

ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية خلال عملية التسجيل.

بيان الولادة الأصلي (أو بيان ولادة مصدق)

إثبات الوصاية (دليل على أن القائم بتسجيل الطفل هو ولي الأمر/الوصي الشرعي)

- ينبغي أن يتطابق الأسم المذكور في بيان الولادة مع البيانات المذكورة في الهوية التعريفية التي تحمل صورة لولي الأمر/ الوصي الشرعي أو مع الوثائق الصادرة من المحكمة والتي تثبت الوصاية.

نسخة من تقرير درجات الطالب صادر من المدرسة السابقة (إن وجد)

تقرير الفحص البدني (يمكن الحصول عليه من خلال مقدم الرعاية الصحية)

- § 22.1-270 من قانون ولاية فيرجينيا (على ضرورة تلقي طفلك لفحص بدني شامل وعلى أن يتم تلقيحه في الولايات ينص قانون الولاية) الفقرة المتحددة قبل الالتحاق بروضة أطفال عامة أو مدرسة ابتدائية. ينبغي أن لايتجاوز تاريخ الفحص البدني سنة واحدة من تاريخ الالتحاق بالروضة.
- تقديم دليل على أخذهم ACPS بناءً على ما تقدم، ينبغي على الطلاب الملتحقين حالياً في برنامج ما قبل رياض الأطفال في مدارس مدينة الإسكندرية العامة اللقاحات المطلوبة وتقرير يؤيد إجراءهم لفحص بدني جديد قبل إلتحاقهم برياض الأطفال، حتى وان تم تقديم هذه الوثائق قبل إلتحاقهم بمرحلة ما قبل رياض الأطفال.
- لغرض التوضيح، تشير عبارة "المدرسة الإبتدائية" أعلاه إلى المراحل الدراسية الأولى ولغاية الخامسة.

سجلات التطعيم (مدرج فيها اليوم، الشهر، والسنة لكل تطعيم حصل عليه الطالب)

ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية:

- تقرير ذو نتيجة سلبية لتقييم خطر الإصابة بالسل، إختبار السلين تحت أو نتيجة سلبية لصورة IGRA إختبار فحص الدم PPD، الجلد الأشعة السينية للصدر، على أن تكون قد تم إكمالها في الولايات المتحدة:
 - ينبغي أن تكون قد أعطيت للطفل خلال فترة 12 شهر من اليوم الدراسي الاول للطفل.
- إلتهاب الكبد من نوع B
 - سلسلة كاملة من ثلاث جرعات من لقاح إلتهاب الكبد من نوع B.
- الخناق، الكزاز، السعال الديكي (Dtap أو DTP أو Tdap)
 - أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون الطفل قد حصل على جرعة واحدة بحلول عيد ميلاده الرابع أو بعده.
- شلل الأطف (OPV أو IPV)
 - أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون قد تم تناول جرعة واحدة مع حلول عيد الميلاد الرابع للطفل أو بعد ذلك.
- الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (MMR)
 - جرعتين على الأقل ضد الحصبة، جرعتين ضد النكاف، وجرعة واحدة ضد الحصبة الألمانية قبل الإلتحاق برياض الأطفال. ينبغي تلقيهم الجرعة الأولى عند بلوغ الشهر 12 من العمر أو أكثر.
- التهاب الكب (HAV) من نوع A
 - يتوجب أخذ ما لا يقل عن جرعتين من لقاح التهاب الكبد من نوع لطلاب الملتحقين بمرحلة رياض الأطفال.
- الحماق (جدري الماء)
 - جرعتين ضد الحماق أو تقديم وثائق طبية تثبت إصابة الطفل بمرض جدري الماء.

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

إثبات السكن (ينبغي تقديم 3 مستندات)

تقديم ثلاثة مستندات تثبت السكن في مدينة الإسكندرية على ان تكون مؤرخة خلال فترة 60 يوم الماضية. تُقبل فقط المستندات الأصلية (لاتقبل النسخ) التي توضح اسم وعنوان ولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يتولى تسجيل الطالب.

كما ينبغي إحضار واحدة (1) من الوثائق التالية:

- عقد الإيجار
- صك الملكية
- عقد/بيان رهن
- وأثنين من الوثائق الداعمة:
 - فاتورة الهاتف الارضي (ينبغي أن تكون صادرة خلال فترة 60 يوم الاخيرة)
 - بيان حالي لضريبة الممتلكات الشخصية لساكني مدينة الإسكندرية
 - قسيمة حديثة لدفع الراتب (تتضمن ملاحظة حجب الضرائب في ولاية فرجينيا)
 - أحدث إقرار ضريبي على الدخل الفيدرالي/ الاتحادي
 - كشفان مصرفيان متتاليان
 - بوليصة حالية للتأمين على العقار أو المكان المؤجر
 - فاتورة/ وصل الخدمات والمرافق: الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل
 - رسالة مرسله بالبريد من جهة حكومية (HUD، IRS، TANIF، وما إلى ذلك)

في حالة السكن مع شخص آخر، عندها ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي إكمال تعبئة نموذجي السكن المشترك A/B وتصديقها من كاتب العدل مع تقديم نسخة أصلية من الرهن العقاري، سند ملكية (مع فاتورة ضريبية) أو نسخة أصلية من عقد الإيجار للشخص الذي يسكن معه ولي الأمر/الوصي الشرعي والطفل (الأطفال). بالإضافة إلى ذلك، ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم وثيقتين داعمة (باسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي أو بإسم الطالب البالغ) كما هو موضح أعلاه. ملاحظة: لا يتم قبول "رخص القيادة" أو الهويات التعريفية الصادرة من الولاية كدليل على إثبات الإقامة.

