

مرحبا بكم في منطقة ادموندز التعليمية. نحن نقبل الآن حزم تسجيل الطلاب الجدد للعام الدراسي 2026-27. يرجى إكمال حزمة التسجيل هذه وإعادتها إلى مدرسة مطلوبة. إذا قمت بتسجيل طفلك عبر الإنترنت في Skyward، فالرجاء عدم إكمال هذه الحزمة. نتطلع إلى العمل معك ومع طفلك.

الخطوة 1: أكمل النماذج المطلوبة التالية

Student Enrollment Form P-134 ☐

Student Residency Verification Form P-135 ☐ ورافق إثبات الإقامة

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

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

Affidavit of Residency P-110 (تصل بمدرستك) ☐

Student Health Enrollment Form HS-534 ☐

HS-518 يتم ت بيل سجلات التحصير من MyIR ☐

يرجى قراءة تعليمات خطاب الغلاف الخاص بنموذج HS-581 . ☐

يتم تشجيع العائلات المؤهلة على التقدم ل برنامج الوجبات المجانية والمخفضة. عملية التقديم بسيطة وسرية. التطبيقات متاحة على الرابط أدناه، Skyward Family Access أو ف أي مدرسة .

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

تعيينات مستوى الصف			
المرحلة الثانوية		المرحلة الابتدائية	
الصف السابع	8/31/2013 إلى 9/1/2014	روضة الاطفال	8/31/2020 إلى 9/1/2021
الصف الثامن	8/31/2012 إلى 9/1/2013	الصف الاول	8/31/2019 إلى 9/1/2020
الصف التاسع	8/31/2011 إلى 9/1/2012	الصف الثا ن	8/31/2018 إلى 9/1/2019
الصف العا سر	8/31/2010 إلى 9/1/2011	الصف الثالث	8/31/2017 إلى 9/1/2018
الصف الحادي ع ش	8/31/2009 إلى 9/1/2010	الصف الرابع	8/31/2016 إلى 9/1/2017
الصف الثا ن ع ش	8/31/2008 إلى 9/1/2009	الصف الخامس	8/31/2015 إلى 9/1/2016
		الصف السادس	8/31/2014 إلى 9/1/2015

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

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

حضور الطلاب الى المدرسة .

ملاحظة مهمة :

اثبات تاريخ الميلاد:

بالنسبة للطلاب الجديد الذي يدخل روضة الأطفال و الصف الأول عند وصولهم الى الولايات المتحدة و ليس لديه خبة مدرسية سابقة , يجب على الإباء تقديم مستند لتحديد عمر الطالب و الذي يتضمن على سبيل المثال , شهادة دينية , او بيان ولادة من المستش ف الذي ولد فيه او من طبيب تظهر تاريخ الولادة , سجل التبي ن , سج لات مدرسية تم التحقق منها مسبقا , أوراق خاصة من دائرة الخدمات الاجتماعية و الصحية , او أي مستند قانون اخر.

الحالات المرضية ال ري ن تهدد حياة الطالب , الادوية و التطعيمات :

يحتاج الطلاب الذين يعانون من امراض مهددة للحياة (امثلة : حساسية شديدة , الربو الشديد , داء السكري , الصرع و ما الى ذلك) الى خطط صحية . اذا كانت الحالة تتطلب دواء يجب ان تكون الخطة و الادوية ف مب ن المدرسة بحلول يوم الثلاثاء قبل أسبوع ري من بدء المدرسة لضمان ان يبدأ الطالب ف اليوم الأول. التطعيمات مطلوب ك شط لحضور الطلاب الى المدرسة .

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

بيان إثبات محل الإقامة**حدد واحدًا:**☐ طالب جديد☐ طالب حالي

اسم الطالب: _____ المدرسة: _____ الصف: _____

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

للتحقق من الإقامة داخل المنطقة، يجب تقديم وثيقة واحدة سارية من القائمة التالية. يجب أن تكون الوثيقة مؤرخة خلال الستين يومًا الأخيرة، وتوضح اسم ولي الأمر/الوصي وعنوانه (أرقام صناديق البريد غير مقبولة كعنوان سكني). سأقوم بإخطار المدرسة في غضون أسبوعين من حدوث أي تغييرات في محل الإقامة وأوافق على تقديم إثبات جديد على محل الإقامة وبيان موقع محدث في ذلك الوقت.

