

حقيبة العودة إلى المدرسة

العام الدراسي
2025-2024





جدول المحتويات

حزمة العودة إلى المدرسة

الصفحة نموذج

- 1) رسالة الوالدين
- 2) إشعار الطلاب ذوي الإعاقة
- 3) سياسة الانضباط على مستوى المنطقة
- 4) BeSmart إشعار سلامة بندقية
- 5) تحديث الوجبات المجانية والمخفضة
- 6) طلب تقييد المعلومات الخاصة والصور/الفيديو
- 7) نموذج الموافقة على السجلات المحوسبة للطالب
- 8) سياسة الاستخدام المقبول للطلاب واتفاقية الجهاز المحمول
- 13) إشعار الصحة والسلامة البيئية
- 14) سمارت 911.كوم
- 15) رسالة الوالدين الصحية
- 16) التاريخ الصحي
- 20) نموذج التصريح الطبي الطارئ
- 22) SBHC تصريح صحة مدارس
- 24) نماذج العيادة
- 28) ترخيص الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية
- 30) ترخيص الأدوية الطبية
- 32) الموافقة على لقاح الأنفلونزا الموسمية
- 34) معلومات مشاركة الوالدين
- 35) نموذج مشاركة أولياء الأمور
- 36) معلومات تسجيل الناخبين
- 37) التقويم المدرسي 2024-2025



عائلات CPS الأعرء،

مرحبا بعودتك!

نحن متحمسون لبدء العام الدراسي معك! يرجى الاطلاع على حزمة العودة إلى المدرسة 2024-2025 المرفقة. جميع نماذج العودة إلى المدرسة متاحة رقميا على FOCUS. يفضل جمع معلومات العودة إلى المدرسة عبر الإنترنت لضمان تقليل الأخطاء. النماذج عبر الإنترنت متاحة باللغات الإسبانية والفرنسية والعربية. تشمل فوائد ملء النماذج عبر الإنترنت ما يلي:

- ما عليك سوى التحقق من المعلومات الموجودة
- وتحديثها ضمن عدم تكرار معلومات الطالب

للوصول إلى المستندات عبر الإنترنت ، قم بإنشاء حساب على FOCUS وابحث عن طفلك باستخدام رقم معرف FOCUS والاسم الأول والأخير وتاريخ الميلاد..إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فإن مدرسة طفلك لديها موظفون مدربون على استخدام نظام التسجيل عبر الإنترنت

إذا قمت بملء النماذج رقميًا، فلن تحتاج إلى ملء النماذج الورقية. ومع ذلك، نظرًا لأن العديد من العائلات تفضل النماذج الورقية، ستجد داخل هذه الوثيقة جميع النماذج الورقية التي يتعين على العائلات تعبئتها، بما في ذلك

التاريخ الصحي ونماذج الموافقة •

CPS اتفاقية الجهاز المحمول وسياسة الاستخدام المقبول الخاصة بـ •

نماذج رسوم الطالب •

مسح مشاركة الوالدين •

دعم التدخل في السلوك الإيجابي •

CPS تقويم منطقة •

تتحمل العائلات مسؤولية فهم إجراءات الطقس الطارئة، والتي يمكن العثور عليها على موقعنا الإلكتروني

<https://www.cps-k12.org/our-students/severe-weather-procedures>

للحصول على نسخة من النماذج باللغة الإسبانية أو الفرنسية أو العربية، يرجى الاتصال بمدرستك

إذا كنت ترغب في تسجيل طالب في مرحلة ما قبل المدرسة، يرجى الاتصال بالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة على الرقم (513) 0240-363 أو زيارة

<https://www.cps-k12.org/our-district/preschool>.

إشكرًا لكم، ونتطلع إلى عام دراسي رائع



الطلاب ذوي الإعاقة:

تقدم المدرسة العهمة:

- تقييم لجميع الأطفال ذوي الإعاقة المشتبه فيها سن الولادة حتى سن 21
- التعليم لجميع الأطفال مع الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 3 إلى 21 سنوات

عندما يتم إخطار موظفي المدرسة بالطفل المشتبه بإصابته بإعاقة:

- يتم الاتصال بوالدي الطفل وإبلاغهما بحقوقهما ، وفقاً لما يقتضيه قانون تحسين تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEIA 2004) ، وقانون ولاية أوهايو المنقح ، ومعايير التشغيل التابعة لمجلس الدولة للتعليم لمدارس أوهايو التي تخدم الأطفال ذوي الإعاقة.
- يتم اتخاذ الترتيبات اللازمة لمراجعة جميع المعلومات والوثائق المتعلقة بالإعاقة المشتبه فيها .

إذا كنت تعرف عن طفل يشتبه في وجود العجز ولم يوفر أي خدمة، أخبر الموظفين في مدرسة الطفل أو اتصل بقسم خدمات الطلاب في CPS ، (513)363-0298.

تنظم مدارس سينسيناتي العامة حملة توعية مكثفة وفقاً لمتطلبات قانون تحسين تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEIA 2004) ، والقانون الإداري لولاية أوهايو ، والمدونة المنقحة لولاية أوهايو ، ومعايير التشغيل للوكالات التعليمية في أوهايو التي تخدم الأطفال ذوي الإعاقة.

تحاول المناطق التعليمية العامة ووزارة التعليم في أوهايو التعرف على الأطفال ذوي الإعاقة ، من سن الولادة وحتى سن 21 ، والذين قد

يحتاجون إلى تعليم خاص والخدمات ذات الصلة.

وبالنسبة للأطفال الولادة وحتى سن 3، تعني العجز شرط تأسيس المعروف أن يؤدي إما تأخر في النمو أو تأخر في النمو موثقة.

بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 5 سنوات ، تعني

الإعاقة أن الطفل يعاني من عجز موثق في واحد أو أكثر من المجالات التنموية التالية:

- التواصل
- الرؤية
- السمع
- المهارات الحركية
- الأداء العاطفي / السلوك الاجتماعي
- المهارات للمساعدة الذاتية
- التطور المعرفي

بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، تعني الإعاقة أن الطفل قد تم تحديده على أنه يعاني من واحد أو أكثر من الحالات التالية:

- التوحد
- الصمم والعمى
- ضعف السمع (بما في ذلك الصمم)
- إعاقات متعددة
- ضعف العظام
- ضعف الصحة الأخرى
- صعوبات التعلم المحددة
- النطق/ أو ضعف اللغة
- إصابات في الدماغ
- ضعف البصر (بما في ذلك العمى)
- الإعاقات الذهنية
- اضطراب عاطفي



سياسة الانضباط على مستوى المقاطعة

دعم التدخل السلوكي الإيجابي

- هناك مدونة قواعد سلوك على مستوى المنطقة للطلاب.
- يتم تحديث مدونة قواعد السلوك سنويا ويمكن مراجعتها على موقع CPS على الويب:
cps-k12.org/schools/policies-guidelines/discipline/code-of-conduct

تسعى مدارس سينسيناتي العامة إلى خلق ثقافة مدرسية إيجابية في جميع مدارسنا ، تهدف إلى تهيئة بيئة آمنة ومنظمة تبقي الطلاب في المدرسة ويشاركون في التعلم.

جزء من ثقافة المدرسة الإيجابية هذه هي مدونة قواعد سلوك على مستوى المقاطعة توفر توقعات واضحة وصريحة لسلوك الطلاب ، وتحدد المبادئ التوجيهية لتدريس المهارات الاجتماعية للطلاب ، وتصف طرقاً للمساعدة في تصحيح السلوك وتوضح عواقب سوء السلوك.

بالإضافة إلى مدونة قواعد السلوك ، يتعين على كل مدرسة تطوير خطة دعم التدخل في السلوك الإيجابي الخاصة بها من خلال لجنة دعم التدخل في السلوك الإيجابي الخاصة بها. يجب أن تتضمن هذه الخطة مجموعة من الخيارات التي تعلم الطلاب التوقعات السلوكية. يجب على المدارس إبلاغ هذه الخطة لأولياء الأمور والطلاب.

يحتاج الآباء إلى معرفة وفهم خطة دعم التدخل السلوكي الإيجابي في مدارس أطفالهم.

تفتيش الطلاب والحاجات الخاصة لهم

سيخضع الطلاب للتفتيش بواسطة أجهزة الكشف عن المعادن و / أو باليد على أساس عشوائي ، أو بشك معقول ، من قبل مسؤولي المقاطعة أو موظفي الأمن.

قد تبحث المنطقة عن: الملابس الخارجية للطلاب أو الجيوب أو حقائب الكتب أو الممتلكات الأخرى ؛ خزنة الطالب ؛ سيارة يقودها الطالب إلى المدرسة وتوقف في ممتلكات المدرسة

لا يتوقع الطلاب الخصوصية في الهواتف المحمولة أو الأجهزة الإلكترونية الأخرى التي يتم إحضارها إلى المدرسة. إذا كان هناك شك معقول في أن البحث سيكشف عن انتهاك لقواعد المدرسة ، فيمكن مصادرة الهواتف المحمولة والأجهزة الإلكترونية الأخرى وتفتيشها ، بما في ذلك البحث عن المكالمات ورسائل البريد الإلكتروني وجهات الاتصال والنصوص وغيرها من الاتصالات أو الوصول إلى الإنترنت.

سيتم التعامل مع الطلاب باحترام أثناء البحث. أي طالب يفشل في التعاون أثناء البحث سيخضع للانضباط بموجب قواعد سلوك CPS.

مدارس مقاطعة سينسيناتي العامة ليست مسؤولة عن الحاجات الشخصية التالفة أو المفقودة أو المسروقة.

توفر منطقة سينسيناتي العامة للمدارس فرصاً تعليمية ومهنية وفرص عمل متساوية لجميع الأشخاص دون النظر إلى السلالة العرقية أو الجنس أو أصل العرق أو اللون أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الأصل القومي أو العقيدة أو الجنسية التوجه ، أو الانتماء إلى نقابة أو منظمة مهنية ، ويوفر المساواة في للانضمام للكشافة ومجموعات أخرى معينة. المنطقة في إتباع البند السادس ، البند التاسع والقسم 504 من قانون التأهيل المهني. للحصول على معلومات إضافية ، اتصل بمنسق العنوان IX أو منسق الطلاب في القسم 363-0000 (513) :504 TDD: (513) 363-0124.



الأسر وأولياء الأمور والأوصياء لطلاب مدارس سينسيناتي العامة الأجراء،

إن توفير بيئة تعليمية آمنة لطلاب وموظفي مدارس سينسيناتي العامة تظل إحدى أولوياتنا الرئيسية. كجزء من قرار مجلس المدرسة أبريل 2022، نحث الأسر على تنفيذ إجراءات تأمين تخزين الأسلحة النارية بالمنزل لضمان عدم وصول الأطفال إليها وأو إحضار مسدس إلى المدرسة. تخزين السلاح الناري بأمان في المنزل هي الخطوة الأولى. لقد تشاركنا مع برنامج "Be Smart For Kids" (كن منتهبًا من أجل الأطفال) لتقديم المعلومات الرئيسية لك والإحصائيات ولتستطيع الحصول على قفل للمسدس.



BE SMART

أمن جميع أسلحتك الموجودة في منازلك أو في مركباتك؛
نموذج السلوك المسؤول حول الأسلحة
أسأل عن الأسلحة غير المؤمنة في منازل أخرى
تعرف على دور الأسلحة في الانتحار
أخبر أقرانك أن يكونوا أذكياء

تشير دراسات العنف المدرسي المسلح إلى نفس النقطة المهمة للتدخل وهي: معالجة الوصول غير المصرح به إلى الأسلحة النارية في المنزل من قبل الطلاب. كشفت إحدى الدراسات الحديثة عن حوادث العنف المدرسي المستهدفة من عام 2008 حتى عام 2017 أن 76% من الأسلحة النارية المستخدمة في هذه الحوادث تم الحصول عليها من منزل أحد الوالدين أو منزل أحد الأقارب.

