

مرحبًا بكم في منطقة ادموندز التعليمية. نحن نقبل الآن حزم تسجيل الطلاب الجدد للعام الدراسي 2025-26. يرجى إكمال حزمة التسجيل هذه وإعادتها إلى مدرسة طفلك مع أي أوراق إضافية مطلوبة. إذا قمت بتسجيل طفلك عبر الإنترنت في Skyward، فالرجاء عدم إكمال هذه الحزمة. نتطلع إلى العمل معك ومع طفلك.

الخطوة 1: أكمل النماذج المطلوبة التالية

Student Enrollment Form P-134

Student Residency Verification Form P-135 وارفق إثبات الإقامة

إذا كنت غير قادر على تقديم إثبات الإقامة، أكمل إحدى هذه المستندات وأرفقها بهذا النموذج.

Student Housing Questionnaire P-160 (أهلية قانون McKinney-Vento)

Affidavit of Residency P-110 (اتصل بمدركستك)

Student Health Enrollment Form HS-534

HS-518 يتم تنزيل سجلات التحصين من MyIR

يرجى قراءة تعليمات خطاب الغلاف الخاص بنموذج 581HS.

يتم تشجيع العائلات المؤهلة على التقدم لبرنامج الوجبات المجانية والمخفضة. عملية التقديم بسيطة وسريعة. التطبيقات متاحة على الرابط أدناه، Skyward Family Access أو في أي مدرسة.

Free and Reduced Lunch Application (إن وجد) - يمكن العثور على المعلومات على

تعيينات مستوى الصف			
المرحلة الابتدائية		المرحلة الثانوية	
8/31/2020 الى 9/1/2019	روضة الاطفال	8/31/2013 الى 9/1/2012	الصف السابع
8/31/2019 الى 9/1/2018	الصف الاولي	8/31/2012 الى 9/1/2011	الصف الثامن
8/31/2018 الى 9/1/2017	الصف الثاني	8/31/2011 الى 9/1/2010	الصف التاسع
8/31/2017 الى 9/1/2016	الصف الثالث	8/31/2010 الى 9/1/2009	الصف العاشر
8/31/2016 الى 9/1/2015	الصف الرابع	8/31/2009 الى 9/1/2008	الصف الحادي عشر
8/31/2015 الى 9/1/2014	الصف الخامس	8/31/2008 الى 9/1/2007	الصف الثاني عشر
8/31/2014 الى 9/1/2013	الصف السادس		

الخطوة 2: أعد هذه الحزمة المكتملة مع جميع الوثائق الإضافية المطلوبة إلى مدرسة طفلك

سيصل بك مسؤول المدرسة لإنهاء طلبك، وإذا لزم الأمر، يطلب أي وثائق إضافية منك. سيعطيك مسؤول المدرسة تاريخ البدء عند اكتمال الحزمة. قد تؤدي الأوراق غير المكتملة إلى تأخير تاريخ بدء الطالب.

حضور الطلاب إلى المدرسة .

ملاحظة مهمة :

إثبات تاريخ الميلاد:

بالنسبة للطلاب الجدد الذي يدخل روضة الأطفال و الصف الأول عند وصولهم إلى الولايات المتحدة و ليس لديه خبرة مدرسية سابقة , يجب على الإباء تقديم مستند لتحديد عمر الطالب و الذي يتضمن على سبيل المثال , شهادة دينية , او بيان ولادة من المستشفى الذي ولد فيه او من طبيب تظهر تاريخ الولادة , سجل التبني , سجلات مدرسية تم التحقق منها مسبقا , أوراق خاصة من دائرة الخدمات الاجتماعية و الصحية , او أي مستند قانوني اخر .

الحالات المرضية التي تهدد حياة الطالب , الادوية و التطعيمات :

يحتاج الطلاب الذين يعانون من امراض مهددة للحياة (امثلة : حساسية شديدة , الربو الشديد , داء السكري , الصرع و ما الى ذلك) الى خطط صحية . اذا كانت الحالة تتطلب دواء يجب ان تكون الخطة و الادوية في مبنى المدرسة بحلول يوم الثلاثاء قبل أسبوعين من بدء المدرسة لضمان ان يبدأ الطالب في اليوم الأول . التطعيمات مطلوبة كشرط لحضور الطلاب إلى المدرسة .

إذا كانت لديك أسئلة إضافية ، فيرجى الاتصال بمدرسة الحي (<https://esdfinder.site/>).

بيان التحقق من الإقامة

اسم الطالب: _____ المدرسة: _____ الصف: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

مرحبًا بكم في منطقة إدموندز التعليمية. من أجل التحقق من الإقامة داخل المنطقة، يجب تقديم وثيقة حالية واحدة من القائمة التالية. يجب أن يكون المستند مؤرخًا خلال الستين يومًا الماضية مع إظهار اسم ولي الأمر / الوصي والعنوان (أرقام صندوق البريد غير مقبولة كعنوان سكني).

- أوراق الضمان أو دفتر أو بيان الرهن
- بيان تأمين السكن
- عقد إيجار / مع إيصال إيجار حالي
- فاتورة غاز أو كهرباء
- فاتورة الماء
- فاتورة قمامة
- فواتير كابل التلفزيون والانترنت
- فاتورة الهاتف لخط أرضي على العنوان المذكور
- وثائق أخرى معتمدة من المدرسة
- إذا كنت جزءًا من برنامج سرية العنوان بولاية واشنطن **Washington State Address Confidentiality Program**، فإن الوثائق الرسمية من برنامج سرية العنوان تفيد بأن مدرسة منطقة الحضور تفي بمتطلبات إثبات الإقامة في منطقة إدموندز التعليمية. يجب عليك تقديم خطاب مجدد إلى المدرسة كل عام.
- التحقق من السكن مع _____ . يجب إكمال **P-110 Affidavit of Residency Form** ، متاح عند الطلب في المدرسة

إذا لم تتمكن من تقديم أي من الوثائق المذكورة أعلاه، فيرجى الاتصال بالمدرسة لمناقشة ظروفك ومناقشة الخطوات التالية. يرجى ذكر أسماء الطلاب الإضافيين في هذا العنوان الذين يتحققون في أي من مدارس منطقة إدموندز التعليمية

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

أقر بأن الطالب (الطلاب) المذكور أعلاه يقيم في العنوان المقدم لإثبات محل الإقامة. سأقوم بإخطار المدرسة في غضون أسبوعين من حدوث تغييرات في محل الإقامة وأوافق على تقديم إثبات جديد على محل الإقامة وبيان موقع محدث في ذلك الوقت. إذا انتقلت خارج حدود خدمة المدرسة، فأنا أفهم أن الاستمرار في الحضور ليس مضمونًا وأني سألتقى خطاب إشعار بشأن الموافقة. إذا كان انتقالنا سيخرجنا من حدود المنطقة، فيجب تقديم طلب الانتقال الاختياري والموافقة عليه لمواصلة الدراسة في المدرسة الحالية. أكمل الطلب هنا: <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>. ستكون العائلات التي تطلب التسجيل خارج منطقة الحضور الأصلية مسؤولة عن جميع وسائل النقل.

إن تزوير أي معلومات أو مستند مطلوب للتحقق من محل الإقامة، أو استخدام عنوان شخص آخر دون الإقامة الفعلية هناك، قد يؤدي إلى إلغاء تسجيل الطالب في منطقة إدموندز التعليمية (راجع السياسة P3131/3131).