STUDENT INFORMATION بيانات الطالب

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

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

 City _____ State _____ Zip _____
 المدينة الولاية الرقم البريدي

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

 Gender: Male Female Gender Identity: Male Female Other Preferred Name: _____
 الجنس: ذكر أنثى أخرى الهوية الجنسية: ذكر أنثى أخرى (For students whose legal name does not reflect their Gender Identity. Not for nicknames.)
 الاسم المفضل:

 Is this student Hispanic or Latino? (choose only one) هل الطالب من أصل إسباني أم لاتيني؟ (حدد اختيار واحد فقط)
 (للطلاب الذين لا تعكس أسماءهم القانونية هويتهم الجنسية. ليس المقصود بها الأسماء المستعارة.)

-
- No, not Hispanic or Latino
-
- لا، ليس إسباني أو لاتيني
-
-
- Yes, Hispanic or Latino (person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South American, Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)
-
- نعم، من أصل إسباني أو لاتيني

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

 Last School Attended: _____ Public Private
 آخر مدرسة تم الالتحاق بها حكومية خاصة
 Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
 العنوان المدينة الولاية الرقم البريدي

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

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

PARENT/GUARDIAN INFORMATION بيانات الوالدين/ولي الأمر

 Primary Parent/Guardian: This is the parent/legal guardian with whom the student lives most of the week, and the main contact regarding the student.
 الوالدين/الأوصياء الأساسيين: تعني بذلك الوالدين/الوصي القانوني الذي يعيش معه الطالب معظم أيام الأسبوع، وهو الشخص الرئيسي الذي تتصل به المدرسة بشأن الطالب.

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

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

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

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

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

 Cell Phone: (____) _____ - _____
 الهاتف الخلوي

 Email Address: _____
 عنوان البريد الإلكتروني

 Employer: _____
 صاحب العمل

 Work Address: _____
 عنوان العمل:

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

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

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

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

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

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

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

 Street _____ Apt # _____
 الشارع رقم المنزل

 City _____ State _____ Zip _____
 المدينة الولاية الرقم البريدي

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

 Cell Phone: (____) _____ - _____
 الهاتف الخلوي

 Email Address: _____
 عنوان البريد الإلكتروني

 Employer: _____
 صاحب العمل

 Work Address: _____
 عنوان العمل:

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

STUDENT BACKGROUND خلفية الطالب

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan? Yes No

هل يحضر طفلك حاليًا برنامج اللغة الإنجليزية المكثف للخدمات التعليمية الخاصة أم لديه خطة 504؟ نعم لا

If Yes, has documentation been provided to the school? Yes No

إذا كانت الإجابة نعم، هل قدمت الوثائق إلى المدرسة؟ نعم لا

Has your child been expelled from attending school at a private or public school in Virginia or another state, for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person? Yes No

هل تم فصل طفلك من الذهاب إلى المدرسة في مدرسة خاصة أو عامة في فيرجينيا أو ولاية أخرى، بسبب مخالفة تنتهك سياسات مجلس إدارة المدرسة ذات صلة بالأسلحة أو الكحول أو المخدرات، أو بسبب إصابة شخص آخر أو أذيتة عمدًا؟ (نعم / لا) نعم لا

STUDENT'S SIBLINGS جهات الاتصال عند الطوارئ

Name الاسم	Birth Date تاريخ الميلاد	Sex الجنس	School المدرسة
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

EMERGENCY CONTACTS جهات الاتصال عند الطوارئ

Please list at least two people we may call to make emergency decisions and/or pick up your child from school if the parent(s)/guardian(s) cannot be reached in the event of an emergency:

يرجى إعطاء بيانات شخصين على الأقل يمكن أن نطلب منهم إتخاذ قرارات في حالات الطوارئ و/أو إستلام طفلك من المدرسة إذا لم نستطع الإتصال بالوالدين/ الوصي القانوني في حالة طوارئ.

Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian): (بخلاف الأب/ولي الأمر) رقم 1 جهة الاتصال عند الطوارئ

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian): (بخلاف الأب/ولي الأمر) رقم 2 جهة الاتصال عند الطوارئ

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian): (بخلاف الأب/ولي الأمر) رقم 3 جهة الاتصال عند الطوارئ

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____ العنوان رقم المنزل

City _____ State _____ Zip _____ المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ هاتف المنزل الهاتف الخليوي

Work Phone: _____ Relationship to student: _____ هاتف العمل العلاقة بالطالب

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE

Only for students enrolling into kindergarten

المرحلة التحضيرية لرياض الأطفال للطلاب الملتحقين برياض الأطفال فقط

During the year before kindergarten, my child attended (choose one):

قبل رياض الأطفال بعام، التحق طفلي (اختر واحدة):

Virginia Preschool Initiative (VPI) 4-year-old program at:

برنامج مبادرة ولاية فيرجينيا للتعليم ما قبل سن المدرسة (VPI) للإطفال بعمر 4 سنوات في:

 Alexandria City Public Schools (ACPS) مدارس مدينة الإسكندرية الحكومية (ACPS) Campagna Center مر Campagna Child and Family Network Center (CFNC) مركز شبكة الأسرة والطفل ALIVE! Child Development Center! مركز تنمية الطفل Creative Play School مدرسة اللعب الإبداعي

Another pre-K program: برنامج آخر لمرحلة ما قبل الروضة:

 Early Childhood Special Education التعليم الخاص لمرحلة الطفولة المبكرة Preschoolers Learning Together (PLT) برنامج نتعلم معا (PLT) لطلاب مرحلة ما قبل المدرسة Head Start في مرحلة ما قبل الروضة Full-day Private Preschool/Daycare مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة بدوام كامل/رعاية نهائية Half-day Private Preschool مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة لتصف يوم Licensed Family Home Daycare Provider مقدم رعاية منزلية مرخص للعائلة Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل Department of Defense Child Development Program برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل

Other: آخر:

 Parent/Relative ولي الأمر/أقرباء Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.) مقدم رعاية الأطفال في منزلي (مربية أطفال، جليسة أطفال، إلخ) Other: أخرى:

Specify: _____ يرجى التحديد:

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct. فإني أؤكد أن المعلومات الواردة هنا صحيحة.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ توقيع الأب/ولي الأمر التاريخ

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID	School ID	Sch/Res	Att/Permit Code	Address/Transfer Permit Verified	Grade	Entry Code	Entry Date	Office Verification/Signature



Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/አሳዳጊ፣ አዳሲ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌዴራል ስርዓት ይጠይቃል። እታች በተገለጸው መረጃ ላይ ተመሳሳይ የፌዴራል ስርዓት በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ.ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ.ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም የለመቀበል አድል ያገኛሉ።

لمقدمًا لتعليمنا لطلاب. وعلى ضوء ما قد يتحدثها بأخرى لتطالب أية لغة لمنز يف لمستخدمًا لمسجلين فيما يتعلق باللغة لطلابا ء إستبيان لجميع إجاب لتعليميًا لأنظمة لية قيامالفيديرا نحالوا لشرعي: تتطابق لوصيا/اطالبالي أمر سيتم إبلاغ أولياء (EL) لإجليزية للغة متعلمي جبرنا لمن خلا يفعل تعليم أيضا للطلاب مؤهلاً للحصو لتقييم، قد يكونا إلى نتائج أستاذالية. والفيديرا نحالوا لإجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللغة يف طالبيا فيمكن تقييم كفاء، هأدنا لتكميلية EL دمات خ يقلت ضول أو رفرصة قفستتاج لأولياء الأمور ثية، حيليمدمات تكخي لحصول علوهأ لما إذا كان الطالب ميمم وفيقات جتانتبالأمور/ الأوصياء الشرعيون والدين/ سرپرست: مقررات حكومت فدرال مكاتب را ملزم ميسازد تا كليه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمين و هر زبان ديگری كه ممكن است صحبت كنند، بررسی كنند. براساس اطلاعات ارائه شده در باشد. والدين/سرپرستان (EL) زیر، شاگرد ممكن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. براساس نتایج ارزیابی، دانش آموز ممكن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق برنامه تعلیم انگلیسی را ببینند یا امتناع کنند. EL از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدين این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی

Student Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre del alumno Fecha de Nacimiento
የተማሪው ስም የትውልድ ቀን፣
أسم الطالب تاريخ الميلاد
اسم شاگرد تاريخ تولد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም ስልክ
أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي رقم الهاتف
اسم والدين/ سرپرست تليفون

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?
¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?
በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ቀንቋ ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኛ?
ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟
بدون توجه به زباني كه شاگرد صحبت ميكنند، زبان اصلي مورد استفاده در خانه، چيست؟

2. What is the language most often spoken by the student?
¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?
ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟
زباني كه اغلب شاگرد صحبت ميكنند، چيست؟

3. What is the language that the student first acquired?
¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?
የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟
زباني كه شاگرد برای اولین بار صحبت نمود، چيست؟

In which language do you prefer to receive communication from the school?
¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟
در کدام زبان ترجیح می دهید با مکتب ارتباط برقرار کنید؟

Other: _____
Otro
ሌላ
أخرى
دیگر

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Firma del padre, madre o tutor legal Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي التاريخ
امضای والدين/ سرپرست تاريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.
If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question 1, 2, or 3, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions. Rev. 8/8/18

الجزء I: معلومات الطالب/العائلة

يرجى إكمال تعبئة الفقرات أ، ب أو ج

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

(الاسم الكامل للطالب)

ب. أنا الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية الأساسية الذي يقوم بتسجيل _____ في المدرسة (ينبغي تقديم وثائق رسمية).

