የቨርጅኒያ የቅድመ-ትምህርት ቤት ተነሳሽነት (Virginia Preschool Initiative (VPI)
የቅድመ-ትምህርት ቤት ምዝገባ (Preschool Registration)፣
ምልከታ-ማድረጊያ ዝርዝር (Checklist)

በምዝገባው-ሂደት ወቅት ላይ፤ ወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ - የሚከተሉትን ሁሉንም ሰነዶች ማቅረብ አለባቸው።

1. የምዝገባ ቅፆች:

- ☐ በመኖሪያ-ቤት ውስጥ ስለመነጋገሪያ-ቋንቋ – የዳሰሳ ጥናት
- ☐ የተማሪ የምዝገባ ቅጽ
- ☐ የነዋሪነት ማረጋገጫ እና የተመዘገቡበት ቅጽ
- ☐ የተማሪ የጤና መረጃ ቅጽ
- ☐ የተማሪ-ወላጅ - የዳሰሳ-ጥናት
- ☐ የACPS የፊርማ ቅጽ

የኦንላይን (online) ቅጾችን፣ ይህን ማገናኛ/link በመጠቀም፣ እባካችሁ አጠናቅቁ: www.acps.k12.va.us/Page/3073

2. መታወቂያ (IDENTIFICATION):

- ☐ የልጁ ኦሪጅናል የልደት ሰርተፊኬት ወይም የተረጋገጠ የልደት ሰርተፊኬት (ልጃችሁ - በሴፕቴምበር/September 30 ቀን ላይ፣ የ3 ወይም 4 ዓመት ዕድሜ ላይ መሆን አለበት)
- ☐ ኦሪጅናል የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ መታወቂያ (ID)፤ (ልጁን የሚያስመዘግበው አዋቂ-ሰው፣ ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ መሆኑን ማረጋገጫ)

በልደት የምስክር ወረቀቱ ላይ ያለው ሥም፤ ወላጅ/አሳዳጊው ካቀረበው ፎተግራፍ ካለበት መታወቂያ (ID) ጋር፣ ወይም ከፍርድ ቤት ከተሰጠው ሕጋዊ አሳዳጊነት ሰነድ ጋር አንድ-ሆኖ መዛመድ አለበት።

3. የሕክምና (MEDICAL) ሰነዶች:

- ☐ **የቨርጂንያ ኮመንዌልዝ (Commonwealth of Virginia)፣ የትምህርት ቤት መግቢያ - የጤና ቅጽ**
- ☐ **የአካላዊ ምርመራ (Physical Examination) ሪፖርት** የስቴቱ ሕግ (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) በሚጠይቀው መሠረት፣ በአሜሪካ አገር ውስጥ ልጅዎ በሕዝብ የመጀመሪያ ደረጃ ትምህርት ቤት ውስጥ በቅድመ-ትምህርት ቤት ውስጥ ከመግባቱ በፊት፤ ሁሉን ያካተተ የሙሉ አካል ምርመራ (comprehensive physical examination) ማድረግ አስፈላጊ የሆነ መስፈርት ነው። ወደ ቅድመ-ትምህርት ቤት ከመግቢያው-ቀን በፊት የተደረገው ሙሉ-አካላዊ ምርመራ (physical examination)፣ በአንድ ዓመት ውስጥ የተደረገ መሆን አለበት።
- ☐ **በአሜሪካ አገር ውስጥ የተደረገ፤ በሽታው እንደሌለ (Negative የሆነ) የሳንባ ነቀርሳ ሲጋት ግምገማ (Tuberculosis Risk Assessment)፣ የPPD ቱበርኪውሊን የቆዳ ላይ ምርመራ (Tuberculin Skin Test) ወይም በሽታው እንደሌለ (Negative የሆነ) የደረት-ኤክስሬ (Chest X-Ray)፣** እና ልጁ - ወደ ትምህርት ቤት ከሚገባበት የመጀመሪያ ቀን አስቀድሞ፣ በ12 ወራቶች ውስጥ ተደርጎ-የተጠናቀቀበትን መረጃ።
- ☐ **የክትባት መዝገቦች/Immunization Records (በሰነዱ ላይ፤ ክትባቱ የተሰጠበትን - ወር፣ ቀን እና ዓመተ ምህረትን፣ የሚያሳይ)**
    - (4 ዶዞች/doses) - ዲፊርያ (Diphtheria)፣ ቴትነስ (Tetanus)፣ ፕርተሲስ (Pertussis)፤ (Dtap, DTP ወይም Tdap)
    - (3 ዶዞች/doses) - ፕሊዮ (OPV ወይም IPV)
    - (3 ዶዞች/doses) - ሄፒታይተስ ቢ (HEPATITIS B
    - (2 ዶዞች/doses) - ሄፐታይቲስ (Hepatitis) A ክትባት (HAV)
    - (1 ዶዝ/dose) - ሚዝልስ፣ መምፕስ፣ እና ሩቤላ (Measles, Mumps, & Rubella (MMR)
    - (1 ዶዝ/dose) - ቬሪሴላ/Varicella (ጉድፍ/Chicken Pox)
    - (1 ዶዝ/dose) - ሄሞፊለሲስ ኢንፍሉኤንዛ (Haemophilus influenzae
    - (1 ዶዝ/dose) - ኑሞካኩል ktbat /Pneumococcal Vaccine (PCV)

<u>ክትባቶች ያልሰሩ-ከሆነ - ይህ አስፈላጊ ነው:</u> አዲስ-የወጡ ክትባቶች ተሰጥቶ ከነበረ፣ የሙያ ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ ሰጪ በመቀጠል የሚሰጡ ተጨማሪ ክትባቶችን - የሚሰጥበትን የጊዜ-ሰሌዳ ቀን የሚያሳይ፣ የፅሁፍ ማሳሰቢያ መስጠት አለበት። በተጨማሪ፣ ትክክለኛ-የሆነ በክትባቶች መካከል ሊኖር የሚገባ የጊዜ ክፍተትን መከተል ያስፈልጋል። ተጨማሪ የሆነ ክትባት ከተወሰደ፤ ወደ ትምህርት ቤቱ ነርስ የሚቀርብ የፅሁፍ ሰነድ ያስፈልጋል። በተሰጠው ቀን ላይ፣ ክትባቶቻቸውን (immunizations) ማጠናቀቅ ያልቻሉ ተማሪዎች፣ ከትምህርት ቤት ውስጥ የማይካተቱ ይሆናል።

4. የገቢ ማረጋገጫ (INCOME VERIFICATION):

እባካችሁን፣ የሚከተለውን በቅርብ-ጊዜ የተገኙ ሰነዶችን አቅርቡ (የእናንተን ቤተሰብ የሚመለከተውን - በሙሉ፣ ምረጡ):

- ☐ የገቢ ታክስ (Income Tax) ቅጽ/Form 1040
- ☐ W-2
- ☐ ሁለት (2)፣ በቅርብ ጊዜ ደሞዝ የተከፈለበት (pay stubs) - (በ30 ቀናት ውስጥ ያለ)
- ☐ የሥራ-አጥነት (Unemployment) እና የማካካሻ ክፍያ የሚያገኝ ሠራተኛ (workers' compensations)
- ☐ ማሟያ የደህንነት ገቢ (Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ ጊዜያዊ የችግረኛ ቤተሰቦች ድጋፍ (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- ☐ ተጨማሪ ተመጣጣኝ ምግብ እርዳታ ፕሮግራም (Supplement Nutrition Assistance Program (SNAP)
- ☐ ከትምህርት እገዛ የሚገኝ ገቢ (Income)
- ☐ አልሞኒ (Alimony) ወይም የልጅ እርዳታ
- ☐ ከእርስት እና ከአደራ የተገኘ ገቢ (Income)
- ☐ የኪራይ እና የባለቤትነት መብት (royalties)
- ☐ የጡረታ-ዓበል ወይም ከስራ በመሰናበት የተገኘ ገቢ
- ☐ የቀድሞ የውትድርና አባል ከመሆን፣ የተገኘ የጥቅማ-ጥቅም ክፍያ
- ☐ ከማደጎ አገልግሎት ተመላሽ ክፍያ (Reimbursement)
- ☐ ከቤተሰቡ ውጪ የመጣ የገንዘብ እርዳታ
- ☐ የ'VPI Declaration' ምንም-ገቢ የሌለ ወይም ምንም የገቢ ሰነድ-ቅጽ አለመኖርን

5. የነዋሪነት ማረጋገጫ (RESIDENCY VERIFICATION):

የሚያስመዘግበው-አዋቂ ሰው፣ የሚከተሉትን ሰነዶች ማቅረብ ያስፈልገዋል: ሁሉም ሰነዶች፣ ዋናው ኦሪጅናል (original) የሆኑ-መቅረብ አለበት (በአሁኑ-ወቅት-ባለፉት 60 ቀናቶች ውስጥ የሆነ) እና ግልፅ በሆነ ሁኔታ፣ የወላጅን/ሕጋዊ አሳዳጊን ሥም እና የአሌክሳንድሪያ ከተማ አድራሻን የሚያሳይ መሆን አለበት።

☐ በምድብ (CATEGORY) A – ውስጥ፣ አንድ (1) ሰነድን መመረጥ-አለበት:

- **ሙሉ የሊዝ ወይም የኪራይ ስምምነት:** ኦሪጅናሉ ሊዝ፣ ወቅቱን-የጠበቀ (ጊዜው ያላለቀበት) መሆን ያለበት እና፤ ቀኖችን፣ ስሞችን እና የንብረቱን አድራሻ የሆነውን - ተማሪውን የሚያስመዘግበውን ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊውን አካትቶ የያዘ መሆን አለበት። ሊዙ፤ ከቤቱ-ባለቤት በግል የተሰጠ ስምምነት ከሆነ፣ ሊዙ ኖተራይዝ (notarize) መደረግ አለበት።
  - የሊዝ ስምምነታችሁ ጊዜ-ያለፈበት (expired ከሆነ) እና ሊታደስ የማይችል ከሆነ፤ ሁለቱንም - ሙሉ ጊዜስ-ያለፈበትን የሊዝ ስምምነት (full expired lease agreement) እና፣ የአሁኑን (በ60 ቀናቶች ውስጥ ያለውን) ከሊዝ ቢሮው የተሰጠ - *በአሁኑ ጊዜ ሊዛችሁ ወር-ከወር (month to month) በሆነ አሰራር ላይ እንዳለ የሚገልጽ፣* የተፈረመበትን ደብዳቤ ማስገባት አለባችሁ። ደብዳቤው፣ በድርጅቱ የደብዳቤ-መፃፊያ ወረቀት (letterhead) ላይ የተፈረመ ወይም ኖተራይዝ የተደረገ፤ ቀን፣ የወላጅ/አሳዳጊ ስም፣ እና አድራሻን ጨምሮ የያዘ መሆን አለበት።
- **ሞርጌጅ (Mortgage):** ነዋሪው፤ በአበዳሪው - የተዘጋጀውን የሞርጌጅ መክፈያን (ቀን፣ የአሌክሳንድርያ አድራሻ፣ እና የአበዳሪ ስም ያካተተ) በ60 ቀናት የምዝገባ ጊዜ ወይም የመጀመሪያ የሞርጌጅ ኮንትራትን በአሁኑ-ጊዜ ካለው የንብረት ባለቤትነት ታክስ ቅጂ ጋር ሊያቀርቡ ይገባል።
- **ዲድ (Deed):** የንብረቱ ዲድ (property deed)፣ ከባለቤቱ የግል የንብረቱ ታክስ ቅጂ (copy) አብሮ-ተያይዞ መቅረብ አለበት።