اسم الوالد/ الوصي المطبوع: _____

البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

 Transfer to new school assigned to address: Immediately or Date: _____

 Continue to attend current school through Grade 6 ___ Grade 8 ___ Grade 12 ___
 (Students will not be approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to SchoolChange@edmonds.wednet.edu



أكمل هذا النموذج فقط إذا كان وضع السكن الخاص بك انتقالياً أو غير مستقر. إذا كنت تمتلك منزلك أو تستأجره أو تستأجره ، فيرجى عدم إكمال هذا النموذج

يمكن أن تساعد الإجابات على الأسئلة التالية في تحديد الخدمات التي قد يكون هذا الطالب مؤهلاً للحصول عليها بموجب قانون USC 11435 McKinney-Vento 42. الخدمات والدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. (يرجى الاطلاع على الجانب McKinney-Vento يوفر قانون العكسي لمزيد من المعلومات)

إذا كان الطالب يعيش في منزل يملكه أو يستأجره الوالد أو الوصي ، فلن تحتاج إلى إكمال هذا النموذج ما لم تكن هناك مرافق غير كافية (لا يوجد ماء أو تدفئة أو كهرباء ، إلخ) إذا كنت لا تملك / تستأجر منزلك ، فيرجى التحقق من كل ما ينطبق أدناه

- في موتيل / فندق
- سيارة أو حديقة أو موقع تخييم أو موقع مشابه
- في shelter (قصيرة الأجل / طويلة الأجل)
- الانتقال من مكان إلى آخر / تصفح الأريكة
- في منزل أو شقة شخص آخر مع شخص / عائلة أخرى
- في مسكن به مرافق غير كافية (لا ماء ، تدفئة ، كهرباء ، إلخ)
- أخرى _____

اسم الطالب (الأخير، الأول)	مدرسة	درجة	تاريخ الميلاد	عمر

طالب (طلاب) إضافيون _____

- الطالب غير مصحوب بذويه (لا يعيش مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني)
- يعيش الطالب مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني
- الطالب في الحضانة

عنوان الإقامة الحالية: _____

هل يحتاج الطالب إلى مواصلات من وإلى المدرسة: نعم لا

اطبع اسم الوالد (الوالدين) / الوصي القانوني (الأوصياء): _____
(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

رقم الهاتف أو رقم الاتصال: اسم جهة الاتصال: _____

بريد إلكتروني: _____

* توقيع الوالد / الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

- الطالب (الطلاب) المذكورة أعلاه لديهم أشقاء / أطفال أصغر سناً (لم يبلغوا سن المدرسة بعد) يحتاجون إلى فحص تنموي أو دعم مجتمعي أو إحالات إلى خدمات الطفولة المبكرة

يرجى إعادة النموذج المكتمل إلى مدرستك. ستقدم المدرسة هذا النموذج إلى منسق المشردين في المنطقة

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- (N) Not Homeless (A) Shelters (B) Doubled-Up
 (C) Unsheltered (D) Hotels/Motels (E) Unaccompanied Youth

لأغراض هذا العنوان الفرعي :

- (1) تشمل شروط التسجيل والتسجيل حضور الفصول الدراسية والمشاركة الكاملة في الأنشطة المدرسية .
(2) مصطلح الأطفال والشباب المشردين -

(A) يعني الأفراد الذين يفتقرون إلى إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة وكافية
بالمعنى المقصود في القسم 103 (أ) (1) ؛ و

(B) يشمل —

(i) الأطفال والشباب الذين يتقاسمون سكن أشخاص آخرين بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لسبب مماثل؛ يعيشون في موتيلات أو فنادق أو حدائق مقطورات أو مناطق تخييم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة مناسبة؛ يعيشون في ملاجئ الطوارئ أو الملاجئ الانتقالية؛ يتم التخلي عنهم في المستشفيات؛

(ii) الأطفال والشباب الذين لديهم مسكن ليلي أساسي وهو مكان عام أو خاص غير مصمم أو يستخدم عادة كمكان نوم منتظم للبشر (بالمعنى المقصود في القسم 103 (أ) (2) (ج))؛ و

(iii) الأطفال والشباب الذين يعيشون في السيارات أو الحدائق أو الأماكن العامة أو المباني المهجورة أو المساكن دون المستوى أو محطات الحافلات أو القطارات أو الأماكن المماثلة؛ و

(iv) الأطفال المهاجرون (كما هو محدد في القسم 1309 من قانون التعليم الابتدائي والثانوي لعام 1965) الذين يعتبرون بلا مأوى لأغراض هذا العنوان الفرعي لأن الأطفال يعيشون في ظروف موصوفة في البنود من (ط) إلى (ثالثا).

(6) يشمل مصطلح «يوأوث» غير المصحوب بذويه الشاب الذي ليس في الوصاية الفعلية لأحد الوالدين أو الوصي .

مصادر إضافية

يمكن العثور على معلومات وموارد الوالدين على ما يلي:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

<https://www.k12.wa.us/student-success/access-opportunity-education/students-experiencing-homelessness/mckinney-vento-act>

For Office Use Only

Received:

Time:

التاريخ: _____ التاريخ: _____

معلومات الأسرة

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

رقم الهاتف المحمول للطلاب

الاسم السابق

الاسم المفضل

الجنس: انثى ذكر X الصف الذي سيدخله: _____ تاريخ الميلاد: _____

هل سبق أن تم تسجيل هذا الطالب في منطقة ادموندز التعليمية؟ نعم لا أدرج آخر مدرسة حضرها: _____

هل سيحضر الطالب بشكل متزامن مدرسة أخرى أثناء تسجيله في منطقة ادموندز التعليمية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المدرسة الأخرى التي سيلتحق بها الطالب؟ _____

معلومات الأسرة الأساسية

ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب: _____

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب: _____

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

يرجى استخدام _____ كرقم الاتصال الأساسي لدينا الخلية المنزل العمل السري

عنوان السكن: _____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): _____

معلومات الأسرة الثانوية

ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب: _____

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب: _____

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

رقم الهاتف (_____) المنزل المحمول العمل

يرجى استخدام _____ كرقم الاتصال الأساسي لدينا الخلية المنزل العمل السري

عنوان السكن: _____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): _____

معلومات الأسرة

هل تم توظيف أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه أو يعمل حاليًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ نعم لا
إذا نعم ، تحت أي اسم؟ _____
هل كان أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه طالبًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فأبي والد أو وصي وتحت أي اسم؟ _____

هل ملتحق طفلك برعاية الأطفال؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تقديم المعلومات التالية.
هل يجب إدراج الحضانة كجهة اتصال للطوارئ؟ نعم لا

اسم مقدم رعاية الأطفال عنوان مقدم الخدمة رقم الهاتف

اسم مقدم رعاية الأطفال عنوان مقدم الخدمة رقم الهاتف

في حالة حدوث حالة طارئة للطالب، أو أصيب بالمرض أو الإصابة ولا يمكننا الوصول إلى أحد الوالدين أو الوصي أولاً. يرجى ذكر الأشخاص، غيرك، الذين وافقوا على رعاية طفلك وتوفير وسائل النقل له.