(الاسم الكامل للطالب)

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

(الاسم الكامل للطالب)

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

العنوان الكامل: _____

اسم الشارع _____

رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الهاتف _____

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

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

الاسم _____

رقم الهاتف _____

كتابة لولي الامر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية او الطالب البالغ

توقيع ولي _____

التاريخ _____

الامر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية او الطالب البالغ

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

*** للإستخدام الرسمي لكادر ACPS فقط - لا تكمل أسفل هذا الخط ***

الجزء III: إستمارة التحقق من السكن

ينبغي على الشخص البالغ الذي يقوم بتسجيل الطفل تقديم بطاقة هوية تعريفية تحمل صورة، شهادة ميلاد الطالب والوثائق الثلاثة (3) التالية: ينبغي تقديم النسخ الأصلية لجميع الوثائق (حالية - صادرة خلال فترة 60 يوم الأخيرة) وموضح فيها اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ وعنوانه في مدينة الإسكندرية. انظر الجهة الخلفية لمزيد من التوضيح للوثائق. **الفئة أ - وثيقة واحدة (1):**

الفئة ب - وثيقتين (2):

عقد إيجار

فاتورة الخدمات والمرافق (الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي)

صك ملكية (مع نسخة من ضريبة الملكية)

فاتورة حالية لضريبة الممتلكات الشخصية لساكني مدينة الإسكندرية أو إيصال بذلك

رسال مرسله بالبريد من قبل جهة حكومية (TANIF, HUD, ARHA, IRS)

عقد رهن عقاري

قسائم حالية لدفع الراتب (تتضمن عنوان في مدينة الإسكندرية وملاحظة حجب الضرائب عن ولاية فرجينيا)

كشفاين مصرفيان متتاليان (مرسله بالبريد)

الفئة ج:

أحدث عائد ضريبي على الدخل الاتحادي/ الفدرالي موضحاً فيه عنوان في مدينة الإسكندرية

إنعدام السكن

DSS/خدمات رعاية الأطفال بالتبني

بوليصة حالية للتأمين على المنزل أو المكان المؤجر مذكور فيه عنوان في مدينة الاسكندرية

إنتقلت العائلة حديثاً للسكن في مدينة الإسكندرية (أقل من 30 يوم) آخر موعد هو _____

سكان السكن المشترك: إذا كان ولي الأمر/الوصي الشرعي من الساكنين في سكن مشترك، عندها يتوجب تقديم إستمارتي أ/ب مصدقة من كاتب العدل مع نسخة من الرهن العقاري الخاص بالمالك، أو صك الملكية أو نسخة من عقد الإيجار للسكن المشترك الذي يسكن فيه الطالب وولي أمره. إضافة الى ذلك، ينبغي تقديم اثنتين من الوثائق الداعمة (على أن تكون بإسم ولي الأمر/الوصي الشرعي) وكما هو مذكور أعلاه. يمكن القيام :
بزيارة للمنزل في حالات الإقامة المشكوك فيها. تاريخ نفاذ صلاحية الإستمارة أ/ب: _____ (Registrar - enter date into PowerSchool).

أنا أشهد أنني راجعت شخصياً جميع الوثائق المقدمة وأؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وواقعية على حد علمي، معلوماتي واعتقادي. كما أؤكد أيضاً أنه سيتم إرفاق نسخ من جميع الوثائق المطلوبة بهذه الوثيقة ووضعها في ملف الطالب.

المسؤول المدرسي (كتابة) _____

توقيع المسؤول المدرسي التاريخ _____

قائمة بالوثائق المقبولة للتحقق من الإقامة

ينبغي أن تتضمن جميع الوثائق الاسم الكامل لولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ والعنوان في مدينة الإسكندرية.

الفئة أ: (وثيقة واحدة من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

- عقد الإيجار : يجب أن يكون عقد الإيجار الأصلي نافذاً (غير منتهي الصلاحية) ويتضمن التواريخ، الأسماء وعنوان العقار لولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إجراؤه مع المالك، عندها ينبغي توثيق عقد الإيجار عند كاتب العدل.
- صك الملكية: ينبغي إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك. يمكن الحصول عليها (مجاناً) من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. ينبغي أن يكون صك الملكية باسم ولي الأمر/الوصي الشرعي.
- الرهن العقاري: يجوز للمقيم تقديم فاتورة الرهن العقاري التي أعدها المقرض (موضحاً فيها التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو عقد الرهن العقاري الأولي مع النسخة الحالية من الضريبة العقارية للمالك. يمكن الحصول عليه مجاناً من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- أنا أعيش في مسكن مشترك وأن عقد الإيجار/ صك الملكية أو الرهن العقاري ليس باسمي. يرجى إكمال تعبئة إستمارة السكن المشترك (A / B) وإرفاق عقد الإيجار / صك الملكية أو الرهن العقاري للشخص الذي تقيم فيه.

