

برنامج التعليم في الهواء الطلق
نموذج تسجيل الطالب والمعلومات الصحية
للعام الدراسي 2024-2025
يتعين على ولي الأمر أو الوصي إكمال النموذج
يُرجى الكتابة بخط واضح على كلا الجانبين في الورقة الوردية

للاستخدام المدرسي:
راجع هذا النموذج في الصحة المدرسية أو
الممرض المسجل.
التوقيع بالحروف الأولى: _____

الحضور
التاريخ: _____
المعلم/المعلمة: _____

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ النوع الاجتماعي: _____

الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____
المدرسة: _____
ولي الأمر/الوصي: _____ هاتف المدرسة: _____

1. الاسم _____ رقم الهاتف الخليوي _____ رقم الهاتف المنزلي _____ رقم هاتف العمل _____

2. الاسم _____ رقم الهاتف الخليوي _____ رقم الهاتف المنزلي _____ رقم هاتف العمل _____

عنوان المنزل: _____ البريد الإلكتروني: _____

3. إذا تعذر الوصول إليك في حالة طوارئ، بمن يجب علينا الاتصال؟
الاسم _____ رقم الهاتف الخليوي _____ رقم الهاتف المنزلي _____ رقم هاتف العمل _____

اسم الطبيب: _____ الهاتف: _____

المعلومات الصحية للطلاب وتصريح بتلقي العلاج

يُرجى وضع علامة (✓) على جميع الحالات الصحية التي تنطبق على الطالب وتوضيح التفاصيل أدناه

- أ. الحساسية (يُرجى التحديد أدناه)
- ☐ لسعات النحل/لدغات الحشرات (يُرجى التحديد)
- ☐ حساسية الطعام* (يُرجى التحديد أدناه)
- ☐ حمى القش/التهاب الجيوب الأنفية
- ☐ البلوط السام
- ب. ☐ يعاني من الربو ☐ (يُرجى إرسال الدواء الموصوف)
- ج. ☐ يعاني من مشكلات في الظهر أو الرقبة
- د. ☐ يعاني من التبول اللاإرادي (حاليًا)
- هـ. ☐ يعاني من مشكلات في الأمعاء
- و. ☐ يعاني من الصرع أو نوبات اضطراب
- ز. ☐ يصاب بنوبات إغماء
- ح. ☐ يشكو من الصداع/الصداع النصفي
- ط. ☐ يعاني من مشكلات في القلب
- ي. ☐ يعاني من نزيف الأنف
- ك. ☐ يتبع نظامًا غذائيًا نباتيًا/نباتيًا صارمًا (يُرجى التحديد)
- ل. ☐ تعرض مؤخرًا للإصابة بكسر أو أي إصابات أخرى
- الم. ☐ خضع لجراحة حديثة - موضع الجراحة: _____ تاريخ الجراحة: _____
- ن. ☐ يمشي أثناء النوم (تاريخ) - تاريخ آخر نوبة: _____
- س. ☐ مصاب بمرض السكري - النوع: _____ تاريخ التشخيص: _____
- ع. ☐ يعاني من اضطراب نقص الانتباه أو نقص الانتباه (يُرجى إرسال الدواء الموصوف)
- ف. ☐ مع فرط النشاط (يُرجى التحديد)
- ش. ☐ يحتاج إلى تعليم لنوي الاحتياجات الخاصة بسبب: _____
- ق. ☐ يعاني من اضطرابات نفسية/عاطفية: _____
- ر. ☐ هل يحتاج الطالب إلى مساعد تعليمي داخل الفصل؟ **نعم/لا** مع مساعدة في أنشطة الحياة اليومية؟ **نعم/لا**
- ش. ☐ تاريخ آخر تطعيم ضد التيتانوس (الكراز): _____
- ت. ☐ هل جميع التطعيمات المطلوبة في المدرسة حديثة؟ ☐ نعم ☐ لا

اشرح بإيجاز جميع الحالات المحددة أعلاه (راجع كل عنصر حسب الأحرف)
وإضافة أي مشكلات صحية أخرى غير مذكورة (استخدم أوراقًا إضافية عند الحاجة)

الحرف

الحساسية

(*يُرجى أيضاً الإفصاح عن أي متطلبات غذائية ضرورية طبيًا في نموذج طلب تجهيزات الوجبات الخاصة الموقع من قبل الطبيب.)

