



مبادرة ولاية فيرجينيا للتعليم ماقبل سن المدرسة (VPI) قائمة الوثائق المطلوبة للتسجيل في مرحلة ماقبل المدرسة



ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم جميع الوثائق التالية خلال عملية التسجيل:

1. إستمارات التسجيل:

- ☐ إستبيان اللغة المستخدمة في المنزل
- ☐ إستبيان التسجيل الطالب
- ☐ إثبات السكن وإستمارات التسجيل
- ☐ إستمارات المعلومات الصحية للطالب
- ☐ إستبيان الطالب- ولي الأمر
- ☐ إستمارات التوقيع للإلتحاق بمدارس ACPS

يرجى إكمال تعبئة الاستمارات الالكترونية من خلال هذا الرابط: www.acps.k12.va.us/Page/3073

2. الاوراق الثبوتية:

- ☐ شهادة ميلاد الطفل الأصلية أو شهادة ميلاد مصدقة (ينبغي أن يكون عمر طفلك 3 أو 4 سنوات بحلول 30 سبتمبر/أيلول)
- ☐ هوية تعريفية لولي الأمر/الوصي الشرعي (وثيقة تثبت أن القائم بتسجيل الطفل هو ولي الأمر/الوصي الشرعي)
- ينبغي أن يتطابق الأسم المدرج في شهادة الميلاد مع البيانات المذكورة في بطاقة الهوية التعريفية ذات الصورة لولي الأمر/ الوصي الشرعي أو مع الوثائق الصادرة من المحكمة والتي تثبت الوصاية القانونية.

3. المستندات الطبية:

- ☐ الإستمارات الصحية للإلتحاق بمدارس ولاية فيرجينيا
- ☐ تقرير الفحص البدني ينص قانون الولاية (المرجع: الفقرة 22.1-270 § من قانون ولاية فيرجينيا) على ضرورة تلقي الطفل في الولايات المتحدة لفحص بدني شامل قبل إلتحاقه بمرحلة ماقبل المدرسة في المدارس الإبتدائية الحكومية. ينبغي أن لايتجاوز تاريخ الفحص البدني سنة واحدة من تاريخ الإلتحاق بمرحلة ماقبل المدرسة.
- ☐ بيان يوضح نتيجة سلبية لتقييم خطر الإصابة بالسل، إختبار السلين تحت الجلد PPD، أو نتيجة سلبية لصورة الأشعة السينية للصدر، على أن تكون قد تم إكمالها في الولايات المتحدة و خلال فترة 12 شهر من اليوم الدراسي الاول للطالب.
- ☐ سجلات التطعيم (مدرج فيها اليوم، الشهر، والسنة لكل تطعيم حصل عليه)

- (4 جرعات) الخناق، الكزاز، السعال الديكي (لقاح Dtap الثلاثي، DTP أو Tdap)
- (3 جرعات) شلل الأطفال (OPV أو IPV)
- (3 جرعات) إلتهاب الكبد من نوع B
- (جرعتين) لقاح إلتهاب الكبد من نوع A (HAV)
- (جرعة واحدة) الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (MMR)
- (جرعة واحدة) الحمق (جدري الماء)
- (جرعة واحدة) إنفلونزا المستديمة النزلية (HIB)
- (جرعة واحدة) لقاح المكورات الرئوية (PCV)

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

4. التحقق من الدخل:

يرجى تقديم الوثائق الحديثة التالية (أختر كل ما ينطبق على عائلتك):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> نموذج ضريبة الدخل رقم 1040 | <input type="checkbox"/> النفقة ونفقة الطفل |
| <input type="checkbox"/> نموذج W-2 | <input type="checkbox"/> الدخل من العقارات والودائع |
| <input type="checkbox"/> قسيمي راتب (صادرة خلال 30) | <input type="checkbox"/> الإيجارات والعائدات |
| <input type="checkbox"/> اعانات البطالة وتعويضات العمال | <input type="checkbox"/> دخل المعاش أو التقاعد |
| <input type="checkbox"/> ضمان الدخل (SSI) | <input type="checkbox"/> مدفوعات استحقاقات المحاربين القدامى |
| <input type="checkbox"/> المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) | <input type="checkbox"/> تسديد تكاليف الرعاية للأطفال المتبنين |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) | <input type="checkbox"/> مساعدة مالية مقدمة من خارج العائلة |
| <input type="checkbox"/> الدخل من المساعدة التعليمية | <input type="checkbox"/> إعلان VPI بعدم وجود دخل أو إستمارة عدم توثيق الدخل |

