

تمامی مدارک زیر باید در مراحل ثبت نام ارائه شود
 (گواهی تولد اصلی) یا گواهی تولد تایید شده)

ثبوت سرپرستی (اثباتی که نشان دهد بزرگسالی که کودک را ثبت نام می کند والدین / سرپرست قانونی است)
 • نام مندرج در شناسنامه باید با شناسه تصویری والدین/سرپرست یا مدارک محاکمه مربوط به حضانت قانونی مطابقت داشته باشد.

کاپی سوابق نمرات از مکتب قبلی (در صورت وجود)

گزارش معاینه فیزیکی (از ارائه دهنده مراقبت های صحی)

- قانون ایالتی (مرجع کد ویرجینی § 22.1-270) ایجاب می کند که فرزند شما یک معاینه فیزیکی جامع ودر ایالات متحده قبل از ورود به کودکتان عمومی یا مکتب ابتدایی ایمن سازی شده است. تاریخ معاینه فیزیکی باید ظرف یک سال قبل از تاریخ ورود به کودکتان باشد.
- بر اساس موارد فوق، شاگردانی که در حال حاضر در برنامه پیش از کودکتان شرکت می کنند، باید مدرک ایمن سازی ویک معاینه فیزیکی جدید را قبل از ACPS ورود به کودکتان ارائه دهند، حتی اگر این مدارک قبل از ورود به پیش از کودکتان ارائه شده باشد. ای روشن شدن موضوع، "مکتب ابتدایی" در بالا به صنفهای اول تا پنجم اشاره دارد.

سوابق واکسین (مستند به ماه، روز و سالی که هر کدام اجرا شده است)
 موارد زیر مورد نیاز است:

- **ارزیابی ریسک سل منفی، آزمایش پوستی توپروکلین PPD، عکس اشعه ایکس قفسه سینه منفی، در IGRA آزمایش خون ایالات متحده تکمیل شده باشد.**
 - ظرف 12 ماه قبل از اولین روز مکتب کودک تجویز شده باشد.
- **هپاتی B- Hepatitis B**
 - ی تاپه زود سه سال ماکریس کد B Hepatitis
- **فرد سه مایس، زلزک، یرتفید نیسکاو (DTP، Dtap، یا Tdap)**
 - حداقل 4 دوز، با یک دوز در روز تولد چهارم یا بعد از آن تجویز شده باشد
- **لایفا چیلد (OPV) یا (IPV) - Polio (OPV or IPV)**
 - حداقل چهار دوز، با یک دوز در روز تولد چهارم یا بعد از آن تجویز شده باشد.

- **سرخکان، اورپون و سرخچه (Measles, Mumps, & Rubella) - (MMR)**
 - حداقل دو دوز سرخک، دو نوبت اورپون و یک دوز سرخچه قبل از کودکتان. اولین دوز باید در 12 ماهگی تجویز شده باشد .
- **ی تاپه A - Hepatitis A (HAV) - (HAV)**
 - حداقل 2 دوز واکسن هپاتیت A ای شاگردان ورودی کودکتان مورد نیاز است.
- **واریسلا (آبله مرغان) - (Varicella Chicken Pox)**
 - جرعتین ضد الحماق أو تقدیم وثائق طبیة تثبت إصابة الطفل بمرض جدري الماء.

مهم است در صورت کمبود واکسن ها: اگر واکسین های جدید به تازگی تزریق شده اند، یک ارائه دهنده مراقبت های صحی دارای مجوز باید تاریخ بازدید برنامه ریزی شده بعدی را برای واکسین های اضافی به صورت کتبی اعلام کند. همچنین فاصله مناسب دوزها باید رعایت شود. هنگامی که واکسین های اضافی دریافت می شود، اسناد و مکتوب باید به پرستار مکتب ارائه شود. شاگردانی که تا تاریخ تعیین شده موفق به تکمیل واکسیناسیون نشوند از مکتب حذف خواهند شد.

گواهی اقامت (3 سند مورد نیاز)

سه تأییدیه از محل اقامت شهر الکزاندریه، در 60 روز گذشته. فقط اصل (بدون کاپی) با ذکر نام و آدرس والدین ثبت نام کننده / سرپرست قانونی.