الاتصال 1:

الاسم الأخير الاسم الأول العلاقة بالطالب
رقم الهاتف رقم الهاتف رقم الهاتف
 المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل

الاتصال 2:

الاسم الأخير الاسم الأول العلاقة بالطالب
رقم الهاتف رقم الهاتف رقم الهاتف
 المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل

الاتصال 3:

الاسم الأخير الاسم الأول العلاقة بالطالب
رقم الهاتف رقم الهاتف رقم الهاتف
 المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل المنزل المحمول العمل

أدرج جميع المدارس التي التحق بها الطالب، بدءًا من أحدث مدرسة.
هل سبق أن التحق الطالب بمدرسة عامة في ولاية واشنطن؟ نعم لا

أحدث مدرسة حالية الصفوف التي التحق بها تاريخ الانسحاب

المدينة الولاية أو البلد رقم الهاتف رقم الفاكس

المدرسة الصفوف التي التحق بها رقم الفاكس

المدينة الولاية أو البلد رقم الهاتف رقم الفاكس

المدرسة الصفوف التي التحق بها رقم الفاكس

المدينة الولاية أو البلد رقم الهاتف رقم الفاكس

هل أعاد طفلك عام دراسي من قبل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____
هل كان طفلك متقدمًا من قبل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____

هل تأهل طفلك أو تم تسجيله ب

برنامج تعليم خاص *؟ نعم لا نوع برنامج (برنامج) التعليم الخاص: _____
* إذا كانت الإجابة بنعم، قَدِّم نسخة من IEP إلى المدرسة

ميعلتلا صاخلا EL / ML اللغة المزوجة التعليم الخاص 504 Plan IEP برنامج موهوب / ذو قدرات عالية Running Start مدرسة / برنامج بديل Title III (دعم) Title VI (NA / AN) التعليم الهندي أخرى: _____

ادرج جميع الأشقاء الذين يحضرون في منطقة الدموندر التعليمية

الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة

وفقاً لقانون ولاية واشنطن (RCW 28A.255.330)، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

هل لدى طفلك أي تاريخ من السلوك العنيف؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____

هل لدى طفلك أي تعليق أو طرد سابق أو حالي أو معلق أو طرد من مدرسة حالية أو سابقة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____

هل انسحب طفلك رسمياً من مدرسته الحالية أو السابقة؟ نعم لا التاريخ: _____

هل طفلك يخضع حالياً لعريضة BECCA / Truancy؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، في أي منطقة؟ _____

هل طفلك مديون بأي غرامات أو رسوم في مدرستك السابقة؟ نعم لا

هل لديك وسيلة الوصول إلى الإنترنت؟ نعم لا

هل طفلك في الانتظار / حالياً في رعاية التبني؟ نعم لا

هل تعاني حالياً من عدم استقرار في السكن أو في سكن انتقالي؟ نعم لا

يمكن تعريف عدم الاستقرار السكني بأنه العيش مع شخص / أسرة أخرى بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية؛ الذين يعيشون في مونتيل / فندق أو في ملجأ طارئ أو انتقالي، أو في مكان غير مخصص، أو يستخدم عادة كسكن نوم عادي. إذا كان بإمكانك الإجابة بنعم على أي من هذه الأسئلة، فقد يكون طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات بموجب قانون McKinney-Vento. يرجى سؤال مدرستك عن التسجيل للحصول على الخدمات.

هل هناك خطة رعاية أبوية أو حكم محكمة ساري المفعول يقيد / يفتقر من أي حقوق أبوية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة.

هل هناك أمر تقييد ساري المفعول؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم نسخة.

يرجى سرد وتقديم نسخ من أي مستندات قانونية أخرى ذات صلة بطفلك وسلامته. _____

يرجى تقديم تعليقات إضافية للمساعدة في رعاية طفلك. _____

هل الجد/الجددة (الأجداد) أو ولى الامر (الوالدين) لديهم انتماء قبلي أمريكي أصلي؟ نعم لا

فئات العرق والسلالة في ولاية واشنطن
يرجى إكمال الجزء الأول والجزء الثاني

يرجى ملاحظة: يتم توفير فئات العرق والسلالة هذه من قبل ولاية واشنطن، وتم تفويض منطقة ادموندز التعليمية بجمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها. إذا لم تحدد هويتك، فستصل بك المدرسة التي تحتاج إلى جمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

من أصل إسباني أو لاتيني

هل طفلك من أصل إسباني أو لاتيني؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد كل ما ينطبق)

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> إسباني | <input type="checkbox"/> باراجواي | <input type="checkbox"/> مستيزو | <input type="checkbox"/> Guyanese | <input type="checkbox"/> كوبي | <input type="checkbox"/> تشيلي | <input type="checkbox"/> أرجنتيني |
| <input type="checkbox"/> سورينامي | <input type="checkbox"/> بيروفى | <input type="checkbox"/> اصلى | <input type="checkbox"/> هندوراس | <input type="checkbox"/> دومينيكان | <input type="checkbox"/> كولومبي | <input type="checkbox"/> بوليفي |
| <input type="checkbox"/> أوروغواي | <input type="checkbox"/> بورتوريكو | <input type="checkbox"/> نيكاراغوا | <input type="checkbox"/> جامايكي | <input type="checkbox"/> أكوادوري | <input type="checkbox"/> كوستاريكا | <input type="checkbox"/> برازيلي |
| <input type="checkbox"/> فنزويلي | <input type="checkbox"/> السلفادور | <input type="checkbox"/> بنمي | <input type="checkbox"/> مكسيكي | <input type="checkbox"/> غواتيمالي | <input type="checkbox"/> شيكانو (أمريكي مكسيكي) | |
- من أصل إسباني أو لاتيني اكتب: _____

ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟ يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)

الهنود الحمر أو سكان الأسكا الأصليين

إذا حددت أيًا من هؤلاء، فيرجى أيضًا إكمال هذا النموذج: دعم ل Native American Students (Title VI Program) form

الهنود الحمر/سكان الاسكا الأصليين

سكان الأسكا الأصليين اكتب: _____

الهنود الأمريكيون الأصليين اكتب: _____

قبائل ولاية واشنطن:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> قبيلة شينوك | <input type="checkbox"/> قبيلة Quileute محمية Quileute |
| <input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية والفرق التابعة لآمة Yakama | <input type="checkbox"/> آمة كينولت الهندية |
| <input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية في محمية شهيلس | <input type="checkbox"/> آمة ساميش الهندية |
| <input type="checkbox"/> القبائل الكونفدرالية في محمية كولفيل | <input type="checkbox"/> قبيلة سوك-سويتال الهندية في واشنطن |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Cowlitz الهندية | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay قبيلة هندية من محمية Shoalwater Bay الهندية |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Duwamish | <input type="checkbox"/> قبيلة سكوميث الهندية |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Hoh الهندية | <input type="checkbox"/> قبيلة سنو هوميش |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Jamestown S'Klallam | <input type="checkbox"/> قبيلة سنكوامي الهندية |
| <input type="checkbox"/> مجتمع كاليسل الهندي في محمية كاليسل | <input type="checkbox"/> قبيلة سنوكولمو |
| <input type="checkbox"/> الآمة الهندية Kikiallus | <input type="checkbox"/> قبيلة سبوكان من محمية سبوكان |
| <input type="checkbox"/> مجتمع Lower Elwha القبلية | <input type="checkbox"/> قبيلة جزيرة سكواكسين التابعة لمحمية جزيرة سكواكسين |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Lummi من محمية Lummi | <input type="checkbox"/> قبيلة ستيلكوم |
| <input type="checkbox"/> قبيلة مكة الهندية من محمية ماكا الهندية | <input type="checkbox"/> قبيلة ماز الجواميش من هنود واشنطن |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Marietta Band of the Nooksack | <input type="checkbox"/> قبيلة سوكاميش الهندية في محمية ميناء ماديسون |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Muckleshoot الهندية | <input type="checkbox"/> مجتمع قبيلة سونوميث الهندي |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Nisqually الهندية | <input type="checkbox"/> قبائل توليب بواشنطن |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Nooksack الهندية | <input type="checkbox"/> سكايجيت العليا |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Port Gamble S'Klallam | |
| <input type="checkbox"/> قبيلة Puyallup في محمية Puyallup | |

