Dari

ابتکار پیش از مکتب ویرجینیا(VPI)
چک لیست ثبت نام پیش از کودکستان

برای والدین/سرپرست قانونی باید تمام اسناد زیر در طی مراحل ثبت نام ارائه داده شود.

1. فورمه های ثبت نام:

- ☐ نظر سنجی زبان خانگی
- ☐ فورمه ثبت نام شاگرد
- ☐ فورمه سلامتی وصحی شاگرد
- ☐ فورمه تایید اقامت و فورمه تبت نام
- ☐ نظر سنجی شاگرد-والدین
- ☐ فورمه اطلاعات صحی متعلم
- ☐ فورمه امضاء مکاتب عمومی شهر الکزاندریه

با استفاده از لینک لطفا فرم های ثبت نام را پر کنید: **www.acps.k12.va.us/Page/3073**

2. هویت :

- ☐ شناسنامه و سند اصلی تولد (یا شناسنامه تأیید شده) (فرزند شما باید تا 30 سپتامبر 3 یا 4 ساله شود)
- ☐ شناسه اصلی والدین/سرپرست قانونی (اثبات این که بزرگسالان ثبت نام کودک والدین/سرپرست قانونی هستند)

نام در شناسنامه تولد باید مطابق با هویت تصویردار والدین/سرپرست یا اسناد محاکمه برای حضانت قانونی باشد.

3. اسناد صحی:

- ☐ فورمه سلامت ورودی مکتب ایالت ویرجینیا
- ☐ **گزارش معاینه فیزیکی**- قانون ایالتی (قانون ویرجینیا کود 22.1-270) مستلزم آن است که فرزند شما قبل از ورود به پیش از مکتب در یک مکتب ابتدایی ، معاینه فیزیکی جامع در ایالات متحده دریافت کند. معاینه فیزیکی باید در طی یک سال قبل از تاریخ ورود به پیش از مکتب قدمت داشته باشد.
- ☐ **ارزیابی خطر منفی مرض سل ، آزمایش پوستی سل یا اشعه ایکسری سینه منفی باید در ایالات متحده** که طی 12 ماه قبل از روز اول مکتب صورت گرفته شده باشد.
- ☐ **سوابق ایمن سازی واکسین (مستند به ماه ، روز و هر سال که اجرا شده است)**

- (4 دوز) دیفتری، کزاز، سیاه سرفه (Dtap، DTP یا Tdap)
- (3 دوز) فلج اطفال (OPV یا IPV)
- (3 دوز) فلج اطفال (OPV یا IPV)
- (2 دوز) واکسن هپاتیت A (HAV)
- (1 دوز) سرخک، اوریون و سرخجه (MMR)
- (1 دوز) واریسلا (آبله مرغان)
- (1 دوز) هموفیلوس آنفلوآنزا (HIB)
- (1 دوز) واکسین پنوموکوکی (PCV)

مهم است اگر واکسیناسیون ها کمبود داشته باشند: اگر واکسین های جدید به تازگی اجرا شده اند ، یک داکتر یا کلینیک دارای مجوز باید به صورت کتبی تاریخ بازدید برنامه ریزی شده بعدی را برای واکسین های اضافی توصیه کند. همچنین باید فاصله مناسب گرفتن دوزها دنبال شود. با دریافت واکسین های اضافی ، مستندات کتبی باید به پرستار مکتب ارائه شود. شاگردانی که در تاریخ اختصاص داده شده نتوانند ایمن سازی را انجام دهند ، از مکتب خارج می شوند.

4 . تأیید درآمد :

لطفاً اسناد اخیر زیر را ارایه دهید (تمام مواردی را که مطابقت دارد انتخاب کنید):

- ☐ فورمه 1040 پرداخت مالیات
- ☐ W-2
- ☐ 2 کاپی چک معاش اخیر (ظرف 30 روز)
- ☐ بیکاری وجبران خسارت کارگران
- ☐ درآمد امنیتی تکمیلی (SSI)
- ☐ کمک موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)
- ☐ برنامه کمک تغذیه (SNAP)
- ☐ درآمد از کمکهای تحصیلی
- ☐ نفقه وحمایت از کودک
- ☐ درآمد حاصل از املاک واعتماد
- ☐ درآمد از اجاره - کرایه وحق امتیاز
- ☐ درآمد از تقاعدی
- ☐ پرداخت مزایای افسران تقاعدی
- ☐ بازپرداخت مراقبت از فرزندی
- ☐ کمک مالی خارج از خانه
- ☐ فورمه اعلام عدم درآمد یا عدم سند درآمد VPI

5 . تأیید اقامت:

بزرگسالان که ثبت نام مینمایند باید اسناد زیر را ارائه دهد: کلیه اسناد باید نسخه اصلی باشد (درجریان 60 روز گذشته) و به وضوح نام والدین/سرپرست قانونی و آدرس را در شهر الکزاندریه نشان بدهد.