- شما باید یک (1) از مدارک زیر را به همراه داشته باشید:
- قرارداد نامه اجاره یا کرایه
 - قواله
 - قرارداد وام خانه / اظهارنامه
- و 2 اسناد پشتیبانی:
- قرارداد اجاره یا کرایه تلفن ثابت خانه (با تاریخ 60 روز گذشته)
 - صورت حساب / رسید شخصی فعلی مالیات املاک شهر الکزاندریه
 - کاپی چک معاش (با توجه به نگه داشتن مالیات ویرجینیا)
 - آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی
 - 2 صورت حساب بانکی متوالی
 - بیمه نامه فعلی صاحب خانه یا کرایه نشین
 - قبض آب و برق: آب، گاز، برق، کابل ویا قبض/رسید
 - نامه پست شده از یک سازمان دولتی (TANIF, HUD, IRS, etc)

در صورت سکونت با شخص دیگری، والدین / سرپرست قانونی باید فرم (PDF) A/B مسکن مشترک محضری را تکمیل کرده و یک نسخه اصلی از وام منزل، سند (با قبض مالیاتی) یا یک نسخه اصلی از اجاره نامه را برای شخص ارائه کنید با بیانیه که والدین / سرپرست قانونی و فرزند (فرزندان) با آنها زندگی می کنند. علاوه بر این، والدین/سرپرست قانونی موظفند دو سند پشتیبان (به نام والدین/سرپرست قانونی) را که در بالا ذکر شده است ارائه دهند. توجه: درایور لایسنس رانندگی یا کارت شناسایی صادر شده توسط ایالت به عنوان مدرک معتبر برای سکونت محسوب نمی شود.

STUDENT INFORMATION اطلاعات دانشجو

Student's Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____
 نام خانوادگی دانشجو نام خانوادگی نام میان

Student and Primary Parent/Guardian Address: Street _____ Apt # _____
 دانش آموز و پدر و مادر اولیه / سرپرست آدرس

City _____ State _____ Zip _____
 شهر دولت زیپ

Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____ Country of Birth: _____ Grade: _____
 تاریخ ولادت ماه روز سال کشور تولد درجه

Gender: Male Female Gender Identity: Male Female Other Preferred Name: _____
 جنسیت: مرد زن هويت جنسیت مرد زن دیگر (For students whose legal name does not reflect their Gender Identity. Not for nicknames.) نام ترجیحی:

Is this student Hispanic or Latino? (choose only one)
 آیا این دانش آموز اسپانیایی یا لاتین است؟
 No, not Hispanic or Latino Yes, Hispanic or Latino (person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South American, Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)
 نه، اسپانیایی یا لاتین نیست / بله، اسپانیایی یا لاتین است (بدون در نظر گرفتن نژاد، بله، اسپانیایی یا لاتین است (شخص کوبان، مکزیکی، پورتو ریکو، آمریکایی جنوبی، آمریکایی مرکزی، آسیایی مرکزی، آمریکایی جنوبی، آمریکایی مرکزی، یا فرهنگ دیگری از منشاء اسپانیایی، بدون در نظر گرفتن نژاد، بله، اسپانیایی یا لاتین است)

What is the student's race? (choose one or more)
 نژاد دانش آموز چیست؟
 American Indian/Alaskan Black or African American White (a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa)
 Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 سرخپوست آمریکا / آلاسکا سیاه و سفید دی آف ریگان آمریکا سفید
 آسیایی بومی هاوانا یا دیگر راجزیره نشی اقیانوس آرام

Last School Attended: _____ Public Private
 آخرین مدرسه حضور داشتند حکومتی خصوصی

Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
 آدرس شهر دولت زیپ

If not an Alexandria City school, has student EVER attended Alexandria City Public Schools? Yes No
 اگر نه یک مدرسه شهر اسکندریه، آیا دانش آموز تاکنون در مدارس دولتی شهر اسکندریه حضور داشته است؟ بله نه

If Yes, please provide the following: School: _____ Year: _____ Grade: _____
 اگر بله، لطفا موارد زیر را ارائه دهید سال سال درجه

PARENT/GUARDIAN INFORMATION پدر و مادر / نگهبان اطلاعات

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.
 پدر و مادر اولیه / نگهبان: یعنی بذلك الوالدین/الوصی 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
 آیا شما در شهر اسکندریه زندگی می کنید / اقامت دارید؟ بله نه اگر نه، آیا استثنای سیاست تصویب شده است؟ بله نه

Last Name: _____ First Name: _____ Male Female
 نام خانوادگی نام خانوادگی مرد زن

Father پدر Stepfather پدر خوانده Legal Guardian سرپرست قانونی
 Mother مادر Stepmother نامادری Foster Parent پدر و مادر پرورش