أسيوي

سكان هاواي الاصليون او سكان جزر المحيط الهادي الاخرى

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> أسوي | <input type="checkbox"/> ماليزي | <input type="checkbox"/> سكان هاواي الاصليون/سكان جزر المحيط الهادي الاخرى |
| <input type="checkbox"/> ندي أسوي | <input type="checkbox"/> مين | <input type="checkbox"/> بالاوان |
| <input type="checkbox"/> بنغلاديشي | <input type="checkbox"/> منغولي | <input type="checkbox"/> بابوان |
| <input type="checkbox"/> بوتاني | <input type="checkbox"/> نيبالي | <input type="checkbox"/> بونبيان |
| <input type="checkbox"/> بورمه/ميانمار | <input type="checkbox"/> اوكتاواي | <input type="checkbox"/> ساموى |
| <input type="checkbox"/> كمبودي/خمير | <input type="checkbox"/> باكستاني | <input type="checkbox"/> سكان جزر سولومان |
| <input type="checkbox"/> شام | <input type="checkbox"/> بنجابي | <input type="checkbox"/> تاهيتي |
| <input type="checkbox"/> صيني | <input type="checkbox"/> سنغافوري | <input type="checkbox"/> توكيلون |
| <input type="checkbox"/> فيليبينى | <input type="checkbox"/> سرى لانكا | <input type="checkbox"/> تونجان |
| <input type="checkbox"/> همونغ | <input type="checkbox"/> تايواني | <input type="checkbox"/> توفالون |
| <input type="checkbox"/> إندونيسي | <input type="checkbox"/> تايلاندي | <input type="checkbox"/> يابيز |
| <input type="checkbox"/> ياباني | <input type="checkbox"/> تبت | <input type="checkbox"/> من سكان المحيط الهادي اكتب: _____ |
| <input type="checkbox"/> كورى | <input type="checkbox"/> فيتنامي | |
| <input type="checkbox"/> لاو | <input type="checkbox"/> أسوي اكتب | |

**الجزء الثاني (تابع) يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)
ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟**

غرب افريقيا	أمريكي لاتيني	شرق افريقيا	افريقيا الوسطى	أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
<input type="checkbox"/> بنين	<input type="checkbox"/> أرجنتيني	<input type="checkbox"/> بوروندي	<input type="checkbox"/> انغولي	<input type="checkbox"/> اسود/أمريكي من اصل أفريقي
<input type="checkbox"/> غينيا-بيساو	<input type="checkbox"/> بليز	<input type="checkbox"/> جزر القمر	<input type="checkbox"/> كامبروني	<input type="checkbox"/> أمريكي من اصل أفريقي
<input type="checkbox"/> بوركينافاسو (بوركينافاسو)	<input type="checkbox"/> بوليفي	<input type="checkbox"/> جيبوتي	<input type="checkbox"/> وسط افريقيا (جمهورية افريقيا الوسطى)	<input type="checkbox"/> كندى أفريقي
<input type="checkbox"/> كابوا فيرديان	<input type="checkbox"/> برازيلي	<input type="checkbox"/> إريتري	<input type="checkbox"/> تشادي	منطقة البحر الكاريبي
<input type="checkbox"/> ساحل العاج (كوت ديفوار)	<input type="checkbox"/> تشيلي	<input type="checkbox"/> أثيوبي	<input type="checkbox"/> كونغوليون (جمهورية الكونغو)	<input type="checkbox"/> انغيلان
<input type="checkbox"/> غامبيا	<input type="checkbox"/> كولومبي	<input type="checkbox"/> كيني	<input type="checkbox"/> كونغولي (جمهورية الكونغو الديمقراطية)	<input type="checkbox"/> انتيغوان
<input type="checkbox"/> الغاني	<input type="checkbox"/> كوستاريكا	<input type="checkbox"/> مدغشقر (مدغشقر)	<input type="checkbox"/> غينيا الاستوائية	<input type="checkbox"/> جزر البهاما
<input type="checkbox"/> ليبيري	<input type="checkbox"/> السلفادور	<input type="checkbox"/> ملاوي	<input type="checkbox"/> غابونيين	<input type="checkbox"/> بربادوس
<input type="checkbox"/> مالي	<input type="checkbox"/> جزر Falkland	<input type="checkbox"/> موريشيوس (موريشيوس)	<input type="checkbox"/> ساو توميان	<input type="checkbox"/> بارتيليمو/بارتليموازييس (قديس بارتليمي)
<input type="checkbox"/> موريتاني	<input type="checkbox"/> Guianese <input type="checkbox"/> فرنسي	<input type="checkbox"/> Mahoran <input type="checkbox"/> (مايوتا)	<input type="checkbox"/> بريسيبي	<input type="checkbox"/> جزر Virgin البريطانية
<input type="checkbox"/> نيجر (النيجر)	<input type="checkbox"/> غواتيمالا	<input type="checkbox"/> موزمبيق	<input type="checkbox"/> وسط افريقيا اكتب	<input type="checkbox"/> كاياماني (جزيرة كاميان)
<input type="checkbox"/> نيجيري (نيجيريا)	<input type="checkbox"/> جويانا	<input type="checkbox"/> رونيونيز	جنوب افريقيا	<input type="checkbox"/> كوبا الدومينيكان
<input type="checkbox"/> سانت هيلينيان	<input type="checkbox"/> جون دوران	<input type="checkbox"/> رواندي	<input type="checkbox"/> بوتسواني	<input type="checkbox"/> الدومينيكان (جمهورية الدومينيكان)
<input type="checkbox"/> سنغالي	<input type="checkbox"/> مكسيكي	<input type="checkbox"/> سيشيل/سيشل	<input type="checkbox"/> Mosotho <input type="checkbox"/> (ليسوتو)	<input type="checkbox"/> جزر الانتيل الهولندية (جزر الانتيل الهولندية)
<input type="checkbox"/> سيراليوني	<input type="checkbox"/> نيكاراغوا	<input type="checkbox"/> صومالي	<input type="checkbox"/> نامبيي	<input type="checkbox"/> غرينادا
<input type="checkbox"/> توغو	<input type="checkbox"/> بنما	<input type="checkbox"/> جنوب السودان	<input type="checkbox"/> جنوب افريقيا	<input type="checkbox"/> جواد لوبيان
<input type="checkbox"/> غرب افريقيا اكتب:	<input type="checkbox"/> باراغواي	<input type="checkbox"/> سوداني	<input type="checkbox"/> سوازيلاند	<input type="checkbox"/> هايتي
	<input type="checkbox"/> بيرو	<input type="checkbox"/> أوغندي	<input type="checkbox"/> جنوب افريقيا اكتب	<input type="checkbox"/> جامايكا
	<input type="checkbox"/> جورجيا الجنوبية وجزر Sandwich الجنوبية	<input type="checkbox"/> تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)	<input type="checkbox"/> جنوب افريقيا اكتب	<input type="checkbox"/> مارتينيكي/مارتينيكواز
	<input type="checkbox"/> سورينام	<input type="checkbox"/> زامبيا	جنوب افريقيا اكتب:	<input type="checkbox"/> مونتسيراتيان
	<input type="checkbox"/> أوروغواي	<input type="checkbox"/> زيمبابوي		<input type="checkbox"/> بورتوريكو
	<input type="checkbox"/> فنزويلا	<input type="checkbox"/> شرق افريقيا اكتب:		<input type="checkbox"/> كاريبي اكتب:
	<input type="checkbox"/> أمريكا اللاتينية اكتب:			