☐ በምድብ (CATEGORY) B - ውስጥ፣ ሁለት (2) ሰነዶችን-መመረጥ አለባቸው:

- የዩቲሊቲ የክፍያ-መጠየቂያ/Utility bill (ውሃ፣ ጋዝ፣ ኤሌክቲርክ፣ ኢንተርኔት፣ ኬብል እና/ወይም የቤት-ውስጥ ስልክ-የክፍያ መጠየቂያ) የክፍያ-መጠየቂያው (bill)፣ ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ የተከፈለ መሆን አለበት።
  ሁሉም የዩቲሊቲ ክፍያዎች፣ ከሊዝ ኮንትራታችሁ ጋር አብሮ ከሆነ እና ምንም የክፍያ-መጠየቂያዎች (bills) ከሌሏችሁ፤ እባካችሁን፣ ከንብረቱ ተቆጣጣሪ (property manager)፣ በድርጅቱ የደብዳቤ-መፃፊያ (letterhead) ላይ የተፃፈ፣ ውሃ፣ ጋዝ፣ ፍሳሽ፣ እና ኤሌክትሪክ ያሉት ሁሉ በወሃዊ ኪራዩ ውስጥ የተካተተ መሆኑን የሚያሳይ ደብዳቤ አቅርቡ።
- ከመንግሥታዊ ድርጅቶች፣ ወደ አድራሻዎ የተላከ ደብዳቤ (ከ'SNAP'፣ TANIF፣ ሜዲኬድ/Medicaid፣ HUD, ARHA, IRS, ወዘተ...)
- የቅርብ ጊዜ የደሞዝ ክፍያ (pay stub) - (የአሌክሳንድሪያ አድራሻን እና የቨርጅኒያ የታክስ ተቀናሽ (Virginia tax withholding) የሚያሳይ)
- 2 ተከታታይ-የሆኑ የባንክ ስቴትመንቶች (bank statements)፣ ወደ አሌክሳንድርያ ከተማ አድራሻ መላኩን የሚያሳይ
- የቅርብ ጊዜ የፌደራል/የስቴት የገቢ ታክስ ተመላሽ (income tax return) - የአሌክሳንድሪያ አድራሻ ያለበት
- የቅርብ-ጊዜ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ፤ የአሌክሳንድሪያ አድራሻ ያለበት
- ለአሌክሳንድሪያ ከተማ አዲስ (ከ30 ቀናት ያነሰ ጊዜ)፣ ቤተሰቡ አዲስ የመጡ መሆናቸውን የሚያሳይ። ከምዝገባው በኋላ - በ30 ቀናት ውስጥ ያበቃል።

☐ በመጋራት-በሚኖሩበት መኖሪያ-ቤት (SHARED HOUSING) ውስጥ፤ ነዋሪዎች:

- ወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ - ከሌላ ሰው ጋር እየኖሩ ከሆነ (እና ሊዝ/lease፣ ዲድ/deed፣ ወይም ሞርጌጅ/mortgage - በወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊው ስም ካልሆነ)፤ ኖተራዝይ/notarized የተደረገ የShared Housing Form A/B (PDF)ን ማጠናቀቅ-ያለባችሁ እና፣ አብራችሁ የምትኖሩት ሰው ያለውን የሊዝ/lease፣ ዲድ/deed፣ ወይም ሞርጌጅ/mortgage ኦሪጂናል (original) ቅጂውን ማያያዝ-አለባችሁ። በተጨማሪም፣ ከላይ በተጠቀሰው መሠረት (በወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ሥም የሚገኝ) - ሁለት ደጋፊ-የሆኑ ሰነዶችን (supporting documents) ማቅረብ ያስፈልጋቸዋል።

***** በምዝገባው ሂደት ወቅት፣ እነዚህ የሚከተሉት ሁሉም-ሰነዶች መቅረብ አለባቸው።****

Office of English Learner Services
1340 Braddock Place
Alexandria, VA 22314
Telephone: 703-619-8022
E-mail: ELOffice@acps.k12.va.us

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 al inscribirse 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 የፌደራል ሕግ ይጠይቃል። እታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌደራል ሕግ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء إستبيان 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. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/ الأوصياء الشرعيون بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

والدین/ 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. براساس اطلاعات ارائه شده در زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. براساس 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፤
أسم الطالب — تأريخ الميلاد
اسم شاگرد — تاریخ تولد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal — Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም — ስልክ
أسم ولي الأمر / الوصي الشرعي — رقم الهاتف
اسم والدین/ سرپرست — تیلیفون

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 ዋነኛ ቋንቋ ምንድን ነው፡ ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኾ?
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 የሚላከውን 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 — التأريخ
امضای والدین/ سرپرست — تاریخ

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

Blank Page

የተማሪው ምዝገባ ቅጽ

STUDENT REGISTRATION FORM እባክዎ በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

ACPS Alexandria City Public Schools

STUDENT INFORMATION የተማሪ መረጃ

Student's Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Name:** _____
የተማሪ የአባት/ የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ/ የመጠሪያ ስም፣ መካከለኛ ስም፣

Student and Primary Parent/Guardian Address: Street _____ Apt # _____
የተማሪና የወላጅ/የአሳዳጊ አድራሻ፣ መንገድ፣ አፓርታማ ቁጥር፣

City _____ State _____ Zip _____
ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ፣

Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____ **Country of Birth:** _____ **Grade:** _____
የትውልድ ቀን፣ ወር፣ ቀን፣ አመት፣ ሀገር፣ ክፍል፣

Gender: ❒ Male ወንድ ❒ Female ሴት **Gender Identity:** ❒ Male ወንድ ❒ Female ሴት ❒ Other ሌላ **Preferred Name:** _____
ፆታ ፣ የፆታ ማንነት፣ የሚመርጡት መጠሪያ ስም፣ (ሕጋዊ ስማቸው፣ ፆታቸውን ለማይገልጽ ተማሪዎች። ቅፅል-ሥሞች (nicknames) ን፣ ለመጠቀም አይደለም።)

Is this student Hispanic or Latino? (choose only one) ይህ ተማሪ ሂስፓኒክ ነው ወይስ ላቲኖ? (አንዱን ብቻ ይምረጡ)

❒ No, not Hispanic or Latino ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ አይደለም
❒ Yes, Hispanic or Latino አዎ፣ ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ ነው

What is the student's race? (choose one or more) የተማሪው ዘር ምንድን ነው? (አንድ ወይም ከአንድ በላይ መምረጥ ይችላሉ)

❒ American Indian/Alaskan አሜሪካዊ ህንዳዊያን/አላስካን
❒ Black or African American ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካን
❒ White (a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa) ነጭ (ማንኛውም ትውልዱ ከአውሮፓ፣ መካከለኛው ምስራቅ ወይም ሰሜን አፍሪካ)
❒ Asian ኤስያ
❒ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ሀዋይን ተወላጅ ወይም ሌላ የፓስፊክ ደሴት

Last School Attended: _____ ❒ Public የህዝብ ❒ Private የግለ
በመጨረሻ ጊዜ የተከታተሉት ትምህርት ቤት፣

Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
አድራሻ፣ ከተማ፣ ሀገር ግዛት፣ ዚፕ፣

If not an Alexandria City school, has student EVER attended Alexandria City Public Schools? ❒ Yes አዎ ❒ No አይደለም
የአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤት ካልሆነ ፣ ተማሪው በአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤት ተምሮ ያቃልን?

If Yes, please provide the following: School: _____ Year: _____ Grade: _____
መልስዎ አዎ ከሆነ እባክዎት የሚቀጥለውን ይግለፁ፣ ት/ቤቱ፣ ዓመተ ምህረት፣ ክፍል፣

PARENT/GUARDIAN INFORMATION የወላጅ ወይም የአሳዳጊ መረጃ

Primary Parent/Guardian: ዋና ወላጅ ወይም ጠባቂ
ይህ ተማሪው ከሳምንቱ ውስጥ አብዛኛውን ጊዜ አብሮት የሚያሳልፈውና ልጁን በሚመለከት ዋና ተጠሪ የሆነው ወላጅ/ ህጋዊ አሳዳጊ ነው።

Do you live/reside in the City of Alexandria? ❒ Yes አዎ ❒ No አይደለም
በአሌክሳንድሪያ ከተማ ውስጥ ይኖራሉን?

If No, has an exception to policy been approved? ❒ Yes አዎ ❒ No አይደለም
ካልሆነ ከፖሊሲው ውጭ ፍቃድ አለዎት?

Last Name: _____ First Name: _____ ❒ Male ወንድ ❒ Female ሴት
የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ ስም፣

❒ Father አባት ❒ Stepfather የእንጀራ አባት ❒ Legal Guardian ህጋዊ አሳዳጊ
❒ Mother እናት ❒ Stepmother የእንጀራ እናት ❒ Foster Parent አሳዳጊ ወላጅ

Other (please indicate relationship): _____
ሌላ (እባክዎን ዝምድን አይነቱን ይግለጹ)፣

Home Phone: (_____) _____-_____ Is your home phone a cell phone? ❒ Yes አው
የቤት ስልክ ቁጥር፣ የቤት ስልክዎ የእጅ ስልክ ነውን?

Cell Phone: (_____) _____-_____ ❒ No አይ
የተንቀሳቃሽ ስልክ፣

Email Address: _____
ኢሜይል አድራሻ፣

Employer: _____
ቀጣሪ፣
Work Address: _____
የስራ አድራሻ፣
_____
Work Phone: (_____) _____-_____ Ext: _____
የስራ ቦታ ስልክ ቁጥር፣ ማዞሪያ፣

Parent/Guardian's preferred language of communication? የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ተመራጭ የመግባቢያ ቋንቋ?

❒ English እንግሊዘኛ ❒ Spanish ስፓኒሽ ❒ Amharic አማርኛ ❒ Arabic አረብኛ ❒ Other (please specify) ሌላ (እባክዎን ይግለጹ) _____

Parent/Guardian #2: ወላጅ ወይም አሳዳጊው #2፣

Last Name: _____ First Name: _____ ❒ Male ወንድ ❒ Female ሴት
የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ ስም፣

❒ Father አባት ❒ Stepfather የእንጀራ አባት ❒ Legal Guardian ህጋዊ አሳዳጊ
❒ Mother እናት ❒ Stepmother የእንጀራ እናት ❒ Foster Parent አሳዳጊ ወላጅ

Other (please indicate relationship): _____
ሌላ (እባክዎን ዝምድን አይነቱን ይግለጹ)፣

Address: ❒ Address is the same as student and primary parent/guardian's address above
አድራሻ፣ አድራሻው ከላይ ካለው ከተማሪ እና ዋና ወላጅ ወይም ጠባቂ አድራሻ ጋር አንድ አይነት ነው

Street _____ Apt # _____
መንገድ፣ አፓርትመንት ቁጥር፣

City _____ State _____ Zip _____
ከተማ፣ ሀገር ግዛት፣ ዚፕ፣

Home Phone: (_____) _____-_____ Is your home phone a cell phone? ❒ Yes አው
የቤት ስልክ ቁጥር፣ የቤት ስልክዎ የእጅ ስልክ ነውን?