Other (please indicate relationship): _____
 دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه)

Home Phone: (____) _____ - _____ Is your home phone a cell phone? Yes No
 صفحه اصلی تلفن آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه بله نه

Cell Phone: (____) _____ - _____
 تلفن همراه

Email Address: _____
 آدرس پست الکترونیک

Parent/Guardian's preferred language of communication? English انگلیسی Spanish اسپانیایی Amharic امهاری Arabic عربی Dari دری Other (please specify) دیگر (لطفا مشخص کنید)

Parent/Guardian #2: پدر و مادر اولیه / نگهبان

Last Name: _____ First Name: _____ Male Female
 نام خانوادگی نام خانوادگی مرد زن

Father پدر Stepfather پدر خوانده Legal Guardian سرپرست قانونی
 Mother مادر Stepmother نامادری Foster Parent پدر و مادر پرورش

Other (please indicate relationship): _____
 دیگر (لطفا نشان می دهد رابطه)

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

Street _____ Apt # _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone: (____) _____ - _____ Is your home phone a cell phone? Yes No
 صفحه اصلی تلفن آیا تلفن خانه خود را تلفن همراه بله نه

Cell Phone: (____) _____ - _____
 تلفن همراه

Email Address: _____
 آدرس پست الکترونیک

Employer: _____
 کارفرما
 Work Address: _____
 آدرس کار
 Work Phone: (____) _____ - _____ Ext: _____
 تلفن کار

Employer: _____
 کارفرما
 Work Address: _____
 آدرس کار
 Work Phone: (____) _____ - _____ Ext: _____
 تلفن کار

STUDENT BACKGROUND سابقه و هدف دانشجو

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan?

 Yes No

حظ 504 ای و هژیو شروما تامدخ یارب یلعف؟ IEP یاراد امش دنزرف آیا

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

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

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

آی افرزند شما از حضور در مدرسه در یک مدرسه خصوصی ای ایالت دیگر، به جرم نقض سیاست های هیئت مدیره مدرسه مربوط به سلاح، الکل ای مواد مخدر، و ای برای وارد کردن عمدی آسیب به فرد دیگر ری اخراج شده است؟

STUDENT'S SIBLINGS خواهر و برادر دانشجو

Name نام	Birth Date تاریخ تولد	Sex جنسیت	School مدرسه
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

EMERGENCY CONTACTS تماس اضطراری

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:

حداقل دو نفر را که ممکن است برابطگی تصمیم گیری اضطراری تماس بگیریم بکنیم فهرست کنی دو/ای افرزند خود را از مدرسه بگ تی د اگر در صورت اضطراری به والدین(ها)/سرپرست(ها) نمی توان رسید

Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian): تماس اضطراری:

Name: _____

Address: Street _____ Apt # _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Relationship to student: _____

تلفن همراه صفحه اصلی تلفن تلفن کار رابطه با دانش آموز

Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian): تماس اضطراری:

Name: _____

Address: Street _____ Apt # _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Relationship to student: _____

تلفن همراه صفحه اصلی تلفن تلفن کار رابطه با دانش آموز

Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian): تماس اضطراری:

Name: _____

Address: Street _____ Apt # _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Relationship to student: _____

تلفن همراه صفحه اصلی تلفن تلفن کار رابطه با دانش آموز

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE

Only for students enrolling into kindergarten

تجربه پیش از کودکیستان

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

در طول سال قبل از کودکیستان، فرزند من حضور داشتند:

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

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

 Alexandria City Public Schools (ACPS) Campagna Center Child and Family Network Center (CFNC) ALIVE! Child Development Center Creative Play School

Another pre-K program: یکی دیگر از برنامه های قبل از ک:

 Early Childhood Special Education Preschoolers Learning Together (PLT) Head Start Full-day Private Preschool/Daycare Half-day Private Preschool Licensed Family Home Daycare Provider Department of Defense Child Development Program

Other: دیگر:

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

Specify: _____

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct. با امضای این فرم من تایید می کنم که اطلاعات موجود در اینجا درست است.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