**4.6 مليون طفل
أمريكي
يعيشون في بيت به
أسلحة معبأة وغير
مؤمنة**

علاوة على ذلك، تشكل الأسلحة غير المؤمنة في المنزل خطراً على الطلاب خارج المدرسة. والآن، تعتبر الأسلحة النارية السبب الرئيسي لحالات الوفاة بين الأطفال في الولايات المتحدة كل عام، فهناك حوالي 350 طفلاً دون سن 18 عاماً يطلقون النار من غير قصد على أنفسهم أو على شخص آخر. وللأسف، فإن ما يقرب من 40% من وفيات الأطفال بالأسلحة هي حالات انتحار — ما يقرب من 700 حالة انتحار سنوياً باستخدام الأسلحة النارية (في فتر ما قبل الجائحة). وفي معظم الحوادث، كان السلاح المستخدم ملأاً لأحد الأشخاص في منزل الطالب

كشفت إحدى الدراسات أن 87% من الأطفال يعرفون مكان أسلحة الوالدين، وأن 60% تعاملوا معها. وتُظهر الأبحاث أن ممارسات التخزين الآمن للأسلحة النارية ترتبط بانخفاض يصل إلى 85% في مخاطر الإصابات الذاتية وغير المتعمدة بالأسلحة النارية بين الأطفال والمراهقين. كما يحمي تخزين الأسلحة النارية تخزيناً آمناً أي طفل داخل منزل، وكذلك الطلاب في جميع أنحاء المنطقة التعليمية والمجتمع.

كإجراء إضافي لضمان إبلاغ أولياء الأمور ودرايتهم بتأمين مكان تخزين الأسلحة النارية، سيقوم الموظفون في المدرسة بنشر هذه المعلومات أثناء تسجيل الأطفال للعام الدراسي 2024-2025 والتأكيد على ذلك في نظام المعلومات الخاصة بالطلاب لدينا.

يمكنك أيضاً التعرف على مزيد من المعلومات حول تأمين مكات تخزين الأسلحة النارية والتحدث مع أطفالك عن المسدسات والوقائع والموارد الخاصة بانتحار الأطفال باستخدام الأسلحة النارية على BeSMARTforKids.org (متوفر باللغة الإنجليزية فقط). يرجى اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية أسرتك والمجتمع والمدارس - "كن منتهبًا" وقم بتأمين أسلحتك النارية.

في خدمتك،
شونا ميرفي
المشرف المؤقت



الطلب المحدث على الوجبات والمزايا التعليمية

العائلات العزيزة للمدارس العمومية لسينسيناتي

خلال الوباء ، تم تقديم وجبة الإفطار والغداء المجانية لجميع الطلاب ، بغض النظر عن شيك الدخل

بالنسبة لخريف عام 2023 ، سيستمر تقديم وجبة الإفطار مجاناً لجميع الطلاب ، ولكن الإعفاءات الفيدرالية التي انتهت صلاحيتها اعتباراً من 1 يوليو 2022 ستتطلب من الآباء / الأوصياء الذين لديهم أطفال يدرسون في المدارس التسع أدناه إكمال طلب الوجبات والمزايا التعليمية ليكونوا مؤهلين للحصول على وجبة غداء مجانية

- Hyde Park School.
- Kilgour School.
- Walnut Hills High School.

ستكون الوجبات المدفوعة 1.75 دولاراً في المدارس الابتدائية و 2.00 دولاراً في المدارس الثانوية.

يمكن للآباء / الأوصياء في هذه المدارس الثلاث الوصول إلى الطلب عبر الإنترنت وتعبئته المتاح على صفحة ويب

CPS أو إكمال طلب ورقي في مدرسة طفلك.

لمزيد من المعلومات حول خدمات تناول الطعام للطلاب وبرامج الوجبات المجانية والمخفضة ،

يرجى زيارة:

www.cps-k12.org/studentdining



طلب تقييد معلومات الخصوصية والصور/الفيديو

تحظر القوانين الفيدرالية وقوانين أوهايو على مدارس سينسيناتي العامة (CPS) الإفراج علنا عن معلومات الطلاب والصور والفيديو / الصوت دون إذن ، باستثناء "معلومات الدليل" المعينة. بموجب قانون السجلات العامة في ولاية أوهايو ، يطلب من CPS عند الطلب تقديم معلومات الدليل إلى أي فرد من الجمهور يطلبها. وفقا لسياسة مجلس الإدارة رقم 8330 ، تحدد CPS معلومات الدليل على النحو التالي:

اسم الطالب والمدرسة ومستوى الصف واسم ولي الأمر وعنوان المنزل ورقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني والمشاركة في الأنشطة والرياضات المعترف بها رسميا والجوائز المستلمة.

الغرض الأساسي لمدارس CPS من نشر معلومات الدليل هو تسليط الضوء على إنجازات الطلاب. في بعض الأحيان، تقوم المنطقة و/أو المدرسة بالتقاط الصور والفيديو/الصوت الذي قد يتم وضعه على مواقع المنطقة الإلكترونية وقنوات التواصل الاجتماعي والمنشورات المعتمدة و/أو قد تظهر ضمن قصة إخبارية يتم بثها عبر وسائل الإعلام.

إذا وافقت على أنه يجوز لمدارس CPS نشر معلومات الدليل والصور والفيديو/الصوت الخاصة بطفلك، فلن تحتاج إلى إعادة هذا النموذج ولا يلزم اتخاذ أي إجراء آخر. إذا كنت لا تريد أن تقوم CPS بنشر معلومات الدليل أو الصور أو الفيديو/الصوت أو إلى مسؤولي التجنيد العسكري، فيرجى تحديد المربعات المناسبة أدناه.

الدليل والإصدار العام

بإصدار معلومات CPS قد لا تقوم
الدليل الخاصة بطفلي.
قد يرفض أولياء الأمور أو الأوصياء القانونيون أو الطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عاما أو بإصدار معلومات الدليل عن طريق تحديد المربع الذي يعيد هذا CPS أكبر السماح لمدارس النموذج إلى المدرسة بحلول نهاية سبتمبر.

إصدار إعلامي

إصدار صور و/أو CPS لا يجوز لـ
مقاطع فيديو/مقاطع صوتية لطفلي.
قد يرفض أولياء الأمور أو الأوصياء القانونيون أو الطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عاما أو بإصدار الصور ومقاطع الفيديو/الصوت التي تعرض الطلاب CPS أكثر السماح لمدارس على مواقع الويب الخاصة بالمنطقة وقنوات التواصل الاجتماعي والمنشورات أو قد تظهر في نشرات الأخبار. لا يشمل إلغاء الاشتراك الأحداث أو العروض المفتوحة للجمهور.

المجندون العسكريون:

بالإفصاح عن اسم CPS قد لا تقوم
طفلي وعنوانه ورقم هاتفه إلى مسؤولي التجنيد العسكري.
الكشف عن أسماء وعناوين وأرقام هواتف CPS بموجب القانون الفيدرالي، يجب على طلاب المدارس الثانوية إلى مسؤولي التجنيد العسكري، ما لم يعترض الوالد أو الوصي القانوني أو الطالب البالغ من العمر 18 عاما أو أكثر على وجه التحديد.

بيانات الطالب

Last Name/الاسم العائلي: _____ First Name/الاسم الأول: _____

Birth Date/تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____ School/مدرسة: _____ Grade/درجة: _____ Home Room/غرفة المنزل: _____

أنا الطالب وعمرى 18 سنة أو أكثر / I am the student, and I am 18 years of age or older/ لو سمحت

أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للطالب وكان عمر الطالب أقل من 18 عاما/ I am the parent or legal guardian of the student and the student is under 18 years of age/ تحقق من واحد

Parent/Guardian Name (Please Print) / (اسم ولي الأمر/الوصي يرجى الطباعة): _____

Signature/إمضاء: _____ Date/تاريخ: ____ / ____ / ____

يمكن للوالدين/الأوصياء و/أو الطلاب المؤهلين الذين يعتقدون أن حقوقهم بموجب قانون حقوق التعليم والخصوصية الفيدرالي (FERPA) قد تم انتهاكهم تقديم شكوى إلى: مكتب الامتثال لسياسة الأسرة، وزارة التعليم الأمريكية، 400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202-4605 .
www.ed.gov/offices/OM/fpcو يمكن إرسال الاستفسارات غير الرسمية إلى مكتب الامتثال لسياسة الأسرة عبر البريد الإلكتروني: FERPA@ed.gov.



Community Learning Center
Cincinnati Public Schools
2651 Burnet Avenue
Cincinnati, Ohio 45219
Phone: (513) 363-0154

نموذج موافقة ولي الأمر / الوصي 2024-25

تتعاون مدارس سينسيناتي العامة مع عدد من المنظمات للمساعدة في تلبية احتياجات الطلاب.

يقدم الشركاء مجموعة من الخدمات المتعلقة بالمجالات التالية: الدروس الخصوصية والتوجيه والصحة والخدمات اللامنهجية. يمكن ترتيب الخدمات من خلال منسقي الموارد الذين يتم تعيينهم في المدارس الفردية.

قد يطلب منسقو الموارد أو المنظمات الشريكة الوصول إلى نظام سجل الطلاب الإلكتروني، بما في ذلك بيانات برنامج السنوات المتوسطة، لعرض بيانات التعريف الشخصية للطلاب. يمكن أيضا مشاركة هذه البيانات مع الموظفين والمتطوعين الذين يعملون مع المنظمة الشريكة. وهذا من شأنه أن يسمح لمنسقي الموارد والمنظمات الشريكة بتحديد الخدمات المناسبة للطلاب وتعيينها. في حالة الوصول، يجب على منسق الموارد أو المنظمات الشريكة الحفاظ على سرية معلومات الطلاب وعدم إعادة الكشف عن المعلومات للأفراد غير المحددين في هذه الموافقة. يسمح لمنسق الموارد والمنظمات الشريكة فقط بالوصول إلى ... سجلات الطلاب كجزء من برنامجهم الخاص وبالقدر اللازم لأداء واجباتهم

لا يجوز مشاركة المعلومات السرية إلا بالقدر الذي تكون فيه ذات صلة بالتقدم الأكاديمي للطلاب أو سلامته أو رفاهيته. قد يتم الكشف عن معلومات الطالب في حالة حدوث حالة طبية طارئة خطيرة تتطلب تسهيل الرعاية الطبية. يلزم الحصول على إذن الوالدين / الوصي للسماح للمنسق والمنظمات الشريكة بالوصول إلى بيانات طفلك. يرجى تحديد الشركاء الذين توافق عليهم أدناه.

سيقوم منسق الموارد و / أو المدرسة بإدخال خيارات الشركاء أدناه

● _____ ● _____ ● _____	● _____ ● _____ ● _____
-------------------------------	-------------------------------

لقد قرأت ما سبق وأوافق على قيام جميع الشركاء المذكورين أعلاه في إدارة مدارس سينسيناتي العامة بالكشف عن معلومات طفلي والحصول عليها وتبادلها مع موظفي المنطقة التعليمية والشركاء المذكورين أعلاه

أكتب اسم الأب أ اللي

أكتب اسم التلميذ خصص مطبع احد لكل تلميذ

امضاء الأب أ و الولي

التاريخ

اسم المدرسة

المستوى

رقم الهاتف

For Office Use Only/ للاستخدام المكتبي فقط

Student ID #: _____



سياسة الاستخدام المقبول للطالب واتفاقية أمان الإنترنت / الشبكة
مدارس سينسيناتي العامة 2024-2025 العام الدراسي
طف 3 - PreK

اتفاقية الطالب

أنا سوف



دائما أتعامل مع جهاز الأيبياد أو الكمبيوتر بشكل صحيح.



استخدم فقط مواقع الويب التي يوافق عليها أساتذتي.



أحافظ دائما على خصوصية اسم المستخدم وكلمة المرور الخاصة بي



احتفظ دائما بالطعام والمشروبات بعيدا عن جهاز الأيبياد أو الكمبيوتر ، لأن طالبا آخر قد يستخدم الجهاز.



دائما محترما ولطيفا باستخدام الإنترنت.



أقوم دائما بالإبلاغ عن أي شيء على الإنترنت يجعلني حزينا أو خائفا أو غير مرتاح أو غير آمن.



أتحمل المسؤولية دائما إذا قمت بإتلاف جهاز الأيبياد أو الكمبيوتر الخاص بي



سياسة الاستخدام المقبول للطالب واتفاقية أمان الإنترنت / الشبكة

مدارس سينسيناتي العامة 2024-2025 العام الدراسي

طف 3 - PreK

1. ما هي سياسة الاستخدام المقبول؟
الاستخدام المقبول. اتفاقية أو تعهد بأنك ستتبع القواعد عند استخدام أجهزة الكمبيوتر المدرسية وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة.
2. لماذا تعتبر سياسة الاستخدام المقبول مهمة؟
تريد مدرستنا الحفاظ على سلامتك وعلى المعدات التي تستخدمها. يخبرك AUP بالقواعد ووظيفتك عند استخدام أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة.
يذكرنا AUP أنه عند استخدام أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة ، فإنه ليس خاصا. معلمك يشاهد وكذلك الآخرون على الإنترنت. يجب أن تتذكر أن تكون محترما ومسؤولا وآمنا.
3. ما هو MDA؟
الجهل الموصول. اتفاقية أو تعهد بأنك ستعتني بأجهزة الكمبيوتر المدرسية وأجهزة iPad والأجهزة الأخرى.
4. ما سبب أهمية MDA؟
الجهل الموصول على تذكرك بالحفاظ على أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad والأجهزة في حالة عمل جيدة. يخبرك أيضا أن هناك عواقب إذا قمت بتدمير أو إتلاف الكمبيوتر أو iPad أو الجهاز.