Cell Phone: (_____) _____-_____ ❒ No አይ
የተንቀሳቃሽ ስልክ፣

Email Address: _____
ኢሜይል አድራሻ፣

Employer: _____
ቀጣሪ፣
Work Address: _____
የስራ አድራሻ፣
_____
Work Phone: (_____) _____-_____ Ext: _____
የስራ ቦታ ስልክ ቁጥር፣ ማዞሪያ፣

STUDENT BACKGROUND የተማሪው ዳራ

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan? ❒ Yes ❒ No
በአሁኑ ሰአት ልጅዎ ለልዩ ትምህርት አገልግሎት ወይም 504 ዕቅዱ ፒ አለው?ን? አዎ አይደለም

If Yes, has documentation been provided to the school? ❒ Yes ❒ No
መልስዎ አዎ ከሆነ፣ሰነዱ ለትምህርት ቤቱ ተሰጥቷልን? አዎ አይደለም

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
ከመሳሪያ፣ አልኮሆል ወይም አደንዛዥ እጽ፣ ወይም ሌላ ሰው ላይ ሆን ብሎ ጉዳት ማድረስ በመሳሰሉ የትምህርት ቤት ቦርዱ ፖሊሲዎን በመጣስ የተነሳ ከሌሎች በቨርጂኒያ ወይም በሌላ ስቴት ባሉ የግል ወይም ህዝብ ትምህርት ቤቶች ተባርሮ ያውቃልን? አው አይ

STUDENT'S SIBLINGS የተማሪ እህቶች ወይም ወንድሞች

Name ስም	Birth Date የልደት ቀን	Sex ጸታ	School ትምህርት ቤት
1.			
2.			
3.			
4.			

EMERGENCY CONTACTS በድንገተኛ ጊዜ ተጠሪ

እባክዎ የአስቸኳይ ጊዜ ውሳኔዎችን ለመስጠት ወይም በአስቸኳይ ጊዜ ወላጆችን ወይም አሳዳጊዎችን ማግኘት ካልቻልን ልጅዎን ከትምህርት ቤት መጥተው የሚወስዱ ቢያንስ የሁለት ሰዎችን ስም ይጥቀሱ፣

Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 1 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: _____
ስም፣

Address: Street _____ Apt # _____
አድራሻ፣ መንገድ፣ አፓርትማንት ቁጥር፣

City _____ State _____ Zip _____
ከተማ፣ ሀገር ግዛት፣ ዚፕ፣

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
የቤት ስልክ ቁጥር፣ ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: _____ Relationship to student: _____
የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 2 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: _____
ስም፣

Address: Street _____ Apt # _____
አድራሻ፣ መንገድ፣ አፓርትማንት ቁጥር፣

City _____ State _____ Zip _____
ከተማ፣ ሀገር ግዛት፣ ዚፕ፣

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
የቤት ስልክ ቁጥር፣ ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: _____ Relationship to student: _____
የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 3 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: _____
ስም፣

Address: Street _____ Apt # _____
አድራሻ፣ መንገድ፣ አፓርትማንት ቁጥር፣

City _____ State _____ Zip _____
ከተማ፣ ሀገር ግዛት፣ ዚፕ፣

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
የቤት ስልክ ቁጥር፣ ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: _____ Relationship to student: _____
የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE

Only for students enrolling into kindergarten

ቅድመ መዋዕለ ህጻናት ልምድ

ወደ መዋለ ህጻናት ለሚመዘገቡ ተማሪዎች ብቻ

ከመዋለ ህጻናት አመት በፊት፣ ልጄ የተከታተለው (አንዱን ይምረጡ):

Virginia Preschool Initiative (VPI) 4-year-old program at:
የቨርጅኒያ ቅድመ-መደበኛ ትምህርት መርሐግብር (VPI) 4- ዓመት አድሜ ፕሮግራም በ፣

- ❒ Alexandria City Public Schools (ACPS)
  አሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች(ACPS)
- ❒ Campagna Center
  ካምፓኛ ማእከል
- ❒ Child and Family Network Center (CFNC)
  የልጆች እና የቤተሰብ ኔትወርክ ማእከል (CFNC)
- ❒ ALIVE! Child Development Center
  አላይቭ(ALIVE!) የልጆች ዴቨሎፕሜንት ማእከል
- ❒ Creative Play School
  ክርኤቲቭ ፕሌይ ስኩል

Another pre-K program: ሌላ ቅድመ-መዋእለ ሕጻናት ፕሮግራም፣

- ❒ Early Childhood Special Education
  ቅድመ-ሕጻናት ልዩ ትምህርት አገልግሎቶች
- ❒ Preschoolers Learning Together (PLT)
  ቅድመ-መደበኛ ተማሪዎች የጋራ ትምህርት(PLT)
- ❒ Head Start
  ሄድ ስታርት
- ❒ Full-day Private Preschool/Daycare
  ሙሉ ቀን የግል ቅደመ መደበኛ ት/ቤት/ መዋእለ ህጻናት
- ❒ Half-day Private Preschool
  ግማሽ ቀን የግል ቅደመ መደበኛ ት/ቤት
- ❒ Licensed Family Home Daycare Provider
  በቤተሰብ ቤት ፈቃድ ያላቸው የልጆች መዋያ አገልግሎት
- ❒ Department of Defense Child Development Program
  የመከላከያ ዲፓርትሜንት የልጆች ዴቨሎፕሜንት ማእከል

Other: ሌላ፣

- ❒ Parent/Relative
  ወላጅ/ዘመድ
- ❒ Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.)
  በቤቴ የሚኖር የልጆች ጥበቃ አገልግሎት የሚሰጥ
- ❒ Other: ሌላ፣
  Specify: _____
  ዝርዝር ግለፅ

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct.
እዚህ የተቀመጠው መረጃ ትክክለኛ ለመሆኑ በፊርማየ አረጋግጣለሁ።

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
ወላጅ ወይም የአሳዳጊው ፊርማ፣ ቀን፣

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

የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ እና መመዝገቢያ ቅፅ

Alexandria City Public Schools

ክፍል I፤ ተማሪ/ቤተሰብ መረጃ

እባክዎን ሀ፣ ለ ወይም ሐ ይምረጡ።

ሀ፤ እኔ ልጄን _____ በት/ቤት የማስመዘግበው ወላጅ ነኝ ።
(የተማሪው ስም)

ለ፤ እኔ _____ት/ቤት የማስመዘግበው የልጁ ሕጋዊ አሳዳጊ /ዋና
(የተማሪው ስም)
ተንከባካቢ ነኝ (ሕጋዊ ሰነድ ማቅረብ ያስፈለጋል)።

ሐ፤ እኔ በእድሜ የደረሰኩ (18 ዓመት ወይም በላይ) _____ራሴን ት/ቤት
(የተማሪው ስም)
አስመዘግባለሁ።

እኔ ወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ እና/ ወይም እድሜ የደረሰ ተማሪ የማረጋገጥው ጉዳይ እኔ/እኛ በሚከተለው አድራሻ ኖሪ ነን/ኝ*፤

ሙሉ አድራሻ፤

_____

የመንገድ ስም | አፖርትሜንት # | ከተማ | ስቴት | ዚፕ ኮድ | የስልክ ቁጥር

ክፍል II፤ የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ የተረጋገጠ ቃል

በአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች በተማሪነት የተመዘገበው እኔ (ክፍል I) የተማሪው ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ ኖሪ፣ (ክፍል II) የአሌክሳንደሪያ ከተማ ነዋሪ ስለመሆኔ ይህ በቃለ መሐላ የሰጠሁት ማረጋገጫ እና (ክፍል III) ኖሪ ስለመሆኔ ያቀረብኩት ማረጋገጫ ሰነድ (ገፅ 3 - ክፍል ሀ, ለ ወይም ሐ ተመልከት) መሰረት እንደሆነ እረዳለሁ። እኔ ከተማሪው ጋር በሰነዱ በተጠቀሰው አድራሻ ኖሪ መሆኔን አረጋግጣለሁ። በቃለ መሐላ የቀረበው ማረጋገጫ ሐሰት ሆኖ ከተገኘ ተማሪው የተማረበትን የአገልግሎት ክፍያ ለመክፈል ኃላፊነት እንዳለብኝ እረዳለሁ። እንዲሁም ተማሪው ከአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች የሚወጣ መሆኑን እረዳለሁ። በቨርጅኒያ ህግ § 22.1-264.1 መሰረት ተማሪው ከሚኖርበት ዞን ውጭ በአለ በሌላ ትምህርት ቤት ለማስገባት ሲባል ሆን ተብሎ የተሳሳተ መረጃ መስጠት እንደ 4ኛ ደረጃ (ክላስ 4 ሚስዲማነር) ወንጀል የሚያስቀጣ መሆኑን መገንዘብ ያስፈልጋል። የመኖሪያ አድራሻየን የሚመለከት መረጃ በሚስጥር መጠበቅ እንዳለበት ያለኝን መብት በማንሳት ኤ ሲ ፒ ኤስ(ACPS) የከተማ ኖሪ ስለመሆኔ በማናቸውም ህጋዊ መንገድ ለማረጋገጥ ጥረት ሊያደርግ እንደሚችል ተገንዝቢያለሁ። የራሴ ወይም የልጆቼ የመኖሪያ አድራሻ ከተቀየረ በሦስት(3) ቀናት ውስጥ ለትምህርት ቤቱ ርእሰ መምህር ወይም ለተወካዩ ለማሳወቅ ተስማማችላሁ።

_____ _____

የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ ስም **ስልክ ቁጥር**

_____ _____

የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ ፊርማ **ቀን**

*ትክክለኛ ኖሪ /አድራሻ ትርጉም በየቀኑ የሚያድሩበት ስፍራ ማለት ነው። የንብረት ባለቤት መሆን/ንብረት መከራየት የአሌክሳንደሪያ ከተማ ኖሪነትነትን የሚረጋግጥ በቂ ማስረጃ ነው ማለት አይደለም። ተማሪው እና ሕጋዊ አሳዳጊው በየቀኑ በአሌክሳንደሪያ ከተማ ውስጥ የሚያድር መሆን አለበት።