الشرق الأوسط وشمال افريقيا

<input type="checkbox"/> قطري	<input type="checkbox"/> اردني	<input type="checkbox"/> قطبي	<input type="checkbox"/> جزائري	ابيض
<input type="checkbox"/> سعودي	<input type="checkbox"/> كردى كويتي	<input type="checkbox"/> دروز	<input type="checkbox"/> امازيغ او امازيغي	<input type="checkbox"/> ابيض
<input type="checkbox"/> سوري	<input type="checkbox"/> لبناني	<input type="checkbox"/> مصري	<input type="checkbox"/> عربي	أوروبي شرقي
<input type="checkbox"/> تونسي	<input type="checkbox"/> لبيي	<input type="checkbox"/> اماراتي	<input type="checkbox"/> آشوري	<input type="checkbox"/> بوسني
<input type="checkbox"/> يمني	<input type="checkbox"/> مغربي	<input type="checkbox"/> إيراني	<input type="checkbox"/> بحريني	<input type="checkbox"/> هرتزيغوفينيان
	<input type="checkbox"/> عماني	<input type="checkbox"/> عراقي	<input type="checkbox"/> بدوي	<input type="checkbox"/> بولندي
	<input type="checkbox"/> فلسطيني	<input type="checkbox"/> إسرائيلي	<input type="checkbox"/> كالوني	<input type="checkbox"/> روماني
		<input type="checkbox"/> شرق أوسطى اكتب:		<input type="checkbox"/> روسي
				<input type="checkbox"/> أوكراني
				<input type="checkbox"/> أوروبي شرقي اكتب:
				<input type="checkbox"/> ابيض اكتب:



الاستطلاع الخاص باللغة الرئيسية متاح لجميع الطلاب المسجلين في مدارس واشنطن.

إسم الطالب:	الصف:	التاريخ:
توقيع ولي الأمر/الوصي _____ إسم ولي الأمر/الوصي _____		
<p>1. ما اللغة (اللغات) التي تفضل أسرتك استلام المراسلات الكتابية من المدرسة بها؟ (Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication)</p> <p>أ. إسم ولي الأمر/الوصي، رقم 1: _____</p> <p>أ. هل تحتاج إلى مترجم فوري لحضور الاجتماعات والمكالمات الهاتفية (بما في ذلك لغة الإشارة)؟ (ASL) الأمريكية نعم ___ اللغة ___ لا ___</p> <p>أ. هل تحتاج وثائق مترجمة؟ نعم ___ لا ___</p> <p>ب. إسم ولي الأمر/الوصي، رقم 2: _____</p> <p>أ. هل تحتاج إلى مترجم فوري لحضور الاجتماعات والمكالمات الهاتفية (بما في ذلك لغة الإشارة)؟ (ASL) الأمريكية نعم ___ اللغة ___ لا ___</p> <p>أ. هل تحتاج وثائق مترجمة؟ نعم ___ لا ___</p> <p>ج. ما اللغة التي تستخدم بصفة أساسية في المنزل؟ (Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language)</p>		<p>الحق في الترجمة التحريرية والشفهية</p> <p>هام - يجب لجميع أولياء الأمور الحصول على معلومات حول تعليم أطفالهم بلغة يفهمونها. عندما يسجل طفلك في المدرسة، سوف تسألك المدرسة عن اللغة التي ترغب في استخدامها عند التواصل مع المدرسة. يساعد ذلك مدرستك في تحديد احتياجاتك اللغوية حتى يتمكنوا من توفير مترجم فوري أو مستندات مترجمة مجاناً.</p>
<p>2. ما اللغة (اللغات) التي يتحدثها طفلك أو يفهمها بشكل أساسي؟ (Skyward Profile Field Native)</p> <p>3. ما اللغة التي يستخدمها طفلك غالباً في المنزل؟ (Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home)</p> <p>NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Spoken at Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Spoken at Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.</p>		<p>الأهلية لدعم تطوير اللغة</p> <p>تساعدنا المعلومات الخاصة بلغة الطلاب في تحديد الطلاب المستحقين للدعم، لتطوير المهارات اللغوية اللازمة لنجاحهم في المدرسة. وقد يكون الاختبار ضرورياً لتحديد ما إذا كان ثمة حاجة إلى الدعم اللغوي.</p>
<p>4. في أي دولة وُلِدَ طفلك؟ _____</p> <p>5. هل تلقى طفلك تعليماً رسمياً خارج الولايات المتحدة من قبل؟ (من الروضة - الصف الثاني عشر) نعم ___ لا ___</p> <p>إك ننت الإجابة "نعم": _____</p> <p>الشهور: لغة التمهيد: _____</p> <p>6. متى كانت أول مرة التحق طفلك بمدرسة في الولايات المتحدة؟ (من الروضة - الصف الثاني عشر) _____</p> <p>شهر يوم سنة _____</p> <p>7. المهاجر: هل انتقل الطفل أو ولي الأمر/ الوصي للعمل الموسمي أو المؤقت في الزراعة أو صيد الأسماك؟ نعم ___ لا ___</p>		<p>التعليم السابق</p> <p>أجوبتك على محل ميلاد طفلك، والتعليم السابق: تزودنا بمعلومات عن المعارف والمهارات التي يجلبها طفلك إلى المدرسة. قد تمكن مدرسة المقاطعة من الحصول على تمويل فدرالي إضافي لتوفير الدعم لطفلك. لا يستخدم هذا النموذج للتعرف على وضع الهجرة للطلاب</p>

اتصل بمدرستك إذا كانت لديك أسئلة أخرى حول هذا النموذج أو حول الخدمات المتاحة في مدرسة طفلك.

أشهد أن المعلومات الواردة في هذه الوثائق صحيحة ودقيقة. أفهم أن تقديم معلومات خاطئة قد يكون سبباً لإلغاء التسجيل في منطقة مدرسة ادموندز

التاريخ: _____ التاريخ: _____

التعاريف:

الهندي يعني الفرد الذي (1) عضو إذا كانت قبيلة أو فرقة هندية ، كما يتم تعريف العضوية من قبل القبيلة أو الفرقة الهندية ، بما في ذلك أي قبيلة أو فرقة تم إنهاؤها منذ عام 1940 ، وأي قبيلة أو فرقة معترف بها من قبل الولاية التي تقيم فيها القبيلة أو الفرقة ؛ (2) سليل أحد الوالدين أو الأجداد الذي يستوفي الشروط الموضحة في الفقرة (1) من هذا التعريف ؛ (3) يعتبره الوزير إذا كان الداخلية هندية لأي غرض من الأغراض ؛ (4) الإسكيمو أو ألبوت أو غيرهم من سكان ألاسكا الأصليين ؛ أو (5) عضو في مجموعة هندية منظمة تلقت منحة بموجب قانون التعليم الهندي لعام 1988 كما كان ساري المفعول في 19 أكتوبر 1994.

معلومات الطالب: اكتب اسم الطفل وتاريخ الميلاد ومستوى الصف واسم المدرسة والمنطقة التعليمية. قم بتسمية طفل واحد فقط لكل نموذج.

العضوية القبلية: اكتب الاسم إذا كان الفرد الذي لديه العضوية القبلية إذا لم يكن الطفل مدرجا. هناك حاجة إلى اسم واحد فقط لهذا القسم ، على الرغم من أن العديد من الأشخاص قد يكون لديهم عضوية قبلية. حدد معرفا واحدا فقط: والد الطفل أو جده، الذي يمكنك تقديم معلومات العضوية له.

اكتب اسم وعنوان المنظمة التي تحتفظ ببيانات عضوية محدثة ودقيقة لهذه القبيلة أو الفرقة من الهنود. لا يلزم أن يكون الاسم هو الاسم الرسمي لأنه يظهر بالضبط في قائمة وزارة الداخلية للقبائل المعترف بها فيدراليا ، ولكن يجب أن يكون الاسم معروفا وأن يكون بتفاصيل كافية للسماح بالتحقق من أهلية القبيلة. حدد مربعا واحدا فقط يشير إلى ما إذا كانت قبيلة معترف بها فيدراليا أو معترف بها من قبل الدولة أو منتهية أو مجموعة هندية منظمة. اكتب رقم التسجيل الذي يحدد العضوية للطفل أو الوالد أو الجد ، إذا كان متاحا بسهولة ، أو أي دليل آخر على العضوية.