لجميع الأسئلة ، يرجى الاتصال بمركز دعم تكنولوجيا الأسرة: 0688-363-513



سياسة الاستخدام المقبول للطلاب واتفاقية أمان الإنترنت/الشبكة
مدارس سينسيناتي العامة 2024-2025 العام الدراسي
طف 4-12

اتفاقية الطالب: انا سوف:



أفهم أنه من المتوقع مني استخدام الجهاز المخصص لي بأمان ومسؤولية
ولأغراض تعليمية فقط.



سوف أتعامل مع أجهزتي بعناية واحترام. أدرك أنني مسؤول عن الاستخدام
السليم للتكنولوجيا الصادرة باسمي.



سيكون مواطنًا رقميًا محترمًا. لن أقوم بالتسلط عبر الإنترنت أو إرسال رسائل
غير لائقة أو استخدام لغة غير لائقة.



سيتم إخطار شخص بالغ في حالة الاشتباه في وجود مشكلة أمنية أو مشكلة في
الإنترنت أو تحديدها.



سأعيد الجهاز بالحالة التي استلمتها (لوحة المفاتيح/الشاشة نظيفة، لا توجد
جزئيات طعام)، كما أفهم أنه قد يتم تخصيص هذا الجهاز لطلاب آخر.



سوف يلتزم بالمسؤوليات المذكورة أدناه ومدونة قواعد السلوك لمدارس
عند استخدام التكنولوجيا. (CPS سينسيناتي العامة)

مسؤوليات الطالب

1. سأكون مسؤولاً عن الجهاز والحسابات المخصصة لي. لن أشارك معلومات حسابي أو كلمات المرور أو المعلومات الأخرى المستخدمة للوصول إلى البرامج مع أي شخص. أعلم أيضًا أنه لا ينبغي لي الوصول إلى الحسابات باسم شخص آخر. إذا رأيت معلومات خاصة بشخص آخر، فعند استخدام جهاز مشترك، سأخبر شخصًا بالغًا وانتظر استخدام الجهاز حتى يقوم شخص بالغ بإزالة المادة.
2. سأكون لطيفًا ومحترمًا في لغتي وكيفية تعاملتي مع الآخرين أثناء الاتصال بالإنترنت. لن أقوم عمدًا بإيذاء الطلاب والموظفين الآخرين أو التمر عليهم أو مضايقتهم أو تخويفهم أو ملاحقتهم أو تهديدهم ("التسلط عبر الإنترنت"). سأستخدم فقط اللغة الموجودة على الإنترنت وفي البريد الإلكتروني الخاص بالمدرسة والتي سأستخدمها في الفصل الدراسي مع معلمي. سأخبر المعلم إذا رأيت أي شيء مؤذي لطالب آخر عبر الإنترنت.
3. سأستخدم شبكة CPS بمسؤولية. لن أتمكن من الوصول إلى أو نشر أو عرض أو استخدام مواد غير مناسبة للمدرسة. لن أبحث عن صفحات الويب أو التطبيقات أو المستندات التي تحتوي على محتوى غير مناسب. لن أقوم بإنشاء أو مشاركة الصور أو مقاطع الفيديو أو النصوص/المحادثات غير المناسبة. يمكن أن يشتمل المحتوى غير اللائق على أشياء تتسم بالتمييز أو الفحش أو اللغة غير اللائقة أو الجنسية الصريحة أو العنيفة أو التخريبية. لن أقوم بتنزيل أي ملفات، بما في ذلك ملفات الموسيقى والفيديو، ما لم يمنحني المعلم الإذن بذلك.
4. سأكون صادقًا بشأن هويتي عبر الإنترنت. لن أظاهر بأنني أي شخص آخر عبر الإنترنت. لن أقوم بإرسال بريد إلكتروني أو إنشاء حساب أو نشر أي كلمات أو صور أو أصوات باستخدام اسم شخص آخر. لن أستخدم اسم تسجيل الدخول أو كلمة المرور الخاصة بشخص آخر. لن أقوم "بالانتحال". عندما أستخدم معلومات من موقع ويب، أحتاج إلى السماح للأشخاص بمعرفة المكان الذي حصلت فيه على المعلومات والاستشهاد بمصادري. سألتزم بقوانين الطبع والنشر ولن أقوم بتنزيل كلمات أو صور أو مقاطع فيديو أو موسيقى مملوكة لشخص آخر.
5. سأقوم بحماية أمن شبكة CPS. لن أحاول تغيير إعدادات الأمان أو تثبيت أي برنامج على أجهزة المدرسة دون إذن. لن أستخدم الهاتف أو الكمبيوتر المحمول الشخصي أو أي جهاز إلكتروني في المدرسة دون إذن المعلم. لن أقوم "باختراق" أي أنظمة لمعالجة بيانات منطقة المستخدمين الآخرين.
6. سأقوم بحماية جميع ممتلكات CPS المخصصة لي. لن أكسر أو أدمر أي معدات عن قصد. لن أنقل أي معدات، بما في ذلك لوحات المفاتيح والفأرة، دون إذن. لن أقوم بتعطيل تكنولوجيا النيابة أو الإضرار بها (مثل تدمير معدات النيابة، أو وضع فيروس على أجهزة كمبيوتر النيابة، أو إضافة برنامج كمبيوتر أو إزالته دون إذن، أو تغيير الإعدادات على أجهزة الكمبيوتر المشتركة، وما إلى ذلك).
7. سأحمي نفسي والآخرين أثناء الاتصال بالإنترنت. لن أنشر أي مادة على موقع المدرسة، أو الويكي، أو المدونة، أو البث الصوتي، أو مجموعة المناقشة دون إذن. لن أقوم بنشر صورة، بما في ذلك صورتي، مع إرفاق الاسم الأول أو الأخير للشخص. لن أقدم معلومات شخصية (مثل الاسم أو العنوان أو رقم الهاتف أو رقم الضمان الاجتماعي أو أي معلومات شخصية أخرى) خاصة بي أو بطالب آخر أو موظف أو أي شخص آخر دون إذن أو بقصد التهديد أو التخويف أو المضايقة أو أو السخرية من ذلك الشخص.

أسئلة مكررة

ما هو سياسة الاستخدام المقبول؟

AUP تعني "سياسة الاستخدام المقبول". هذا يعني أنك توافق على القيام بالأشياء "المقبولة" فقط عند استخدام الإنترنت والتكنولوجيا الخاصة بمدارس CPS (Cincinnati Public Schools). للحصول على تفاصيل حول ما هو "مقبول"، راجع الاتفاقيات والمسؤوليات المذكورة أعلاه بالإضافة إلى قواعد المبنى و/أو الفصل الدراسي الخاص بك. إن سياسة الاستخدام المقبول (AUP) عبارة عن اتفاقية يجب عليك التوقيع عليها رقمياً حتى يُسمح لك باستخدام شبكة ومعدات CPS.

ما هو MDA؟

MDA تعني "اتفاقية الجهاز المحمول". ويعني ذلك أنك توافق على التعامل مع الأجهزة والمعدات بطريقة آمنة ومأمونة. يرجى ملاحظة أنه بموجب هذه الاتفاقية تنص على أنه قد يتم تحصيل رسوم منك مقابل تكاليف الإصلاح أو الاستبدال لجهازك إذا كان هناك ضرر ناتج عن...

- A. لعبة الخيل في محيط الجهاز.
- B. انسكاب سائل أو طعام على الجهاز.
- C. إغلاق الشاشة على شيء ما (مثل قلم أو قلم رصاص أو آلة حاسبة أو مشبك ورق أو ما إلى ذلك). D.
- عدم تنظيف الجهاز عند تشغيله.
- E. - سرقة الجهاز الناتجة عن عدم تأمين الجهاز بشكل صحيح.
- F. فقدان الأجهزة المفقودة.

لماذا تمتلك CPS سياسة AUP/MDA؟

يستخدم الكثير من الأشخاص شبكة مدارس Cincinnati Public Schools والأجهزة المدرسية. نحتاج إلى التأكد من أن أجهزتنا وطابعاتنا تعمل بشكل جيد وأن الجميع آمنون ومرتاحون عند استخدام الشبكة.

لماذا يجب أن أكون مسؤولاً عما أفعله على شبكة منطقة CPS؟

من المهم أن نكون جميعاً مواطنين رقميين مسؤولين حتى يحصل جميع الموظفين والطلاب على مساحات آمنة للتعلم والنمو. يعد استخدام الإنترنت وتكنولوجيا المنطقة امتيازًا يُمنح للمساعدة في تحقيق هذا الهدف. يرجى فهم أن شبكة CPS وصفحات الويب وحسابات البريد الإلكتروني ليست خاصة. يستطيع موظفو مدارس CPS، وكذلك شرطة سينسيناتي، "مراقبة" جميع الأنشطة على الأجهزة المدرسية. (بما في ذلك كل ما تقرأه وما تكتبه وصفحات الويب التي تزورها على أجهزة المدرسة). ويتم ذلك لضمان استخدام تكنولوجيا المنطقة في أنشطة آمنة ومناسبة. توقف مؤقتاً وفكر قبل استخدام جهازك للتأكد من أنك لا تفعل أي شيء عبر الإنترنت لا تريد أن يراه معلموك أو والديك.

ماذا يحدث إذا لم يتبع الطالب القواعد الواردة في AUP/MDA؟

تم وضع CPS AUP/MDA لضمان حصولنا جميعاً على مساحات آمنة للتعلم والنمو أثناء استخدام التكنولوجيا. إذا رأيت أي شيء عبر الإنترنت لا يتبع الاتفاقيات والمسؤوليات، فأبلغ عنه إلى المعلم أو الشخص البالغ على الفور! الطلاب الذين لا يتبعون CPS AUP/MDA سيتلقون عواقب تصل إلى فقدان امتيازات الجهاز. سيتم تحديد العواقب من قبل مدير المبنى الخاص بك وفقاً لقواعد وإجراءات مدرستك. يرجى ملاحظة أنه سيتم الاتصال بقسم شرطة سينسيناتي إذا كانت أفعالك تنتهك القانون. وأخيراً، قد تكون مسؤولاً عن الرسوم المرتبطة بجهازك (أجهزتك).



مركز التعليم - مكتب الصحة والسلامة البيئية
2651 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45201-5381 Phone: 513-363-0107 Fax 513-363-0373

التاريخ: 20/06/2024

إلى: أولياء الأمور والموظفين والمنظمات المدرسية ومجموعات ممثلي الموظفين

أHERA:الإعلام السنوي

يتم إرسال هذه المذكرة لإبلاغ جميع أولياء الأمور والموظفين والمنظمات المدرسية والمجموعات الممثلة للموظفين ان تتوافق مع مقاطعة مدارس سينسيناتي الرسمية تتوافق مع وكالة حماية البيئة في الولايات المتحدة (EPA الولايات المتحدة) و قانون الاستجابة لحالات الطوارئ الخاصة بالأسبستوس (AHERA).

وتتطلب هذه التعليمات من كل حي و كل مدرسة خاصة، وعامة لتفتيش جميع المباني المدرسية للمواد التي تحتوي على الاسبستوس، وتقييم حالة للمادة الأسبستوس ووضع خطة حول كيفية القضاء على المواد التي تحتوي على الاسبستوس.

قامت مقاطعة سينسيناتي العامة للمدرسة بفحص جميع المباني بحثاً عن الأسبستوس ، كما قامت بتجميع النتائج في خطة إدارة الطوارئ لمواجهة مخاطرها (AHERA) -تحت مسمى- خطة إدارة الأسبستوس. توجد الخطة الخاصة بكل مدرسة في مكتب المدرسة الرئيسي وهي متاحة للمراجعة.

يجب فحص خطة إدارة الأسبستوس عند التخطيط لجميع التجديدات للبناء وذلك لمنع اضطراب الأسبستوس. يتم الانتهاء من جميع الإصلاحات والتجديدات المخططة لمباني المناطق التعليمية ، والتي تنطوي على اضطراب المواد المعروفة التي تحتوي على الأسبستوس ، من قبل الأشخاص المعتمدين الذين تم تدريبهم على العمل مع مواد الأسبستوس. يتم الانتهاء من هذه المشاريع بطريقة آمنة من خلال اتباع الإجراءات المفصلة في خطة إدارة الأسبستوس

تواصل المنطقة التعليمية مراقبة حالة جميع مواد البناء المحتوية على الأسبست من خلال مطالبة موظفي المنطقة بفحص الحالة كل ستة أشهر. أيضا ، قامت الدائرة بتدريب مفتشين من خارج المنطقة على إجراء عملية إعادة تفتيش كبرى لجميع المباني كل ثلاث سنوات. تتوفر نتائج عمليات التفتيش المطلوبة في خطة إدارة الأسبستوس.