پدر و مادر / امضای نگهبان

تاریخ

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፣ አዳሰ 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 نطالب أية لغة لمنز يف لمستخدمًا لمسجلين فيما يتعلق باللغة لطلابا ء إستبيان لجميع إجاب لتعليميًا لأنظمة لية قيامالفيديرا نحالوا لشرعي: تتطابقا لوصيا/اطالبابالي أمر سيتم إبلاغ أولياء (EL) لإجليزية للغة متعلمي جبرنا لمن خلا يفعل تعليم أيضا للطلاب مؤهلاً للحصو لتقييم، قد يكونا إلى نتائج أستاذالدية. والفيديرا نحالوا لإجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللغة يف طالبنا فيمكن تقييم كفاء، هأدنا. لتعليميًا EL دمات خ يقلت ضول أو رفرصة قفستتاج لأولياء الأمور ثية، حيليمدمات تكخي لحصول علوهأ لما إذا كان الطالب ميمم وفيقات جتانتبالأمور/ الأوصياء الشرعيون والدین/ سرپرست: مقررات حکومت فدرال مکاتب را ملزم میسازد تا کلیه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمین و هر زبان دیگری که ممکن است صحبت کنند، بررسی کنند. براساس اطلاعات ارائه شده در باشد. والدین/سرپرستان (EL) زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. براساس نتایج ارزیابی، دانش آموز ممکن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق برنامه تعلیم انگلیسی را ببینند یا امتناع کنند. EL از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدین 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 تاریخ الميلاد
اسم شاگرد تاریخ تولد

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

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?
¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?
በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ 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 زبانی که شاگرد صحبت میکند، زبان اصلی مورد استفاده در خانه، چیست؟

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

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

In which language do you prefer to receive communication from the school?
¿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 والدین/ سرپرست تاریخ

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

قسمت 1: اطلاعات شاگرد/فامیل

لطفاً را تکمیل کنید A, B ای C.

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

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

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

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

آدرس مکمل: _____

نام خیابان _____

اپارتمان _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تلفون _____

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

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

اسم چاپی والدین/سرپرست/مراقب یا شاگرد بالغ _____

امضای والدین/سرپرست/مراقب یا شاگرد بالغ _____

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

بخش سوم: تأیید اقامت

ثبت نام کننده بزرگسال باید شناسنامه عکس دار، سرتفیکت تولد شاگرد و سه (3) مدارک زیر را ارائه دهد: تمام مدارک باید کاپی اصلی باشند (در 60 روز گذشته) وبه وضوح والدین / سرپرست قانونی یا نام شاگرد بزرگسال و آدرس شهر الکزاندریه را ذکر کرده باشد. برای توضیح بیشتر مدارک به عقب مراجعه کنید. **دسته - A یک (1) سند:**

دسته B - دو (2) اسناد پشتیبانی:

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

دسته C:

- بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- کمبود مسکن
- دفتر خدمات اجتماعی -DSS/خدمات مراقبت از فرزندی
- خانواده جدید (کمتر از 30 روز) به شهر الکزاندریه اقامت دارد. مهلت 30 روز پس از ثبت نام میباشد

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

من گواهی می دهم که شخصاً تمام اسناد ارائه شده را بررسی کرده ام و تأیید می کنم که اطلاعات ارائه شده در بالا تا جایی که می دانم، اطلاعات و اعتقاد من واقعی و درست است. همچنین تأیید می کنم که کاپی هایی از تمام مدارک مورد نیاز به این سند پیوست و در دوسیه شاگرد قرار می گیرد.

_____ School Official Name (Print)

_____ School Official (Signature) Date

فهرست مدارک تأیید اقامت قابل قبول

در تمام مدارک باید نام کامل والدین ثبت نام کننده / سرپرست قانونی یا شاگرد بزرگسال و آدرس شهر الکزاندریه ذکر شود.

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

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

و

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

- قبض آب و برق (قبض آب، گاز، برق، کیبل و/یا تیلیفون خانه). تاریخ این لایحه باید در 60 روز گذشته باشد. اگر در قرارداد لیزینگ یا کرایه شما همراه کلیه خدمات شهری شامل کرایه استت و هیچ صورتحساب دیگری ندارید، لطفاً نامه ای از مدیر املاک خود در سر نامه شرکت ارائه دهید که در آن آب، گاز، فاضلاب، برق همه در اجاره ماهانه گنجانده شده است.
- مالیات بر دارایی شخصی فعلی شهر الکزاندریه (وسیله نقلیه، RV قایق). لطفاً توجه داشته باشید: دپارتمنت وسایل نقلیه موتوری ویرجینیا می خواهد تمام دارایی های شخصی باید ظرف 60 روز پس از نقل مکان به آدرس فعلی ثبت شود.
- نامه پست شده از یک سازمان دولتی (IRS، ARHA، HUD، TANIF، و غیره) نامه باید به والدین/سرپرست قانونی یا شاگرد بالغ ارسال شده باشد.
- کپی چک معاش (با توجه به آدرس الکزاندریه و نگه داشتن مالیات ویرجینیا)
- آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالتی با توجه به آدرس شهر الکزاندریه
- 2 صورت حساب بانکی متوالی ارسال شده به آدرس شهر الکزاندریه.
- بیمه نامه فعلی یا بیمه نامه اجاره نامه با توجه به آدرس شهر الکزاندریه.

