکتوری شاگرد را منتشر نکنید، مگر در مواردی که توسط قانون ایالتی یا فدرال الزامی است. من درک می کنم که این بدان معناست که اطلاعات و عکس های متعلم از انتشارات مکتب مانند سالنامه ها، فهرست های افتخاری و برنامه های فارغ التحصیلی/ورزشی/تئاتری چاپی حذف می شوند.

دایرکتوری های انجمن والدین و معلمین PTA و سازمان های مرتبط با مکتب

بسیاری از انجمن های والدین و معلمین PTA، مکتب و سازمان های مرتبط با مکتب یک فهرست راهنمای سالانه برای خانواده ها تولید می کنند. با این حال، طبق قانون ویرجینیا، هیچ مکتبی نمی تواند آدرس، شماره تلفن یا آدرس ایمیل شاگرد را فاش کند (مگر اینکه طبق قانون یا همانطور که در کتابچه راهنمای خانواده ACPS توضیح داده شده باشد)، مگر اینکه والدین/سرپرست به طور کتبی موافقت کنند.

بلی، ACPS ممکن است شماره تلفن و آدرس ایمیل شاگرد/خانواده را به PTA، سازمان های تقویت کننده و سایر سازمان های مرتبط با مکتب از تاریخ امضای این فورمه تا 15 سپتامبر 2025 منتشر کند.

مشارکت رسانه ای

در طول سال تحصیلی، مکتب شاگرد یا مکتب عمومی شهر الکزاندریه ممکن است بخواهد عکس ها یا فیلم هایی از شاگرد، تصاویر هنر یا کارهای صنفی او، بخش هایی از نوشته های او یا نقل قول هایی از بحث های صنفی، یا ارائه های آموزشی را به اشتراک بگذارد. این شامل تصاویر در وب سایت مکتب عمومی شهر الکزاندریه، در ویدیوهای مکتب عمومی شهر الکزاندریه، در رسانه های اجتماعی، در نشریات مکتب (شامل سالنامه ها و برنامه ها)، یا به اشتراک گذاشته شده با اشخاص ثالث از جمله اما نه محدود به رسانه های محلی یا ملی (تلویزیون، نشریات آنلاین و چاپی) است.

ته، از تاریخ امضای این فورمه تا 15 سپتامبر 2025 از عکس، تصویر، صدا، نوشته ها، کار صنفی یا آثار هنری شاگرد به هیچ یک از روش های شرح داده شده در بالا استفاده نکنید.

اطلاعات سوابق شاگرد

(تنها برای والدین شاگردان لیسه در صنفهای 11 و 12)
بخش 9528 قانون سال 2001 بدون هیچ فرزندی پشت سر گذاشته نمی شود، سیستم های مکتب را ملزم می کند تا در صورت درخواست، نام، آدرس، ولیست تلفن شاگردان را در اختیار استخدام کنندگان نظامی و مؤسسات آموزش عالی قرار دهند. با این حال، والدین/سرپرست ها (یا شاگردی در صورتی که 18 سال دارند یا یک خردسال آزاد شده قانونی) ممکن است درخواست کنند که نام، آدرس و ولیست تلفن شاگرد را بدون رضایت کتبی قبلی منتشر نشود.

اگر هیچ یک از گزینه های زیر را علامت نزنید، اطلاعات شاگرد در صورت درخواست یک استخدام کننده نظامی، کارفرمای احتمالی یا یک موسسه آموزش عالی برای سال تحصیلی 2024-25 منتشر می شود.