☐ **دسته A - باید یک سند (1) را انتخاب کنید:**

- **قرارداد نامه اجاره کامل یا کرایه**: اجاره نامه یا کرایه اصلی باید فعلی باشد (منقضی نشده) که نشانگر تاریخ، نام و آدرس املاک برای والدین/سرپرست قانونی است که در شاگرد را ثبت نام میکند. اگر اجاره نامه یک توافق نامه خصوصی با صاحبخانه است ، اجاره نامه باید اسناد رسمی باشد.
- اگر توافق نامه اجاره نامه شما منقضی شده است و نمی توان آن را تمدید کرد ، پس باید هر دو توافق نامه اجاره کامل منقضی شده و هم نامه اخیر (در مدت 60 روز) را که توسط دفتر کرایی خانه شما امضا شده است ، بیان کنید که اجاره نامه شما اکنون ماه به ماه است. این نامه باید از جمله تاریخ، نام والدین/سرپرست قانونی وآدرس وبطور اسناد رسمی امضا شود.
- **قرض بانکی خانه و مسکن**: ساکن ممکن است یک لایحه قرض مسکن تهیه شده توسط وام دهنده (از جمله تاریخ ، آدرس الکزاندریه و نام وام دهنده) را در مدت 60 روز از ثبت نام یا قرارداد وام مسکن اولیه با نسخه فعلی مالیات دارایی مالک ارائه دهد.
- قواله: قواله املاک باید با یک نسخه از مالیات بر دارایی شخصی مالک همراه باشد.

☐ **دسته B - باید دو (2) اسناد پشتیبانی را انتخاب کنید:**

- صورتحساب مصرف (آب ، گاز ، برق ، اینترنت ، کیبل و یا صورتحساب تلفن ثابت). این لایحه باید طی 30 روز گذشته قدمت داشته باشد. اگر همه خدمات در قرارداد لیزینگ شما پوشانده شده است و هیچ حساب مصرف دیگری ندارید ، لطفاً نامه ای از مدیر املاک خود را در نامه شرکت ارائه دهید که یادداشت آب ، گاز ، فاضلاب ، برقی همه در اجاره ماهانه گنجانده شده است.
- نامه نامه پستی از یک موسسه دولتی (SNAP، TANIF، MEDICAID، HUD، ARHA، IRS و غیره)
- کاپی چک معاش (با توجه به آدرس الکزاندریه و نگه داشتن مالیات ویرجینیا)
- 2 صورت حساب بانکی متوالی ارسال شده به آدرس شهر الکزاندریه
- آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- خانواده جدید (کمتر از 30 روز) به شهر الکزاندریه اقامت دارد. مهلت 30 روز پس از ثبت نام میباشد.

☐ **ساکنان که در خانه شریک هستند**

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

*******همه مدارک زیر باید در مراحل ثبت نام ارائه شود*******

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

اطلاعات دانشجو

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

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

شهر_____ دولت_____ زیپ_____

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

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

آیا این دانش آموز اسپانیایی یا لاتین است؟ ☐ نه، اسپانیایی یا لاتین نیست ☐ بله، اسپانیایی یا لاتین (شخص کوبایی، مکزیکی، پورتوریکو، آمریکای جنوبی، آمریکای مرکزی، یا دیگر فرهنگ یا منشاء اسپانیایی، بدون در نظر گرفتن نژاد)

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

آخرین مدرسه حضور داشتند: _____ ☐ عمومی ☐ خصوصی

آدرس: _____ شهر_____ دولت_____ زیپ_____

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

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

پدر و مادر / نگهبان اطلاعات

پدر و مادر اولیه / نگهبان

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

نام خانوادگی:_____ نام خانوادگی:_____ ☐ مرد ☐ زن

☐ سرپرست قانونی ☐ پدر خوانده ☐ پدر
☐ پدر و مادر پرورش ☐ نامادری ☐ مادر

دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه):_____

آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه? ☐ بله ☐ نه

صفحه اصلی تلفن: (___) _____-_____

تلفن همراه: (_____) _____-_____

آدرس پست الکترونیک:_____

کارفرما:_____
آدرس کار:_____
_____
تلفن کار: (_____) _____-_____

Parent/Guardian's preferred language of communication?