بيان التصديق: قدم الاسم المطبوع للوالد / الوصي والتوقيع والعنوان ورقم الهاتف والبريد الإلكتروني للوالد أو الوصي على الطفل. يتحقق توقيع الوالد والوصي على الطفل من دقة المعلومات المقدمة.

بيان عبء الأعمال الورقية: وفقا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995 ، لا يطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض هذه المجموعة رقم تحكم OMB صالحا. رقم تحكم OMB صالح لجمع المعلومات هذا هو 0021-1810. يقدر الوقت اللازم لإكمال هذا الجزء من جمع المعلومات لكل نوع من المستجيبين بالمتوسط: 15 دقيقة لكل نموذج شهادة طالب هندي (ED 506) ؛ بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كانت لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج ، فيرجى الكتابة إلى وزارة التعليم الأمريكية ، واشنطن العاصمة 20202-4651. إذا كانت لديك تعليقات أو مخاوف بشأن حالة تقديمك الفردي لهذا النموذج ، فاكذب مباشرة إلى: مكتب التعليم الهندي ، وزارة التعليم الأمريكية ، 400 6335-20202 Washington DC ، LBJ / Room 3W238 ، SW ، Maryland Avenue.

نعم ، لدي انتماء قبلي أو فرقة (استمر في إكمال نموذج 506)

لا ، ليس لدي انتماء قبلي أو فرقة (توقف ، لا تستمر)

District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department – Native Education

ED506 Form Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): child child's parent child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name **and** address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

اختياري
نموذج إبداء الاهتمام ببرنامج اللغة المزدوجة

يقبل برنامج اللغة المزدوجة طلبات التسجيل للعام الدراسي 2025-2026. يتم تقديم برنامج اللغة المزدوجة في: مدرسة سيدار فاللي المجتمعية، ومدرسة كوليدج بليس الابتدائية، ومدرسة ماونت ليك تراس الابتدائية، ومدرسة سبرس الابتدائية.

معلومات البرامج

برنامج اللغة المزدوجة في منطقة إدموندز التعليمية هو برنامج ثنائي اللغة باللغتين الإسبانية والإنجليزية حيث يطور الطلاب المهارات الأكاديمية والاجتماعية بكلتا اللغتين. ويعمل البرنامج ثنائي اللغة على تعزيز التنوع الثقافي والاحترام بين جميع الطلاب. يبدأ البرنامج في رياض الأطفال بنسبة 90% من اليوم باللغة الإسبانية و10% باللغة الإنجليزية. مع تقدم الطلاب خلال الصفوف، تنخفض اللغة الإسبانية بنسبة 10% وتزداد اللغة الإنجليزية بنسبة 10%، لتصل إلى 50% إسبانية / 50% إنجليزية بدءاً من الصف الرابع. سيتعلم الطلاب كيفية القراءة والكتابة وإجراء العمليات الحسابية باللغتين. يهدف البرنامج إلى أن يصبح الطلاب ثنائيي اللغة ومتقنين للقراءة والكتابة ويحققون الكفاءة على مستوى الصف في جميع المواد بكلتا اللغتين.

يمكنك العثور على مزيد من المعلومات على موقعنا: [الموقع الإلكتروني ثنائي اللغة لمنطقة إدموندز التعليمية](#)

مدارس و صفوف البرنامج، 2025-2026 (ستزيد كل مدرسة مستوى صف في كل عام دراسي)

مدرسة سيدار فاللي الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الرابع، مدرسة كوليدج بليس الابتدائية:

روضة الأطفال - الصف الرابع، مدرسة ماونتليك تراس الابتدائية: روضة الأطفال - الصف

الثاني الابتدائي، مدرسة سبروس الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الثاني

الدخول

الروضة والصف الأول: يمكن لأي طالب، بغض النظر عن خلفيته اللغوية وقدراته، دخول برنامج اللغة المزدوجة.

الصف الثاني وما فوق: يمكن للطلاب الناطقين باللغة الإسبانية كلغة أم الدخول تلقائيًا، أما الطلاب الذين يتحدثون لغة أخرى غير الإسبانية في المنزل فسوف يجتازون اختبار كفاءة اللغة الإسبانية في الاستماع والتحدث للتأكد من جاهزيتهم للنجاح.

إذا لم تكن مدرستك الأصلية مدرسة ثنائية اللغة، فسيتم وضعك على قائمة الانتظار وإخطارك بالقبول خلال أواخر الصيف. يُرجى ملاحظة أنه لا يتم توفير النقل لطلاب قائمة الانتظار الذين تم قبولهم في البرنامج.

نعم، أنا مهتم بتسجيل طفلي في برنامج اللغة المزدوجة

اختياري
نموذج إبداء الاهتمام ببرنامج اللغة المزدوجة

قم بإدراج المدرسة الموجودة في حيّك: _____

اسم الطالب: _____

الصف الذي سيكون فيه طفلك للعام الدراسي 2025-2026: _____
(ملاحظة: فقط الطلاب الذين يدخلون مرحلة رياض الأطفال وحتى الصف الرابع يمكنهم التسجيل للعام الدراسي 2025-2026)

تاريخ ميلاد الطالب: _____

اسم الوصي الأساسي: _____ رقم هاتف _____

الوصي الأساسي: _____

البريد الإلكتروني للوصي الأساسي: _____

عنوان المنزل: _____

يُرجى اختيار مدرستك المفضلة للغة المزدوجة أدناه. إذا لم تكن المدرسة القريبة من منزلك ثنائية اللغة وكنت منفتحًا على أي مدرسة مدرجة، فيُرجى الترتيب حسب الأكثر تفضيلاً مع البدء باختيارك الأول. (سيدار فالي، كوليدج بليس، ماونتليك تراس، سبرس).

المدرسة المفضلة الأولى: _____

المدرسة المفضلة الثانية: _____

المدرسة المفضلة الثالثة: _____

يُرجى ذكر اللغة التي يتحدث بها طفلك حالياً: _____

إذا كان طفلك يتحدث لغة أخرى، فيُرجى إدراج اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك: _____

هل لديك طفل آخر في البرنامج حالياً؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما اسمه؟ _____

تغيير موضع الإلحاق/الانسحاب من البرنامج

يعني ثنائي اللغة الالتزام بثنائية اللغة لطفلك في التعلم والتحدث. إذا ما تم إلحاق طفلك بالبرنامج، ووجدت نفسك ترغب في نقله إلى برنامج اللغة الإنجليزية فقط، فلن يكون التغيير فورياً. هناك عملية يجب اتباعها للتأكد من أن طفلك يتلقى الدعم والتدخلات اللازمة في بيئته ثنائية اللغة. قد تستغرق عملية الانسحاب من 3 إلى 6 أسابيع.

التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

الغرض من إرسال هذه الرسالة هو جمع معلومات حول الطلاب الذين لديهم احتياجات صحية. يرجى ملء النموذج، "التسجيل الصحي للطلاب HS534"، سواء كان لدى طفلك احتياجات طبية قد تتطلب رعاية يومية أو طارئة أم لا للحفاظ على صحته وأمانه. بصفتكم أولياء أمور/ أوصياء، من المهم أن تكونوا على دراية بما هو مطلوب بموجب القانون قبل أن يتمكن الطالب من بدء الدراسة.

