الطالب:		المدرسة:	السنة الدراسية: 2025
الصف:	الغرفة الصفية:	رقم الباص:	رقم الطالب:

CHRISTINA SCHOOL DISTRICT

يجب على ولي الأمر/الوصي التوقيع على جميع الأقسام المظللة

للاستخدام المدرسي فقط:		تم التحقق من الوصاية القانونية/مقدم الرعاية:	
رقم الهوية:		في قاعدة بيانات الطلاب:	
شهادة الميلاد:		السجلات المطلوبة:	
المطاعيم:		الدرجات التي تم الحصول عليها:	

تسجيل الطالب/بطاقة الطوارئ

سيتم اتباع الإرشادات الحالية لفيروس كورونا، الصادرة عن الصحة العامة بولاية ديلاوير (DPH)، ومركز مكافحة الأمراض (CDC) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) للعام الدراسي.

معلومات الطالب				
الصف:		هل سبق أن تم تسجيل هذا الطالب في مدرسة عامة أو مدرسة مستقلة في ولاية ديلاوير؟ ☐ نعم ☐ لا		
الاسم الأول:		الجنس:	☐ ذكر ☐ انثى	
الاسم الأوسط:		تاريخ الميلاد:		
اسم العائلة:		هاتف المنزل:		غير مسجل: ☐ نعم ☐ لا
الجيل:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V			

معلومات عن العرق والخلفية العرقية
هل هذا الطالب إسباني أم لاتيني؟ (اختر إجابة واحدة.) الأشخاص من كوبا، أو المكسيك، أو بورتوريكو، أو أمريكا الجنوبية أو الوسطى، أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن العرق، يعتبرون من أصل اسباني أو لاتيني ☐ نعم ☐ لا
قم بالإشارة إلى عرق هذا الطالب أدناه. يجب عليك تحديد عرق واحد على الأقل، بغض النظر عن المواصفات العرقية. يمكن اختيار أكثر من إجابة واحدة. ☐ هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض ☐ آسيوي ☐ سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ

العنوان: يرجى الإشارة إلى العنوان الفعلي (المنزل) والعنوان البريدي إذا كانا مختلفين.

العنوان الفعلي		العنوان البريدي نفس العنوان الفعلي؟ ☐ نعم ☐ لا	
شقة #:		شقة #:	
العنوان:		العنوان:	
المجمع:		المجمع:	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:		المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	

معلومات الاتصال بالوالدين/الوصي			
الاسم الأول:		العلاقة: ☐ الأم ☐ الأب ☐ زوجة الأب ☐ زوج الأب ☐ الوصي المعين من قبل المحكمة ☐ آخر (يرجى ذكره):	
الاسم الأوسط:			
الاسم الأخير:			
الجيل:		يسكن معكم:	☐ نعم ☐ لا
رقم الشقة:		الهاتف المحمول:	
عنوان الشارع:		هاتف المنزل:	غير مسجل: ☐ نعم ☐ لا
التطوير:		هاتف العمل:	
المدينة:		تاريخ الميلاد:	
الولاية/الرمز البريدي:		صاحب العمل:	
يرجى تزويدنا بعنوان بريد إلكتروني واحد:			
البريد الإلكتروني:			

الاسم الأول:		العلاقة: ☐ الأم ☐ الأب ☐ زوجة الأب ☐ زوج الأب ☐ الوصي المعين من قبل المحكمة ☐ آخر (يرجى ذكره):	
الاسم الأوسط:			
الاسم الأخير:			
الجيل:		يسكن معكم:	☐ نعم ☐ لا
رقم الشقة:		الهاتف المحمول:	
عنوان الشارع:		هاتف المنزل:	غير مسجل: ☐ نعم ☐ لا

المجمع:		هاتف العمل:	
المدينة:		تاريخ الميلاد:	
الولاية/الرمز البريدي:		صاحب العمل:	
يرجى تزويدنا بعنوان بريد إلكتروني واحد:			
البريد الإلكتروني:			