ለኤ ሲ ፒ ኤስ (ACPS) ሰራተኞች ስራ ብቻ የሚያገለግል- ከዚህ መሰመር በታች ያለውን መሙላት አያስፈልግም።

ክፍል III፤ የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ

የሚያስመዘግብ ሰው ሁለት ዓይነት ባለፎቶ መታወቂያ፣ የልደት የምስክር ወረቀት፣ እና የሚከተሉት ሦስት (3) ሰነዶች ማቅረብ አለበት። ሁሉም ሰነዶች ዋናው (ወቅታዊ - ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ የተዘጋጀ) እና በግልፅ የወላጅ/ አሳዳጊ ወይም እድሜው የደረሰ ተማሪ ስም እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት። ተጨማሪ ዝርዝር ለማግኘት ከጀርባው ያለውን ተመልከት።

አንደኛ ደረጃ ሀ - አንድ(1) ሰነድ፤

- ❒ ሊዝ ስምምነት
- ❒ የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ(ከግል ንብረት ታክስ ኮፒ ጋር)
- ❒ ሞርጌጅ ኮንትራት

ሦስተኛ ደረጃ ሐ፤

- ❒ መኖሪያ ቤት የሌለው
- ❒ DSS/የማደጎ ልጅ አገልግሎቶች

ሁለተኛ ደረጃ ለ- ሁለት(2) ደጋፊ ሰነዶች፤

- ❒ ዩቲሊቲ መክፈያ (የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዝን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ ደረሰኝ)
- ❒ ወቅታዊ የሆነ የግል ንብረት ታክስ ሰነድ / ደረሰኝ
- ❒ ከመንግስታዊ ተቋም የተላከ ደብዳቤ (TANIF፣HUD፣ARHA፣ IRS ወዘተ)
- ❒ የወቅቱ የደመወዝ ክፍያ የሚያሳይ (የአሌክስንደሪያ አድራሻ እና የቨርጂኒያ ታክስ ክፍያ የሚያሳይ)
- ❒ 2 ተከታታይ የባንክ ሂሳብ የሚያሳይ (በፖስታ የተላከ)
- ❒ የቅርብ ጊዜ የፊደራል/ስቴት የገቢ ታክስ የሚያሳይ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት
- ❒ የወቅቱ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት
- ❒ ቤተሰቡ አዲስ ከሆነ (ከ30 ቀናት ያነሰ) ለአሌክሳንደሪያ ከተማ Due _____

የጋራ ቤት ኖሪዎች፤ ወላጅ/ አሳዳጊ በጋራ ቤት ኖሪዎች ከሆኑ ቅፅ ሀ/ለ የተረጋገጠ(ኖቶራይዝድ) ከቤቱ ባለቤት ሞርጌጅ ኮፒ ጋር ማቅረብ ያስፈልጋል፣ የባለቤትነት ሰነድ ወይም የሊዝ ኮፒ ወላጅ እና ተማሪው ኖሪ የሆኑበት። በተጨማሪም ሁለት ደጋፊ ሰነዶች ማቅረብ ያስፈልጋል (የወላጅ /ሕጋዊ አሳዳጊ ስም የያዘ) እላይ እንደተገለፀው። አጠራጣሪ የመኖሪያ አድራሻ ካለ የቤት ጉብኝት ሊደረግ ይችላል። ሀ/ለ ቅፅ የሚያበቃበት ጊዜ
(**A/B FORM EXPIRATION**)፤ _____ **(Registrar - enter date into PowerSchool).**

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**

ተቀባይነት ያላቸው የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ ሰነዶች

ሁሉም በሚያስመዘገቡ ወላጅ/አሳዳጊዎች ወይም እድሚያቸው የደረሰ ተማሪዎች የሚቀርቡ ሰነዶች ሙሉ ስም እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ መኖሪያ አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት።

አንደኛ ደረጃ U ፤ (የመኖሪያ አድራሻ ለማረጋገጥ ከተዘረዘሩት ሰነዶች መካከል አንድ)
❒ ሊዝ ወይም የኪራይ ስምምነት ሰነድ፤ ዋናው ሰነድ ወቅታዊ እና ጊዜው ያላለፈበት መሆን አለበት። እንዲሁም ቀን፣ ስም እና ወላጅ/አሳዳጊዎች ተማሪውን የሚያስመዘግቡ የቤት ንብረቱን አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት። ሊዝ ከቤቱ ባለቤት ጋር በግል የተዘጋጀ ሰነድ ከሆነ ሰነዱ መረጋገጥ (ኖቶተራይዝድ) መሆን አለበት። ❒ የባለቤትነት ሰነድ ፤ የንብረት ባለቤትነት ሰነድ ባለቤቱ የግል ንብረት ታክስ የከፈለበትን ኮፒ አብሮ ማያያዝ ይኖርበታል። ይህንንም ከሚከተለው ማግኘት ይቻላል(ያለ ክፍያ) http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address የንብረት ባለቤትነት ሰነድ በወላጁ አሳዳጊው ስም መሆን አለበት። ❒ የብድር ሰነድ (ሞርጌጅ) ፤ ኖሪው በአበዳሪው የተዘጋጀ የሞርጌጅ ቢል ሊያቀርብ ይችላል (ቀን፣ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ፣ እና የአባዳሪውን ስም) የሚያሳይ ምዝገባው በተካሄደ በ60 ቀናት ውስጥ ወይም የመጀመሪያው ሞርጌጅ ኮንትራት ከወቅታዊ የባለቤቱ የንብረት ታክስ ኮፒ ጋር ። ይህም በነፃ ማግኘት ይቻላል በሚከተለው አድራሻ ። http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address ❒ እኔ የምኖረው በጋራ ቤት(Shared Housing) ውስጥ ነው እናም ሊዝ/ የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ ወይም ሞርጌጅ በእኔ ስም አይደለም። እባክዎን የጋራ መኖሪያ (ሀ/ለ) ቅፅ በሞሙላት አብረው የሚኖሩትን ሰው ያለውን ሊዝ/የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ ወይም ሞርጌጅ ኮፒ አብረው አያይዙ።

እና

ሁለተኛ ደረጃ ለ፤ (ኖሪነት ለማረጋገጥ ከታች ከተዘረዘሩት ሁለት ሰነዶች)
❒ ዩቲሊቲ መክፈያ (የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዝን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ ደረሰኝ) የክፍያ 30 ቀናት ውስጥ የተዘጋጁ መሆን አለባቸው። ዩቲሊቲ መክፈያ በሊዝ ስምምነት ውስጥ የተካተተ ከሆነ እና ሌላ የክፍያ ሰነድ ቢል ከሌለዋት እባክዎን ከንብረቱ ማኔጀር የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዝን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ በወርሃዊ የኪራይ ክፍያው ጋር የተጠቃለለ መሆኑን የሚገልፅ ደብዳቤ ያቅርቡ። ❒ ወቅታዊ የአሌክሰንደሪያ ከተማ የግል ንብረት ታክስ (የመኪና ፣ RV፣ የጀልባ)። እባካዋን ያስታውሱ፤ የቨርጂኒያ ሞተር ቪክል ዲፓርትሜንት ማንኛውም የግል ንብረት ባለቡት አድራሻ በ60 ቀናት ጊዜ ውስጥ እንዲያስመዘገቡ ይጠይቃል። ❒ ከመንግስታዊ ተቋም የተላከ ደብዳቤ(TANIF፣HUD፣ARHA፣ IRS ወዘተ) ደብዳቤው ለወላጅ / ህጋዊ አሳዳጊ ወይም እድሜው የደረሰ ተማሪ ስም የተላከ መሆን አለበት። ❒ የወቅቱ የደመወዝ ክፍያ የሚያሳይ (የአሌክስንደሪያ አድራሻ እና የቨርጂኒያ ታክስ ክፍያ የሚያሳይ) ❒ የቅርብ ጊዜ የፌደራል / ስቴት የገቢ ታክስ የሚያሳይ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት ❒ 2 ተከታታይ የባንክ ሂሳብ የሚያሳይ በፖስታ ለአሌክሳንደሪያ አድራሻ ተላከ ❒ የወቅቱ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት

ወይም

ሦስተኛ ደረጃ ሐ፤ እባክዎን ከትምህርት ቤቱ ሪጅስትራር ጋር ይወያዩ ከታች የተገለፀት መካከል የሚመለከትዎ ከሆነ።
❒ የመኖሪያ ቤት የሌለው፣ አድራሻ በመቀየር ላይ ያለ፣ ወይም መጠለያ የሌለው ❒ የማደጎ ቤት / ማህበራዊ አገልግሎት ዲፓርትሜንት (DSS)፤ ተማሪው በማህበራዊ አገልግሎት ዲፓርትሜንት ጥበቃ ስር መሆኑን ማረጋገጫ የፍርድ ቤት ሰነድ ወይም ይፋ ደብዳቤ ከማህበራዊ አገልግሎት ዲፓርትሜንት የሚሰጥ አቅርብ።

Blank Page

የተማሪ የጤና መረጃ ቅጽ

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM • Alexandria City Public Schools

Student's Last Name: _____ **First Name:** _____
የተማሪው ስም (የመጨረሻ/የአባት ስም) የመጀመሪያ ስም (መጠሪያ ስም)

Date of Birth: _____ **Grade:** _____ **School Year:** _____
የትውልድ ቀን የክፍል ደረጃ የትምህርት ዓመት

STUDENT HEALTH CONDITIONS የተማሪ የጤና ሁኔታዎች

Check all boxes that apply to the student. ተማሪውን የሚመለከቱትን ሁሉንም ሳጥኖች ይምረጡ።

ALLERGIES አለርጂዎች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

Allergy Type:
የአለርጂው ዓይነት፣

እባክዎን በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

- ☐ Food List food(s): _____
  ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Medication List medication(s): _____
  መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Bee stings or insect bites
  በንብ መነደፍ ወይም በነፍሳት መነከስ
- ☐ Other: _____
  ሌላ፣

Date of last severe reaction: _____
ከባድ የአለርጂ ችግር ያጋጠመበት የመጨረሻው ቀን

Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____
በአለርጂ የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን

Currently prescribed medications and treatments for allergies:
በአሁኑ ወቅት ለአለርጂ የታዘዙ መድሃኒቶችና ህክምናዎች

- ☐ Oral antihistamine (Benadryl, etc.)
  በአፍ የሚወሰድ አንቲሂስታማይን (ቤናድሪል የመሳሰሉት)
- ☐ Epinephrine
  ኤፒነፍሪን
- ☐ Has epinephrine injector
  ኢፒ-ፔን አለው ወይ?
- ☐ Other: _____
  ሌላ፣

FOOD RESTRICTIONS እንዳይበላ የተከለከሉ ምግቦች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

- ☐ Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): _____
  በጋስትሮ ኢንተስታይናል (የምግብ መፈጨት) ችግር ምክንያት ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Due to religious or other preferences List food(s): _____
  በሃይማኖት ወይም በሌላ ምርጫዎች ምክንያት ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣

ASTHMA አስም ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Currently prescribed medications and treatments for asthma:
በአሁኑ ወቅት ለአስም የታዘዙ መድሃኒቶችና ህክምናዎች፣

- ☐ Daily control (prevention) medication
  በየዕለቱ የሚወሰዱ የመቆጣጠሪያ (የመከላከያ) መድሃኒቶች
- ☐ As needed (rescue) medication
  እንደ አስፈላጊነቱ የሚወሰዱ (የማዳኛ) መድሃኒቶች

Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____
በስኳር የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

DIABETES ስኳር ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____
በስኳር የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?
የተማሪው የስኳር ህመም በትምህርት ቤት እያለ መድሃኒት እንዲወስድና የደም ምርመራ እንዲያደርግ ይጠይቃል ወይ?