5. التحقق من السكن:

ينبغي على الشخص البالغ الذي يقوم بالتسجيل تقديم الوثائق التالية: ينبغي تقديم النسخ الأصلية لجميع الوثائق (حالية - صادرة خلال فترة 60 يوم الأخيرة) وموضح فيها اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي وعنوانه في مدينة الإسكندرية.

☐ الفئة A - ينبغي تحديد وثيقة واحدة (1):

- **عقد إيجار كامل:** يجب أن يكون عقد الإيجار الأصلي نافذاً (غير منتهي الصلاحية) ويتضمن التواريخ، الأسماء وعنوان العقار لولي الأمر/الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إجراؤه مع المالك، عندها ينبغي توثيق عقد الإيجار عند كاتب عدل.
- في حال كان عقد الإيجار منتهي الصلاحية ولا يمكن تجديده، عندها يتوجب عليك تقديم عقد الإيجار الكامل منتهي الصلاحية و رسالة حديثة (صادرة خلال 60 يوم) موقعة من مكتب تأجير العقار تفيد بأن إيجارك للعقار الآن قائم على أساس الإيجار الشهري. ينبغي أن تكون الرسالة موقعة على ورقة تحمل ترويسة الشركة أو ان يتم تصديقها عند كاتب العدل على ان تتضمن التاريخ، اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي، والعنوان.
- **الرهن العقاري:** يجوز للمقيم تقديم فاتورة الرهن العقاري المعدة من المقرض (تتضمن التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو العقد الأولي للرهن العقاري مع نسخة حديثة من الضريبة العقارية للمالك.
- **صك الملكية:** ينبغي إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك.

☐ الفئة B - ينبغي تحديد وثيقتين (2) داعمة:

- فاتورة الخدمات والمرافق (الماء، الغاز، الكهرباء، الانترنت، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي). ينبغي أن تكون الفاتورة صادرة خلال فترة 60 يوم الماضية.
- إذا كان عقد الإيجار يشمل تغطية جميع الخدمات والمرافق ولا توجد هناك أية فواتير أخرى، عندها يرجى تقديم رسالة صادرة من مدير العقار على ورقة تحمل شعار الشركة توضح شمول جميع خدمات الماء، الغاز، الصرف الصحي، الكهرباء في الإيجار الشهري.
- رسال مرسلة بالبريد من جهة حكومية (SNAP، TANIF، HUD، ARHA، IRS، وما الى ذلك).
- قسائم حالية لدفع الراتب (تتضمن عنوان في مدينة الإسكندرية وملاحظة حجب الضرائب عن ولاية فرجينيا)
- كشفان مصرفيان متتاليان مرسلة بالبريد إلى العنوان الكائن في مدينة الإسكندرية
- أحدث عائد ضريبي على الدخل الاتحادي/الفدرالي موضحاً فيه عنوان في مدينة الإسكندرية
- بوليصة حالية للتأمين على المنزل أو المكان المؤجر مذكور فيه عنوان في مدينة الإسكندرية
- إنتقلت العائلة حديثاً للسكن في مدينة الإسكندرية (أقل من 30 يوم) مطلوب تقديم الوثائق خلال 30 يوم بعد التسجيل

☐ ساكني السكن المشترك:

- في حال سكن ولي الأمر/الوصي الشرعي مع شخص آخر (ولم يكن عقد الإيجار، سند الملكية، أو الرهن العقاري بإسم ولي الأمر/الوصي الشرعي)، عندها ينبغي عليك إكمال تعبئة نموذج السكن المشترك A/B وتصديقه من كاتب العدل مع تقديم نسخة أصلية من عقد الإيجار، سند الملكية، أو الرهن العقاري للشخص الذي تسكن معه. إضافة الى ذلك، ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم وثيقتين داعمة (باسم ولي الأمر/الوصي الشرعي) كما هو موضح في أعلاه.

***** ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية خلال عملية التسجيل.*****

يرجى الإطلاع على الجانب الآخر من الصفحة

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 የፌዴራል ሕግ ይጠይቃል። አታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመስርቶ የፌዴራል 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 የለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستناداً إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية. 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.

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. 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፤
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 ዋነኛ ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኝ?

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	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

STUDENT REGISTRATION FORM

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

STUDENT INFORMATION بيانات الطالب

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARENT/GUARDIAN INFORMATION بيانات الوالدين/ولي الأمر

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

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

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

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

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

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

Cell Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
الهاتف الخلوي الرقم الداخلي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

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

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cell Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
الهاتف الخلوي الرقم الداخلي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

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

الجزء I: معلومات الطالب/العائلة

يرجى إكمال الجزء A، B، أو C.

A. أنا ولي الأمر الذي يقوم بتسجيل _____ في المدرسة.

(الاسم الكامل للطالب)

B. أنا الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية الأساسية الذي يقوم بتسجيل _____

في المدرسة (ينبغي تقديم وثائق رسمية).

(الاسم الكامل للطالب)

C. أنا طالب بالغ (18 عام فأكثر) أقوم بتسجيل نفسي، _____ في المدرسة.

(الاسم الكامل للطالب)

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

العنوان الكامل:

أسم الشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف

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

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

رقم الهاتف

أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

التاريخ

أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

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

*** للإستخدام الرسمي لكادر مدارس ACPS فقط - لا تكمّل أسفل هذا الخط ***

Part III: Residency Verification

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 B - two (2) supporting documents:

- ☐ Utility bill (water, gas, electric, cable, and/or landline phone)
- ☐ Current personal Alexandria City property tax bill/receipt
- ☐ 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)
- ☐ ~~See • A^a^!a^pœ^A & { ^ÁœÁ^č!} Á[q * Á@Áœ Á -Áœ^ca) á!âœá!^••~~
- ☐ 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 _____

Category A – one (1) document:

- ☐ Lease Agreement
- ☐ Deed (with copy of property tax)
- ☐ Mortgage contract

Category C:

- ☐ Lack of Housing
- ☐ DSS/Foster Care Services

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).

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

قائمة بالوثائق المقبولة للتحقق من الإقامة

يجب أن تشير جميع الوثائق إلى الاسم الكامل للوالد / الوصي القانوني أو الطالب الكامل وعنوان مدينة الإسكندرية

الفئة A: وثيقة واحدة من هذه القائمة للتحقق من الإقامة
<input type="checkbox"/> عقد الإيجار: يجب أن يكون عقد الإيجار الأصلي نافذاً (وليس منتهي الصلاحية) وموضحاً فيه التواريخ، الأسماء وعنوان السكن لولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إنشاؤه مع المالك، فيجب أن يكون عقد الإيجار موثقاً.
<input type="checkbox"/> صك الملكية: يجب أن يتم إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك. يمكن الحصول عليها (مجاناً) عن طريق الرابط التالي http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address . يجب أن يكون صك الملكية في أسم ولي الأمر/الوصي الشرعي.
<input type="checkbox"/> الرهن العقاري: يجوز للمقيم تقديم فاتورة الرهن العقاري التي أعدها المقرض (موضحاً فيها التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو عقد الرهن العقاري الأولي مع النسخة الحالية من الضريبة العقارية للمالك. بالإمكان الحصول على ذلك مجاناً من خلال الدخول على الرابط http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address
<input type="checkbox"/> أنا أعيش في مسكن مشترك وأن عقد الإيجار/ صك الملكية أو الرهن العقاري ليس باسمي. يرجى إكمال تعبئة إستمارة السكن المشترك (A / B) وإرفاق عقد الإيجار/ صك الملكية أو الرهن العقاري للشخص الذي تقيم فيه.

و

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

أو

الفئة C: يرجى التشاور مع موظف التسجيل في المدرسة إذا كانت تنطبق أي من الفقرات التالية.
<input type="checkbox"/> انعدام السكن، في مرحلة انتقالية أو كنت تعاني من التشرد.
<input type="checkbox"/> رعاية الأطفال بالتبني/DSS: تقديم إثبات يوضح أن الطالب في عهدة دائرة الخدمات الاجتماعية، في شكل أمر محكمة أو وثيقة رسمية صادرة من دائرة الخدمات الاجتماعية.