☐ انگلیسی ☐ اسپانیایی ☐ امهاری ☐ عربی ☐ دری ☐ دیگر (لطفا مشخص کنید)_____

پدر و مادر اولیه / نگهبان

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

نام خانوادگی:_____ نام خانوادگی:_____ ☐ مرد ☐ زن

☐ سرپرست قانونی ☐ پدر خوانده ☐ پدر
☐ پدر و مادر پرورش ☐ نامادری ☐ مادر

دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه):_____

آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه? ☐ بله ☐ نه

صفحه اصلی تلفن: (____) _____-_____

تلفن همراه: (_____) _____-_____

آدرس پست الکترونیک:_____

کارفرما:_____
آدرس کار:_____
_____
تلفن کار: (_____) _____-_____

زبان ارتباطی مورد نظر والدین/ گاردین؟

☐ انگلیسی ☐ اسپانیایی ☐ امهاری ☐ عربی ☐ دری ☐ دیگر (لطفا مشخص کنید)_____

سابقه و هدف دانشجو

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

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

آیا فرزند شما از حضور در مدرسه در یک مدرسه خصوصی یا دولتی در ویرجینیا یا ایالت دیگر، به جرم نقض سیاست های هیئت مدیره مدرسه مربوط به سلاح، الکل یا مواد مخدر، و یا برای وارد کردن عمدی آسیب به فرد دیگری اخراج شده است؟ ☐ بله ☐ نه

خواهر و برادر دانشجو

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

تماس اضطراری

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

تماس اضطراری: _____ آدرس: _____

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

رابطه با دانش آموز: _____ تلفن کار: _____

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

تماس اضطراری: _____ آدرس: _____

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

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

تماس اضطراری: _____ آدرس: _____

دولت _____ شهر _____ # _____

زیپ _____

تلفن همراه: _____ صفحه اصلی تلفن: _____

رابطه با دانش آموز: _____ تلفن کار: _____

تجربه پیش از کودکستان

در طول سال قبل از کودکستان، فرزند من حضور داشتند

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

- ☐ Alexandria City Public Schools (ACPS
- ☐ Campagna Center
- ☐ Child and Family Network Center (CFNC)
- ☐ Creative Play School
- ☐ Hopkins House-Helen Day Preschool Academy

یکی دیگر از برنامه های قبل از ک:

- ☐ Early Childhood Special Education
- ☐ Preschoolers Learnin
- ☐ Head Start
- ☐ Full-day Private Preschool/Daycare
- ☐ Half-day Private Preschool
- ☐ Licensed Family Home Daycare Provider
- ☐ Department of Defense Child Development Program

دیگر

- ☐ Parent/Relative
- ☐ Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.)
- ☐ Other:

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

تاریخ: _____ پدر و مادر / امضای نگهبان: _____

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

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM • Alexandria City Public Schools

Student's Last Name: _____ **First Name:** _____
تخلص شاگرد: اسم:

Date of Birth: _____ **Grade:** _____ **School Year:** _____
سال تحصیلی مکتب: درجه صنف: تاریخ تولد:

STUDENT HEALTH CONDITIONS شرایط سلامت دانشجویان

Check all boxes that apply to the student. بررسی تمام جعبه هایی که به دانش آموز اعمال می شود.

ALLERGIES حساسیت ☐ Yes بلی ☐ No نه

Allergy Type:
نوع الگري:

لطفا فقط به انگلیسی بنویسید!