- ☐ No አይጠይቅም
- ☐ Yes ይጠይቃል List medication(s): _____
  መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

SEIZURE DISORDER የሚጥል በሽታ ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?
የተማሪው የሚጥል በሽታ በትምህርት ቤት እያለ መድሃኒት እንዲወስድ ይጠይቃል?

- ☐ No አይጠይቅም
- ☐ Yes ይጠይቃል List medication(s): _____
  መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

Date of last seizure: _____
የሚጥል በሽታ ያጋጠመበት የመጨረሻው ቀን፣

Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____
በሚጥል በሽታ ምክንያት ሆስፒታል ወይም ድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

OTHER HEALTH CONDITIONS ሌሎች የጤና ሁኔታዎች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

- ☐ ADHD ኤዲኤችዲ
- ☐ Autism ኦቲዝም
- ☐ Cerebral Palsy ሴሌብራል ፓልሲ
- ☐ Developmental Delay የእድገት መዘግየት
- ☐ Congenital Heart Defect አብሮ የሚወለድ የልብ ችግር
- ☐ Hemophilia ሄሞፊሊያ
- ☐ Sickle Cell Disease የሲክል ሴል ህመም
- ☐ Cystic Fibrosis ሲስቲክ ፋይብሮሲስ
- ☐ Obstructive Sleep Apnea በእንቅልፍ ወቅት የሚከሰት የትንፋሽ መቋረጥ ችግር
- ☐ Nutritional Disorder የምግብ ችግር
- ☐ Physical Disability የአካል ጉዳተኝነት
- ☐ Eczema ኢክዜማ (ችፌ/ የቆዳ በሽታ)
- ☐ Cancer ካንሰር
- ☐ Chronic Infection (Hepatitis C, HIV) የተባባሰ ኢንፌክሽን ፣(ሂፐታይተስ፣ ኤች.አይ.ቪ.)
- ☐ Congenital/Chromosomal Disorders አብሮ የሚወለዱ/የክሮሞዞም መዛባቶች
- ☐ Depression የአእምሮ መደበት

☐ Other physical or mental health conditions: _____
ሌላ የአካል ወይም የአእምሮ ጤና ችግሮች፣

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?
የተማሪው የጤና ችግሮች የሚከተሉት በትምህርት ቤት ውስጥ እንዲሰጡት የሚጠይቁ ናቸው?

Medications: ☐ No የለም ☐ Yes አለ List medication(s): _____
መድሃኒቶች፣ መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

Special procedures: ☐ No የለም ☐ Yes አለ List procedure(s): _____
ልዩ የህክምና ሂደቶች፣ የህክምና ሂደቶቹን ይዘርዝሩ፣

Special equipment: ☐ No የለም ☐ Yes አለ List equipment: _____
ልዩ መሳሪያ፣ መሳሪያዎችን ይዘርዝሩ፣

VISION CONDITIONS የአይን ችግሮች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

☐ Glasses መነጽሮች ☐ Contacts ኮንታክት ሌንሶች ☐ Non correctable መስተካከል የማይችሉ

☐ Other: _____
ሌላ፣

HEARING CONDITIONS የመስማት ችግሮች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

☐ Hearing aid(s) የመስሚያ ማጉያ መሳሪያዎች ☐ Non correctable መስተካከል የማይችል

☐ Other: _____
ሌላ፣

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE የተማሪዎች የጤና ጥበቃና የጤና ሽፋን

Does the student have health insurance? ☐ No የለውም ☐ Yes አለው Name of health insurance company: _____
ተማሪው የጤና ኢንሹራንስ አለው ወይ? የጤና ኢንሹራንስ ድርጅቱ ስም፣

Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
የተማሪው ዋና ሐኪም ስም፣ ስልክ፣

Does the student have dental insurance? ☐ No የለውም ☐ Yes አለው Name of dental insurance company: _____
ተማሪው የጥርስ ህክምና ኢንሹራንስ አለው ወይ? የጥርስ ኢንሹራንስ ድርጅቱ ስም፣

Name of student's dentist: _____ Phone: _____
የተማሪው የጥርስ ሃኪም ስም፣ ስልክ፣

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፈቃድ

ድንገተኛ ችግር በሚያጋጥምበት ወቅት የትምህርት ቤቱ ሰራተኛዎች ወደ 911 ይደውላሉ። ወላጁን፣ ህጋዊ አሳዳጊውን ወይም የአደጋ ጊዜ ተጠሪውን ለማግኘት አስፈላጊው ሙከራ በሙሉ ይደረጋል። ወላጆች በት/ቤት ውስጥ ተገኝተው ለልጁ ኃላፊነት ካልወሰዱ በስተቀር ተማሪዎች በአቅራቢያ ወደሚገኘው የድንገተኛ ህክምና አገልግሎት ይወሰዳሉ ።

ተማሪው በትምህርት ሰዓት የሚፈልገውን ነገር ወላጅ/ አሳዳጊ ለትምህርት ቤቱ ማንኛውንም መድሃኒት፣ ልዩ ምግብ ፣ ቁሳቁስ አቅርቦት ወይም መሳሪያ ማቅረብ አለባቸው ። ትክክለኛውን የመድሃኒት-አወሳሰድ እና የአሰራር-ስርዓት መሙሊያ ቅፆችን ለማግኘት፤ የትምህርት ቤቱን ነርስ ወይም ሬጅስትራርን አነጋግሩ። የትምህርት ቤት ጤና ጥበቃ እቅድ ያለው ከሆነ፣ ወላጁ ወይም አሳዳጊው ለትምህርት ቤቱ ነርስ አስፈላጊውን የህክምና መረጃ፣ ተገቢዎቹን የመፍቀጀ-ቅጾች እና፣ ከልጁ ሃኪም ጋር መረጃ ለመቀያየር የሚያስችል በጽሁፍ የተሰጠ ፈቃድን፣ የመስጠት ግዴታ አለበት።

እኔ የልጄ የጤና ህክምና ሰጪና በትምህርት ቤቱ የተመደበው የህክምና ሰጪ ባለሙያ የልጄን የጤና ነክ ችግሮች በተመለከተ እንዲወያዩና ይህንን ፎርም የሚመለከቱ መረጃዎችን እንዲለዋወጡ _____ (እፈቅዳለሁ___) (አልፈቅድም___)።
do do not

ይህ ፈቃድ እርስዎ ካላነሱት በስተቀርና እስኪያነሱት ድረስ የሚጸና ይሆናል። የልጅዎን ትምህርት ቤት በማንኛውም ጊዜ ማንሳት ይችላሉ። ከልጅዎ መዝገብ ላይ መረጃ ይፋ ሲደረግ ይህንን ይፋ መደረግ የሚያሳይ ሰነድ በልጅዎ የጤና ወይም የትምህርት መዝገብ ላይ እንዲያያዝ ይደረጋል።

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣ ቀን፣

የተማሪ - የወላጅ የዳሰሳ ጥናት

STUDENT-PARENT SURVEY

Survey Date 10/31/2024 · Each Section MUST be Completely Filled in Where Applicable

የዳሰሳ ጥናቱ የተደረገበት ቀን: 10/31/2024 · እያንዳንዱ ክፍል ሙሉ በሙሉ መሞላት አለበት (የሚመለከታቸው በሙሉ)

ኤ ሲ ፒ ኤስ ከፌደራል መንግስት ድጋፍ የሚያገኙ ተማሪዎችን የምናስተምር ከሆነ ከፌደራል መንግስት የበጅት ድጋፍ ማግኘት እንችላለን። በቤተሰብ ውስጥ ያለ ወላጅ ወይም አሳዳጊ በፌደራል ንብረት የማይኖር ወይም የማይሰራ ከሆነ እባክዋን ክፍል 1 ይሞላ እና ይፈረም ከዚያም ቀን ይጻፉ።

እባክዎ በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

Section 1: STUDENT INFORMATION ክፍል 1 - የተማሪው መረጃ

Student Name: የተማሪው ስም፡ Last የአያት ስም | First ስም | Middle የአባት ስም | Student ID የተማሪው መታወቂያ

Address: አድራሻ፡ Number & Street ቁጥር እና የጎዳና ስም | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Name of School የትምህርት ቤቱ ስም | Grade የትምህርት ክፍል | Birth Date የትውልድ ቀን | Home Phone የቤት ስልክ ቁጥር

If the above property is federal property, please enter the name of the property ከላይ የተጠቀሰው ንብረት የፌደራል ንብረት ከሆነ፣ እባክዎትን የንብረቱን ስም ያስገቡ

Section 2 – EMPLOYMENT INFORMATION: CIVILIANS ONLY working on federal property
ክፍል 2 - የስራ ቅጥር መረጃ፡ በፌደራል ንብረት ላይ እየሰሩ የሚገኙ ሲቪሎች ብቻ

Parent/Guardian Name: የወላጅ/አሳዳጊ ስም፡ Last የአያት ስም | First ስም | MI የአባት ስም መነሻ ፊደል | Employer Name የስራ ቦታ

Employer Address (Physical Location) የስራ አድራሻ (የስራ ቋሚ አድራሻ) | Building Number & Street የህንጻ ቁጥር እና የጎዳና ስም | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Federal Property Name (*see back side for list of eligible federal properties*) የፌደራል ንብረቱ ስም (ብቁ የሆኑ የፌደራል ንብረቶችን ዝርዝር በሰነዱ ጀርባ ይመልከቱ)

Federal Property Address የፌደራል ንብረቱ አድራሻ | Number & Street ስም እና አድራሻ | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN
ክፍል 3 - የወላጅ/አሳዳጊ የስራ ቅጥር መረጃ፡ ወታደራዊ አገልግሎቶች ያለው ወላጅ/አሳዳጊ

ጥናቱ በተደረገበት እለት ከወላጆች/አሳዳጊዎች አንዳቸው በየናይትድ እስቴትስ የወታደራዊ አገልግሎቶች ውስጥ በሥራ ላይ ከነበሩ በዚህ ክፍል ውስጥ መረጃውን ያስገቡ። (ጥናቱ በተደረገበት እለት ሁለቱም ወላጆች በወታደራዊ ግዴታ ላይ ከነበሩ፣ እባክዎትን ሌላ ሁለተኛ ቅጽ ይሙሉ)።

❒ Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) ተማሪው ወታደራዊ ቤተሰብ የለውም - (ይህ ከሆነ ከዚህ በታች ከክፍል 3ን መሙላት አያስፈልግም)