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

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

STUDENT HEALTH CONDITIONS

الظروف الصحية للطالب

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

ALLERGIES الحساسية ☐ Yes نعم ☐ No لا

Allergy Type:
نوع الحساسية:

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

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

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

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

Currently prescribed medications and treatments for allergies:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً للحساسية

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

FOOD RESTRICTIONS الأطعمة الممنوعة ☐ Yes نعم ☐ No لا

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

ASTHMA الربو ☐ Yes نعم ☐ No لا

Currently prescribed medications and treatments for asthma:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً ضد الربو

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

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

DIABETES مرض السكري ☐ Yes نعم ☐ No لا

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

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

هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء و/أو فحص دم في المدرسة؟

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

SEIZURE DISORDER الإصابة بنوبات صرع ☐ Yes نعم ☐ No لا

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?

هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء داخل المدرسة؟

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

Date of last seizure: _____
تاريخ آخر نوبة صرع

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

OTHER HEALTH CONDITIONS ظروف صحية ☐ Yes نعم ☐ No لا

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

☐ Other physical or mental health conditions: _____
ظروف صحية بدنية أو عقلية أخرى

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

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

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية ☐ Yes نعم ☐ No لا

- ☐ Glasses نظارات ☐ Contacts عدسات لاصقة ☐ Non correctable غير قابل للعلاج
- ☐ Other: _____
غير ذلك

HEARING CONDITIONS مشاكل السمع ☐ Yes نعم ☐ No لا

- ☐ Hearing aid(s) سماعة أذن طبية ☐ Non correctable غير قابل للعلاج
- ☐ Other: _____
غير ذلك

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

Does the student have health insurance? ☐ No لا ☐ Yes نعم Name of health insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين صحي؟ اسم شركة التأمين الصحي

Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب رقم الهاتف

Does the student have dental insurance? ☐ No لا ☐ Yes نعم Name of dental insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين على الأسنان؟ اسم شركة التأمين على الأسنان

Name of student's dentist: _____ Phone: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب رقم الهاتف

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION تفويض من أحد الوالدين/الوصي

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

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

do not do

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

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

استبيان للطلبة والآباء STUDENT-PARENT SURVEY

Survey Date 10/31/2024 · Each Section MUST be Completely Filled in Where Applicable
تاريخ الاستبيان: 2024/10/31 يجب ملء كل قسم بالكامل، إذا كان ذلك ممكناً.

قد تتلقى مدارس ACPS منح مالية فيدرالية لتسجيل الطلاب المرتبطين فيدراليًا. إذا لم يكن ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي في العائلة يسكن أو يعمل على أراضي فيدرالية، فالرجاء إكمال القسم ١ وتوقيعه وكتابة التاريخ في أسفل النموذج.

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Section 1: STUDENT INFORMATION القسم 1: بيانات الطالب

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Branch of Active Service: فرع الخدمة الفعلية:

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

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

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

☐ National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders)
الحرس الوطني أو قوات الاحتياط المُعبّنة بموجب القرار الرئاسي التنفيذي رقم (13223)، الصادر بتاريخ 2001/9/14 والباب (10) من قانون الولايات المتحدة (يُرجى إرفاق نسخ من أوامر التشكيل)

☐ National Guard; Reserve الحرس الوطني؛ قوات الاحتياط

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

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

Military Rank/Grade
الرتبة/الدرجة العسكرية

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

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

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

Foreign Government Name اسم الحكومة الخارجية

Military Rank/Grade الرتبة/الدرجة العسكرية

Branch of Service فرع الخدمة

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

Signature of Parent/Guardian توقيع الوالد/الوصي

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

المنشآت الفيدرالية المؤهلة

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

نموذج مدونة قواعد سلوك الطالب

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

الاستخدام المسؤول للتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي

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

توقيع الطالب: _____

الوائح الخاصة بالحافلات المدرسية

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

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

توقيع الطالب: _____

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

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

دليل المعلومات لرابطة PTA والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة

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

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

المشاركة في وسائط التواصل

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

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

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

معلومات سجل الطالب

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

يتطلب البند 9528 من قانون "عدم التخلي عن أي طفل" لعام 2001 أن تقوم الأنظمة المدرسية بتزويد مسؤولي التجنيد العسكريين ومؤسسات التعليم العالي بقوائم أسماء، عناوين، وأرقام هواتف طلاب المرحلة الثانوية عند الطلب. ومع ذلك، يجوز لأولياء 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 بحقق في طلب عدم الإفصاح عن معلومات طفلك.