- ❒ Food: List food(s): _____
  غذا: لیست مواد غذایی (ها)
- ❒ Medication List medication(s): _____
  دارو لیست دارو (ها)
- ❒ Bee stings or insect bites
  نیش زنبور و یا نیش حشرات
- ❒ Other: _____
  دیگر:

Date of last severe reaction: _____
تاریخ آخرین واکنش حساسیت شدید:

Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____
تاریخ آخرین مراجعه به شفاخانه یا اورژانس به دلیل حساسیت:

Currently prescribed medications and treatments for allergies:
در حال حاضر تجویز داروها و درمان برای حساسیت:

- ❒ Oral antihistamine (Benadryl, etc.) آنتی هیستامین Benadryl ، و غیره)
- ❒ Epinephrine اپینفرین
- ❒ Has epinephrine injector تزریق کننده اپینفرین دارد
- ❒ Other: _____
  دیگر:

FOOD RESTRICTIONS محدودیت های غذایی ☐ Yes بلی ☐ No نه

- ❒ Due to Gastrointestinal (Digestive) distress به دلیل ناراحتی معده و هضم List food(s): لیست مواد غذایی (ها):
- ❒ Due to religious or other preferences با توجه به ترجیحات مذهبی و یا دیگر List food(s): لیست مواد غذایی (ها):

ASTHMA نفس تنگی ☐ Yes بلی ☐ No نه

Currently prescribed medications and treatments for asthma:
در حال حاضر تجویز داروها و درمان برای اسما یا نفس تنگی:

- ❒ Daily control (prevention) medication
  کنترل روزانه (پیشگیری) دارو
- ❒ As needed (rescue) medication
  در صورت نیاز (برای نجات) دارو

Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____
تاریخ آخرین مراجعه به بیمارستان یا اورژانس به دلیل آسم:

DIABETES دیابت ☐ Yes بلی ☐ No نه

Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____
تاریخ آخرین مراجعه به شفاخانه یا اورژانس به دلیل مرض شکر:

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?
آیا شکر یا دیابت شاگرد نیاز به دارو و / یا آزمایش خون در مکتب دارد؟

❒ No لا ❒ Yes بلی List medication(s): لیست دارو (ها):

SEIZURE DISORDER اختلال تشنج ☐ Yes بلی ☐ No نه

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?
آیا اختلال تشنج شاگرد نیاز به دارو در مکتب دارد؟

❒ No نه ❒ Yes بلی List medication(s): لیست دارو (ها):

Date of last seizure: _____
تاریخ آخرین تشنج:

Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____
تاریخ آخرین مراجعه به شفاخانه یا اورژانس به دلیل تشنج:

مدارس مکاتب عمومی شهر الکزاندریه
Alexandria City Public Schools

OTHER HEALTH CONDITIONS سایر شرایط بهداشتی ☐ Yes بلی ☐ No نه

- ❒ ADHD ---
- ❒ Autism اوتیسم
- ❒ Cerebral Palsy فلج مغزی
- ❒ Developmental Delay تاخیر توسعه ای
- ❒ Congenital Heart Defect نقص قلبی همژن
- ❒ Hemophilia هموفیلی
- ❒ Sickle Cell Disease بیماری سلول دس
- ❒ Cystic Fibrosis فیبروز کیسیتیک
- ❒ Obstructive Sleep Apnea آپنه تنفسی مانع خواب
- ❒ Nutritional Disorder اختلال تغذیه ای
- ❒ Physical Disability معلولیت جسمی
- ❒ Eczema اگزما
- ❒ Cancer سرطان
- ❒ Chronic Infection (Hepatitis C, HIV) عفونت مزمن (هپاتیت سی، اچ آی وی)
- ❒ Congenital/Chromosomal Disorders االختالالت هم زا/ کروموزومی
- ❒ Depression افسردگی

❒ Other physical or mental health conditions: _____
سایر شرایط صحی جسمی یا روانی

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?
آیا وضعیت شاگرد در مکتب استفاده از موارد زیر نیاز دارد؟

Medications: ❒ No نه ❒ Yes بلی List medication(s): _____
داروها: لیست دارو (ها:)

Special procedures: ❒ No نه ❒ Yes بلی List procedure(s): _____
روش های ویژه: لیست دارو (ها):

Special equipment: ❒ No نه ❒ Yes بلی List equipment: _____
تجهیزات ویژه: لیست دارو (ها):

VISION CONDITIONS شرایط بینایی ☐ Yes بلی ☐ No نه

❒ Glasses عینک ❒ Contacts لنز طبی ❒ Non correctable غیر قابل اصلاح

❒ Other: _____
دیگر:

HEARING CONDITIONS شرایط دادرسی ☐ Yes بلی ☐ No نه

❒ Hearing aid(s) کمک های شنوایی (ها) ❒ Non correctable غیر قابل اصلاح

❒ Other: _____
دیگر:

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE مراقبت های بهداشتی و پوشش بهداشتی دانشجویان

Does the student have health insurance? ❒ No نه ❒ Yes بلی Name of health insurance company: _____
آیا شاگرد بیمه صحی دارد؟ نام شرکت بیمه درمانی:

Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
نام داکتر مراقبت های اولیه شاگرد: تلفن:

Does the student have dental insurance? ❒ No نه ❒ Yes بلی Name of dental insurance company: _____
آیا دانش آموز بیمه دندان دارد؟ نام شرکت بیمه دندان پزشکی:

Name of student's dentist: _____ Phone: _____
نام دکتر دانش آموز: تلفن:

اجازه والدین/سرپرست

کارکنان مکتب با 911 تماس می گیرند. هر تالش برای تماس با والدین ، سرپرست قانونی یا تماس اضطراری انجام می شود. شاگردان به نزدیکترین کلینیک اضطراری در صورت اضطراری ، منتقل می شوند مگر اینکه والدین در محل مکتب باشند تا مسئولیت فرزند خود را بر عهده بگیرند.

والدین سرپرست وظیفه ارائه هرگونه دارو ، مواد غذایی مخصوص ، لوازم یا تجهیزات مورد نیاز شاگرد را در روز مکتب بر عهده دارد. با پرستار مکتب تماس بگیرید یا ثبت نام برای به دست آوردن داروهای صحیح و فورمه های الزم نمایید. اگر یک پالن مراقبت های صحی شخصی در مکتب مشخص شود ، والدین/سرپرست وظیفه ارائه اطلاعات طبی الزم ، فورمه های مجوز مناسب و رضایت کتبی برای تبادل اطالعات با داکتر طبی فرزند را بر عهده دارند.

من ، (اجازه میدهم)/(اجازه نمیدهم) به ارائه دهنده مراقبت های صحی و سلامتی فرزندم و ارائه دهنده مراقبت های طبی در مکتب تا در مورد نگرانی های سلامتی فرزندم و/یا اطلاعات مبادله ای مربوط به این فورمه ارتباط و بحث کنند. این مجوز تا زمانی که آن را پس بگیرید ، وجود خواهد داشت. ممکن است با تماس با مکتب فرزندتان ، مجوز خود را در هر زمان پس بگیرید. هنگامی که اطلاعات از سوابق فرزند شما منتشر می شود ، مستندات افشای اطلاعات در سلامت صحی کودک یا سوابق تحصیلی محفوظ میباشد

.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
امضای والدین/سرپرست تاریخ

تأیید اقامت
و فورمه ثبت نام

Residency Verification
& Enrollment Form

قسمت 1:اطلاعات شاگرد/فامیل

لطفاً A, B یا C. را تکمیل کنید

A. من والدین هستم که (اسم شاگرد:) فرزند خودرا در مکتب ثبت نام میکنم.

B. من سرپرست قانونی/مراقب اصلی هستم که (اسم شاگرد:) را در مکتب ثبت نام میکنم. (باید مستندات رسمی ارائه دهد).

C. من (اسم شاگرد:) شاگرد بزرگسال (18 سال یا بالاتر) هستم وخودم ثبت نام مکتب می کنم

:*من ، والدین/سرپرست قانونی/مراقب و/یا شاگرد بزرگسال ، تأیید می کنم که من/ما در محل زیر زندگی می کنیم

:آدرس مکمل

__ نام خیابان	اپارتمانت.	# شماره تیلیفون	شهر	ایالت کد پستی

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

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

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

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

_____اسم چاپی والدین/ سرپرست/ مراقب یا شاگرد بالغ

_____ امضای والدین/ سرپرست/ مراقب یا شاگرد بالغ

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

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

بخش سوم: تأیید اقامت

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

دسته A – یک (1) سند:

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

دسته B - دو (2) اسناد پشتیبانی:

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

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

دسته C
❒ کمبود مسکن
❒ دفتر خدمات اجتماعی -DSS/خدمات مراقبت از فرزندی

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

Category B - two (2) supporting documents:

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

Category C:

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

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

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

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

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

_____

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

July, 2018

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

List of Acceptable Residency Verification Documentation

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

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

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

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

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

❒ Mortgage: The resident may present a mortgage bill prepared by the lender (including date, Alexandria address and lender name) within 60 days of registration or the initial mortgage contract with current copy of the owner's property tax. This may be obtained for free at http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address

❒ I am living in shared housing and the lease/deed or mortgage is not in my name. Please complete a Shared Housing (A/B) Form and attach the lease/deed or mortgage of the person with whom you reside.