و

الفئة ب: (وثيقتان من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

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

أو

الفئة ج: يرجى التشاور مع موظف التسجيل في المدرسة إذا كانت تنطبق أي من الفقرات التالية.

انعدام السكن، في مرحلة انتقالية أو كنت تعاني من التشرد.

رعاية الأطفال بالتبني: DSS/ تقديم إثبات يوضح أن الطالب في عهدة دائرة الخدمات الاجتماعية، في شكل أمر محكمة أو وثيقة رسمية صادرة من دائرة الخدمات الاجتماعية.

ACPS may receive federal grant funds for enrolling students who are federally connected. If no parent or guardian in your household lives or works on federal property, please complete Section 1 and sign and date at the bottom of the form.

قد تتلقى مدارس ACPS منح مالية فيدرالية لتسجيل الطلاب المرتبطين فيدرالياً. إذا لم يكن ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي في العائلة يسكن أو يعمل على أراضي فيدرالية، فالرجاء إكمال القسم 1 وتوقيعه وكتابة التاريخ في أسفل النموذج.

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Section 1: STUDENT INFORMATION القسم 1: بيانات الطالب

Student Name: اسم الطالب Last الاسم الأخير : الاسم الأول First الاسم الأوسط Middle Student ID رقم تعريف الطالب
Address: العنوان Number & Street الرقم والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي
Name of School اسم المدرسة Grade الصف الدراسي Birth Date تاريخ الميلاد Home Phone هاتف المنزل

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

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

Parent/Guardian Name: اسم الوالد/الوصي Last الاسم الأخير First الاسم الأول MI الاسم الأوسط Employer Name اسم صاحب العمل
Employer Address (Physical Location) (مكان فعلي) عنوان صاحب العمل Building Number & Street رقم البناية والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي
Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) اسم المنشأة الفيدرالية (انظر الجانب الخلفي لقائمة المنشآت الفيدرالية المؤهلة)
Federal Property Address عنوان المنشأة الفيدرالية Number & Street الرقم والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN

القسم 3- بيانات عمل الوالد/الوصي: الوالد/الوصي يعمل لدى هيئة من الهيئات الحكومية الموحدة

Enter information in this section if either parent/guardian was on active duty in the Uniformed Services of the United States on the survey date. (If both parents in the household are in the military at the time of the survey date, please fill out a second form). هذا القسم إذا كان الوالد/الوصي في الخدمة الفعلية لدى إحدى الهيئات الحكومية الموحدة في تاريخ ملء هذا الاستبيان. (إذا كان كلا والدا الأسرة يعملان لدى القوات المسلحة في وقت تاريخ ملء هذا الاستبيان، يُرجى ملء استمارة أخرى (الاستبيان). إذا كان كلا والدا الأسرة يعملان لدى القوات المسلحة في وقت تاريخ ملء هذا الاستبيان، يُرجى ملء استمارة أخرى

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

Branch of Active Service: فرع الخدمة الفعلية Marine Corps القوات مشاة البحرية Navy القوات البحرية

Air Force القوات الجوية Army الجيش Coast Guard حرس السواحل

The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA

The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS

National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC

(Attach Copy of Activation Orders) الحرس الوطني أو قوات الاحتياط المعنية بموجب القرار الأمر الرئاسي التنفيذي رقم 13223 (، الصادر بتاريخ 14 والباب 10/9/2001

10 (من قانون الولايات المتحدة) يُرجى إرفاق نسخ من أوامر التشكيل

National Guard; Reserve الحرس الوطني؛ قوات الاحتياط

Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).

قوات الاحتياط؛ يعول الطالب أحد العاملين لدى قوات الاحتياط (الجيش، أو القوات البحرية، أو قوات مشاة البحرية، أو حرس السواحل).

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

Military Rank/Grade
رتبة/درجة/رتبة

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

Enter information in this section if either parent/guardian was on active duty on the survey date. If not, skip this section.

مس قلا اذه زواجت ف، كلذ ريغ ناك اذ. نايب تسال اذه لم خيرات يف ذي عفلا دم دخل يف يصول/دل اول ناك اذ مس قلا اذه يف تاناي بال لخدأ

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

Foreign Government Name اسم الحكومة الخارجية

Military Rank/Grade الرتبة/الدرجة العسكرية

Branch of Service فرع الخدمة

This information is used to support our request for federal funds under the Impact Aid Program (Title VIII of the Elementary and Secondary Act). This information may be provided to the U.S. Department of Education if our application for federal funds is audited. This form must be signed and dated for ACPS to receive its fair share of federal funds.

By signing this form, I am certifying that all typed and written information on his form is accurate and complete as of the survey date.