إذا كانت مدرستك لديها مشاريع لتخفيض الأسبستوس ، فستجد وصفاً موجزاً للمشروعات في خطة إدارة الأسبستوس.

يجب تقديم أي أسئلة أو استفسارات حول تنفيذ لوائح AHERA إلى مدير المبنى ، الذي سيتصل بمدير الصحة والسلامة البيئية ، إذا لزم الأمر ، للحصول على توضيح.

بإخلاص،

ستيفن كنيبيك

مدير الصحة والسلامة البيئية

2024 EHS Annual AHERA Notification

اشترك اليوم



علم أطفالك متى وكيف تتصل بالرقم 9-1-1 في حالة الطوارئ ، وتأكد من أن أطفالك يعرفون عنوان منزلهم.

قم بإنشاء ملف تعريف أمان سمارت 911 (Smart 911) على www.smart911.com لتوفير موظفين 9-1-1 وأول المستجيبين - ضباط الشرطة ورجال الإطفاء وخدمات الطوارئ الطبية - مع المعلومات التي يمكن أن تساعد في حماية عائلتك في حالات الطوارئ.

الاشتراك في سمارت 911 (Smart 911) يعطي الإسعافات الأولية المعلومات الهامة التي وفرت التي يمكن أن تساعد تحديد ومساعدتك في حالات الطوارئ.

تذكيرات السلامة الأخرى:

لتجنب الإصابة ، اختر حقيبة طفلك بعناية ، وتأكد من أنها لن تكون ثقيلة جداً. يجب ألا يزيد وزن حقيبة الظهر المحملة عن 10 في المائة إلى 20 في المائة من وزن جسم طفلك.

لا تضع اسم طفلك على حقيبة الظهر ، أو على أي ملابس خارجية. إذا كان اسم طفلك قابلاً للقراءة بسهولة ، فإنه يسهل على الغرباء الاقتراب والبدء في محادثة.

علم أطفالك أن أي شخص بالغ لا يعرفونه غريب ، حتى لو كان الشخص يبدو لطيفاً ، ويجب ألا يذهب أبداً إلى أي مكان مع شخص غريب.



يونيو 2024

عزيزي ولي الأمر أو الوصي/ المكرم

الرجاء استكمال نماذج (استمارات) الصحة المطلوبة وإعادتها إلى مدرسة طفلك. ويمكن الحصول على هذه النماذج من المدرسة أو عبر الإنترنت:

<https://www.cps-k12.org/families-students/forms>

نموذج التفويض الطبي في الطوارئ **Emergency Medical Authorization** مطلوب إذا وقعت حالة طوارئ في المدرسة. وهو يعطي موافقة للمدرسة بالحصول على علاج طارئ للأطفال الذين يتعرضون لمرض أو إصابة أثناء وجودهم في المدرسة، عندما يتعذر الوصول إلى أولياء الأمور أو الأوصياء.

نموذج تحديث التاريخ الصحي **Health History Update** يزود المدرسة بمعلومات صحية شخصية ذات صلة تتعلق بطفلك كما أنها مطلوبة بموجب قانون ولاية أوهايو. ويجب التحديث كل عام دراسي. قد تكون هناك نماذج (استمارات) إضافية مطلوبة للأطفال الذين لديهم حالات (أمراض مزمنة) مثل الربو، واضطراب نوبات داء السكري، ومرض الخلايا المنجلية)؛ والتي يمكن الحصول عليها من العيادة الصحية المدرسية في مدرسة طفلك.

ينبغي أن تستكمل نموذج إعطاء مدارس سينسيناتي العامة للأدوية **CPS Administration of Medication** فقط إذا كان طفلك يحتاج إلى أدوية تصد رف بوصفة طبية أثناء اليوم الدراسي. ويجب على كل من مقدم الخدمات الطبية المرخص وولي الأمر استكمال هذا النموذج وتوقيعه قبل إمكانية صرف الأدوية في المدرسة.

نموذج إعطاء الأدوية بدون وصفة في المدرسة يعطي موافقة إلى الممرض(ة) أو المساعد الصحي المدرسي أو مربيه مدير المدرسة بإعطاء طفلك الأدوية المدونة على هذا النموذج كنوع من تدابير الراحة. ويجب على كل من مقدم الخدمات الطبية المرخص وولي الأمر استكمال هذا النموذج وتوقيعه قبل إمكانية صرف الأدوية في المدرسة.

وقد تكون حزمة التسجيل في المركز الصحي المدرسي **School Based Health Center Enrollment Packet** مضمنة أيضاً. فإن كنت ترغب في حصول

طفلك على الخدمات المذكورة يُرجى استكمال الحزمة وإعادتها إلى العيادة الصحية المدرسية. وإذا كانت هناك موافقة لطفلك بالفعل للحصول على خدمات المركز الصحي المدرسي يرجى استكمال الصفحة الخامسة من الموافقة حقوق ومسؤوليات المريض، ومشاركة المعلومات، والدفع مقابل الخدمات. (يجب استكمال هذه الحزمة سنوياً .

نشكرك مقدماً على اهتمامك بهذه المستندات المهمة وعلى شراكتك معنا في حماية صحة طفلك!

دينيس م. ساكر ، دكتوراه في الطب ، FAAP ،
المدير الطبي المؤقت
لإدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي

جرانت موسمان ، دكتوراه في الطب ،
مفوض الصحة المؤقت MHSA
إدارة الصحة في سينسيناتي

Health History Update – 2024-2025

تحديث التاريخ الصحي - 2025-2024

يرجى إكمال والعودة إلى ممرضة المدرسة أو مكتب المدرسة. شكرا.

يشترط قانون أو هابيو أن يكون نموذج السجل الصحي متاحاً لكل طالب.

Name Student's اسم الطالب

Birth of Date تاريخ الميلاد

Grade/Homeroom الصف الهومروم

Name Doctor's اسم الطبيب

Number Phone رقم الهاتف

visit or checkup Last آخر فحص أو زيارة

Name Dentist's اسم طبيب الاسنان

Number Phone رقم الهاتف

visit or checkup Last آخر فحص أو زيارة

لا Insurance التأمين: Medicaid _____ كيرسورس / Molina / Care Health United هلت / يوناييتد هلت / Paramount بارامونت / Buckeye بكاي (بكي)
Name Provider Insurance Private _____ None: اسم مقدم التأمين الخاص يوجد

لجواب لا (N) لجواب نعم أو على أي تاريخ من المشاكل التالية؟ (يرجى وضع دائرة على
Any history of the following problems? (Please circle Y for Yes or N for No)

History For Student and then Family تاريخ الطالب ومن ثم الأسرة	Student الطالب	Family الأسرة	History For Student and then Family تاريخ الطالب ومن ثم الأسرة	Student الطالب	Family الأسرة
Allergies: Seasonal / Hay fever الحساسية: حمى القش الموسمية	Y N	Y N	Emotional / Psychological Problems مشاكل عاطفية / نفسية	Y N	Y N
Life Threatening Allergy to: _____ وصف EpiPen prescribed EpiPen لحساسية تهدد الحياة ل: _____	Y N Y N		Frequent Headaches صداع متكرر	Y N	Y N
ADD / ADHD قصور الانتباه وفرط الحركة	Y N	Y N	Head Injury/ Concussion إصابة الرأس / ارتجاج	Y N	
Anemia or Other Blood Problems فقر الدم أو مشاكل الدم الأخرى	Y N	Y N	Frequent Stomachaches كثرة آلام المعدة	Y N	Y N
Asthma الربو	Y N	Y N	Hearing Problems مشاكل في السمع	Y N	Y N
Behavioral Problems لمشاكل السلوكية	Y N	Y N	Heart Disease – type _____ أمراض القلب - نوع	Y N	Y N
Blood Pressure Problems (High / Low) مشاكل ضغط الدم (عالية / منخفضة)	Y N	Y N	Kidney Disease – type أمراض الكلى - النوع	Y N	Y N
Developmental Problems النمو مشاكل	Y N		Learning problems _____ مشاكل التعلم	Y N	Y N
Cancer – type السرطان - النوع	Y N	Y N	Prematurity or Birth Weight under 5 lb. الخداج أو الوزن عند الولادة أقل من 5 بوند	Y N	
Chronic Diarrhea or Constipation الإسهال المزمن أو الإمساك	Y N	Y N	Seizure Disorder / Epilepsy / Tics نوبة الصرع / التشنجات اللاإرادية	Y N	Y N
Chronic Ear Infections التهابات الأذن المزمنة	Y N		Sickle Cell Disease مرض فقر الدم المنجلي	Y N	Y N
Depression الكآبة	Y N	Y N	Sleep Problems مشاكل النوم	Y N	Y N
Diabetes داء السكري	Y N	Y N	Problems Speech مشاكل بالكلام	Y N	Y N
			Toothaches / Dental Problems	Y N	

يرجى ذكر أي أدوية (موصوفة أو بدون وصفة طبية) يتناولها طفلك في المنزل يومًا أو حسب الحاجة (مثل دواء ADHD أو الحساسية الربو أو الصداع):

Please list any medications (prescribed or over-the-counter) your child takes **at home** on a daily or as-needed basis (such as medication for ADHD, allergies, asthma, or headaches):

****ملاحظة خاصة:** إذا كان طالبك يحتاج إلى تناول أي أدوية في المدرسة ، بما في ذلك أدوية الطوارئ (مثل جهاز الاستنشاق أو Pen (Epi ، فيجب عليك إكمال نموذج إدارة الدواء CPS **

هل تعرض طفلك لأية عمليات أو إصابات خطيرة أو إقامة في المستشفى

Hospitalizations injuries, or serious operations, any had child your Has

YES نعم NO لا

dates and reason provide Please يرجى تقديم السبب والتواريخ

Has your child ever been pregnant?

هل كانت طفلك في أي وقت مضى حاملاً؟

No لا Yes نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، فكم عدد الأطفال الأحياء الذين Yes, If to birth given child your has children living many how :
أنجبتهم طفلك _____ :

هل كان طفلك ضحية سوء المعاملة؟ Has your child been a victim of abuse?

Has anything bad, scary or sad happened to your family

YES نعم NO لا

هل حدث أي شيء سيء ، مخيف أو حزين لعائلتك؟

YES نعم NO لا

explain : يرجى التوضيح Please

اخموف ادملر :ةسارشح أي إبابجت ىدع معنبا رطسلاوجوملد.

Is your child in a special ed class?

هل طفلك في فصل خاص؟

YES لا NO نعم

هل كرر طفلك الصف؟ Has your child a repeated grade

نعم YES لا NO _____

هل يواجه طفلك مشكلة في كثير من الأحيان في المدرسة؟ Does your child get into trouble often at school?

نعم YES لا NO _____

What are your child's grades? ما هي علامات طفلك؟ _____

Is this a change? هل هذا تغيير؟ نعم? YES لا NO

اسم الوالد / الوصي

التاريخ _____

كيف يمكننا التواصل معك خلال ساعات الدوام المدرسي؟ الخلية:
العمل _____ أخرى _____



Emergency Medical Authorization Form

نموذج ترخيص طبي للطوارئ

Fill out this form and return it to your child's school.

إملاء هذا النموذج وأعدّه إلى مدرسة طفلك

Student's Name /اسم الطالب : _____ ID # /الشخصي الرقم # : _____

Homeroom /الهومروم : _____ Birth Date /الميلاد تاريخ : _____

School /المدرسة : _____ Grade /الصف : _____ Year /السنة : _____

Student's Address /عنوان الطالب : _____ Apt /رقم الشقة : _____

Phone /الرقم الهاتف : () _____ City /المدينة : _____ State /الولاية : _____ Zip /الرمز البريدي : _____

Purpose — To enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.

الهدف - تمكين أولياء الأمور والأوصياء من التصريح بتوفير العلاج في حالات الطوارئ للأطفال الذين يصابون بالمرض أو المصابين أثناء خضوعهم لسلطة المدرسة ، عندما يتعذر الوصول إلى الوالدين أو الأوصياء.