AND

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

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

❒ قبض آب و برق (قبض آب، گاز، برق، کیبل و/یا تیلیفون خانه) . تاریخ این لایحه باید در 60 روز گذشته باشد . اگر در قرارداد لیزینگ یا کرایه شما همراه کلیه خدمات شهری شامل کرایه استت وهیچ صورتحساب دیگری ندارید، لطفاً نامه ای از مدیر املاک خود در سر نامه شرکت ارائه دهید که در آن آب، گاز، فاضلاب، برق همه در اجاره ماهانه گنجانده شده است .

❒ مالیات بر دارایی شخصی فعلی شهر الکزاندریه (وسیله نقلیه، RV، قایق) . لطفاً توجه داشته باشید: دپارتمنت وسایل نقلیه موتوری ویرجینیا می‌خواهد تمام دارایی‌های شخصی باید ظرف 60 روز پس از نقل مکان به آدرس فعلی ثبت شود .

❒ نامه پست شده از یک سازمان دولتی (IRS، ARHA، HUD، TANIF، وغیره) نامه باید به والدین/سرپرست قانونی یا شاگرد بالغ ارسال شده باشد .

❒ کاپی چک معاش (با توجه به آدرس الکزاندریه ونگه داشتن مالیات ویرجینیا)

❒ آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی با توجه به آدرس شهر الکزاندریه

❒ 2 صورت حساب بانکی متوالی ارسال شده به آدرس شهر الکزاندریه

❒ بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه

❒ Utility bill (water, gas, electric, cable and/or landline phone bill). The bill must be dated within the past 60 days. If all utilities are covered in your leasing contract and you do not have any other bills please provide a letter from your property manager on company letter head that notes water, gas, sewer, electric are all included in the monthly rent.

❒ Current Alexandria City Personal Property Tax (vehicle, RV, boat). Please note: Virginia Department of Motor Vehicles requires all personal property must be registered to the current address within 60 days of relocation.

❒ Mailed letter from a government agency (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.) The letter must be addressed to the parent/legal guardian or adult student.

❒ Current pay stub (with Alexandria City address and noting Virginia tax

withholding).

❒ Latest federal/state income tax return noting the Alexandria City address.

❒ 2 consecutive bank statements mailed to the Alexandria City address.

❒ Current homeowner or renter's insurance policy noting an Alexandria City address.

OR

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

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

❒ کمبود مسکن، در حال گذار یا در حال تجربه بی خانمانی.

❒ Foster Care/DSS: در قالب یک حکم محکمه یا اسناد رسمی از اداره خدمات اجتماعی،که تأیید کند که شاگرد تحت بازداشت یا حمایت اداره خدمات اجتماعی است.

❒ Lack of housing, in transition or are experiencing homelessness.

❒ Foster Care/DSS: Provide verification that the student is in the custody of the Department of Social Services, in the form of a court order or official documentation from the Department of Social Services.

نظر سنجی شاگرد - والدین

STUDENT-PARENT SURVEY

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

دوش رپ ألماک موزل تروص رد دیاب شخب ره 10/31/2024 یجنس رظن خیرات

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

Section 1: STUDENT INFORMATION بخش 1: دانشجویی اطلاعات

Student Name: نام متعلم: Last تخلص | First اول | Middle اسم وسط | Student ID کارت شناساییشاگرد

Address: آدرس: Number & Street اشماره و خیابان | City شهر | State ایالت | Zip Code کد پستی

Name of School نام مکتب | Grade صنف | Birth Date تاریخ تولد | Home Phone شماره تیلیفون خانه

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

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

Parent/Guardian Name: : نام والدین/سرپرست Last تخلص | First اول | MI اسم وسط | Employer Name کارفرما نام

Employer Address (Physical Location) آدرس کار فرما (محل فزیکی) | Building Number & Street خیابان و ساختمان شماره | City شهر | State ایالت | Zip Code کد پستی

Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) نام امالک فدرال (برای لیست ویژگی های واجد شرایط فدرال به قسمت غقب مراجعه کنید)

Federal Property Address آدرس املاک فدرال | Number & Street شماره و خیابان | City اشهر | State ایالت | Zip Code کد پستی