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

Signature of Parent/Guardian توقيع الوالد/الوصي

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

المنشآت الفيدرالية المؤهلة

- محكمة ألبرت في. براين الفيدرالية، وعنوانها: 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- مركز عمليات الطوارئ ماونت ويذر، وعنوانها: 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- مقبرة أرلينغتون الوطنية، وعنوانها: Arlington, VA 22211
- محكمة مارتن في. بي بوسيتير، وعنوانها: 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- حرم لانجلي التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانها: 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- مركز قوات السطح الحربية البحرية، وعنوانها: 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- مكتب الاستطلاع الوطني التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانها: 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- هيئة الأرصاد الوطنية التابعة للإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي، وعنوانها: 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- مطار دالاس الدولي، وعنوانها: 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- [البنتاغون اذكر موقع البناية في عنوان الشارع]: Arlington, VA 22202
- مركز مراقبة حركة المرور الجوية التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانها: 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانها: 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- مكتب بوتوماك تراكون التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانها: 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانها: 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- المختبر والأكاديمية التابعان لمكتب التحقيقات الفيدرالي، وعنوانها: 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- مركز ستيفن إف أودفار هازي، وعنوانها: 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- مكتب فورت بيلفوار، وعنوانها: 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- مركز البحوث ترنر-فايربانك، وعنوانها: 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- مكتب فورت بيلفوار نورث (وكالة الاستخبارات الجغرافية المكانية)، وعنوانها: 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- الحرس الوطني للجيش الأمريكي، وعنوانها: 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- مكتب فرانكونيا جي اس ايه إل او سي، وعنوانها: 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- مركز قوات احتياط الجيش الأمريكي، وعنوانها: 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- مكتب جورج بيه شولز التابع للمركز الوطني للتدريب على الشؤون الخارجية، وعنوانها: 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- مكتب المدعي العام الأمريكي (USDOJ)، وعنوانها: 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- حديقة جورج واشنطن التذكارية، وعنوانها: 700 GW Pw, VA 22101
- إذاعة حرس السواحل الأمريكي، وعنوانها: 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- قاعة هيندرسون، وعنوانها: 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- مكتب المسح الجيولوجي الأمريكي، وعنوانها: 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- مكتب المهندس هامفري، وعنوانها: 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانها: Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- مبنى مكتب هيبلا فالي، وعنوانها: 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانها: Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- قاعة القاعدة المشتركة ماير-هانديرسن، وعنوانها: Fort Myer, VA 22211
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانها: Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- قاعدة كوانتيكو لقوات المشاة البحرية، وعنوانها: Catlin Ave, Quantico, VA 22134 3250
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانها: Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- بناية مكتب مركز مارك الفيدرالي، وعنوانها: 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- حديقة وولف تراب فارم، وعنوانها: 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM الكساندريا نموذج بيانات الطالب الصحية

Student's Last Name: _____ First Name: _____
إسم العائلة للطالب الإسم الأول
Date of Birth: _____ Grade: _____ School Year: _____
تاريخ الميلاد الصف السنة الدراسية

STUDENT HEALTH CONDITIONS الظروف الصحية للطالب

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

ALLERGIES الحساسية Yes ن No لا

Allergy Type:

نوع الحساسية

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

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

Date of last severe reaction: _____

تاريخ آخر ردة فعل قوية

Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____

تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب الحساسية

Currently prescribed medications and treatments for allergies:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً للحساسية

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

FOOD RESTRICTIONS الأطعمة الممنوعة Yes نعم No لا

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

ASTHMA الربو Yes نعم No لا

Currently prescribed medications and treatments for asthma:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً ضد الربو

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

Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____

تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب الربو

DIABETES مرض السكري Yes نعم No لا

Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____

تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب مرض السكري

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

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

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

SEIZURE DISORDER الإصابة بنوبات صرع Yes نعم No لا

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

هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء داخل المدرسة؟

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

Date of last seizure: _____

تاريخ آخر نوبه صرع

Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____

تاريخ آخر زيارة المستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب نوبه صرع

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM نموذج بيانات الطالب الصحية

OTHER HEALTH CONDITIONS ظروف صحية Yes نعم No لا

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

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

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

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

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية Yes نعم No لا

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

HEARING CONDITIONS مشاكل السمع Yes نعم No لا

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

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

- Does the student have health insurance?** No لا Yes نعم
هل لدى الطالب تأمين صحي؟
اسم شركة التأمين الصحي
- Name of health insurance company: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب
- Does the student have dental insurance?** No لا Yes نعم
هل لدى الطالب تأمين على الأسنان؟
الذي يؤخذ حسب الحاجة المسكن
- Name of dental insurance company: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب
- Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب رقم الهاتف
- Name of student's dentist: _____ Phone: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب رقم الهاتف

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION تفويض من أحد الوالدين/الوصي

In the case of an emergency, school staff will call 911. Every attempt will be made to contact a parent, legal guardian or emergency contact. Students will be transported to the nearest Emergency Room unless the parent is on the school premises to assume responsibility for the child.

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

The parent/guardian is responsible for providing the school with any medication, special food, supplies, or equipment that the student requires during the school day. Check with the school nurse or registrar to obtain correct medication and procedural forms. If an individual school health care plan is indicated, the parent/guardian is responsible for providing the school nurse with necessary medical information, appropriate authorization forms and written consent to exchange information with the child's physician.