معلومات الاتصال في حالات الطوارئ: يجب أن يكون عمرك 18 عامًا أو أكثر.				
هام: في حالة الطوارئ، سيتم الاتصال بالأفراد المدرجين هنا إذا لم يكن من الممكن الوصول إلى أحد الوالدين/الوصي.	الاسم الأول:		الاسم الأول:	
	الاسم الأخير:		الاسم الأخير:	
	العلاقة:		العلاقة:	
	العنوان:		العنوان:	
	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:		المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
	الهاتف المحمول:		الهاتف المحمول:	
	هاتف المنزل:		هاتف المنزل:	
	هاتف العمل:		هاتف العمل:	

اسم الطالب:		رقم الطالب:

معلومات الحضانة الخاصة: إذا كان الطفل يعيش مع شخص غير الأم أو الأب الطبيعي، الإشارة إلى ذلك هنا:		معلومات إضافية	
الاسم:		هل تم طرد الطالب من قبل؟	☐ نعم ☐ لا
العلاقة:		هل شارك الطالب في برنامج الموهوبين؟	☐ نعم ☐ لا
هل توجد أوراق احتجاز لهذا الطالب؟ ☐ نعم ☐ لا		هل يمتلك طفلك (يتطلب الأمر توثيقًا):	
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة من الأوراق للاحتفاظ بها في الملف.		خطة التعليم الفردية (IEP) ؟	☐ نعم ☐ لا
		خطة التسهيلات 504؟	☐ نعم ☐ لا

الخلفية التعليمية: يرجى إدراج أحدث تجربة مدرسية لطفلك (بما في ذلك مرحلة ما قبل المدرسة إذا أمكن).	
اسم الشخص أو البرنامج:	
العنوان:	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
☐ المنزل/مربية الأطفال ☐ مدرسة رعاية أطفال منزلية ☐ مركز الطفولة المبكرة	
هل تلقى طفلك أيًا من الخدمات التالية في المدرسة السابقة؟ ☐ التعليم الخاص ☐ المساعدة الحكومية التعليمية ☐ اللغة الإنجليزية كلغة ثانية ☐ أخرى:	

معلومات عن الأخوة في سن المدرسة									
الاسم:						الاسم:			
العمر:		الصف:			الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى	العمر:		الصف:			الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى
المدرسة:						المدرسة:			
الاسم:						الاسم:			
العمر:		الصف:			الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى	العمر:		الصف:			الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى
المدرسة:						المدرسة:			

ترتيبات الرعاية النهارية	
الاسم:	
العنوان:	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
الهاتف:	

معلومات النقل:			
	يرجى وضع علامة اختيار في المربعات التي تنطبق على طفلك.		**التعليقات**: إذا كانت محطة الحافلات مختلفة عن عنوان المنزل، فيرجى إدراج العنوان في هذا العمود واستكمال نموذج نقل رعاية الأطفال
من المدرسة	سيستقل طفلي الحافلة من المنزل إلى المدرسة		
	سيستقل طفلي الحافلة من الحضانة إلى المدرسة		
	سيذهب طفلي سيرًا على الأقدام إلى المدرسة كل يوم		
	سيتم نقل طفلي بالسيارة إلى المدرسة كل يوم		
الى المدرسة	سيستقل طفلي الحافلة من المدرسة إلى المنزل		
	سيستقل طفلي الحافلة إلى الحضانة بعد المدرسة		
	سيعود طفلي سيرًا على الأقدام إلى المنزل بعد المدرسة كل يوم		
	سيتم اصطحاب طفلي من المدرسة كل يوم		