OR

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

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

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

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.

مکاتب عمومی شهر الکزاندریه ACPS ممکن است برای ثبت نام شاگردانی که به نوعی با حکومت فدرال ارتباط دارند، کمک های مالی فدرال دریافت کنند. اگر هر یک از پدر و مادر یا سرپرست که برای حکومت فدرال کار و یا در املاک فدرال زندگی نمیکنند، لطفاً بخش 1 را تکمیل کرده و در پایین فورمه امضا و تاریخ درج نمایند.

Section 1: STUDENT INFORMATION دانشجویی اطلاعات: 1 بخش

Student Name: نام متعلم: Last تخلص	First اول	Middle اسم وسط	Student ID کارت شناسایی شاگرد
Address: شماره و خیابان Number & Street آدرس	City شهر	State ایالت	Zip Code کد پستی
Name of School نام مکتب	Grade الصف الدراسي	Birth Date تاریخ الميلاد	Home Phone هاتف المنزل

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

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

Parent/Guardian Name: نام والدین/سرپرست Last تخلص	First اول	MI اسم وسط	Employer Name کارفرما نام
Employer Address (Physical Location) محل فیزیکی	Building Number & Street شماره ساختمان و خیابان	City شهر	State ایالت Zip Code کد پستی
Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) نام املاک فدرال (برای لیست ویژگی های واجد شرایط فدرال به قسمت عقب مراجعه کنید)			
Federal Property Address آدرس املاک فدرال	Number & Street شماره و خیابان	City شهر	State ایالت Zip Code کد پستی

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

بخش 3 اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات نظامی والدین/سرپرست

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

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

Branch of Active Service: شعبه خدمات فعال Marine Corps دریایی Navy نیروی دریایی

Air Force نیروی هوایی الجویة Army اردو Coast Guard گارد ساحلی

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)

National Guard; Reserve عنوان و 9/14/2001 مأموران نظامی خدمات صحتی عمومی ایالات متحده - 3 از 10 USC

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

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

Military Rank/Grade
هرج / یم اظن هبت

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY

بخش 4 - اطلاعات اشتغال والدین/سرپرست: خدمات والدین/سرپرست در قوای نظامی خارجی

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

دیردگب شخب نی زا، تسی روطنی رگا، دینک دراو شخب نی را در اتاعالطا، دنت شاد یجراخ یم اظن لاعف هفیظو یجنس رظن خیرات رد نی دراگ/نی دل او رگا

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) نام والدین/سرپرست (آخرین، اول، MI)	Foreign Government Name نام دولت خارجی
Military Rank/Grade رتبه نظامی / درجه	Branch of Service شعبه خدمات

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.

این اطلاعات برای حمایت از درخواست ما برای صندوق های فدرال تحت برنامه کمک تأثیر (عنوان VIII قانون ابتدایی و ثانویه) استفاده می شود. اگر درخواست ما برای صندوق های فدرال حسابرسی شود، این اطلاعات ممکن است به وزارت معارف ایالات متحده ارائه شود. این فورمه باید برای دریافت سهم عادلانه از بودجه فدرال، برای مکتب عمومی شهر الکزاندریه امضا و تاریخ درج شود. با امضای این فورمه، من تأیید می کنم که تمام اطلاعات تایپ شده و کتبی در مورد فورمه از تاریخ نظرسنجی دقیق و کامل است.

Signature of Parent/Guardian امضاء والدین/سرپرست

Date [mm/dd/yyyy] تاریخ

امالک فدرال واجد شرایط

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

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

Student's Last Name: _____ First Name: _____

Date of Birth: _____ Grade: _____ School Year: _____

STUDENT HEALTH CONDITIONS

Check all boxes that apply to the student.

