

فرم ثبت نام مدرسه زبان شنبه اداره واحد منطقه فولسوم کوردووا 2024-2025	شروع ثبت نام
برنامه مخصوص کمک به مهاجران - کوردووا میدوز <input type="checkbox"/>	

لطفاً فرم زیر را تکمیل کنید، این محل را بپذیرید یا رد کنید و این فرم را تا **جمعه 30 اگوست 2024** به مدرسه خود برگردانید،

بله، فرزند من در برنامه مدرسه زبان شنبه شرکت خواهد کرد (لطفاً اطلاعات زیر را کامل کنید)
نه، فرزند من در برنامه مدرسه زبان شنبه شرکت نخواهد کرد (دلیل)

تاریخ: _____ امضای والدین: _____

***** اگر فرزند شما شرکت خواهد کرد، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید *****

مقطع تحصیلی فعلی: _____ مدرسه فعلی: _____

نام معلم فعلی: _____ تاریخ تولد دانش آموز: _____

نام _____ دختر پسر دیگر

تخلص نام

شهر _____ آدرس محل زندگی _____ نام والد/یا سرپرست قانونی _____

تلفن محل کار پدر _____ تلفن محل کار مادر _____ موبایل _____ تلفن خانه _____

شماره تلفن _____ آدرس _____ تماس اضطراری _____

ایمیل: _____

شاگرد من ممکن است به کلاس نیاید یا زود از کلاس خارج شود: _____

اطلاعات ویژه / نکات بهداشتی: _____

در صورت بروز حادثه یا بیماری ناگهانی، زمانی که والدین یا قیم در دسترس نیستند، به نماینده مدرسه این اختیار را می‌دهم که طبق بهترین تشخیص خود، مراقبت‌های پزشکی از جمله حمل و نقل لازم را برای فرزندم انجام دهد. من همچنین به پزشک نامبرده در زیر اجازه می‌دهم مراقبت‌ها و درمانی را که لازم می‌داند ارائه دهد. اگر پزشک معین شده در زیر در دسترس نباشد، این مراقبت و درمان را مجاز می‌دانم که توسط هر پزشک یا جراح دارای مجوز انتخاب شده توسط نماینده مدرسه انجام شود. من موافقت می‌کنم که تمام هزینه‌های متحمل شده در نتیجه موارد فوق را پرداخت کنم.

شماره تلفن _____ آدرس _____ نام دکتر معالج _____

امضای والدین یا سرپرست قانونی _____ شناسه پزشکی یا شماره بیمه بیمار (دانش آموز) _____

لطفاً هرگونه مشکل پزشکی (آلرژی، تشنج و غیره) را ذکر کنید: _____

فقط برای استفاده در دفتر: _____
لطفاً فرم تکمیل شده مدرسه شنبه را تا **جمعه 30 اگوست 2024** به بخش برنامه‌های دسته‌بندی برگردانید.

***** قوانین و مقررات ناحیه مدرسه در طول آموزشگاه زبان شنبه اجرا خواهد شد *****

**FCUSD SATURDAY LANGUAGE SCHOOL REGISTRATION FORM
2024-2025**

OPEN ENROLLMENT

CORDOVA MEADOWS – IMMIGRANT INTERVENTION PROGRAM

**Please complete the form below, accepting or declining this placement and
return this form to your school by **Friday, August 30, 2024****

- Yes**, my child will attend the Saturday Language School program (please complete information below).
 No, my child will not attend the Saturday Language School program (reason) _____

Parent Signature: _____ **Date:** _____

****** If your child will be attending, please complete the information below ******

Current Grade: _____ Current School: _____

Student's Birth Date: _____ Current Teacher: _____

Female Male Other

Last Name First Name M.I.

Parent/Guardian Name Street Address City Zip

Home Phone Cell Phone Mother's Work Phone Father's Work Phone

Emergency Contact Address Phone

E-mail: _____

My student may be released to: _____

Special Information/Health Notes: _____

In case of an accident or sudden illness, when a parent or guardian is not available, I authorize the school representative to obtain medical care for my child, including necessary transportation, in accordance with his/her best judgment. I further authorize the doctor named below to provide the care and treatment he/she considers necessary. If the physician designated below is unavailable, I authorize such care and treatment to be performed by any licensed physician or surgeon selected by the school representative. I agree to pay all costs incurred as a result of the foregoing.

Doctor's Name Address Phone Number

Medical or Patient I.D. Number Parent or Guardian Signature

Please indicate any medical problems (allergies, seizures, etc.): _____

For Office Use Only:

Please return completed Saturday School form to Categorical Programs Dept. by **Friday, August 30, 2024**

*****School District rules and regulations will be enforced during Saturday Language School.*****