تحديد نوع الحساسية	رد فعل الطفل	العلاج المصرح به

جميع الأدوية اليومية والطارئة (سواء كانت بوصفة طبية، أو دون وصفة، أو مكملات غذائية، أو فيتامينات، وما إلى ذلك) يجب أن تكون في عبواتها الأصلية ومرفقة
بنموذج تصريح الأدوية الموقعة من قبل طبيب مختص (طبيب متخصص، أو طبيب عظام، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب) وولي الأمر/الوصي.

مهم: هل سترسل أدوية بوصفة طبية أو بدون وصفة مع الطالب؟

إذا كانت الإجابة «نعم»، فيرجى إكمال **نموذج تصريح الأدوية** وإرساله مع الدواء. يُرجى إرسال نسخة من نموذج تصريح الأدوية المكتملة إلى ممرضة مدرسة الطالب قبل 3 أسابيع على الأقل من موعد المعسكر.

وضع علامة أمام «نعم» (✓) أو «لا» (✗) أدناه للإشارة إلى موافقتك على إعطاء الأدوية المدرجة بواسطة ممرضة المدرسة التعليم في الهواء الطلق أو موظف مسؤول معتمد.

☐	☐	تأيلينول (لآلام الرأس/العضلات، التقلصات، الحمى، الألم)	☐	☐	بينادريل فموي/موضعي (للحساسية، الحكة، اللدغات)
☐	☐	إيبوبروفين (لآلام الرأس/العضلات، التقلصات، الحمى، الألم)	☐	☐	كلاريتين/زيرتك (للحساسية، حمى القش)
☐	☐	تومز/بينيترجيسمول (لآلام المعدة/الإسهال)	☐	☐	دواء لنزلات البرد/الاحتقان للأطفال (للتخفيف من الاحتقان)
☐	☐	علكة الألياف (للإمساك)	☐	☐	دواء السعال للأطفال (للتخفيف من حدة السعال)
☐	☐	درامامين (لتخفيف نوار الحركة)	☐	☐	كريم هيدروكورتيزون (للحكة/الطفح الجلدي)
			☐	☐	مرهم نيوستورين (للجروح/الحروق)

● **تغطية ميدي-كال (Medi-Cal)** رقم وثيقة

• التأمين الخاص اسم شركة التأمين: _____ رقم وثيقة التأمين: _____

أقر بموافقتي على تقديم أي علاج طبي طارئ أو جراحي لطفلي في أقرب مستشفى، إذا دعت الحاجة لذلك، في حالة عدم تمكني من الوصول في الوقت المناسب. كما أوافق على مساعدة موظفي الموقع لطفي في استخدام الأدوية المشار إليها أعلاه والمذكورة في نموذج تصريح الأدوية المرفق.

توقيع ولي الأمر/الوصي: التاريخ:

أقرار بإعفاء المشارك من المسؤولية، وإبراء ذمته، والتعويض عنه

أنا، ولي الأمر/الوصي الموقع أدناه، أوافق على مشاركة طفلي طوعاً في الرحلة الميدانية المدرسية ضمن برنامج «مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق» التابعة لمكتب التعليم في مقاطعة سان دييغو. وأدرك أنا وطفلي أن المشاركة قد تنطوي على مخاطر جسيمة، بما في ذلك احتمال التعرض للإصابات خطيرة أو الوفاة، سواء نتيجة تصرفات طفلي أو تقصيره أو إهماله، أو بسبب تصرفات أو إهمال الآخرين أو نتيجة لحالة المرافق والمعدات أو بيئة الأنشطة أو الظروف البيئية. أتفهم أنه في حال كانت لدي أي مخاوف أو تساؤلات

تتعلق بالمتخصص، يجب على متخصص مع إدارة المراكز بين التوقيع على هذا المستند وبنء الرخوة المبدئية.

أما بالنسبة إلى إدارة المراكز المحتملة التي قد يتعرض لها طفلي أو أنا أو أي فرد من أسرتي، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، نتيجة تفشي أي مرض معد، بما في ذلك، على سبيل المثال الـ الحصر فيروس كورونا 2 المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس كوف-2) المسؤول عن مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)، أو أي طفرات أو متحورات له.