Branch of Active Service: አገልግሎት እየሰጡበት ያለው ቅርንጫፍ፡

❒ Air Force አየር ኃይል ❒ Army ጦር ሠራዊት ❒ Coast Guard ድምበር አስከባሪ ❒ Marine Corps ማሪን ኮርፕስ ❒ Navy የባሕር ኃይል

❒ The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA
ዘ ኮሚሽንድ ኮርፕስ ኦፍ ዘ ናሽናል ኦሽን ኤንድ አትሞስፈሪክ አዲምንስትሬሽን - ኤን.ኦ.ኤ.ኤ (NOAA)

❒ The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS
ዘ ኮሚሽንድ ኮርፕስ ኦፍ ዘ ዩ.ኤስ ፐብሊክ ሄልዝ ሰርቪስስ - ዩ.ኤስ.ፒ.ኤች.ኤስ (USPHS)

❒ National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders) በ9/14/2001 ፕሬዚዳንታዊ ትእዛዝ 13223 እና አንቀጽ 10 ዩ.ኤስ.ሲ መሰረት የሚንቀሳቀስ ብሄራዊ ጠባቂ ወይም ተጠባባቂ ኃይል (የማግበሪያ ትእዛዞቹን ቅጂ ያያይዙ)

❒ National Guard; Reserve ብሄራዊ ጠባቂ፣ ተጠባባቂ

❒ Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).
ተጠባባቂ፣ ተማሪው/ዋ የተጠባባቂ ኃይል አባል የሆነ ሰው ጥገኛ ነው/ናት (ጦር ሠራዊት፣ የባሕር ኃይል፣ አየር ኃይል፣ ማሪን ኮርፕስ ወይም ድምበር አስከባሪ)

Parent/Guardian Name (Last, First and MI)
የወላጅ/አሳዳጊ ስም (የአያት ስም፣ ስም፣ የአባት ስም መነሻ ፊደል)

Military Rank/Grade
ወታደራዊ ማእረግ/ደረጃ

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY
ክፍል 4 - የወላጅ/አሳዳጊ የስራ ቅጥር መረጃ፡ የውጭ ሃገር ውትድርና

የዳሰሳ ጥናቱ በተደረገበት እለት ከወላጆች/አሳዳጊዎች አንዳቸው በወታደራዊ አገልግሎቶች ውስጥ በሥራ ላይ ከነበሩ በዚህ ክፍል ውስጥ መረጃውን ያስገቡ። ያለበለዚያ፣ ይህንን ክፍል ይዝለሉት።

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) የወላጅ/አሳዳጊ ስም (የአያት ስም፣ ስም፣ የአባት ስም መነሻ ፊደል) | Foreign Government Name የውጭ አገር መንግስት ስም

Military Rank/Grade ወታደራዊ ማእረግ/ደረጃ | Branch of Service የአገልግሎት ቅርንጫፍ

ይህ መረጃ በኢምፓክት ኤይድ ፕሮግራም (Impact Aid Program) ስር ለፌደራል የምናቀርበውን የገንዘብ ጥያቄ ለመደገፍ ይውላል (የአንደኛ ደረጃ እና የሁለተኛ ደረጃ ድንጋጌ አንቀጽ VIII)። የፌደራል ገንዘብ ለማግኘት የምናቀርበው ማመልከቻ ማጣራት የሚደረግበት ከሆነ፣ ይህ መረጃ ለአሜሪካ የትምህርት መምሪያ ሊሰጥ ይችላል። ACPS የፌደራል ገንዘብ አግባብ ድርሻውን ለማግኘት ይችል ዘንድ ይህ ቅጽ መፈረም እና ቀንም መጻፍ አለበት።

ይህንን ቅጽ በመፈረም፣ በዚህ ቅጽ ላይ የተጻፉት እና የሰፈሩት መረጃዎች በሙሉ ጥናቱ በተደረገበት እለት ትክክለኛ እና የተሟሉ መሆናቸውን አረጋግጣለሁ።

Signature of Parent/Guardian የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ | Date [mm/dd/yyyy] ቀን (ወር/ቀን/ዓመተ ምህረት)

ብቁ የሆኑ የፌደራል ንብረቶች

- አልበርት ቪ. ብርያን ፌደራል ኮርትሃውስ፣ 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- ኤምቲ. ዌዘር ኢ.ኦ.ሲ፣ 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- አርሊንግተን ናሽናል ሴሚቴሪ፣ Arlington, VA 22211
- ኤምቪ.ቢ ቦስተር፣ ኮርትሃውስ፣ 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- ሲ.አይ.ኤ ላንሌይ ካምፓስ፣ 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- ናቫል ሰርፌስ ዋርፌር ሴንተር፣ 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- ሲ.አይ.ኤ ኤን.አር.ኦ፣ 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- ኤን.ኦ.ኤ.ኤ ኤን.ደብልዩ.ኤስ፣ 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- ዱሌስ አለም አቀፍ አየር ማረፊያ፣ 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- ፔንታጎን [በነዳና አድራሻ ላይ የህንጻውን ቦታ ያካቱ]፣ Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ኤ.ኤ ኤየር ሩት ትራፊክ ኮንትሮል ሴንተር፣ 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- ሮናልድ ሬገን ናሽናል ኤየርፖርት፣ 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ኤ.ኤ ፖቶማክ ትራኮን፣ 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- ሮናልድ ሬገን ናሽናል ኤየርፖርት፣ 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ቢ.አይ አካዳሚ ኤንድ ላቦራቶሪ፣ 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- ስቴቨን ኤፍ. ኡድቫር ሃዚ ሴንተር፣ 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- ፎርት ቤልቮይር 9910 ትሬሲ ሉፕ፣ Fort Belvoir, VA 22060
- ተርነር - ፌየርባንክ ኤች.አር.ሲ፣ 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- ፎርት ቤልቮይር ኖርዝ (ኤን.ጂ.ኤ), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- ዩ.ኤስ አርሚ ናሽናል ጋርድ፣ 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- ፍራንኮኒያ ጂ.ኤስ.ኤ ኤል.ኦ.ሲ 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- ዩ.ኤስ አርሚ ሪዘርቭ ሴንተር፣ 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- ጆርጅ ፒ. ሹልዝ ኤን.ኤፍ.ኤ.ቲ.ሲ፣ 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- ዩ.ኤስ የአቶርኒ ቢሮ (ዩ.ኤስ.ዲ.ኦ.ጄ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- ጆርጅ ዋሽንግተን ሜሞሪያል ፓርክዌይ፣ 700 GW Pw, VA 22101
- ዩ.ኤስ ኮስት ጋርድ ራዲዮ ጣቢያ፣ 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- ሄንደርሰን ሆል፣ 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- ዩ.ኤስ ጂኦሎጂካል ሰርቬይ፣ 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- ሃምፊሪስ ኢንጂነር ሴንተር፣ 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር፣ – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- ሃይብላ ቫሊ ኦፊስ ቢዩልዲንግ፣ 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር፣ – ሳይት ቢ፣ 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- ጆይንት ቤዝ ምየር - ሄንደርሰን ሆል፣ Fort Myer, VA 22211
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር - ሳይት ሲ፣ 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- ማሪን ኮርፕስ ቤዝ ኩዋንቲኮ፣ 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር - ሳይት ዲ፣ 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- ማርክ ሴንተር ፌደራል ኦፊስ ቢዩልዲንግ፣ 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- ዎልፍ ትራፕ ፋርም ፓርክ፣ 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

Alexandria City Public Schools

2024-25

የተማሪ፣ የሥነ-ምግባር ደንብ (Code of Conduct) ቅጽ

በእያንዳንዱ የትምህርት ዓመት፣ *የተማሪ፣ የሥኑ-ምግባር ደንብ (Code of Conduct)* - ለእያንዳንዱ ወላጅ መገኘት እንዲችል ይደረጋል። በዚህ ላይ በመፈረም እና ቅጹን መልሶ-በማስገባት፤ ወላጅ(ጆች)/አሳዳጊ(ዎች) - በሕገ-መንግስቱ ጋር ወይም በአሜሪካ ሕጎች እና/ወይም በቨርጅኒያ ኮመንዌልዝ (Commonwealth of Virginia) - መብቶቻቸውን የሚጠብቅላቸውን ሕጎች የማይሰርዝ ነገር ግን በሚገባ-የሚጠብቅላቸው፤ እና ከትምህርት ቤት ክፍል/ division ፖሊሲዎች እና/ወይም ውሳኔዎች ጋር ያላቸውን አለመስማማት ለመግለጽ መብት-አላቸው። በሕግ አስፈላጊ-የሆነው የተማሪ የሥነ-ምግባር ደንብ (Code of Conduct)፣ ለተማሪዎች በኮንፒውተር ስርዓት አጠቃቀም ፖሊሲ ኃፊነት-እንዲወስዱ የሚያድርጋቸውን፣ በትምህርት ገበታ-ላይ የመገኘት አስገዳጅነትን፣ የተማሪ የፀባይ-ባህሪያት መደበኛ-ደረጃዎችን፣ ፍትሃዊ-እኩልነት እና የላቀ-ደረጃ የማስገኘት ፖሊሲ፣ ማንጓጠጥን (Bullying) ሪፖርት ማድረጊያ-ቅጽ፣ እና ኦነር ኮድ (Honor Code)ን - ያካተተውን መሪያዎችን እና ደንቦችን የያዘ-ነው። ወላጆች/አሳዳጊዎች፣ የተማሪ የፀባይ-ባህሪያት መደበኛ-ደረጃዎችን እና አስገዳጅ-በሆነ ሁኔታ በትምህርት-ገበታ ላይ መገኘትን በማጠናከር ላይ ከACPS ትምህርት ቤቶች ጋር እገዛ የማድረግ ስራ-አለባቸው። ወላጆች/አሳዳጊዎች፣ የሥነ-ምግባር ደንብ (Code of Conduct)ን የመገንዘብ፣ ተገቢ-የሆነ የተማሪ የፀባይ-ባህሪያት ማበረታታት፣ ተማሪን በዲሲፕሊን ከመምራት ጋር በተያያዘ ትምህርት ቤቱን ማገዝ፣ ስለ ዲሲፕሊን እና በትምህርት-ገበታ ላይ መገኘትና አለመገኘት በተመለከተ ስለሚነሱ ጉዳዮች፣ አስፈላጊ-ከሆነ ከትምህርት ቤት ሹሞች ጋር ተገናኝቶ የመወያየት ኃላፊነት አለባቸው። ሕጉ እንደሚጠይቀው፣ ወላጆች/አሳዳጊዎች ያላቸውን ኃላፊነት ማወቃቸውን ለማሳየት፣ ሰነዱ-ላይ እንዲፈርሙ ይጠይቃቸዋል። የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ መኖር፣ ለመቀበላቸው ማረጋገጫ ብቻ ሲሆን፣ እና ቤተሰቡ ለማንኛውም በዚህ-ለተካተቱት ፖሊሲዎች መስማማታቸውን ማሳወቅ አያስፈልጋቸውም።