أشهد بأنني مقيم حالي في ولاية ديلاوير وأن جميع البيانات الواردة في هذا النموذج التي أدليت بها صحيحة وكاملة وموثقة على حد علمي واعتقادي، وأنها صادرة بحسن نية. بتوقيعي على هذا النموذج، أفهم أن إعطاء إجابة خاطئة أو غير صحيحة لأي من الأسئلة في هذا النموذج قد يؤدي إلى توجيه اتهامات جنائية بالإدلاء ببيان كاذب (قانون ديلاوير الحادي عشر، الفصل الخامس، الجزء الرابع، المادة 1233). المادة 1233 الإدلاء ببيان مكتوب كاذب؛ جنحة من الدرجة الأولى. يكون الشخص مذنبًا بالإدلاء ببيان مكتوب كاذب عندما يدلي ببيان كاذب يعرف أنه كاذب أو لا يعتقد أنه صحيح في وثيقة مكتوبة تحمل إشعارًا مصرحًا به بموجب القانون، مفاده أن البيانات الكاذبة الواردة فيها يعاقب عليها القانون. الإدلاء ببيان مكتوب كاذب هو جنحة من الدرجة الأولى. (11 Del. c. 1953, §1233; 58 Del. Laws, c. 497, §1; 67 Del. Laws, c 130, §8; 70 Del. Laws, c. 186, §1.)

توقيع الوالد/الوصي/مقدم الرعاية القريب	التاريخ

معلومات حول كيفية مشاركة منطقة مدارس كريستينا لمعلومات الطلاب
تدرك منطقة مدارس كريستينا الحاجة إلى حماية معلومات الطلاب وخصوصيتهم أثناء الترويج للأنشطة التعليمية واللامنهجية في المنطقة ووسائل الإعلام الخارجية. يسمح القانون الفيدرالي (FERPA) للمنطقة بإصدار معلومات الدليل في ظل ظروف محدودة. معلومات الدليل هي معلومات حول الطالب لا تعتبر عمومًا انتهاكًا للخصوصية، مثل الاسم والعنوان والصورة والأنشطة والرياضات. إذا كنت ترغب في إلغاء الاشتراك في إصدار المنطقة لهذه المعلومات أو تضمين طفلك في المقالات والصور، يرجى زيارة : http://www.christinak12.org/FERPA

توقيع موظف المنطقة الذي يقبل التسجيل	المكان	التاريخ

اسم الطالب:		رقم الطالب:

تحديث التاريخ الصحي للطالب: **سيتم مشاركة هذه المعلومات مع الموظفين والإدارة عند الحاجة إلى معرفتها، ومع طاقم الطوارئ الطبية في حالة الطوارئ، ما لم تخبرنا بخلاف ذلك.**

1. هل سافر طفلك خارج البلاد لأكثر من شهر واحد في العام الماضي؟ ☐ نعم ☐ لا
   اذا كانت الإجابة نعم الى اين؟ _____
2. هل ثبتت إصابتك أنت أو طفلك أو أي شخص في منزلك بفيروس COVID-19؟ ☐ نعم ☐ لا
   *إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الاتصال بممرضة مدرستك

3. يرجى التحقق مما إذا كان الطفل قد واجه صعوبة في أي من الأمور التالية. يرجى تقديم التواريخ والمعلومات الإضافية في قسم التعليقات.

☐ اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ☐ النزيف ☐ الارتجاج ☐ القلب ☐ النوبات الصرعية
☐ الحساسية ☐ ثقب الجسم/الوشم ☐ مرض السكر ☐ التهابات ☐ الكلام
☐ الربو ☐ مشاكل العظام ☐ عاطفي ☐ الكلى ☐ الجراحة
☐ السلوك ☐ الأمعاء/المثانة ☐ السمع ☐ الإعاقة الجسدية ☐ الرؤية
☐ أخرى:

يجب على جميع الطلاب المصابين بالربو أو النوبات أن يضعوا خطة عمل للتعامل مع الربو أو النوبات

التعليقات: _____

4. **هل يعاني طفلك من حساسية تجاه الأدوية أو اللاتكس أو لدغات الحشرات أو أي حساسية أخرى؟** ☐ نعم ☐ لا

من ماذا؟: ماذا حدث؟: العلاج:

5. **هل يعاني طفلك من حساسية تجاه الطعام تم تشخيصها من قبل مقدم رعاية صحية مرخص؟** ☐ نعم ☐ لا
من ماذا؟: ماذا حدث؟: العلاج:
يجب إكمال خطة عمل حساسية الطعام من قبل مقدم رعاية صحية مرخص لجميع الطلاب الذين يعانون من حساسية تجاه الطعام.