Residential Parent or Guardian ولي الامر أو الوصي المقيم

/ Guardian Name /الوصي /ولي الامر : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____

Name /الوصي : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____ Parent

Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____ Parent / Guardian

Other's Name /أسماء أخرى : _____ اسم مزود الرعاية النسبية أو رعاية الطفل

Name of Relative or Child-care Provider

Relationship /العلاقة : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____

Address /العنوان : _____ Zip /الرمز البريدي : _____

PART I or PART II MUST BE COMPLETED

الجزء الثاني يجب إكمال الجزء الأول أو

PART I: TO GRANT CONSENT I hereby give consent for following medical-care providers and local hospital to be called:

الجزء الأول: لتقديم الموافقة أوافق على موافقة مقدمي خدمات الرعاية الطبية والمستشفيات المحلية التالية:

Phone /رقم الهاتف : () _____ /:

Physician /الطبيب العام : () _____ /رقم الهاتف Phone

Dentist /طبيب أسنان : () _____ /رقم الهاتف Phone /:

Medical Specialist /طبيب أخصائي

Local Hospital /المستشفى المحلي : _____

Emergency Room Phone /رقم هاتف غرفة الطوارئ : () _____

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by above-named doctors, or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of my child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

في حال لم تنجح المحاولات المعقولة للاتصال بي ، فأنا أوافق بموجبه على (1) متابعة تقديم أي علاج يراه ضروريًا الأطباء المذكورين أعلاه ، أو في حالة عدم توفر الدكتور المحدد ، من قبل طبيب أو طبيب أسنان مرخص آخر. و (2) نقل طفلي إلى أي مستشفى يمكن الوصول إليه بشكل معقول. لا يغطي هذا التفويض عملية جراحية كبرى ما لم يتم الحصول على الآراء الطبية لطبيبين أو أطباء أسنان مرخصين ، متفقين على ضرورة إجراء هذه الجراحة ، قبل اتمامها.

Signature of Parent/Guardian /التوقيع ولي الامر أو الوصي : _____ Date /التاريخ : _____ /:

Address /العنوان : _____

Zip /الرمز البريدي

PART II: REFUSAL TO GRANT CONSENT I do **NOT** give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school to take the following action:

الجزء الثاني: رفض القبول على نص الموافقة أنا لا أوافق على العلاج الطبي الطارئ لطفلي. في حالة المرض أو الإصابة التي تتطلب علاجاً طارئاً ، أتمنى أن تتخذ المدرسة الإجراء التالي:

Date التاريخ / : _____ Signature of Parent/Guardian الوصي أو الامر ولي توقيع : _____

Address العنوان / : _____

Zip البريدي الرمز / : _____

بطاقة التفويض الطبي في حالات الطوارئ

Cincinnati Health Department
School-Based Health Center Enrollment Packet

وزارة صحة سينسيناتي
حزمة التسجيل في المركز الصحي المدرسي (SBHC)

PLEASE COMPLETE AND SIGN ALL PAGES

يرجى استكمال وتوقيع جميع الصفحات.

STUDENT/PATIENT'S NAME اسم الطالب / المريض : _____ DOB تاريخ الميلاد : ____/____/____

Gender الجنس : M (ذكر) _____ F (أنثى) _____ Trans المتحولين جنسياً : MTF (ذل أ) _____ FTM (أ ل د) _____

Child's Social Security # رقم الضمان الاجتماعي للطفل : _____ = _____ - _____

Medical Card/Insurance ID البطاقة الطبية / هوية التأمين : _____

كيرسورس CareSource مولينا Molina بكاي Buckeye

بارامونت Paramount

يونييتد هلت كير United Health Care لا تأمين No Insurance آخر OTHER

غير ثنائي Non-Binary

خدمات الرعاية الصحية الطبية:

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على الرعاية الطبية بما في ذلك الرعاية الروتينية للطفل * (مثل العمل والرعاية النهارية واللياقة البدنية الرياضية) والتطعيمات المناسبة ومادة الفلورايد وعلاج المرض أو الإصابة بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية ما لم تكن هناك حاجة إلى خدمات الطوارئ. * ملاحظة: تشمل رعاية الطفل الجيدة فحص الرؤية / السمع ، واختبارات البول والدم ، والتطعيمات حسب الحاجة ، وفحص الأعضاء التناسلية الخارجية عند اللزوم. قد يتم نقل / مرافقة الطفل من وإلى خدمات الرعاية الطبية من قبل فرد من المدرسة. أنا ، الوالد أو الوصي على الطفل المذكور أعلاه ، أعفو عن مدينة سينسيناتي ، وأعضاء مجلس المدينة ، والموظفين ، والوكلاء والممثلين المعتمدين ، و CPS ، وأعضاء مجلس إدارتها ، والمسؤولين ، والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناتج عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية. * يرجى ملاحظة: في ولاية أوهايو ، يمكن للقاصرين الوصول إلى الخدمة السرية للأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وتنظيم الأسرة ، بما في ذلك توفير وسائل منع الحمل مثل العوازل الطبية أو حبوب منع الحمل دون موافقة الوالدين.



لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على الرعاية الطبية في المركز الصحي المدرسي (SBHC). خدمات العناية بصحة الأسنان :

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على خدمات طب الأسنان في مركز صحة سينسيناتي (CHD) أو عيادة / مدرسة متنقلة بما في ذلك الرعاية الوقائية وفحوص الأسنان والأشعة السينية وماتعات التسرب والحشوات والتخدير الموضعي وإزالة الأسنان والجذر القنوات إذا لزم الأمر. سيتم توفير ماتعات التسرب والإجراءات الوقائية الأخرى في المدرسة. قد يتم نقل / مرافقة الطفل من وإلى خدمات طب الأسنان من قبل فرد من المدرسة. أنا ، الوالد أو الوصي على الطفل المذكور أعلاه ، أفرج عن مدينة سينسيناتي ، وأعضاء مجلس المدينة ، والموظفين ، والوكلاء والممثلين المعتمدين ، و CPS ، وأعضاء مجلس إدارتها ، والمسؤولين ، والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناتج عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية.



لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على خدمات طب الأسنان : خدمات مركز العيون:

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على خدمات مركز العيون في مركز ون سايت فيشن (OneSight Vision) في مدرسة اويلر أو أكاديمية اللغات العالمية (AWL) ، والتي قد تشمل فحوصات شاملة للعين بما في ذلك تمدد العين والعلاج البصري وتركيب وتصحيح الرؤية. قد يتم نقل طفلي / مرافقته إلى ومن خدمات مركز العيون من قبل فرد من المدرسة. أنا الوالد أو الوصي على الطالب المذكور أعلاه ، أفرج عن مدينة سينسيناتي وأعضاء مجلس المدينة والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين و CPS وأعضاء مجلس إدارتها والمسؤولين والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناتج عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية. لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على خدمات النظر.



التاريخ	اسم الوالد / الوصي (مطبوع) INT	توقيع الوالد / الوصي (أو المريض إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر) Pa
رقم الهاتف المفضل	Phc:	
رقم الهاتف الثاني	رقم الهاتف الثالث Phone #3	
الرمز البريدي ZIP	الولاية STATE	المدينة CITY
	الشقة APT	الشارع STREET
	العنوان ADDRESS	

أوافق على حصول طفلي على الخدمات التي قمت بتمييزها في المربعات أعلاه. أوافق على الشروط والأحكام المتعلقة بالدفع مقابل الخدمات ومشاركة المعلومات الصحية كما هو موضح في نموذج وصف البرنامج (مرفق). الموافقة سارية المفعول حتى يتم الطلب كتابيًا للإلغاء من قبل الوالد / ولي الأمر.

I give consent for my child to obtain the services that I have marked in the boxes above. I agree to the terms and conditions regarding the PAYMENT FOR SERVICES and SHARING OF HEALTH INFORMATION as explained in Program Description form (attached). **Consent in effect until terminated in writing by Parent / Guardian.**

STUDENT/PATIENT'S NAME اسم الطالب/ المريض : _____

DOB تاريخ الميلاد : _____/_____/_____

لتوفير الخدمات الصحية لطفلك ، نحتاج إلى المعلومات التالية:

To provide health services for your child, we need the following information:

Parent / Guardian's Name اسم ولي الأمر / الوصي : _____

/ Guardian's Date of Birth تاريخ ميلاد ولي الأمر / الوصي : _____

Parent

Relationship to Child العلاقة بالطفل : _____

Parent / Guardian's Social SecurityNo.

رقم الضمان الاجتماعي للوالد / الوصي :

Address العنوان : _____

City/State/ZIP المدينة / الولاية / الرمز البريدي :

Emergency Contact Person اسم شخص الاتصال في حالات الطوارئ : _____

Phone Number رقم الهاتف :

تاريخ صحة طفلك

Your Child's Health History

you have a **Primary Care Doctor** هل لديك طبيب رعاية دائم ؟ YES نعم NO لا

❖ Do

Doctor Name/Clinic اسم الطبيب / العيادة : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Date of last complete yearly physical examination (head to toe) (من الرأس إلى أخمص القدمين) تاريخ آخر فحص بدني سنوي كامل : _____

❖ Do you have a **Primary Dentist** ؟ هل لديك طبيب أسنان أساسي ؟ YES نعم NO لا

Dentist Name/Clinic اسم طبيب الأسنان / العيادة : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

of last routine dental check-up تاريخ آخر فحص الأسنان الروتيني : _____
Date

❖ Do you have a **Primary Eye Doctor** هل لديك طبيب عيون أساسي ؟ YES نعم NO لا

Eye Doctor Name اسم طبيب العيون : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Date of last routine vision exam تاريخ آخر امتحان الرؤية الروتينية : _____

❖ Do you have a **Preferred Pharmacy** هل لديك صيدلية مفضلة؟ YES نعم NO لا

Preferred Pharmacy الصيدلية المفضلة :

Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

يرجى ذكر أي مشاكل أو ظروف صحية **حالية** يعاني طفلك

Consent for Nitrous Oxide Sedation

الموافقة على تخدير أكسيد النيتروز

Patient Name: _____ اسم المريض

إذا كان طفلك بحاجة إلى علاج الأسنان ، فقد يكون من المفيد أو الضروري استخدام تخدير أكسيد النيتروز لإكمال علاج الأسنان. أكسيد النيتروز يهدئ الأطفال ويجعلهم أكثر راحة ويمنحهم تجربة أفضل في المواعيد السنوية الخاصة بهم. من خلال توقيع هذا النموذج في وقت مبكر ، سيكون من الأسهل بالنسبة لنا أن نقوم بالعلاج بطريقة أكثر سرعة وكفاءة. سنحاول الاتصال بك قبل استخدام أكسيد النيتروز على طفلك.

يرجى قراءة ما يلي والتوقيع في أسفل إذا كنت توافق على العلاج مع التخدير بأكسيد النيتروز. سيتم استخدامه فقط إذا لزم الأمر.

أعطي الإذن لطبيب أسنان وزارة الصحة سينسيناتي لإعطاء طفلي أكسيد النيتروز للتخدير إذا لزم إليه. أفهم أن بعض الآثار الجانبية قد تحدث ، بما في ذلك:

• الغثيان والقيء - نقترح عدم تناول أي طعام لمدة ساعتين على الأقل قبل الموعد.

• التعرق الزائد ، والمريض قد يصبح أحمر أو توهج.

• كمية عالية بشكل غير طبيعي من اللعاب

• على رغم أنها ليست شائعة ، فقد يشعر المريض بالإحساس بالبرد.

في ظروف غير عادية ، قد يصبح الطفل مفرط النشاط مؤقتاً

وتشمل فوائد الاسترخاء وربما يلغي الحاجة لحقن مخدر موضعي (نوفوكين)). بالنسبة للمرضى الذين قد يحتاجون إلى كليهما ، فإن استخدام أكسيد النيتروجين / الأكسجين سيجعل الحقن أسهل بكثير للمريض.

لن يكون المريض "ناثماً" في أي وقت ، وسيحصل المريض في جميع الأوقات على كمية أكبر من الأكسجين مما هو موجود في هواء الغرفة. سيتم مراقبة المرضى باستمرار من قبل طبيب الأسنان والموظفين ، ويمكن للوالد أن يكون حاضراً أي صُل عند الطلب.

إذا كنت ترغب في التواجد ، فيرجى تقديم ملاحظة في الجزء العلوي من هذا النموذج وسنكون سعداء بجدولة موعد لك على راحتك.

أوافق (I consent) لطفلي لتلقي التخدير أكسيد النيتروز بحسب ما تقتضيه الضرورة من قبل طبيب الأسنان. أفهم أن فريق طب الأسنان سيحاول الاتصال بي قبل إعطاء أكسيد النيتروز.