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN
بخش3 اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات نظامی والدین/سرپرست

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

❒ Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) شاگرد با قوای نظامی ارتباط ندارد - (بخش 3 را دیگر تکمیل نکنید)

Branch of Active Service: شعبه خدمات فعال:

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

❒ The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA
مأمور قشر اداره ملی اقیانوسی و جوی NOAA

❒ The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS (USPHS)
(کاپی سفارشات فعال سازی را ضمیمه کنید)

❒ National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders)
مأموران نظامی خدمات صحی عمومی ایاالت متحده 3- از 2001/14/9 و عنوان 10 USC

❒ National Guard; Reserve گارد ملی؛ رزرو

❒ Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).
رزرو ؛ شاگرد وابسته به عضو نیروهای ذخیره (اردو ، نیروی دریایی ، قوای هوایی ، لشکر دریایی یا گارد ساحلی) است.

Parent/Guardian Name (Last, First and MI)
پدر و مادر / سرپرست نام (آخرین، اول و IM)

Military Rank/Grade
رتبه نظامی / درجه

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY
بخش4 - اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات والدین/سرپرست در قوای نظامی خارجی

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

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) نام والدین/سرپرست (آخرین ، اول و MI) | Foreign Government Name نام دولت خارجی

Military Rank/Grade رتبه نظامی / درجه | Branch of Service شعبه خدمات

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

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

Signature of Parent/Guardian امضاء والدین/ سرپرست | Date [mm/dd/yyyy] تاریخ

امالک فدرال واجد شرایط

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

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

بخشI – فورم معلومات صحی

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

نام مکتب:_____ صنف فعلی:_____

اسم متعلم:_____
تخلص اسم اول اسم وسط

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

آدرس متعلم_____شهر_____ایالت_____آدرس پُستی_____

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

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

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

شفاخانۀ مورد علاقه:_____

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

باکس **1**. شرایط از قبل موجود

نظریات	بلی	وضعیت	نظریات	بلی	وضعیت
		دیابت: نوع 1			حساسیت ها (غذا، حشرات، ادویه، لتیکس)
		دیابت: نوع 2	لطفاً لیست کنیدحساسیت های تهدید کنندۀ مرگ:		
		پمپ انسولین			
		آسب سر، صدمه مغزی			حساسیت های(موسومی)
		شرایط شنوایی یا کر بودن			نفس تنگی یا شرایط تنفس
		شرایط قلبی			اختلال کمبود توجه/فعال بیش از حد
		مسمومیت با سرب			شرایط رفتاری/روانشناسی
		شرایط عضله			شرایط رشد
		حملات ناگهانی			شرایط متابه
		مریضی سلولی (عدم ویژگی)			شرایط خونریز
		شرایط کفتاری			شرایط روده
		اسیب سئون فقرات			فلج مغزی
		جراحی			ورم انساج لیفی سیستیک
		شرایط بینایی			شرایط صحی دندان

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

باکس **2**. ادویه ها

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

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

داوهای اضافی (نام دوا، دوز، زمان تجویز، یادداشت ها)

اینجا چک کنید اگر میخواهید تا معلومات محرم را با نرس مکتب یا دیگر مسؤل مکتب بحث کنید. ☐ بلی ☐ نخیر لطفاً معلومات ذیل را ارایه کنید:

تاریخ آخرین وعده ملاقات	تیلفون	اسم	
			متخصص اطفال/ارایه کنندۀ مراقبت اولیه
			متخصص
			متخصص دندان
			کارگر کیس(اگر قابل تطبیق باشد)

من***I***_____ اجازه(میدهم) (نمی دهم) به ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحی طفل و ارائه‌دهنده صحت تعیین‌شده مجوز می‌دهد مراقبت در محیط مکتب برای بحث در مورد نگرانی های صحی طفلم و/یا تبادله معلومات مربوط به این فورم. این اجازه تا زمانی نافذ خواهد بود یا مگر اینه شما آن را پس بگیرید. شما می توانید در هر زمان از طریق تماس گرفتن با مکتب طفل تان اجازه خود را پس بگیرید. هنگامی که معلوماتی از سوابق طفل شما منتشر می شود، اسناد افشا در سوابق صحی یا تعلیمی طفل شما نگهداری می شود.

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

امضای ترجمان شفاهی:_____تاریخ_____/_____/_____

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
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.*):** __/__/__

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:

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)