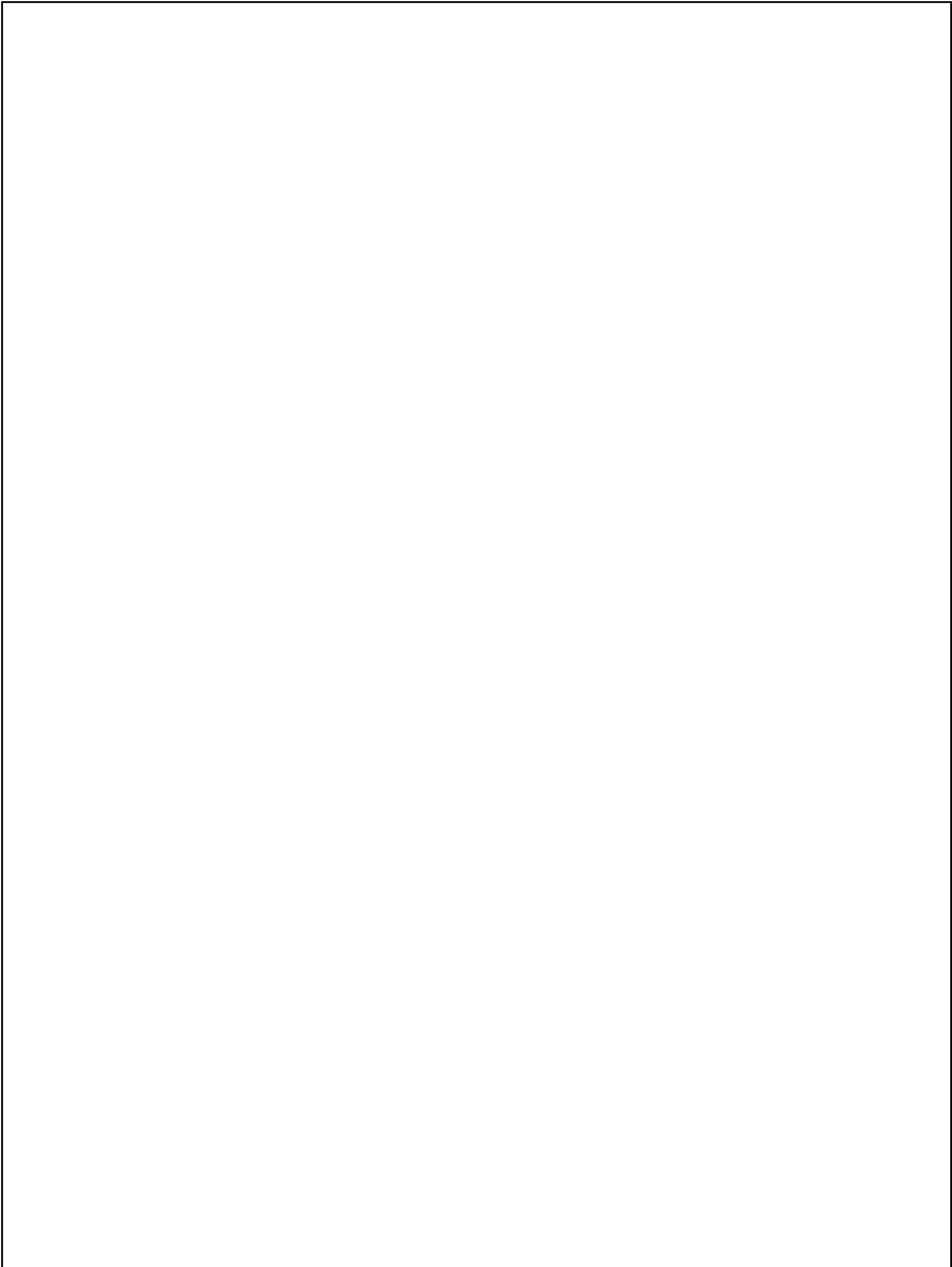
اگر نمی خواهید اطلاعات متعلم را دریافت کنند، لطفاً هر یک از این گروه ها را علامت کنید:
اطلاعات شاگرد را در اختیار استخدام کنندگان نظامی قرار ندهید
اطلاعات شاگرد را در اختیار کالج ها/مؤسسات آموزشی دیگر قرار ندهید
اطلاعات شاگرد را در اختیار کارفرمایان احتمالی قرار ندهید

Please check any of these groups if you do NOT want them to receive the student's information:

_____ Do NOT release the student's information to Military Recruiters

_____ Do NOT release the student's information to Colleges/Other Educational Institutions

_____ Do NOT release the student's information to Prospective Employers



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 المجالات 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 الاجهزة 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 والتكاثر البشري، قيمة تأجيل النشاط الجنسي وفوائد التبني كخيار إيجابي في حالة الحمل غير المرغوب فيه. لمعرفة المزيد حول منهج 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/ افراد مجاز جایگزین برای کودکان / آموزش و پرورش ویژه انتشار**

Transportation Department/ بخش حمل و نقل

Date/تاریخ: _____

Student Name/ نام دانش آموز: نام دانش / آموزش		Student ID #/ شناسایی دانشجو:	
Home Address:/ آدرس خانه		Apt/آپارتمان:	Zip/کود:
Parent/Guardian Name(s)/ نام پدر و مادر:		Language Spoken by Parent/Guardian/ زبان صحبت شده توسط پدر و مادر:	
Phone Numbers/ شماره تلفن:	Home/شماره خانه:	Work/شماره کار:	Cell/شماره تلفن همراه:
School/مدرسه:			
Authorized Persons for Pick Up (other than legal guardians). Only 3 authorized names allowed. (افراد مجاز (به غیر از سرپرستان قانونی). فقط 3 نام مجاز مجاز.)			
Name of Authorized Persons/ نام افراد مجاز	Relationship/ رابطه		Telephone Number(s)/ شماره تلفن
Parent/Guardian Signature/ امضای پدر و مادر / نگهبان		Date/تاریخ:	
Principal Signature/ امضای اصلی:			
For Office Use Only:			
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.