ALLERGIES آلكرس Yes بله No نه

Allergy Type:

ع آرن:

- Food List food(s): _____
- Medication List medication(s): _____
- Bee stings or insect bites
- Other: _____

Date of last severe reaction: _____

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

Currently prescribed medications and treatments for allergies:

- Oral antihistamine (Benadryl, etc.)
- Epinephrine
- Has Epi-Pen
- Other: _____

FOOD RESTRICTIONS Yes بله No نه

- Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): _____
- Due to religious or other preferences List food(s): _____

ASTHMA Yes بله No نه

Currently prescribed medications and treatments for asthma:

- Daily control (prevention) medication
- As needed (rescue) medication

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

DIABETES Yes بله No نه

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

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

- No
- Yes List medication(s): _____

SEIZURE DISORDER Yes بله No نه

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

- No
- Yes List medication(s): _____

Date of last seizure: _____

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

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

OTHER HEALTH CONDITIONS Yes بله No نه

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect | <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Nutritional Disorder | <input type="checkbox"/> Chronic Infection (Hepatitis C, HIV) |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> Physical Disability | <input type="checkbox"/> Congenital/Chromosomal Disorders |
| <input type="checkbox"/> Developmental Delay | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Depression |
- Other physical or mental health conditions: _____

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?

- Medications:** No نه Yes بله List medication(s): _____
Special procedures: No نه Yes بله List procedure(s): _____
Special equipment: No نه Yes بله List equipment: _____

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية Yes بله No نه

- Glasses عینک
 Contacts
 Non correctable
 Other: _____

HEARING CONDITIONS Yes بله No نه

- Hearing aid(s) کمک های شنوا
 Non correctable
 Other: _____

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE ان شج مراقبت های بهداشتی و پوشش بهداشتی

- Does the student have health insurance?** No نه Yes بله Name of health insurance company: _____
Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
تلفن
Does the student have dental insurance? No نه Yes بله Name of dental insurance company: _____
Name of student's dentist: _____ Phone: _____
تلفن

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION مجوز پدر و مادر / نگهبان

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.

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.

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.*

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
امضای پدر و مادر / نگهبان نگهبان

ایالت مشترک المنافع ویرجینیا فورم صحتی ورود به مکتب
فورم معلوماتی صحتی/گزارش جامع معاینه فیزیکی تصدیقنامه واکسیناسیون

بخش I - فورم معلومات صحتی

قانون ایالتی (مرجع: کورد ویرجینی § 22.1-270) ایجاب می کند که طفل شما واکسین شده باشد و قبل از ورود به کورنکستان عامه یا مکتب ابتدایی یک معاینه فیزیکی جامع دریافت کند. والدین یا سرپرست این صفحه (بخش I) این فورم را تکمیل میکنند. ارایه کننده طبی بخش II و بخش III این فورم را تکمیل میکنند. این فورم باید تکمیل شود حداقل یک سال قبل از ورود طفل تان به مکتب.

نام مکتب: _____ صنف فعلی: _____

اسم متعلم: _____

تخلص _____ اسم اول _____ اسم وسط _____

تاریخ تولد متعلم: _____ / _____ / _____ جنس: _____ اللغة الأساسية التي يتحدث بها: _____ ایالت یا کشور تولد: _____

آدرس متعلم _____ شهر: _____ ایالت: _____ آدرس پستی _____

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

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

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

شفاخانه مورد علاقه: _____

بیمه صحتی طفل: هیچکدام: FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS اسپانسر خصوصی/تجارتی/کارف

باکس 1. شرایط از قبل موجود

نظریات	بلی	وضعیت	نظریات	بلی	وضعیت
دیابت: نوع 1		حساسیت ها (غذا، حشرات، ادویه، لیتیکس)			
دیابت: نوع 2		لطفاً لیست کنید حساسیت های تهدید کننده مرگ:			
پمپ انسولین		حساسیت های (موسومی)			
آسب سر، صدمه مغزی		نفس تنگی یا شرایط تنفس			
شرایط شنوایی یا کر بودن		اختلال کمبود توجه/فعال بیش از حد			
شرایط قلبی		شرایط رفتاری/روشناسی			
مسمومیت با سرب		شرایط رشد			
شرایط عضله		شرایط ممانه			
حملات ناگهانی		شرایط خونریز			
مريضی سلولی (عدم ویژگی)		شرایط روده			
شرایط گفتاری		فلج مغزی			
آسب ستون فقرات		ورم انساج لیفی سیستمیک			
جراحی		شرایط صحتی دندان			
شرایط بینایی					

سایر معلومات مهم مربوط به صحت در مورد طفل تان را شرح دهید (تغذیه از طریق تیوب، تراج، آکسیجن حمایتی، کمک های شنوایی، دستگاه دندان، ویلچر، بستری شدن در شفاخانه، و غیره):