لا أوافق (I do not consent) على حصول طفلي على تخدير أكسيد النيتروز.



Signature (Parent/Guardian)

(التوقيع (ولي الامر/الوصي)

Phone Number

رقم الهاتف

Date

التاريخ

يرجى مراجعة المعلومات التالية
وصف البرنامج
المراكز الصحية المدرسية - قسم صحة سينسيناتي (CHD)

مرحباً بكم في المركز الصحي المدرسي (SBHC).

مرحباً بكم في المركز الصحي المدرسي. يوفر المركز الصحي بالمدرسة الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والبصر لجميع الطلاب عند الحاجة. إذا مرض طفلك/مراهقك في المدرسة أو إذا كان طفلك/مراهق يحتاج إلى فحص طبي أو رياضة بدنية أو تحصينات أو رعاية أسنان روتينية أو فحص رؤية، فيمكنهم إجراء ذلك في المركز الصحي بالمدرسة. إذا كان طفلك/مراهق يعاني من مشكلة في الأسنان في المدرسة، فيمكن لطبيب الأسنان رؤية طفلك في أحد مراكز طب الأسنان المدرسية الموجودة في أكاديمية إذا كان CHD. اللغات العالمية، أو مدرسة ويثرو الثانوية، أو مدرسة ويسترن هيلز الثانوية، أو مدرسة أوپلر، أو كريست سمايلز شوب، أو المراكز الصحية الأخرى لـ لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم الطلب، يرجى الاتصال ببرنامج الصحة المدرسية على الرقم 357-2809 أو الاتصال بممرضة مدرستك

حقوق المريض ومسؤولياته .

- الاحترام والمساواة في المعاملة والرعاية والإقامة المتاحة بغض النظر عن العرق أو العمر أو الجنسية أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي.
- تقييم الرعاية الصحية وخطة الرعاية المقدمة بمشاركة المرضى.
- الوصول إلى التحدث بصراحة إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك المتاحة من القطاع الخاص.
- يتحمل المريض مسؤولية تنفيذ خطط العلاج الموصى بها.
- 30 يوماً المسموح بها لاستكمال نماذج التأمين أو العجز.
- يخبر المريض (SBHC) إذا تم تلقي العلاج في غرفة الطوارئ أو المستشفى.
- في حالة الطوارئ بعد ساعات العمل، يتصل المريض بالرقم 911 ، أو يذهب إلى أقرب غرفة للطوارئ.
- إذا كان لدى المريض مشكلة ملحة ويريد التحدث إلى مقدم طبي عند الطلب اتصل بالرقم: 357-7320 (513)

فيما يتعلق بالدفع مقابل الخدمات

- إذا لم يكن لديك تأمين صحي لطفلك ، فستكون مسؤولاً عن الفاتورة مقابل رسوم مخفضة. لن يتم حرمان أي طفل من الرعاية الطبية بسبب عدم قدرة الأسرة على دفع تكاليف الخدمات.
- إذا لم يكن لديك تأمين صحي لطفلك ، فسيطلب منك الحصول على معلومات حول دخل أسرتك لضمان الامتثال للمتطلبات الفيدرالية وتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على رسوم مخفضة أو متنازل عنها بناءً على جدول الرسوم المتفق عليه لوزارة الصحة في سينسيناتي. يتم الاحتفاظ كافة المعلومات سرية.
- لن يُحرم أي طفل من الرعاية الطبية بسبب عدم قدرة الأسرة على دفع تكاليف الخدمات.
- هل بحاجة إلى مساعدة لتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية؟ توجه إلى مكتب مركزنا الصحي ، أو اتصل بالرقم 357-2787 (513).

فيما يتعلق بمشاركة معلومات الصحة

- يجوز للمركز الصحي المدرسي أن يطلب سجلات أو معلومات طبية من أي مقدم رعاية أو مركز للرعاية الصحية حيث تمت رؤية طفلك.
- سيتم إرسال نتائج الزيارة من قبل المركز الصحي المدرسي إلى الطبيب أو العيادة المنتظمة لطفلك.
- سيقوم كل من مركز الرعاية الصحية الأولية (PHHC) والمركز الصحي المدرسي و / أو ممرضة مدرسة وزارة الصحة في سينسيناتي بمشاركة المعلومات الطبية مع بعضهم البعض حسب الحاجة.
- المدارس لديها موارد مجتمعية أخرى متاحة ، بما في ذلك الصحة العقلية. إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات الصحة العقلية ، فقد يقوم مزود المركز الصحي بإحالة المريض إلى مقدم في مدرسة طفلك أو موقع مجتمع. سيتصل بك مقدم خدمات الصحة العقلية للموافقة. سيقوم مزود المركز الصحي ومزود الصحة العقلية بتنسيق الرعاية حسب الحاجة. يتم الاحتفاظ بكافة المعلومات سرية.
- قد تتم مشاركة تواريخ الخدمة فيما يتعلق بطب الأسنان المكتمل ، والنظر والرعاية الطبية (مثل التحصين ، والفحوصات السنوية الجيدة للأطفال ورعاية الربو) مع مدرسة طفلك إذا وافقت وتوقع على نموذج التفويض المقدم مع هذه الموافقة.

I have the right to receive or review a copy of the Notice of Privacy Practices. I acknowledge that I was offered a copy of the Notice of Privacy Practices:

لدي الحق في تلقي أو مراجعة نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية:

- I have received or reviewed a copy (signature and date) _

• لقد استلمت أو راجعت نسخة (التوقيع والتاريخ)

- I do not want a copy (signature and date)

• لا أريد نسخة (التوقيع والتاريخ)

I authorize the SBHC to call my home phone or cell phone and leave a message with an adult who answers the telephone or on a voicemail pertaining to my child's medical care, including laboratory results.

أصرح لـ SBHC بالاتصال بهاتف المنزل أو هاتفي الخليوي وترك رسالة مع شخص بالغ يرد على الهاتف أو على بريد صوتي يتعلق بالرعاية الطبية لطفلي ، بما في ذلك نتائج المختبر.

التوقيع - ولي الأمر أو الوصي _____
Signature – Parent or Guardian:

الموافقة المسبقة على استخدام فلوريد الديامين الفضي

فلوريد ديامين الفضة (SDF) هو سائل مضاد للميكروبات يستخدم لعلاج حساسية الأسنان وللمساعدة في وقف تسوس الأسنان. قد يكون إعادة تطبيق SDF ضروريًا للتحكم بشكل أفضل في تقدم تسوس الأسنان ويوصى به كل 3 أو 6 أو 12 شهرًا ولكن يمكن تطبيقه بشكل متكرر إذا لزم الأمر. قد لا يلغي العلاج باستخدام SDF الحاجة إلى حشوات الأسنان أو التيجان لإصلاح الوظيفة أو الجماليات. قد تتطلب الإجراءات الإضافية رسوًا منفصلة.

معلومات للتنبيه والاعتبار:

- يتضمن الإجراء: (1) عزل مناسب للمنطقة وتجفيف الأسنان المصابة. (2) فرك كمية قليلة من SDF على المنطقة المتحللة. (3) اسمح لـ SDF بالعمل على سطح السن لمدة دقيقة واحدة على الأقل ، ويفضل أن تصل إلى 4 دقائق. (4) غسل اللسان والغشاء المخاطي للفم.
- لا ينبغي أن أعالج بـ SDF إذا: (1) أعاني من حساسية من الفضة أو الأمونيا. (2) هناك تقرحات مؤلمة أو مناطق خشنة على اللثة أو في أي مكان في فمي (مثل التهاب اللثة التقرحي والتهاب اللثة).

SDF: فوائد علاج

- إنه سريع وسهل وغير مؤلم.
- لا حاجة لتخدير الأسنان.
- يوقف 80٪ من التجاويف عند استخدامه مرتين في السنة.
- يمكن أن يساعد في تخفيف حساسية الأسنان.
- هو خيار علاجي مؤقت للمرضى الصغار أو الخائفين أو ذوي الاحتياجات الخاصة الذين قد يحتاجون إلى التخدير من أجل رعاية أسنان واسعة النطاق..



المخاطر المتعلقة بـ SDF:

- سوف تصبغ المنطقة المصابة باللون الأسود بشكل دائم. لن يتغير لون بنية الأسنان الصحية. يمكن تغطية بنية الأسنان المصبوغة بحشوة أو تاج في المستقبل.
- إذا تم وضعها عن غير قصد على الجلد أو اللثة ، فقد تظهر بقعة بنية أو بيضاء لا تسبب أي ضرر ، ولا يمكن غسلها ، وستختفي في غضون أيام قليلة و أحياناً إلى أسبوعين.
- قد تلاحظ مذاقاً معدنيًا مؤقتاً جداً.
- قد لا تعمل SDF مع جميع التجاويف وسيتطور التسوس مع سوء نظافة الفم وتأثير الطعام. في هذه الحالة ، سيتطلب السن المصاب مزيداً من العلاج ، والذي يمكن أن يشمل حشواً أو تاجاً ، أو علاج قناة الجذر ، أو قلعاً ، أو الإحالة إلى رعاية أسنان متخصصة.

بدائل لـ SDF ، لا تقتصر على ما يلي:

- لا يوجد علاج ، مما قد يؤدي إلى تفاقم التجاويف ، والألم الشديد ، والتهاب الأسنان أكثر خطورة.
- اعتماداً على موقع وامتداد تسوس الأسنان بالإضافة إلى مستوى سلوك المريض وتعاونه ، قد تشمل العلاجات الأخرى ورنيش الفلورايد ، أو الحشو أو التاج ، أو الاستخراج ، أو الإحالة إلى أخصائي.

أقر بموجب هذا بأنني قد قرأت وفهمت هذه الموافقة ومعنى محتوياتها. تم الرد على جميع الأسئلة بطريقة مرضية. لقد رأيت الصورة تعرض تغير لون التجويف بعد تطبيق SDF. أو أفق على الحصول على علاج *Silver Diamine Fluoride* (SDF) مع طبيب أسنان أو طاقم طب أسنان مؤهل آخر في أي موقع أسنان تديره إدارة الصحة في سينسيناتي.

تاريخ الميلاد: _____ اسم المريض: _____

التاريخ: _____ توقيع المريض / الوصي: _____

_____ :CHD

توقيع طاقم طب الأسنان



Authorization for Administration of Over-the Counter Medications at School

إذن لإصدار الأدوية دون وصفة طبية في المدرسة

This form expires at the end of the current school year (2025-2024). تنتهي صلاحية هذا النموذج بنهاية العام الدراسي الحالي (2025-2024).

Student's Name
اسم الطالب

Date of Birth
تاريخ الميلاد

School Year
السنة الدراسية

Street Address
عنوان الشارع

Apt. No.
رقم الشقة

City
المدينة

State
الولاية

Zip
البريدي رمز

School

المدرسة

Grade

الصف

Homeroom

الهومروم

As this student's parent/guardian, I give permission for my child to receive the following over-the-counter medications during school hours or during after-school activities. I agree to provide the medication my child needs in the original labeled container with the protective seal intact.

بصفتي ولي الامر / الوصي لهذا الطالب ، أعطي الإذن لطفلي لتلقي الأدوية التالية دون وصفة طبية خلال ساعات الدراسة أو أثناء أنشطة ما بعد المدرسة. أوافق على توفير الدواء الذي يحتاجه طفلي في الحاوية الأصلية التي تحمل ملصقًا وختم الحماية.

(Circle yes or no for each medication listed below. *Physician to complete dosage and time/frequency)

(ضع دائرة حول نعم أو لا لكل دواء مدرج أدناه. * يجب على الطبيب إكمال الجرعة والوقت / التردد)

Over-the-Counter Medication

Circle

Dosage

Time/Frequency

الأدوية دون وصفات طبية

ضع دائرة

جرعة

الوقت / التردد

(Parent to Complete)

(Physician to complete)

الاكتمال من ولي الامر

الاكتمال من الطبيب

Over-the-Counter Medication	Circle	Dosage	Time/Frequency
Acetaminophen (Tylenol) for headache, toothache or minor pain أسييتامينوفين (تايلينول) لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط	Yes نعم	No لا	
Ibuprofen for headache, toothache, minor pain or menstrual cramps الإيبوبروفين لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط أو تشنجات الحيض	Yes نعم	No لا	
Anti-itch cream or lotion كريم أو محلول مضاد للحكة	Yes نعم	No لا	
Cough drops قطرات الكحة	Yes نعم	No لا	
Tums (antacid) (تومز) مضاد للحموضة	Yes نعم	No لا	

Is student allergic to any medications? هل يعاني الطالب من الحساسية لأي أدوية؟

No لا / Yes نعم / , allergic to/ الحساسية من _____

Severe reactions that should be reported to the physician بها إبلاغ الطبيب : / ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها



Student's Provider (Physician / Nurse Practitioner / Dentist) *Complete dosage and frequency above.