6. **هل زار طفلك مقدم رعاية صحية منذ انتهاء الدراسة في يونيو؟** ☐ نعم ☐ لا
لماذا؟

7. **هل يتم علاج طفلك أو تقييمه لأية حالات صحية؟** ☐ نعم ☐ لا
اذكر الحالة (الحالات):

8. **هل يتناول طفلك أي دواء أو علاج؟** ☐ نعم ☐ لا
اسم الدواء أو العلاج:
هل يحتاج طفلك إلى دواء أثناء ساعات الدراسة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة لإجراء الترتيبات.

9. **هل تم وصف نظارات أو عدسات لاصقة لطفلك؟** ☐ نعم ☐ لا
تاريخ آخر فحص: إذا كان طفلك يرتدي نظارات أو عدسات لاصقة، متى تم تغيير الوصفة الطبية آخر مرة؟ ☐ نعم ☐ لا

10. هل مر طفلك بأي أحداث مهمة في حياته، مثل الانتقال مؤخرًا، أو الوفاة، أو الانفصال، أو الطلاق، وما إلى ذلك منذ نهاية العام الدراسي الماضي؟
☐ نعم ☐ لا

***إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة أو مستشار المدرسة.**

المعلومات الطبية			
طبيب الاسرة:		الهاتف	
طبيب اسنان الاسرة:		الهاتف	

لطفلي بتناول عقار أسيتامينوفين (تايلينول®) حسب ما تحدده الممرضة. ☐ نعم ☐ لا
لطفلي بتناول عقار إيبوبروفين (أدفيل®) حسب ما تحدده الممرضة. ☐ نعم ☐ لا
لطفلي بتناول كريم الإسعافات الأولية_____ كالادريل®_____ و تامز ®_____. ☐ نعم ☐ لا
توقيع الوالد/ولي الأمر: **التاريخ:**

إجراءات الطوارئ المدرسية: لقد اعتمدت مدارسكم الإجراءات التالية التي سيتم اتباعها عادةً في رعاية طفلكم عندما يمرض أو يصاب في المدرسة. وفي حالات الطوارئ القصوى، ستسعى المدرسة للحصول على رعاية طبية فورية.

في حالة الطوارئ و/أو الحاجة إلى رعاية طبية أو رعاية في المستشفى:

1. **ستتصل المدرسة بالمنزل. إذا لم يكن هناك إجابة،**
2. **ستتصل المدرسة بمكان عمل الوالد/الوصي 1 أو الوالد/الوصي 2. إذا لم يكن هناك إجابة،**
3. **ستتصل المدرسة بأرقام الهاتف الأخرى المدرجة والطبيب.**
4. **إذا لم يكن هناك إجابة من أي مما سبق، ستتصل المدرسة بسيارة إسعاف، إذا لزم الأمر، لنقل الطالب إلى منشأة طبية محلية.**
5. **بناءً على الحكم الطبي للطبيب المعالج، يجوز إدخال الطالب إلى منشأة طبية محلية.**
6. **ستستمر المدرسة في الاتصال بالوالدين أو الأوصياء أو الطبيب حتى يتم الوصول إليهم.**
7. **يجوز مشاركة المعلومات الموجودة في هذا النموذج مع طاقم الطوارئ الطبية.**

إذا لم يتمكن أحد من الوصول إليّ واتبعت سلطات المدرسة الإجراءات الموضحة، فإنني أوافق على تحمل جميع تكاليف نقل هذا الطالب وعلاجه طبيًا. كما أوافق بموجب هذا على أي علاج أو جراحة أو إجراءات تشخيصية أو إعطاء التخدير، والتي قد يتم إجراؤها بناءً على الحكم الطبي للطبيب المعالج.

توقيع الوالد/الوصي:	**التاريخ:**