باکس 2. ادویه ها

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

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

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

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

تاریخ آخرین وعده ملاقات	تلفون	اسم	متخصص اطفال/ارایه کننده مراقبت اولیه
			متخصص
			متخصص دندان
			کارگر کس (اگر قابل تطبیق باشد)

من _____ اجازه (میدهم) (نمی دهم) به ارائه دهنده مراقبتهای صحتی طفل و ارائه دهنده صحت تعیین شده مجوز میدهد مراقبت در محیط مکتب برای بحث در مورد نگرانی های صحتی طفل و/یا تبادل معلومات مربوط به این فورم. این اجازه تا زمانی نافذ خواهد بود یا مگر اینکه شما آن را پس بگیرید. شما می توانید در هر زمان از طریق تماس گرفتن با مکتب طفل تان اجازه خود را پس بگیرید. هنگامی که معلوماتی از سوابق طفل شما منتشر می شود، اسناد اقسا در سوابق صحتی یا تعلیمی طفل شما نگهداری می شود.

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

امضای ترجمان شفاهی: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

**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:	Hispanic	Non-Hispanic	
IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5
Tdap Vaccine booster	1				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2			
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis B Vaccine (HBV) <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															
		HEENT				Neurological				Skin							
		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				
	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: _____	

فورمه رفتار وآيين نامه رفتار شاگرد

آيين نامه رفتار متعلم در هر سال تحصيلی در دسترس همه خانواده ها قرار می گيرد. با امضای اين وبازگرداندن اين فورمه، والد(ها) / سرپرست(ها) نبايد از حقوق خود صرف نظر کنند، اما صراحتاً حقوق خود را برای حمايت توسط قانون اساسی يا قوانين ايالات متحده و/يا ايالت ويرجينيا محفوظ می دارند. وحق ابراز مخالفت با سياست ها ويا تصميمات بخش مکتب را دارند. آيين نامه رفتار شاگردان، که توسط قانون الزامی است، حاوی دستورالعمل ها و قوانينی برای خط مشی استفاده مسئولانه از سيستم های کامپيوتر؛ حضور اجباری در مکتب؛ استانداردهای رفتار شاگرد؛ سياست برابری و تعالی؛ فورمه گزارش آزار و زورگویی؛ و کد در اجرای استانداردهای ACPS افتخار برای شاگردان است. والدین / سرپرستان وظيفه دارند به مکتب عمومی شهر الکزاندریه رفتار شاگردان و حضور اجباری در مکتب کمک کنند. والدین/سرپرست ها مسئوليت درک آيين نامه رفتار، ترويج رفتار صحيح شاگردان، کمک به مکتب در نظم و انضباط متعلم، و ملاقات با مسئولان مکتب در صورت درخواست برای بحث در مورد مسائل مربوط به انضباط و حضور در مکتب را دارند. قانون همچنين ملزم م یکنند که والدین/سرپرست ها بيانيه ای را امضا کنند که نشان دهد مسئوليت های خود را م بدانند. امضای والدین/سرپرست فقط تايد کننده دريافت اين نامه است و نيازی به موافقت خانواده ها با هيچ یک از سياست های مندرج در آن نيست.

امضاء والدین/سرپرست:

امضاء شاگرد:

استفاده مسئولانه از سيستم های تکنالوژی و رسانه های اجتماعی

من بچيث یک شاگرد موافقت می کنم که دستورالعمل های مربوط به سيستم های تکنالوژی و اينترنت را همانطور که در آيين نامه رفتار شاگردان نوشته شده است رعایت کنم.

امضاء والدین/سرپرست:

امضاء شاگرد:

مقررات سرويس مکتب

ارائه شده است. من مقررات مربوط به شاگردانی که در سرويس مکتب ACPS مقررات سرويس مکتب در کتابچه راهنمای خانواده سوار می شوند خوانده و درک کرده ام و موافقت می کنم که مسئوليت کامل رفتار شاگردانی که در سرويس مکتب سوار میشوند بر عهده بگيرم.

امضاء والدین/سرپرست:

من قوانين مربوط به شاگردان سوار بر سرويس مکتب را خوانده و درک کرده ام و به عنوان یک سواری سرويس موافقم که از اين مقررات پيروی کنم.