الحالات الصحية المزمنة

- إذا كان طفلك يعاني من حالة تهدد حياته من شأنها أن تعرض الطالب لخطر الموت أثناء اليوم الدراسي إذا لم يكن هناك دواء أو علاج جاهز فوري؛ الرجاء إبلاغ ممرضة المدرسة.
- يطلب من الطلاب الذين يعانون من ظروف خطيرة الحصول على دواء و أمر علاج من مقدم رعاية صحية مرخص وخطة رعاية مدرسية قبل بدء الدراسة.
- قدم التغييرات اللازمة التي تحدث خلال العام الدراسي، سواء بأرقام الاتصال أو الحالة الصحية لطفلك (per RCW 28.A.210.320).

تعليمات وإرشادات استخدام الدواء

- يجب إرسال الدواء في الحاوية الأصلية إذا كان دواء بدون وصفة طبية.
- إذا كان الدواء موصوفاً فيجب أن تكون العبوة موصوفة جيداً وأنت كون في الحاوية الأصلية.
- يرجى التحقق من تواريخ انتهاء الصلاحية. لا يسمح لموظفي المدرسة بإعطاء الأدوية منتهية الصلاحية.
- مطلوب استمارة الموافقة على الدواء لأي دواء يتم تقديمه في المدرسة. مطلوب توقيع من أحد الوالدين / الوصي ومقدم الرعاية الصحية للطلاب للحصول على أي دواء يتم تقديمه في المدرسة. وهذا يشمل الوصفات الطبية والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.
- تقبل الموافقات المرسله بالفاكس من الوالدين و / أو الأطباء

يمكن الاطلاع على سياسة دواء منطقة ادموندز على موقع منطقة ادموندز التعليمية على الويب تحت School Board Policies and Procedures.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة

مع خالص التقدير،
فريقاً لخدمات الصحية

التاريخ المتوقع للبدء :

المدرسة:

الصف	الجنس المفضل	الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب
عنوان البريد الإلكتروني	الهاتف		اسم ولى الامر/الوصي	
اسم طبيب الاسنان الهاتف	اسم مقدم الرعاية الصحية الهاتف			
معلومات التأمين الطبي				

تنبيه: يجب أن تعرف المدرسة بالحالات التي تهدد الحياة (مثل الحساسية الشديدة أو الربو أو السكري أو النوبات أو غيرها من الحالات المعرضة للخطر).

يتطلب ذلك وجود خطة رعاية طارئة تهدد الحياة وأي أدوية وإمدادات وطلبات مقدمة ضرورية قبل أن يتمكن طفلك من الذهاب إلى المدرسة (وفقاً لـ RCW 28A.210.320)

 التأمين الصحي نعم لا

التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة 2

 لا يوجد حالة معروفة

الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة

- EG (هو الاسم التجاري لجهاز قابل للحقن تلقائياً) EpiPen للحساسية المفرطة . يقوم بتوصيل عقار الإبينفرين .
- EK مرض السكر من النوع 1
- NP نوبات صرع (مطلوب دواء طارئ)
- RG ربو - شديد

خلقي/وراثي

- AH متلازمة داون
- AJ اضطراب طيف الكحول الجيني

الدم/امراض الدم

- BA فقر الدم
- BB الهيموفيليا
- BC سمة مرض فقر الدم المنجلي
- OJ تاريخ نزيف الأنف الحاد

Cardiac / Heart

- CC عيب القلب عند الولادة
- CD نفخة قلبية

الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأبيض والتغذية

- ED الحساسية-الغذاء
- EE الحساسية- الحشرات
- الحساسية أخرى
- EL مرض السكر من نوع 2

الجهاز الهضمي والأسنان والفم

- GA سيليك
- GG قائمة عدم تحمل الطعام:
- GL عدم تحمل اللاكتوز
- GF البداغة
- GO امساك مزمن
- GH ارتجاع المريء
- GJ مرض التهاب الأمعاء
- GK متلازمة القولون العصبي
- حالة الاسنان/الفم

الجهاز العضلي الهيكلي

- MC الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب

الجهاز العصبي

- NB تشخيص فرط الحركة ونقص الانتباه
- NC اضطراب طيف التوحد
- NE الشلل الدماغي
- NF الإعاقة التنموية
- NH الصداع النصفي
- NI صداع، متكرر
- NP التاريخي الحالي اضطراب الصرع
- NU إصابات الدماغ الرضحية

زرع أعضاء

- OD اذكر العضو: _____

الصحة العقلية أو السلوكية

- PA القلق
- PC الاكتئاب
- PH اضطرابات النوم

الجهاز التنفسي / التنفس

- RG الربو - الحالي
- RH الربو - تم تشخيصه من قبل
- RA الربو - ممارسة الرياضة
- RE مرض مجرى الهواء التفاعلي

البشرة

- SB الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما

الكلوي/الكلى

يرجى ذكر: _____

الأذن/السمع

- YA تاريخي حالي التهاب الأذن المزمن
- YB ضعاف السمع - السماعة (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية

العين/الرؤية

- YF يرتدى نظارات/عدسات
- YE عجز رؤية الألوان
- YD ضعاف البصر

حالات أخرى: _____

 الأدوية / العلاجات في المدرسة لا نعم (يتطلب إذنًا كتابيًا موقعا من مقدم الرعاية الصحية)

 أكمل الأوراق المطلوبة للدواء في المدرسة

 الأدوية في المنزل لا نعم ، يرجى ذكر القائمة: _____

الحساسية

ما الذي يسبب الحساسية؟

تاريخ أحدث رد فعل تحسسي

رد فعل الحساسية:

طفح جلدي انتفاخ الشفتين ، الفم ، اللسان ، الحلق صعوبة في التنفس غثيان ، تقلصات في المعدة ، قيء ، اسهال

هل تطلب رد الفعل التحسسي هذا رعاية طارئة؟ لا نعم (يرجى التوضيح)

هل اكمل الطالب اختبار الحساسية؟ لا نعم (اين ومتى؟)

Allergy Medications:

التكرار	الجرعة	الاسم

الربو

ما الذي يسبب أعراض الربو؟ التهاب الجهاز التنفسي حبوب اللقاح / العفن تمرين الطقس / درجة الحرارة الحيوانات الدخان

نوعية الهواء رديئة روائح / عطور قوية

تاريخ التشخيص: _____ مقدم الرعاية الصحية الذي قام بتشخيص الطالب: _____

ادوية الربو:

التكرار	الجرعة	الاسم

هل يستخدم الطالب غرفة فاصل/هوائية مع جهاز الاستنشاق الخاص به؟ لا نعم

هل احتاج طفلك إلى المنشطات عن طريق الفم (مثل بريدنيزون)؟ لا نعم (متى؟)

هل ذهب الطالب إلى المستشفى بسبب الربو؟ لا نعم (يرجى التوضيح)

داء السكري

تاريخ التشخيص: _____ الدواء عن طريق الفم انسولين (النوع) _____

جهاز الانسولين قلم الانسولين مضخة الانسولين (النوع) _____ CGM (أجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم) (النوع) _____

هل يمكن لطفلك فحص مستوى السكر في الدم (BG) بشكل مستقل؟ لا نعم

هل يمكن لطفلك حساب الكربوهيدرات بشكل مستقل؟ لا نعم

هل يستطيع طفلك حساب جرعات الأنسولين الخاصة به بشكل مستقل؟ لا نعم

هل يستطيع طفلك إدارة الأنسولين بنفسه بشكل مستقل؟ لا نعم

الصرع

تاريخ النوبة الأولى: _____ تاريخ أحدث نوبة: _____

معدل تكرار نشاط النوبة: _____ مرة يومي أسبوعيا شهريا سنويا

نوع نوبات الصرع: _____

ادوية الصرع

التكرار	الجرعة	الاسم

هل يعاني طفلك من نوبة تتطلب رعاية / دواء في حالات الطوارئ؟ لا نعم متى؟ _____

يرجى توضيح: _____

النشاط البدني / التنقل	ستوما	أجهزة طبية
<input type="checkbox"/> كرسي متحرك <input type="checkbox"/> عكازات <input type="checkbox"/> أخرى - ادرج:	OKA <input type="checkbox"/> فغر المعدة OKB <input type="checkbox"/> القولون OKD <input type="checkbox"/> الرغامي OKE <input type="checkbox"/> فغر البول OK <input type="checkbox"/> أخرى:	OLA <input type="checkbox"/> محفز العصب المبهم OLB <input type="checkbox"/> مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي OLC <input type="checkbox"/> منظم ضربات القلب OLD <input type="checkbox"/> أنبوب المعدة OLE <input type="checkbox"/> Jejunostomy انبوب تغذية الصائم ويتم من خلال شق البطن <input type="checkbox"/> دعامة <input type="checkbox"/> عضو صناعي - ادرج: _____ <input type="checkbox"/> الأجهزة الطبية الأخرى: _____