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ: _____

ለቴክኖሎጂ እና የማህበራዊ ሚድያ (Social Media) ኃላፊነት-ያለበት አጠቃቀም

እንደ-ተማሪነቴ፤ ከቴክኖሎጂ እና ከኢንተርኔት *መመሪያዎች-*ጋር ተጓዳኝ በሆኑ ላይ - በተማሪ የሥነ-ምግባር ደንብ (Student Code of Conduct) ላይ በተጻፈው-*መሠረት* ለማክበር-ተስማምቻለሁ።

የተማሪ ፊርማ: _____

የትምህርት ቤት አውቶቡስ ድንጋጌዎች

የትምህርት ቤት አውቶቡስ ድንጋጌዎች፤ በACPS የቤተሰብ የመምሪያ-መጽሐፍ (Handbook) ውስጥ ቀርቧል። የትምህርት ቤት አውቶቡስን ስለሚሣፈሩ የተማሪዎች-ደንቦች - እኔ የተገነዘብኩትና ያነበኩት፤ እና ስለተማሪው በትምህርት ቤት አውቶቡስ ውስጥ ለሚኖረው-ባህሪይ ሙሉ-ኃላፊነትን ለመውሰድ እስማማለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ: _____

ስለ የትምህርት ቤት አውቶቡስን ስለሚሳፈሩ ተማሪዎች ድንጋጌዎች የተገነዘብኩና ያነበኩ እና፣ እንደ ተሳፋሪነቴ በሁሉም በእነዚህ ድንጋጌዎች ለመገዛት ተስማምቻለሁ።

የተማሪ ፊርማ: _____

የተማሪ የማውጫ-መረጃ/Directory Information (የቤተሰብ ትምህርታዊ መብቶች እና የግላዊነት ድንጋጌ/Family Educational Rights and Privacy Act / FERPA)

የማውጫው-መረጃ (Directory information) የሚያካትተው፤ የተማሪ ስም፣ አድራሻ፣ ትምህርት ቤት፣ ፎተግራፍ፣ ሽልማቶች/awards እና አነሮች (honors) ወዘተ... ነው (የተማሪውን የሶሻል-ሴኩሪቲ ቁጥርን አያካትትም።) የማውጫ-መግለጫ መረጃው (directory information) ቀደምት-የሆነው ጥቅም፤ ከትምህርት ቤት ጋር ተጓዳኝ በሆኑ ሕትመቶች ላይ የተማሪውን መረጃ ለማተም-ነው። የማውጫ-መግለጫው ሙሉ ዝርዝር፤ በACPS የቤተሰብ የመምሪያ-መጽሐፍ (Family Handbook) ውስጥ፣ ይገኛል። ከዚህ በታች ወላጅ/አሳዳጊ፣ የተማሪው መረጃ ለሌላ-እንዳይገለጽ ካላሰወቁ በስተቀረ፤ ACPS - የማውጫ-መረጃውን (directory information) ካለ-ጽሁፍ ስምምነት ሊያሳውቅ-የሚችልበት ሁኔታ ይኖራል።

በስቴት/state ወይም በፌደራል ሕግ ከሚጠይቀው በስተቀረ፤ የተማሪውን የማውጫ-መግለጫ መረጃን - ይህ ቅጽ ከተፈረመበት ቀን ጀምሮ እስከ ሴፕቴምበር (September) 15 ቀን 2024 ድረስ፤ **አሳልፋችሁ-እንዳትሰጡ። ይህም ማለት፤ እንደ ዓመታዊ-መጽሐፎች (yearbooks)፣ የ'honor roll' ዝርዝሮች እና የታተሙ የምርቃት/ስፖርት/ቲያትራዊ ፕሮግራሞች ባሉት-ውስጥ - ተማሪውን በመግለጽ የሚገኙ መረጃዎች እና ፎተግራፎች - ከትምህርት ቤት ሕትመቶች ውስጥ እንዳይካተቱ-ማድረግ እንደሆነ ተገንዝቤአለሁ።**

የፒቲኤ (PTA) ማውጫዎች/Directories፣ እና ከትምህርት ቤት ጋር-ግንኙነት ያላቸው ድርጅቶች

አብዛኛዎቹ የትምህርት ቤት 'ፒቲኤ'ዎች (PTAs) እና ከትምህርት ቤት ጋር ተዛማጅ-የሆኑ ድርጅቶች፤ ለቤተሰቦች - ዓመታዊ ማውጫ (annual directory) ያዘጋጃሉ። ሆኖም-ግን፣ በቨርጅኒያ ሕግ መሠረት፤ ማንኛውም ትምህርት ቤት - የተማሪውን አድራሻ፣ የስልክ ቁጥር ወይም የኢሜል አድራሻን (በሕግ-ካልተጠየቀ በስተቀረ፣ ወይም በACPS የቢቤተሰብ የመምሪያ መጽሐፍ/Handbook ከተገለጸው በስተቀረ)፤ ወላጅ/አሳዳጊው በጽሁፍ ስምምነት-መስጫው ላይ ማረጋገጫን ካልሰጠ በስተቀረ ለሌላ አሳልፎ-ሊሰጥ አይችልም።

አዎን/YES፤ ACPS፣ የተማሪውን/የቤተሰቡን **ስልክ ቁጥር** እና **ኢሜል አድራሻ** - ለPTAs፣ ለ'booster organizations'፣ እና ለሌላ ከትምህርት ቤት ጋር ግንኙነት ላላቸው ድርጅቶች፤ ይህ ቅጽ ከተፈረመበት ቀን አንስቶ፣ እስከ ሴፕቴምበር (September) 15 ቀን 2024 ድረስ፣ **መልቀቅ-ይችላል።**

Alexandria City Public Schools

የሚዲያ (Media) ተሳትፎ

በትምህርት ዓመቱ ወቅት ሙሉ፣ የተማሪው ትምህርት ቤት ወይም ACPS - የተማሪውን ፎተግራሞችን ወይም ቪዲዮዎችን፣ የሰራቸውን የስዕል ስራዎች ምስል ወይም የመማሪያክፍል ስራዎችን፣ ከፃፏቸው-ነገሮች የተገኙ ንባቦች ወይም ጥቅሶችን - ከክፍል-ውስጥ ውይይቶች፣ ወይም ትምህርታዊ አቀራረቦች (educational presentations) ላይ ሊያጋራ-ይፈልግ-ይሆናል። ይህ ሊያካትት የሚችለው፤ ምስሎችን በACPS ድህረ-ገጽ ላይ፣ በACPS ቪዲዮዎች፣ በማህበራዊ-ሚዲያ ላይ፣ በትምህርት ቤት ሕትመቶች ውስጥ (ዓመታዊ-መጽሐፍት/yearbooks እና ፕሮግራሞችን ጨምሮ)፣ ከሦስተኛ-ወገን ጋር የተጋሩትን ጨምሮ-ነገር ግን በእነዚህ ብቻ ሳይወሰን በአካባቢ ወይም በብሄራዊ ሚዲያ (ቴሌቪዥን፣ አንላይን እና የታተሙ ሕትመቶች) ላይ ያሉትን ያካትታል።

_____ የተማሪውን ፎተግራፍ፣ ምስል፣ ድምጽ፣ ጽሁፎች፣ የመማሪያአፍል ስራዎች ወይም የስዕል-ስራዎችን - በማንኛውም ከላይ በቅጹ በተገለጹት መንገዶች - ይህ ቅጽ ከተፈረመበት ቀን እስከ ሴፕቴምበር (September) 15 ቀን 2024 ድረስ፤ **አትጠቀሙ**።

የተማሪ መዝገብ-መረጃ

(ለከፍተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወላጆች - 11ኛ እና 12ኛ ክፍል-ተማሪዎች ብቻ)

በ'Section 9528 of the No Child Left Behind Act of 2001' በሚጠይቀው-መሠረት - የትምህርት ቤት ስርዓቶች - ለውትድርና መልማዮች እና ለከፍተኛ ትምህርት ተቋሞች፣ ከሁለተኛ-ደረጃ ተማሪዎችን ስሞች፣ አድራሻዎች፣ እና የስልክ ቁጥር ዝርዝሮችን - በሚጠይቁ-ጊዜ እንዲያቀርብ-ይጠይቀዋል። ሆኖም-ግን፤ ወላጆች/አሳዳጊዎች (ወይም ተማሪው - ዕድሜው 18 ዓመት የሆነ ወይም በሕጋዊነት-ነፃ የወጣ ታዳጊ/minor) - የተማሪው ስም፣ አድራሻ፣ እና የስልክ ቁጥር ዝርዝሮች - የቅድሚያ የጽሁፍ ስምምነት-መስጫ ካልቀረበ-በስተቀረ - እንዳይለቀቅ ሊጠይቁ-ይችላሉ። በዚህ ቅጽ መሠረት - ACPS፣ የልጃችሁ መረጃ እንዳይለቀቅ የመጠየቅ-መብት እንዳላችሁ አሳውቋችኋል።

በእነዚህ ከታች-ባሉት ማንኛቸውም ምርጫዎች-ላይ **ምልክት ካላደረጋችሁ**፤ የተማሪው መረጃ - በውትድርና መልማዮች፣ ሊቀጥሩ-በሚችሉ ቀጣሪዎች፣ ወይም ለትምህርት ዓመት 2024-25 ለከፍተኛ ትምህርት ተቋም - መረጃ በሚጠይቅ-ጊዜ የሚሰጥ ይሆናል።

ማናቸውም-እነዚህ ቡድኖች፣ የተማሪውን መረጃ እንዳያገኙ የምትፈልጉ-ከሆነ፤ እባካችሁ ምልክት-አድርጉበት:
_____የተማሪው መረጃ - ለውትድርና ምልመላዎች (Military Recruiters) እንዲሰጥ-አልፈልግም።
_____የተማሪው መረጃ - ለኮሌጆች/ሌሎች ትምህርታዊ ተቋማት እንዲሰጥ-አልፈልግም።
_____የተማሪው መረጃ - ሊቀጥሩ-ለሚችሉ ቀጣሪዎች (Prospective Employers) እንዲሰጥ-አልፈልግም።

Alexandria City Public Schools

2024-25

የተማሪ መዝገብ-መረጃ

(ለከፍተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወላጆች - 11ኛ እና 12ኛ ክፍል-ተማሪዎች ብቻ)

በ‘Section 9528 of the No Child Left Behind Act of 2001’ በሚጠይቀው-መሠረት - የትምህርት ቤት ስርዓቶች - ለውትድርና መልማዮች እና ለከፍተኛ ትምህርት ተቋሞች፣ ከሁለተኛ-ደረጃ ተማሪዎችን ስሞች፣ አድራሻዎች፣ እና የስልክ ቁጥር ዝርዝሮችን - በሚጠይቁ-ጊዜ እንዲያቀርብ-ይጠይቀዋል። ሆኖም-ግን፤ ወላጆች/አሳዳጊዎች (ወይም ተማሪው - ዕድሜው 18 ዓመት የሆነ ወይም በሕጋዊነት-ነፃ የወጣ ታዳጊ/minor) - የተማሪው ስም፣ አድራሻ፣ እና የስልክ ቁጥር ዝርዝሮች - የቅድሚያ የጽሁፍ ስምምነት-መስጫ ካልቀረበ-በስተቀረ - እንዳይለቀቅ ሊጠይቁ-ይችላሉ። በዚህ ቅጽ መሠረት - ACPS፣ የልጆችሁ መረጃ እንዳይለቀቅ የመጠየቅ-መብት እንዳላችሁ አሳውቋችኋል።