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

I, _____ (do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

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

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

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

الجزء الأول - نموذج المعلومات الصحية

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

اسم المدرسة: _____ الصف الدراسي الحالي: _____
اسم الطالب: _____ الأوساط: _____ الأول: _____ الأخير: _____
تاريخ ميلاد الطالب: ____/____/____ الجنس: _____ اللغة الأساسية التي يتحدث بها: _____ ولاية أو بلد الميلاد: _____
عنوان الطالب: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الأول: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____
اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني الثاني: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____
جهة الاتصال في حالات الطوارئ: _____ الهاتف: _____ العمل أو الخلوي: _____
المستشفى المفضل: _____
التأمين الصحي للطفل: بلا FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS خاص/تجاري/ بدعم من جهة العمل

المربع الأول: الحالات الصحية القائمة مسبقاً

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

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

المربع الثاني: الأدوية

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

اسم الدواء	الجرعة	وقت تناول الدواء (المنزل/المدرسة)	ملاحظات
1.			
2.			
3.			
4.			

أدوية أخرى (الاسم والجرعة ووقت تناولها والملاحظات)

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

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

أنا _____ (أصريح) (لا أصريح) لموفر الرعاية الصحية لطفلي وموفر الرعاية الصحية المختص في مقر المدرسة بمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات ذات الصلة بهذا النموذج. سيظل هذا التصريح سارياً حتى تقوم أو ما لم تقم بالغاءه. يمكنك إلغاء التصريح في أي وقت بالاتصال بمدرسة طفلك. ويرجى العلم أنه عند إخراج أي معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق هذا الإفصاح في السجل الطبي لابنك أو السجل المدرسي.

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____ التاريخ: ____/____/____
توقيع المترجم الفوري: _____ التاريخ: ____/____/____

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization**

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name: _____		Date of Birth : / /			Sex: _____
Race (Optional): _____		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic		<input type="checkbox"/> Non-Hispanic	
IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5
Tdap Vaccine booster	1				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2			
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis B Vaccine (HBV) <input type="checkbox"/> Merck adult formulation used	1	2	3	4	
Hepatitis A Vaccine	1	2			
Meningococcal ACWY Vaccine	1	2			
Meningococcal B Vaccine	1	2	3		
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	1	2	3		
Influenza (Yearly)	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
Certification of Immunization					
I certify that this child is ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's <i>Regulations for the Immunization of School Children</i> (Reference Section III).					
Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____			Date (Mo., Day, Yr.): ___/___/___		

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: |__|_|_|_|_|
 Parent or Legal Guardian Name: _____
 Parent or Legal Guardian Name: _____
 Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; Measles :[____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [] , or temporary [] and expected to preclude immunizations until: Date (*Mo., Day, Yr.*): |__|_|_|_|_|.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (*Mo., Day, Yr.*):** __/__/__

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on _____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (*Mo., Day, Yr.*):** |__|_|_|_|_|

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
 (Requirements are subject to change.)

Part III – COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Sex: M F

Health Assessment	Date of Assessment: ____/____/____ Weight: ____ lbs. Height: ____ ft. ____ in. Body Mass Index (BMI): ____ BP ____ <input type="checkbox"/> Age / gender appropriate history completed <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided	Physical Examination 1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment														
		1	2	3	HEENT	1	2	3	Neurological	1	2	3	Skin	1	2	3
					Lungs				Abdomen				Genital			
				Heart				Extremities				Urinary				
Tuberculosis Screening																
Check the box that applies:																
<input type="checkbox"/> No risk for TB infection identified					<input type="checkbox"/> No symptoms compatible with active TB disease					<input type="checkbox"/> Risk for TB infection or symptoms identified						
Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading ____ mm TST/IGRA Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal																
EPSDT Screens <u>Required</u> for Head Start – include specific results and date:																
Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____																

Developmental Screen	<i>Assessed for:</i>	<i>Assessment Method:</i>	<i>Within normal</i>	<i>Concern identified:</i>	<i>Referred for Evaluation</i>	
	Emotional/Social					
	Problem Solving					
	Language/Communication					
	Fine Motor Skills					
	Gross Motor Skills					
Hearing Screen	<input type="checkbox"/> Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. <input type="checkbox"/> Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred		<input type="checkbox"/> Referred to Audiologist/ENT <input type="checkbox"/> Unable to test – needs rescreen <input type="checkbox"/> Permanent Hearing Loss Previously identified: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Hearing aid or another assistive device			
		1000	2000	4000		
	R					
	L					

Vision Screen	<input type="checkbox"/> With Corrective Lenses (Check if yes)					Dental Screen	<input type="checkbox"/> Problems Identified: Referred for Treatment <input type="checkbox"/> No Problem: Referred for prevention <input type="checkbox"/> No Referral: Already receiving dental care <input type="checkbox"/> Unable to perform																								
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail</td> <td colspan="1"><input type="checkbox"/> Not tested</td> </tr> <tr> <td>Distance</td> <td>Both</td> <td>R</td> <td>L</td> <td>Test used:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20/</td> <td>20/</td> <td>20/</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/> Not tested	Distance	Both	R	L	Test used:		20/	20/	20/											
	Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/> Not tested																										
	Distance	Both	R	L	Test used:																										
	20/	20/	20/																												
<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred to eye doctor <input type="checkbox"/> Unable to test-needs rescreen																															