توقيع ولي الأم ر / الوصي: _____ التاريخ: _____

إلى: أولياء أمور طلاب منطقة مدارس إدموندز من: قسم الخدمات الصحية للطلاب

متطلبات الالتحاق بالمدرسة وفقا لقانون ولاية واشنطن (RCW 28A.210.080)

- شهادة كاملة من حالة التحصين. يمكن أن يكون هذا واحدا مما يلي:
 - رابطة الدول المستقلة المطبوعة من نظام MyIR التابع لوزارة الصحة بواشنطن أو رابطة الدول المستقلة من ولاية أخرى
 - نسخة ورقية من نموذج رابطة الدول المستقلة مع توقيع مقدم الرعاية الصحية
 - نسخة ورقية من CIS مع سجلات التحصين الطبي المصاحبة من مقدم الرعاية الصحية تم التحقق منها وتوقيعها من قبل موظفي المدرسة

أو

- إخطار المدرسة ببدء سلسلة التحصين سيتم إكمال ذلك وفقا للجدول الزمني الموصى به من قبل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تتوفر التطعيمات من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو يمكنك الحصول على لقاحات من مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش. www.chcsno.org لن يتم منح الحالة المشروطة للطلاب إلا إذا بدأوا سلسلة التحصين المطلوب الذي من المقرر أن يتلقوه. كشرط للالتحاق بالمدرسة، يجب أن تكون جميع سلاسل التحصين كاملة أو بدأت. يجب تقديم سجل تم التحقق منه طبيا لهذه الحالة إلى المدرسة في أو قبل اليوم الأول من الحضور.

أو

- أكمل شهادة الإعفاء (C.O.E.) بالإضافة إلى شهادة التحصين يحتاج مقدم الرعاية الصحية المرخص إلى التوقيع على شهادة الإعفاء لأحد الوالدين أو الوصي لإعفاء طفله من متطلبات التحصين المدرسي. يتحقق التوقيع من أن مقدم الخدمة قد تحدث إلى الوالد أو الوصي حول فوائد ومخاطر التحصين. يمكن لأحد الوالدين أو الوصي أيضا تسليم خطاب موقع من مقدم الرعاية الصحية يوضح نفس المعلومات. إذا كان هناك نقاش في المدرسة لأي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات يتم إعفاء الطالب منه، استبعاد طالبنا من المدرسة طوال مدة نقاشي المرض .

تعد طباعة شهادة التحصين من MyIR هي الخيار الأفضل للحصول على سجلات تحصين الطلاب .

[C إعادة حساب MyIR \(وزارة الصحة بولاية واشنطن\).](#)

يجب على جميع الطلاب المسجلين في مدرسة عامة اتباع قواعد التطعيم، حتى إذا كانوا يشاركون في مدرسة بديلة أو برنامج منطقة. وتشمل هذه البرمجة المنزلية، والبرمجة المهنية أو التقنية، وبدء التشغيل، وأي برنامج مدرسي افتراضي. سيحتاج جميع الطلاب إلى الحصول على شهادة حالة التحصين (CIS) و / أو شهادة الإعفاء (COE) المكتمة في ملف في المدرسة للمشاركة في التعليمات والأنشطة المدرسية

قم بالوصول إلى معلومات التحصين الخاصة بعائلتك

- 1: قم بالتسجيل في MyIRmobile.com على MyIR Mobile الخيار
- 2: قم بزيارة الصيدلية أو العيادة أو المدرسة المحلية
- 3: اطلب سجل التطعيمات الكامل من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك
- 4: اطلب سجل التطعيمات الكامل من وزارة الصحة

:

تحميل وطباعة شهادة التحصين

أولياء الأمور - هل أطفالكم مستعدون لدخول المدرسة؟ التعليمات اللازمة للعام الدراسي 2025-2026

تعليمات: لمعرفة التفاحات المطلوبة لدخول المدرسة، ابحث عن الصف الدراسي لحظائك في العمود الأول في الجدول، ثم انظر إلى الصف المقترن به الذي يمر بالعرض للتعرف على كمية التفاحات المطلوبة لحظائك لدخول المدرسة.

الحماق (جدري الماء)	شغل الأطفال	المكورات الرئوية المقترنة	الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية	النزلة النزفية من النوع B	التهاب الكبد من النوع B	الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي
Varicella	Polio	PCV	MMR	Hib	Hepatitis B	DTaP/Tdap
جرعة واحدة **	3 جرعات	4 جرعات * جرعة واحدة	جرعة واحدة	3 أو 4 جرعات * (حسب نوع التفاح)	3 جرعات	4 جرعات من DTaP
جرعتان **	4 جرعات *	4 جرعات * (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	جرعتان	3 أو 4 جرعات * (حسب نوع التفاح) (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *
جرعتان **	4 جرعات *	غير مطلوب	جرعتان	غير مطلوب	3 جرعات	5 جرعات من DTaP *

* قد تكون جرعات التفاح مقبولة عند إعطاء عدد أقل من الجرعات المدرجة في الجدول اعتمادًا على التاريخ الذي تم إعطاؤها فيه. ** يكون تحقق مقدم خدمات الرعاية الصحية من تاريخ مرض الجدري المائي مقبولاً أيضاً. يجب أن يحصل الطلاب على جرعات التفاح في الأطر الزمنية الصحيحة وفقاً لمتطلبات المدرسة. يرجى استشارة مقدم خدمات الرعاية الصحية أو موظفي المدرسة إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكن العثور على معلومات حول التفاحات المهمة الأخرى غير المطلوبة في المدارس على الموقع الإلكتروني: www.immunize.org/cdc/schedules

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? Yes No

شهادة حالة التحصين (CIS)

يُرجى طباعة هذا النموذج. انظر الجزء الخلفي للحصول على تعليمات بشأن كيفية تعبئة هذا النموذج أو طباعته من نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن.



الاسم الأخير للطفل:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الاسم الأول:	
التاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):		توقيع ولي الأمر/الوصي		توقيع ولي الأمر/الوصي	
الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل حسب الوضع المشروط الممنوح له. ولكي يستمر طفلي في الحضور في المدرسة، فإنه يجب علي تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المحددة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.		أعطي الإذن للمدرسة/منشأة رعاية الطفل التي يدرس فيها طفلي لإضافة معلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بطفلي.			
X		X			
التاريخ		التاريخ			
توقيع ولي الأمر/الوصي مطلوب في حالة بدء الدراسة حسب الوضع المشروط		توقيع ولي الأمر/الوصي			
Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
I certify that the child named on this CIS has:		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Diphtheria		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Hepatitis A		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Hib		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Measles		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Mumps		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Rubella		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Tetanus		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Varicella		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
▶		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
Licensed Health Care Provider Signature		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
Date		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
▶		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
Printed Name		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.		شهر/يوم/سنة		شهر/يوم/سنة	