امضاء شاگرد:

اطلاعات فهرست و دایرکتوری شاگرد

(قانون حقوق آموزشی خانواده و حریم خصوصی FERPA)

اطلاعات دایرکتوری شامل نام شاگرد، آدرس، مکتب، عکس، جوایز و افتخارات و غیره است (شامل شماره سوشیال سکوریٹی شاگرد نیست). استفاده اولیه از اطلاعات دایرکتوری انتشار اطلاعات شاگردان در نشریات وابسته به مکتب است. فهرست کاملی از موجود است. عمومی شهر الکزاندریه ACPS اطلاعات دایرکتوری در کتابچه راهنمای خانواده مکاتب عمومی شهر الکزاندریه ممکن است اطلاعات دایرکتوری را بدون رضایت کتبی افشا کند، مگر اینکه والدین/سرپرست در زیر نشان دهد که ممکن است اطلاعات شاگرد منتشر نشود.

_____ از تاریخ امضای این فرم تا 15 سپتمبر 2025، اطلاعات دایرکتوری شاگرد را منتشر نکنید، مگر در مواردی که توسط قانون ایالتی یا فدرال الزامی است. من درک می کنم که این بدان معناست که اطلاعات و عکس های متعلم از انتشارات مکتب مانند سالنامه ها، فهرست های افتخاری و برنامه های فارغ التحصیلی/ورزشی/تئاتری چاپی حذف می شوند.

وسازمان های مرتبط با مکتب PTA دایرکتوری های انجمن والدین و معلمین

بسیاری از انجمن های والدین و معلمین تولید می کنند. با این حال، طبق قانون ویرجینیا، هیچ مکتبی نمی تواند آدرس، شماره تلفون یا آدرس ایمیل شاگرد را فاش کند توضیح داده شده باشد، (مگر اینکه والدین/سرپرست ACPS) مگر اینکه طبق قانون یا همانطور که در کتابچه راهنمای خانواده به طور کتبی موافقت کنند.

_____ سازمان های تقویت کننده و PTA ممکن است شماره تلفون و آدرس ایمیل شاگرد/خانواده را به ACPS، بلی سایر سازمان های مرتبط با مکتب از تاریخ امضای این فرم تا 15 سپتامبر 2025 منتشر کند.

مشارکت رسانه ای

در طول سال تحصیلی، مکتب شاگرد با مکاتب عمومی شهر الکزاندریه ممکن است بخواهد عکس ها یا فیلم هایی از شاگرد، تصاویر هنر یا کارهای صنفی او، بخش هایی از نوشته های او یا نقل قول هایی از بحث های صنفی، یا ارائه های آموزشی را به اشتراک بگذارد. این شامل تصاویر در وب سایت مکاتب عمومی شهر الکزاندریه، در ویدیوهای مکاتب عمومی شهر الکزاندریه، در رسانه های اجتماعی، در نشریات مکتب (شامل سالنامه ها و برنامه ها)، یا به اشتراک گذاشته شده با اشخاص ثالث از جمله اما نه محدود به رسانه های محلی (تلویزیون، نشریات آنلاین و چاپی) است.

_____ نه، از تاریخ امضای این فرم تا 15 سپتمبر 2026 از عکس، تصویر، صدا، نوشته ها، کار صنفی یا آثار هنری شاگرد به هیچ یک از روش های شرح داده شده در بالا استفاده نکنید.

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 الشرعيون (أو الطالب إذا كان عمره 18 عام أو القاصر المتحرر قانوناً من سلطة أو وصاية ولي الامر/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 المجموع 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 بموجبي 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.

وقيع 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 التبني كخيار إيجابي في حالة الحمل غير المرغوب فيه. لمعرفة المزيد حول منهاج الالكتروني التربية الأسرية، يرجى زيارة صفحة التربية الحياتية والأسرية على ACPS 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 الحياتية والأسرية على موقع ACPS الالكتروني.

Alternate Authorized Persons for Kindergarten/Special Education Release

شارژہ انن برای کودکستان / آموزش و پرورش و گ افراد مجاز جا

Transportation Department

خش حمل و نقل

Date: _____

Student Name: 1		Student ID #:	
Home Address:		Apt:	Zip:
Parent/Guardian Name(s):		Language Spoken by Parent/Guardian:	
Phone Numbers: شماره تلفن:	Home: شماره خانه	Work:	Cell: شماره تلفن همراه
School: هسردم			
Authorized Persons for Pick Up (other than legal guardians). Only 3 authorized names allowed. 1			
Name of Authorized Persons انام افراد مجاز	Relationship	Telephone Number(s) شماره تلفن	
Parent/Guardian Signature:		Date:	
Principal Signature:			
For Office Use Only:			
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.