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel	Summary of Findings (check one): <input type="checkbox"/> Well child; no conditions identified of concern to school program activities <input type="checkbox"/> Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here): _____ Allergy: <input type="checkbox"/> food: _____ <input type="checkbox"/> insect: _____ <input type="checkbox"/> medicine: _____ <input type="checkbox"/> other: _____ Type of allergic reaction: <input type="checkbox"/> anaphylaxis <input type="checkbox"/> local reaction Response required: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> other: _____ Individualized Health Care Plan needed (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc) Restricted Activity Specify: _____ Developmental Evaluation <input type="checkbox"/> Has IEP <input type="checkbox"/> Further evaluation needed for: _____ Medication. Child takes medicine for specific health condition(s). <input type="checkbox"/> Medication must be given and/or available at school. Special Diet Specify: _____ Special Needs Specify: _____ Other Comments: _____																

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) <input type="checkbox"/> By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below). Name: _____ Signature: _____ Date: _____ Practice/Clinic Name: _____ Address: _____ Phone: _____ Fax: _____ Email: _____																
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نموذج مدونة قواعد سلوك الطالب

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

توقيع الطالب: _____

الاستخدام المسؤول للتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

توقيع الطالب: _____

اللوائح الخاصة بالحافلات المدرسية

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: _____

لقد قرأت وفهمت اللوائح الخاصة بإستخدام الطالب للحافلة المدرسية وأوافق، بصفتي راكباً، على الإلتزام بهذه اللوائح.

توقيع الطالب: _____

معلومات دليل الطالب

(قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة / FERPA)

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

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

دليل المعلومات لرابطة PTA والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة

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

المشاركة في وسائل التواصل ACPS أن تكشف عن رقم هاتف الطالب/العائلة وعنوان بريده الإلكتروني الى PTAS، المنظمات الداعمة، وغيرها من المنظمات ذات الصلة بالمدرسة ابتداءً من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2024.

المشاركة في وسائل التواصل

على مدار العام الدراسي، قد ترغب مدرسة الطالب أو مدارس ACPS في مشاركة صور أو مقاطع فيديو للطالب، صور لأعماله الفنية أو الصفية، مقاطع من كتاباته أو اقتباساته في المناقشات الصفية، أو العروض التقديمية التعليمية. يشمل ذلك نشر الصور على مواقع التواصل الاجتماعي، أو في النشرات المدرسية ACPS، الألكتروني، مقاطع فيديو مصورة لمدارس ACPS موقع مدارس (لتشمل الكتب السنوية والبرامج)، أو التي يتم مشاركتها مع أطراف ثالثة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، وسائل الإعلام المحلية أو الوطنية (القنوات التلفزيونية، الإصدارات المطبوعة أو الألكترونية).

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

معلومات سجل الطالب

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

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

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

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

عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى مسؤولي التجنيد العسكريين

عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى الكليات/ المؤسسات التعليمية الأخرى

عدم الإفصاح عن معلومات الطالب الى أرباب العمل المحتملين

معلومات سجل الطالب (أولياء أمور طلاب المرحلة الثانوية - طلاب المراحل 11 و 12 فقط)

عقد الكتب

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي

التربية الحياتية والأسرية

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

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

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

Alternate Authorized Persons for Kindergarten/Special Education Release

Transportation Department

قسم النقل

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Date: _____
التاريخ

Student Name: سم الطالب		Student ID #: رقم هوية الطالب	
Home Address: عنوان المنزل		Apt: رقم المنزل	Zip: الرمز البريدي
Parent/Guardian Name(s): اسم الوالدين/الأوصياء		Language Spoken by Parent/Guardian: اللغة التي يتحدثها الوالدين/الأوصياء	
Phone Numbers: أرقام الهاتف	Home: المنزل	Work: العمل	Cell: الهاتف الخليوي
School: قسردملا			
Authorized Persons for Pick Up (other than legal guardians). Only 3 authorized names allowed. المخولون لاستلام الطالب (بخلاف الأوصياء القانونيين). يُسمح بثلاثة أسماء مُخولة فقط.			
Name of Authorized Persons أسماء المخولين	Relationship صلة القرابة	Telephone Number(s) رقم (أرقام) الهاتف	
Parent/Guardian Signature: توقيع الوالدين/الأوصياء		Date: التاريخ	
Principal Signature: توقيع المدير			
For Office Use Only: للاستخدام الرسمي فقط			
Received by: _____ Date: _____ Time: _____			

Please note: This form must be submitted by 12 p.m. in order to be effective immediately. If submitted after 12 p.m., change will go into effect the following school day. Principals MUST approve in order to be processed.

يرجى ملاحظة ما يلي: يجب إرسال هذه الاستمارة قبل الساعة 12 ظهرًا حتى تعتبر سارية على الفور. في حالة إرسالها بعد الساعة 12 ظهرًا، ستعتبر سارية اعتبارًا من اليوم الدراسي التالي. يجب الحصول على موافقة المدراء لتتم معالجتها.