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

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

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

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

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

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

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

عقد الكتب

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي

التربية الحياتية والأسرية

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

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

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

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

الجزء الأول - نموذج المعلومات الصحية

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

اسم المدرسة: _____ اسم الطالب: _____

الأوسط

الأول

الأخير

ولاية أو بلد الميلاد: _____ اللغة الأساسية التي يتحدث بها: _____ الجنس: _____ تاريخ ميلاد الطالب: _____ / _____ / _____

عنوان الطالب _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الأول: _____ الهاتف: _____ - _____ - _____ العمل أو الخلو: _____ - _____ - _____

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الثاني: _____ الهاتف: _____ - _____ - _____ العمل أو الخلو: _____ - _____ - _____

جهة الاتصال في حالات الطوارئ: _____ الهاتف: _____ - _____ - _____ العمل أو الخلو: _____ - _____ - _____

المستشفى المفضل: _____

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

المربع الأول: الحالات الصحية القائمة مسبقاً

ملاحظات	نعم	الحالة الصحية	ملاحظات	نعم	الحالة الصحية
		مرض السكر: النوع الأول			الحساسية (طعام، حشرات، أدوية، اللاتكس)
		مرض السكر: النوع الثاني			يرجى كتابة أنواع الحساسية المهددة للحياة:
		مضخة انسولين			أنواع الحساسية (الموسمية)
		إصابته أو ارتجاج في الرأس			ربو أو اعتلال بالتنفس
		صعوبات في السمع أو صمم			اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة
		اعتلال بالقلب			اعتلال سلوكي/اجتماعي/نفسى
		تسهم بالزصاص			مشاكل في النمو
		اعتلال عضلي			اعتلال بالمثانة
		نوبات صرع			حالات نزيف
		مرض فقر الدم المنجلي (لم يتم تلقي علاج)			اعتلال معوي
		صعوبات في الكلام			شلل دماغي
		إصابته العمود الفقري			تليف كيسي
		جراحه			مشاكل في صحة الأسنان
		اعتلال بصري			

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

المربع الثاني: الأدوية

يرجى إدراج كل الأدوية التي يتناولها طفلك بانتظام (في المنزل/المدرسة) سواء وفق وصفة طبية أو في حالات الطوارئ أو من دون وصفة طبية أو أعشاب طبية:

ملاحظات	وقت تناول الدواء (المدرسة/المنزل)	الجرعة	اسم الدواء
			1.
			2.
			3.
			4.
أدوية أخرى (الاسم والجرعة ووقت تناولها والملاحظات)			

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

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

أنا _____ (أصرح) (لا أصرح) لموفر الرعاية الصحية لطفلي وموفر الرعاية الصحية المختص في مقر المدرسة بمناقشة المشاكل

الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات ذات الصلة بهذا النموذج. سيظل هذا التصريح ساريًا حتى تقوم أو ما لم تقم

بالغائه. يمكن إلغاء التصريح في أي وقت بالاتصال بمدرسة طفلك. ويرجى العلم أنه عند إخراج أي معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق هذا الإفصاح في السجل الطبي

لابنك أو السجل المدرسي.

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____

التاريخ: _____ / _____ / _____

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

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
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) <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		1	2	3		1	2	3	
	HEENT				Neurological				Skin				
	Lungs				Abdomen				Genital				
	Heart				Extremities				Urinary				

Tuberculosis Screening

Check the box that applies:

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	<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																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail</td> <td><input type="checkbox"/> Not tested</td> </tr> <tr> <td>Distance</td> <td>Both</td> <td>R</td> <td>L</td> <td rowspan="3">Test used:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20/</td> <td>20/</td> <td>20/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/> Not tested	Distance	Both	R	L	Test used:		20/	20/	20/									
	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) ☐ 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: _____