مقدم الطالب (طبيب / ممرض ممارس / طبيب أسنان) * جرعة كاملة وتردد أعلاه.

Provider's Signature / توقيع المزود : _____ Date / التاريخ : _____

Provider's Name / اسم المزود : _____

Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ : _____

I give permission to the Cincinnati Health Department school nurse or Cincinnati Public Schools' designee to give my child the above-mentioned medications for comfort measures. I further agree to indemnify or hold harmless the Cincinnati Health Department or Cincinnati Public Schools and its agents from all claims as a result of any and all acts performed under this authority. I will inform the school if there is a change in any of this information.

أعطي الإذن لممرضة مدرسة إدارة الصحة في سينسيناتي أو المعينة من مدارس سينسيناتي العامة لإعطاء طفلي الأدوية المذكورة أعلاه لتدابير الراحة. أوافق كذلك على عدم تعريض أو إلحاق ضرر بإدارة الصحة في سينسيناتي أو مدارس سينسيناتي العامة ووكلائها من جميع المطالبات نتيجة لأي وجميع الأفعال التي تتم بموجب هذه السلطة. سوف أبلغ المدرسة إذا كان هناك تغيير في أي من هذه المعلومات.

Signature of Parent or Guardian / توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date / التاريخ

Please Print Name of Parent or Guardian / يرجى طباعة اسم ولي الأمر أو الوصي

How can we reach you during school hours? كيف يمكننا الوصول إليك خلال ساعات الدراسة؟

Work Phone

هاتف العمل

Cell Phone

الهاتف الخليوي

Home Phone

هاتف المنزل

Other

أخر



Authorization for Administration of Prescription Medication Form

نموذج إصدار وصفة الدواء

Parent/Provider Request for School Personnel to Give Prescription Medicine

طلب ولي الأمر / مقدم الخدمة لموظفي المدرسة لإعطاء الأدوية الطبية

School / المدرسة: _____ Grade / الصف: _____ Homeroom / الهومروم: _____

School Fax / الهاتف للفاكس تابع للمدرسة: _____

Cincinnati Board of Education policy, Section 5330, requires consent of the parent, guardian, or eligible student 18 years or older before medication (including prescription medication, inhalers, Epinephrine, etc.) can be given to a student by school personnel. The following information is necessary to comply with this policy. Please **answer all questions** and return this completed form to your student's principal or school nurse.

تتطلب سياسة مجلس التعليم في سينسيناتي ، القسم 5330 ، موافقة الوالد أو الوصي أو الطالب المؤهل لمدة 18 عامًا أو أكبر قبل إعطاء الدواء (بما في ذلك الأدوية الموصوفة أو أجهزة الاستنشاق أو الإبيبينفرين أو ما إلى ذلك) للطالب من قبل موظفي المدرسة. المعلومات التالية ضرورية للامتثال لهذه السياسة. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة وإرجاع هذا النموذج المكتمل إلى مدير المدرسة أو ممرضة المدرسة.

Student's Name / اسم الطالب: _____ Date of Birth / تاريخ الميلاد: _____

Home Phone / رقم هاتف المنزل: _____

Street Address / العنوان: _____ Apt. # / رقم الشقة: _____ City / المدينة: _____

State / الولاية: _____ Zip / الرمز البريدي: _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PROVIDER (Physician / Nurse Practitioner / Dentist)

تستكمل من قبل مقدم الطالب (طبيب / ممرض ممارس / طبيب الأسنان)

Name of Medication / اسم الدواء: _____ Dosage / الجرعة: _____

Time/Frequency / التكرار - الوقت: _____ How Administered / طريقة إعطاء الدواء: _____ Date to Begin / تاريخ البدء: _____

Permission for this medication is only valid through the end of the current school year unless otherwise noted. **EXCEPTION: For emergency medications for asthma, anaphylaxis, seizures or diabetes, this permission can be valid for 3 years. A provider order is required for any changes in this medication.**

لا يسري إذن هذا الدواء إلا في نهاية السنة الدراسية الحالية ما لم يذكر خلاف ذلك. الاستثناء: بالنسبة للأدوية الطارئة للربو أو الحساسية المفرطة أو النوبات أو مرض السكري ، يمكن أن يكون هذا الإذن صالحًا لمدة 3 سنوات. مطلوب أمر من الطبيب لأية تغييرات في هذا الدواء.

Date to Terminate Emergency Medication / تاريخ إنهاء علاج الطوارئ: _____ (3 years-سنتين-3)

Please attach an emergency action plan with procedures to be followed if emergency medication does not alleviate student's emergency.

يرجى إرفاق خطة عمل للطوارئ مع الإجراءات الواجب اتباعها إذا كان دواء الطوارئ لا يخفف من حالة الطوارئ للطالب.

For Epinephrine orders only: I have determined that this student is capable of possessing and using this auto injector/epipen appropriately and have provided the student with training in the proper use of the auto-injector.

لأوامر الإبينفرين (Epinephrine) فقط: لقد قررت أن هذا الطالب قادر على امتلاك واستخدام هذا الحقن التلقائي / الإيبين (epipen) بشكل مناسب وقدم الطالب تدريباً على الاستخدام الصحيح للحاقن التلقائي.

Severe reactions that should be reported to the physician/ إبلاغ الطبيب بها / ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها:

Special conditions for storage of drug / شروط خاصة لتخزين الدواء: _____

Provider's Signature / توقيع مقدمي الخدمات: _____ Date / التاريخ: _____

Provider's Name / اسم مقدمي الخدمات: _____

Emergency Phone # / رقم هاتف الطوارئ: _____



TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PARENT OR ELIGIBLE STUDENT

أن يكتمل من قبل ولي أمر الطالب أو الطالب المؤهل

The medicine must be in pill, capsule, liquid, auto-injector or inhaler form, and must be clearly marked from the pharmacist. The label must show the student's name, medication name, dosage directions, doctor, and prescription number.

يجب أن يكون الدواء في شكل حبوب ، كبسولة ، سائل ، عن طريق الحقن التلقائي أو الاستنشاق ، ويجب أن يكون واضحاً من الصيدلي. يجب أن يُظهر الملصق اسم الطالب واسم الدواء طريقة أخذ الجرعة والطبيب ورقم الوصفة.

Pharmacy / الصيدلية : _____ Phone Number / رقم الهاتف : _____

As the parent/guardian of this student (or eligible student), I give permission for the principal or designee to administer the prescribed medication. The undersigned agrees not to file or make any claim for negligence in connection with the administration or non-administration of this medicine(s) and further agrees to hold them harmless from any liability incurred as a result of the administration or non-administration of any medicines. I will inform the school if there is a change in any of this information.

بصفتي ولي الأمر / الوصي على هذا الطالب (أو الطالب المؤهل) ، أعطي إذنًا لمدير المدرسة أو من ينوب عنه لإصدار الدواء الموصوف. يوافق الموقع أدناه على عدم تقديم أو تبليغ بأي مطالبة بالإهمال فيما يتعلق بإصدار هذا الدواء (الأدوية) أو عدم إصدار، ويوافق كذلك على جعله غير ضار من أي مسؤولية يتم تكبدها نتيجة بإصدار أو عدم إصدار أي أدوية. سوف أبلغ المدرسة إذا كان هناك تغيير في أي من هذه المعلومات.

Please check the following if applicable:

يرجى التحقق مما يلي إذا كان ذلك قابل للتطبيق:

For Students with Asthma

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student (or myself) to possess and use an asthma inhaler as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school participates.

الطلاب المصابين بالربو :

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن بذلك امتلاك جهاز الاستنشاق بالربو واستخدامه على النحو المنصوص عليه في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج ترعاه أو تشارك فيه مدرسة الطالب.

For Students with EpiPen/Twinject/Auto Injector:

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student to possess and use an Epinephrine Auto-Injector, as prescribed, at the school and any activity, event, or program in which the student's school participates. I understand that a school employee will immediately request assistance from an emergency medical service provider if this medication is administered. **I will provide a backup dose of the medication to the school as required by law.**

للطلاب مع EpiPen / Twinject / الحاقن التلقائي

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن للطلاب بامتلاك واستخدام حاقن إبيبينفرين التلقائي ، على النحو المنصوص عليه ، في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج تشارك فيه مدرسة الطالب. أتفهم أن موظفًا في المدرسة سيطلب على الفور المساعدة من أحد مقدمي الخدمات الطبية الطارئة إذا تم إعطاء هذا الدواء. سأقدم جرعة احتياطية من الدواء للمدرسة كما هو مطلوب بموجب القانون.

Name of Parent / Guardian / Eligible Student (please print) / (يرجى الطباعة) / الاسم ولي الأمر / الوصي / الطالب المؤهل

Signature of Parent / Guardian / Eligible Student / طوقيع ولي الأمر / الوصي / الطالب المؤهل : _____

Date / التاريخ: _____ **Primary Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ الأساسي:** _____

Secondary Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ الثانوي: _____

وزارة سينسيناتي الصحة
صحة المدارس و المراهقين
Cincinnati Health Department
School and Adolescent Health
Consent Form for 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine
نموذج الموافقة على لقاح الأنفلونزا الموسمية 2024-2025

COMPLETE THIS FORM ONLY IF YOU WANT YOUR CHILD TO GET THE FLU VACCINE

أكمل هذا النموذج فقط إذا كنت تريد أن يحصل طفلك على لقاح الأنفلونزا

A. SCHOOL NAME /: اسم المدرسة

STUDENT NAME (Last) اسم العائلة للطالب	(First) اسم الطالب الأول	(M.I.) أول حرف من اسم الأب	GRADE/HR الصف
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد	AGE العمر	GENDER الجنس M / F أنثى / ذكر	RACE العرق
STREET ADDRESS عنوان الشارع	CITY المدينة	STATE الولاية	ZIP رمز البريدي
INSURANCE STATUS حالة التأمين : <input type="checkbox"/> Medicaid / ميديكيد <input type="checkbox"/> Molina / مولينا <input type="checkbox"/> No Insurance لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> CareSource / كيرسورس <input type="checkbox"/> Paramount / بيرامونت <input type="checkbox"/> Private Insurance تأمين خاص <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan / خطة مجتمع يوناييتد لرعاية الصحة <input type="checkbox"/> Buckeye / يوكاي			
Insurance Billing# / رقم فواتير التأمين # Medical Card Billing Number# / رقم فواتير البطاقة الطبية # Child's SS# / رقم الضمان الاجتماعي للطفل # *No student will be denied the flu vaccine due to inability to pay or lack of insurance. *لن يتم رفض أي لقاح ضد أي طالب بسبب عدم القدرة على الدفع أو نقص التأمين			

B. In order to determine if your child needs a booster dose, please answer this question:

ب: من أجل تحديد ما إذا كان طفلك يحتاج إلى جرعة منشطة، يرجى الإجابة على هذا السؤال

1. Did your child receive **2 doses** of seasonal flu vaccine since July 2010?

2010؟ تلقي طفلك جرعتين من لقاح الأنفلونزا الموسمية منذ يوليو هل

Yes / نعم / No / لا / Unsure / متأكد لست

C. Please answer all of the following questions / يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التالية :

YES NO
نعم لا

1. Is the student sick today with fever or respiratory illness? هل يعاني الطالب اليوم من مرض الحمى أو الجهاز التنفسي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the student have a serious allergy to eggs, thimerosal or another component of the flu vaccine? هل يعاني الطالب من حساسية خطيرة للبيض أو التيميروسال أو مكون آخر من لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the student ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? هل كان لدى الطالب أي رد فعل خطير على جرعة سابقة من لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the student ever had Guillain-Barré Syndrome (a temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving flu vaccine? هل سبق أن عانى الطالب من متلازمة غيلان باري (ضعف عضلي حاد مؤقت) في غضون 6 أسابيع بعد تلقيه لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Please answer all of the following questions / يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التالية :