وبناءً على منحي الفرصة للمشاركة في برنامج مدرسة كوميكايا للتعليم في الهواء الطلق، فإنني أوافق طوعاً على التنقل عن أي مطالبات قانونية، وأتحمّل المسؤولية كاملة، وأتعهد بإعطاء مكتب التعليم في مقاطعة سان دييغو ومدرسة كوميكايا للتعليم في الهواء الطلق، وأعضاء مجلس إدارة ديمتا، وموظفيها، ووكلائها، ومتطوعيها، وموظفيها، وأي أفراد آخرين يعملون نيابة عنهم، ما أي مطالبات أو تعويضات أو مسؤوليات قانونية قد ترتب على مشاركة طفلي في هذا البرنامج، وذلك في حال كانت المطالبة ناتجة عن أفعالهم. (أؤكد مع المصنف، إن: خلال فترة البرنامج، قد تكونت لدى أفراد

أمنح بموجب هذا الإنش لأحد أفراد طاقم مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق المدرسين لإجراء اختبار مسحة الأنف للكشف عن كوفيد-19 لطفلي، في حال إصابته بالمرض و/أو ظهور أي أعراض مرتبطة بالفيروس.

أصرّح بموجب هذا الموظفي مكتب التعليم في مقاطعة سان دييغو و/أو موظفي مدرسة طفلي أو المنطقة التعليمية المسؤولة عن نقل طفلي باستخدام الحافلات، أو المركبات التابعة للمكتب، أو المركبات الخاصة، وذلك سواء للرحلات المدرسية الميدانية، أو التنقل بين

المدرسة والمدرسة، ومدرسة حواماها للتعليم في الهواء الطلق، أو في حالات الصواريخ.

الاستلام الإلزامي

أولئك الذين هم من الجنسين، وأن تكون أصواتهم كقد 10 جلد من الشرطة العامة السابقة ذكر وأعمالهم في الشرطة لمدة لا تزيد عن 10 سنوات بعد ذلك في حالة إذا كان التخلي عن السراء السابقين إلى السلطة واحدة الجديدة فلا بد من أن يكون على حد سواء

أدرك أنه في حال مرض طفلي، أو ظهور أعراض كوفيد-19 عليه غير المرتبطة بحالة طبية سابقة مذكورة أعلاه، أو في حال ثبتت إصابته بكوفيد-19 أثناء تواجده في مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق، أو لم يلتزم بقواعد المدرسة، فإنه يجب عليّ أو على جهة الاتصال الطبية المذكورة في هذا النموذج الحضور لاستلام طفلي من المدرسة خلال ساعات

سياسة الانضباط

أقر بأنه في حال عدم امتثال طفلي للتعليمات وقواعد مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق، سيحاول موظفو المدرسة العمل معه للمساعدة على اتخاذ قرارات أفضل. وفي بعض الحالات، قد يتم فرض عقوبات تأديبية. والتي قد تشمل - حسب خطورة السلوك - استبعاده مؤقتاً من الأنشطة الترفيهية، أو الفصل المؤقت من مدرسته الأساسية، أو إلزامه بأن يأخذ حصة في هذا النوع من الحضور لاستيعابه، إعادته إلى المنزل.

البيان والتصريح الإعلامي

أثناء الأنشطة، استخدمنا الأغراض التالية، ووجهة، أو، إعلامية، أفع، أنه، في، حال، عدم، غت، في، ظهور، طفل، في، هذه، المقاطع، أو، الصور، ، ففقد، أتم، من، لية، إلى، أصل، مع، مركز، تد، المعسكر، في، مع، أقصاء، سنة، عا، (2) قبل، بدء

قد يتم التقاط مقاطع فيديو و/أو صور أثناء الأنشطة واستخدامها لأغراض ترويجية و/أو إعلامية. افهم أنه في حال عدم رغبتك في ظهور طفلي في هذه المقاطع أو الصور، فإنني أحمل مسؤولية التوصل مع سكرتير المعسكر في موعد أقصاه أسبوعان (2) قبل بدء المعسكر، علم الرقم: 3000-765 760.

لقد قرأت هذا المستند وفهمته وأوافق على جميع الشروط والأحكام الواردة فيه. ويتوحيهي أدناه، أقر وأؤكد أنني قد قرأت هذا الاتفاق بالكامل، وأدرك أنني أتنازل عن حقوق قانونية جوهرية، بما في ذلك حقي في مقاضاة ورفع دعوى قضائية، وأنتني وقعت على هذا الاتفاق بإرادتي الكاملة وعن وعي تام.

اسم ولي الأمر/الوصي مطبوعاً