በእነዚህ ከታች-ባሉት ማንኛቸውም ምርጫዎች-ላይ **ምልክት ካላደረጋችሁ**፤ የተማሪው መረጃ - በውትድርና መልማዮች፣ ሊቀጥሩ-በሚችሉ ቀጣሪዎች፣ ወይም ለትምህርት ዓመት 2023-24 ለከፍተኛ ትምህርት ተቋም - መረጃ በሚጠይቅ-ጊዜ የሚሰጥ ይሆናል።

ማናቸውም-እነዚህ ቡድኖች፣ የተማሪውን መረጃ እንዳያገኙ የምትፈልጉ-ከሆነ፤ እባካችሁ ምልክት-አድርጉበት:

_____የተማሪው መረጃ - ለውትድርና ምልመላዎች (Military Recruiters) እንዲሰጥ-አልፈልግም።

_____የተማሪው መረጃ - ለኮሌጆች/ሌሎች ትምህርታዊ ተቋማት እንዲሰጥ-አልፈልግም።

_____የተማሪው መረጃ - ሊቀጥሩ-ለሚችሉ ቀጣሪዎች (Prospective Employers) እንዲሰጥ-አልፈልግም።

የመጽሐፍ ኮንትራት (Book Contract)

ለማንኛውም ወይም ለሁሉም ለተማሪ የተሰጠ ቴክኖሎጂ፣ የመፃፊያ-ደብተሮች፣ ወይም የመጽሐፍት-ቤት መጽሐፎች - ሳይመለሱ ለቀሩ፣ ለተሸላሹ፣ ለጠፉ ወይም ካለ-አግባብ ጥቅም-ላይ ለዋሉ - ተተኪውን ማምጣት ወይም መክፈል እንዳለብኝ፤ እንዲሁም ከሚገባው-በላይ ለሆነ በአጠቃቀም-ብዛት ለሚታዩ መገለነጣለልና መበላሸት ላይ - ትምህርት-ቤት ባደረገው ግምገማ መሠረት - ለሁሉም የደረሱ ጉዳቶች ለመክፈል - በዚህ-መሠረት ተስማምቻለሁ።

የወላጅ /አሳዳጊ ፊርማ _____

የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት (Family Life Education)

የአሌክሳንድርያ ከተማ የሕዝብ ትምህርት ቤቶች (The Alexandria City Public Schools (ACPS) - የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት፣ ስርዓተ-ትምህርት/Family Life Education curriculum፤ ሁሉን-አቀፍ የሆነ፣ በቅደም-ተከተል ከK-10 ፕሮግራም-ውስጥ ለመስጠት የተቀረጸ ሲሆን፣ በዕድሜ-ተገቢ የሆነ የትምህርት-አሰጣጥን — በቤተሰብ አኗኗር እና የማህበረሰብ ግንኙነቶች ውስጥ ጨምሮ፣ የመታቀብ ትምህርት (abstinence education)ን፣ የሰው-ልጅ ወሲባዊነትን እና የመራባት/የመባዛት ሁኔታን፣ እና ወሲባዊ-እንቅስቃሴን ወደ ሌላ ጊዜ ማስተላለፍ ያለውን-ዋጋ፣ እና አላስፈላጊ-እርግዝና በሚፈጠር-ጊዜ ለማደጎ-የመስጠጥ አማራጭ ያለውን-አዎንታዊ የሆነ ጥቅምን - አካትቶ ትምህርት-ለመስጠት የተቀረጸ-ነው። ስለ ቤተሰብ ሕይወት ስርዓተ-ትምህርት (family life curriculum) የበለጠ ለማወቅ፣ የACPS የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት (Family Life Education) ድህረ-ገጽን - እባካችሁ በሚከተለው ጎብኙ: https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education

በተጨማሪም፤ የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት (Family Life Education) የመውጫ/opt-out መረጃ፣ በACPS Family Life Education ድህረ-ገጽ ላይ መገኘት-ይችላል።

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Health Information Form/Comprehensive Physical Examination Report/Certification of Immunization

Part I – HEALTH INFORMATION FORM

State law (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requires that your child is immunized and receives a comprehensive physical examination before entering public kindergarten or elementary school. **The parent or guardian completes this page (Part I) of the form.** The Medical Provider completes Part II and Part III of the form. This form must be completed no earlier than one year before your child's entry into school.

Name of School: _____ Current Grade: _____

Student's Name: _____
Last First Middle

Student's Date of Birth: _____/____/_____ Sex: _____ State or Country of Birth:_____Main Language Spoken: _____

Student's Address_____ City_____ State_____ Zip Code_____

Name of Parent or Legal Guardian 1:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____ - _____-_____

Name of Parent or Legal Guardian 2:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____-_____-_____

Emergency Contact:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____-_____-_____

Hospital Preference: _____

Child's Health Insurance: None☐ FAMIS Plus (Medicaid) ☐ FAMIS☐ Private/Commercial/ Employer Sponsored☐_____

Box 1. Pre-Existing Conditions

Condition	Yes	Comments	Condition	Yes	Comments
Allergies (food, insects, drugs, latex)			Diabetes: Type 1		
Please list **Life Threatening Allergies**:			Diabetes: Type 2		
			Insulin pump		
Allergies (seasonal)			Head injury, concussion		
Asthma or breathing conditions			Hearing conditions or deafness		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder			Heart conditions		
Behavioral/Psych/ Social conditions			Lead poisoning		
Developmental conditions			Muscle conditions		
Bladder conditions			Seizures		
Bleeding conditions			Sickle Cell Disease (not trait)		
Bowel conditions			Speech conditions		
Cerebral Palsy			Spinal injury		
Cystic fibrosis			Surgery		
Dental Health conditions			Vision conditions		

Describe any other important health-related information about your child (☐ Feeding tube , ☐ Trach , ☐Oxygen support, ☐ Hearing aids, ☐ Dental appliance, ☐ Wheelchair, Hospitalizations, etc.):

Box 2. Medications

List all prescription, emergency, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly (Home/ School):

Medication Name	Dosage	Time Administered (Home/School)	Notes
1.			
2.			
3.			
4.			

Additional Medications (Name, Dose, Time Administered, Notes)

Check here if you want to discuss confidential information with the school nurse or other school authority. Yes No Please provide the following information:

	Name	Phone	Date of Last Appointment
Pediatrician/primary care provider			
Specialist			
Dentist			
Case Worker (if applicable)			

I_____(do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

Signature of Parent or Legal Guardian:_____Date:_____/_____/_____

Signature of Interpreter: _____Date_____/_____/_____

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) ☐ 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 *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____ **Date (*Mo., Day, Yr.*):** 12 /___/____

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_____

❑ Age / gender appropriate history completed

❑ Anticipatory guidance provided

Physical Examination

1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment

	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
HEENT				Neurological				Skin				
Lungs				Abdomen				Genital				
Heart				Extremities				Urinary				

Tuberculosis Screening

Check the box that applies:

☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified

Test for TB Infection: TST IGRA Date: TST Reading mm TST/IGRA Result: ☐ Negative ☐ Positive

CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date:_____ ☐ Normal ☐ Abnormal

EPSDT Screens Required for Head Start – include specific results and date:

Blood Lead:_____ Hct/Hgb _____

Developmental Screen

Assessed for:	*Assessment Method:*	*Within normal*	*Concern identified:*	*Referred for Evaluation*
Emotional/Social				
Problem Solving				
Language/Communication				
Fine Motor Skills				
Gross Motor Skills				

Hearing Screen

❑ Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box.

❑ Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): ☐ Pass ☐ Referred

	1000	2000	4000
R			
L			

☐ Referred to Audiologist/ENT ☐ **Unable to test – needs rescreen**

☐ Permanent Hearing Loss Previously identified: ☐ Left ☐ Right

☐ Hearing aid or another assistive device

Vision Screen

☐ With Corrective Lenses (Check if yes)

Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail				☐ Not tested
Distance	Both	R	L	Test used:
	20/	20/	20/	

☐ Pass ☐ Referred to eye doctor ☐ **Unable to test-needs rescreen**

Dental Screen

☐ Problems Identified: Referred for Treatment

☐ No Problem: Referred for prevention

☐ No Referral: Already receiving dental care

☐ **Unable to perform**

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel

Summary of Findings (check one):

☐ Well child; no conditions identified of concern to school program activities

Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):

_____

____**Allergy:** ☐ food:_____ ☐ insect:_____ ☐ medicine:_____ ☐ other:_____

Type of allergic reaction: ☐ *anaphylaxis* ☐ *local reaction* *Response required:* ☐ *none* ☐ *epinephrine auto-injector* ☐ other::_____

____I**ndividualized Health Care Plan needed** (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)

____**Restricted Activity Specify:** :_____

____**Developmental Evaluation** ☐ Has IEP ☐ Further evaluation needed for: _____

____**Medication.** Child takes medicine for specific health condition(s). ☐ 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) ☐ **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:**_____

Alexandria City Public Schools

TUBERCULOSIS EVALUATION CERTIFICATE

Name: _____ Date of Birth: _____
Last First Middle

Place of Birth: _____

History of TB Test and Treatment: _____

Risk Factor	Yes	No
Is the child in recent close or prolonged contact with a person known to have infectious tuberculosis?	☐	☐
Is the child foreign born or a recent traveler (3 months or longer) to a high-prevalence area? (Especially Asian, Africa, Latin America, a refugee or a migrant.)	☐	☐
Has the child ever had an abnormal chest x-ray with fibrotic changes suggesting inactive or past TB?	☐	☐
Is the child infected with HIV or is he/she considered at risk for HIV infection?	☐	☐
Is the child an organ transplant recipient?	☐	☐
Is the child an injection drug user?	☐	☐
Is the child in contact with an incarcerated person, or a person who has been incarcerated in the past five years?	☐	☐
Is the child a resident of a high-risk congregant setting (E.g. homeless shelter, prison, long-term care facility, or hospital)?	☐	☐
Does the child have a medical condition or receives treatment for a medical condition which suppresses the immune system? (E.g. Diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight 10% or more below ideal for given population)	☐	☐
Does the child have signs and symptoms of TB? (E.g. Cough > 3 weeks, unexplained fever, weight loss, hemoptysis. Child ≤ 6 years: wheezing, failure to thrive, decreased activity, playfulness, and/or energy.)	☐	☐

☐ No risk factors identified, no PPD needed
☐ PPD required, positive risk factors identified

Signed: _____ Date: _____
Registered Nurse

CDC. (2012) "Appendix A: Sample TB Risk Assessment Tool." Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers. Retrieved from http://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/appendixa.htm

Virginia Department of Health Division of TB Control, TB Risk Assessment Form (TB 512)