YES NO
نعم لا

1. Does the student have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, neurologic or neuromuscular disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or another blood disorder? هل يعاني الطالب من مشكلة صحية طويلة المدى من أمراض القلب أو أمراض الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو مرض عصبي أو عضلي أو أمراض الكبد أو مرض التمثيل الغذائي (مثل مرض السكري)، فقر الدم أو اضطراب دموي آخر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. If the student is between the ages of 2 and 4 years old, in the past 12 months has a health-care provider told you that he or she had wheezing or asthma? إذا كان الطالب يتراوح عمره بين 2 و 4 سنوات، في الـ 12 شهرًا الماضية، هل أخبرك أحد مقدمي الرعاية الصحية أنه مصاب بالتهاب في التنفس أو الربو؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does this student have a weakened immune system because of HIV/AIDS or another disease that affects the immune system, long-term treatment with drugs such as high dose steroids, or cancer treatment with radiation or drugs? هل يعاني هذا الطالب من ضعف في جهاز المناعة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو مرض آخر يؤثر على الجهاز المناعي، أو علاج طويل الأمد بالعقاقير مثل المنشطات ذات الجرعات العالية، أو علاج السرطان بالإشعاع أو المخدرات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the person have close contact with someone who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? هل لدى الشخص اتصال وثيق مع شخص يحتاج إلى رعاية في بيئة محمية (على سبيل المثال، شخص خضع لعملية زراعة نخاع العظم مؤخرًا)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is the person on long-term aspirin or aspirin-containing therapy? (For example, does the person take aspirin every day?) هل الشخص يتناول الأسبرين على المدى الطويل أو العلاج المحتوي على الأسبرين؟ (على سبيل المثال، هل يتناول الشخص الأسبرين كل يوم؟)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Is the student receiving anti-viral medications?	هل يتلقى الطالب الأدوية المضادة للفيروسات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the person pregnant or could become pregnant in the next month?	هل الشخص حاملاً أو يمكن أن تصبح حاملاً في الشهر القادم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the person received any of the following vaccinations within the past 30 days? MMR, Varicella, or Flu Mist? If yes, give type and date. هل تلقى الشخص أي من التطعيمات التالية خلال الثلاثين يوماً الماضية؟ MMR ، الحمق ، أو ضباب الإنفلونزا؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر النوع والتاريخ. Recent Vaccinations: _____ Date received: _____ التطعيمات الأخيرة تاريخ الاستلام		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consent / الموافقة

CONSENT FOR VACCINATION / الموافقة على التلقيح :

I understand I will receive the **Flu Vaccine Information Statement** and be offered the **Cincinnati Health Department Notice of Privacy Practices** prior to my child receiving the vaccine.

أدرك أنني سألقى بيان معلومات لقاح الأنفلونزا وسأستلم إشعار ممارسات إدارة الخصوصية في وزارة الصحة في سينسيناتي قبل تلقي طفلي اللقاح.

I GIVE CONSENT for the student named at the top of this form to receive the **Flu vaccine**.

أعطي موافقة للطالب المسمى في الجزء العلوي من هذا النموذج لتلقي لقاح الإنفلونزا.

Signature of Person/Parent/Legal Guardian / الوصي القانوني / ولي الامر / توقيع الشخص - _____
Date / التاريخ : month / الشهر / _____ day / اليوم / _____ year / السنة / _____

Print Name of Parent Legal/Guardian / الوصي القانوني / طباعة اسم الوالي القانوني _____

Parent Cell Phone Number / رقم الهاتف الخليوي : _____

F: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY) / (سجل التطعيم (للاستخدام الإداري فقط) :

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2024 Seasonal Flu	/ /2024	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		
Booster Dose	/ /2023	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		

احصل على المساندة في ساعات دعم الوالدين.



أتبحث عن دعم أو مساعدة في التنقل في مدارس سينسيناتي العامة؟

نوفر الآن ساعات عمل عن بعد عبر الإنترنت مع لاروندا توماس، بطلة أولياء الأمور في المنطقة في مدارس سينسيناتي العامة.

تكون مدة المواعيد 15 دقيقة وتتيح لك المجال لطرح الأسئلة أو مناقشة أي مخاوف أو كيف يمكن لمدارس سينسيناتي العامة دعمك أنت وطفلك.

ساعات عمل مكتب دعم أولياء الأمور:

أيام الإثنين والأربعاء

.a.m 11:00 - .a.m 10:00

.p.m 3:00 - .p.m 2:00

.p.m 7:00 - .p.m 6:00



يرجى الاتصال بلاروندا توماس لتحديد موعد من خلال البريد الإلكتروني: parentvoice@cps-k12.org أو على الرقم **513-377-2167**

خدمات الترجمة متاحة

انضم إلى مجموعة أولياء أمور!

اصنع فرقاً في مدرسة ابنك! انضم اليوم إلى مجموعة أولياء أمور!

تمنحك مجموعة أولياء الأمور الفرصة لما يلي:

1. التعبير عن رأيك
2. دعم نجاح طلابك الأكاديمي والاجتماعي العاطفي
3. مشاركة خبرتك
4. بناء المجتمع
5. التعلم والاستمتاع!

الاتصال برئيس أولياء الأمور أو منسق موارد المدرسة للحصول على مزيد من المعلومات

قم بإنشاء منظمة أولياء الأمور في مدرستك!

ساعدنا في الوصول

إلى هدفنا المتمثل في إنشاء 65 منظمة أم بحلول

عام 2025! اتصل بالسيدة لاروندا طوماس

بطلة الوالدين في مدارس سينسيناتي العامة

للحصول على معلومات حول إنشاء أو

المشاركة في منظمة أولياء الأمور في مدرستك

لمزيد من المعلومات قم بزيارة

www.cps-k12.org/parentresources



إرسال بريداً إلكترونياً إلى ParentVoice@cps-k12.org
انضم إلى مجتمع أولياء الأمور على فيسبوك
<https://bit.ly/CPSParentVoiceGroup>



استمارة مشاركة الآباء و الأولياء

طفلك؟ مرحبا بكم أيها الآباء والأولياء ومقدمي الرعاية الجدد الذين سوف سيعودون! هل ترغب في التطوع في مدرسة
المرجو ملء الاستمارة الموجودة على الموقع أسفله عبر الرابط الآتي:
<https://bit.ly/ParentEngagementSurveySY23>

أو عن طريق مسح الباركود:



إذا قمت بإكمال النموذج الورقي، يرجى إعادته إلى مدير مدرسة طفلك.

معلومات تخص التلميذ:

الأسم

المستوى الدراسي

المدرسة

معلومات تخص الآباء والأولياء ومقدمي الرعاية:

الأسم

هاتف المنزل

الهاتف المحمول

هاتف العمل

البريد الإلكتروني.....E-mail.....

الوقت المناسب/ اليوم من أجل التطوع :

الجمعة _____ الخميس _____ الأربعاء _____ الثلاثاء _____ الاثنين _____

يرجى مشاركة مهاراتك ومجالات اهتمامك للعمل التطوعي. على سبيل المثال ، الدروس الخصوصية أو المرافقة أو المساعد

المكتبي أو المتحدث الضيف في الفصل و المواضيع ذات الاهتمام



هل أنت مسجل للتصويت؟

من السهل التسجيل للتصويت أو تحديث عنوانك للتصويت - يمكنك الاتصال بالإنترنت أو طباعة نموذج وإرساله بالبريد أو الذهاب شخصيا إلى أي مكتبة عامة في أوهايو أو
BMV.



تحقق من حالة تسجيلك أو تسجل الآن على

<https://votehamiltoncountyohio.gov/register/>

للتصويت في الانتخابات الخاصة المقرر إجراؤها في 6 أغسطس 2024، يجب عليك التسجيل بحلول 10 يوليو 2024

للتصويت في الانتخابات الرئاسية المقرر إجراؤها في 5 نوفمبر 2024، يجب عليك التسجيل بحلول 7 أكتوبر 2024



تفويج 2024/2025 - المقترح الأخير

الرمز

أول يوم دراسي
آخر يوم دراسي

يوم عمل الفصل
المدري للمعلم

يوم التنمية المهنية
بالمنطقة - لا

يحضر الطلاب
يوم الاجتماع

المهني للمبنى - لا
يحضر الطلاب

أجازة / عطلة كل
المدارس /
المباني مغلقة

أجازة / عطلة
المدارس فقط مغلقة

اجتماع المعلمين أيام
التبادل -

المدارس مغلقة
سجلات المعلمين

أيام التبادل -
المدارس مغلقة

يوم تعويضي عن التغيب
لسوء لطقس
(إذا دعت الحاجة)

نهاية ربع العام
الدراسي

أسبوع منتصف
الفصل الدراسي

عطلة مدفوعة
الأجر *

ملاحظات

171 يو مًا الحضور
الطلاب

191 يو مًا الحضور
المعلمين

1137.5-1050 ساعة
تدريس

* لموظفي مدارس

سينسبتي العلة: يرجى مراجعة

تقويمات كتف المرتبات

للتعرف على التفاصيل الإضافية

الخاصة بالأجازات

مدفوعة الأجر والجدول.

فبراير 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
						1
2	M3	4	5	6	7	8
9	C10	11	12	13	14	15
16	P17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

أغسطس 2024						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

مارس 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	Q14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

سبتمبر 2024						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	P2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	M16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

أبريل 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	M14	15	16	17	R18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

أكتوبر 2024						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	R3	4	5
6	7	8	9	10	Q11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

مايو 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	Q22	23	24
25	P26	27	28	29	30	31

نوفمبر 2024						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
					1	2
3	M4	5	6	7	8	9
10	P11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	C27	P28	29	30

يونيو 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

ديسمبر 2024						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	P25	27	28	29
30	31					

يوليو 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	P4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

يناير 2025						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
			P1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	P20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	



PREPARING STUDENTS
FOR LIFE

تواريخ تقويم وتفصيل عام 2024-2025

يوم عمل الفصل المدرسي للمعلم يوم التنمية المهنية الخاص بالمنطقة يوم التنمية المهنية الخاص بالمنطقة يوم الاجتماع المهني للمبنى أول يوم دراسي للطلاب	8 أغسطس 9 أغسطس 12 أغسطس 13 أغسطس 14 أغسطس
عطلة عيد العمال - المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق أسبوع منتصف الفصل الدراسي	2 سبتمبر 16 سبتمبر
يوم التنمية المهنية الخاص بالمنطقة - لا يحضر الطلاب عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة - يوم الشهادات	23 سبتمبر 3 أكتوبر
نهاية الربع الأول للعام الدراسي أسبوع منتصف الفصل الدراسي	11 أكتوبر 4 أكتوبر
يوم الانتخابات - المدارس فقط مغلقة	نوفمبر
عطلة يوم المحاربين القدامى - المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة	5 نوفمبر 11 نوفمبر
عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة	25 نوفمبر
عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة	26 نوفمبر
عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة - يوم الاجتماع	27 نوفمبر
عطلة عيد الشكر - المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق	28 نوفمبر
عطلة/أجازة - يرجى من فريق العمل الرجوع إلى تقويم جدول المرتبات نهاية الربع الثاني من العام الدراسي	29 نوفمبر 20 ديسمبر
العطلة الشتوية - المدارس فقط مغلقة (10 أيام) عطلة ليلة الكريسماس ويوم الكريسماس	23 ديسمبر-3 يناير 24 ديسمبر-25 ديسمبر
عطلة/أجازة - يرجى من فريق العمل الرجوع إلى تقويم جدول المرتبات أجازة رأس السنة	31 ديسمبر 1 يناير
عودة الدراسة بالمدارس	6 يناير
عطلة يوم مارت لوثر كينج الابن- المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق يوم التنمية المهنية الخاص بالمنطقة - لا يحضر الطلاب	20 يناير 31 يناير 3 فبراير 10 فبراير
أسبوع منتصف الفصل الدراسي	17 فبراير 3 نوفمبر
عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة - يوم الاجتماع	14 مارس
عطلة يوم الرئيس- المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق يوم التنمية المهنية الخاص بالمنطقة - لا يحضر الطلاب نهاية الربع الثالث للعام الدراسي	28-24 مارس 31 مارس
عطلة الربيع - المدارس فقط مغلقة (5 أيام) عودة الدراسة بالمدارس	14 أبريل 18 أبريل
أسبوع منتصف الفصل الدراسي	22 أبريل
عطلة/أجازة - المدارس فقط مغلقة / يوم الشهادات / يوم تعويضي عن التغيب لسوء لطقس نهاية الربع الرابع للعام الدراسي - آخر يوم لحضور الطلاب	23 مارس 26 مايو 19 يونيو
يوم عمل الفصل المدرسي للمعلم - آخر يوم لحضور المعلمين عطلة يوم الذكرى- المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق	4 يوليو
عطلة يوم انتهاء العبودية- المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق عطلة عيد الاستقلال - المدارس مغلقة/المكتب المركزي مغلق	

* يجب على كل أعضاء فريق العمل بمدارس سينسيناتي العامة الرجوع لتقويم جدول المرتبات للتحقق من الأجازات والعطلات مدفوعة الأجر الخاصة بهم بناءً على تصنيفهم الوظيفي.