☐ فاتورة المياه☐ أوراق الضمان أو دفتر الرهن العقاري أو بيان الرهن☐ فاتورة تلفزيون الكابل والإنترنت☐ بيان تأمين السكن☐ فاتورة القمامة☐ عقد/اتفاقية الإيجار مع إيصال الإيجار الحالي☐ فاتورة الهاتف للخط الأرضي في العنوان الوارد☐ فاتورة الغاز أو فاتورة الكهرباء☐ وثائق أخرى معتمدة من المدرسة: _____

☐ إذا كنت جزءًا من برنامج سرية العنوان في ولاية واشنطن، فإن الوثائق الرسمية من برنامج سرية العنوان مع مدرسة منطقة الحضور تفي بمتطلبات إثبات الإقامة في نطاق منطقة إدموندز التعليمية. يجب عليك تقديم خطاب مجدّد إلى المدرسة كل عام.

☐ إثبات الإقامة باستخدام _____ . يجب إكمال نموذج إفادة خطية بمحل الإقامة P-110، متاح في المدرسة عند الطلب.

إذا لم تتمكن من تقديم أي من العناصر المذكورة أعلاه، فيُرجى الاتصال بالمدرسة لمناقشة ظروفك ومناقشة الخطوات التالية.

يُرجى إدراج أسماء الطلاب الإضافيين المقيمين في هذا العنوان ويحضرون مدرسة في منطقة إدموندز التعليمية أدناه.

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد _____ الصف _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد _____ الصف _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد _____ الصف _____

إذا انتقلت خارج نطاق المدرسة الحالية، فإنني أدرك أن استمرارتي في الحضور غير مضمون وأنني سألتقى رسالة إخطار بشأن الموافقة. ستكون العائلات التي تطلب التسجيل خارج منطقة الحضور الأصلية مسؤولة عن جميع وسائل النقل.

إذا انتقلت خارج نطاق المنطقة التعليمية، فيجب تقديم طلب نقل اختيار والموافقة عليه سنويًا للاستمرار في المدرسة الحالية. أكمل الطلب هنا:

<https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>

إذا كان طفلك مسجلًا حاليًا وكان هذا الطلب تغييرًا جديدًا للعنوان، فاختر خيارًا واحدًا أدناه.

☐ لقد انتقلت مؤخرًا وأخطط لتسجيل طفلي (أطفالي) على الفور في مدرسة الحي الجديد.☐ لقد انتقلت مؤخرًا وأطلب أن يستمر طفلي (أطفالي) في مدرسته الحالية حتى أعلى مستوى صف دراسي في المدرسة.☐ لقد انتقلت مؤخرًا وأطلب أن يستمر طفلي (أطفالي) في مدرسته الحالية حتى نهاية العام الدراسي الحالي.

أقر بأن الطالب (الطلاب) المدرجين أعلاه يقيمون في العنوان المقدم لإثبات محل الإقامة. قد يؤدي تزوير أي معلومات أو مستند مطلوب لإثبات محل الإقامة، أو استخدام عنوان شخص آخر دون الإقامة الفعلية فيه، إلى إلغاء تسجيل الطالب في منطقة إدموندز التعليمية (انظر السياسة 3131/3131P).

اسم ولي الأمر/الوصي بخط واضح: _____ البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____



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

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

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

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

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

طالب (طلاب) إضافيون _____

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

عنوان الإقامة الحالية : _____

هل يحتاج الطالب إلى مواصلات من وإلى المدرسة : ☐ نعم ☐ لا

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

رقم الهاتف أو رقم الاتصال: اسم جهة الاتصال : _____

بريد إلكتروني : _____

* توقيع الوالد / الوصي القانوني : _____

(أو الشباب غير المصحوبين بذويهم)

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

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

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

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

لأغراض هذا العنوان الفرعي :

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

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

(B) يشمل —

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

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

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

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

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

مصادر إضافية

يمكن العثور على معلومات وموارد الوالدين على ما يلي:

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

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

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

For Office Use Only

Received:

Time:

التاريخ:

التاريخ:

معلومات الأسرة

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

رقم الهاتف المحمول للطلاب

الاسم السابق

الاسم المفضل

الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر ☐ X الصف الذي سيدخله: تاريخ الميلاد:

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

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

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

معلومات الأسرة الأساسية
ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

يرجى استخدام كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري

عنوان السكن: العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا):

معلومات الأسرة الثانوية
ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب :

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد: عنوان البريد الإلكتروني:

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل

رقم الهاتف ()

يرجى استخدام كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري

عنوان السكن: العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا):

معلومات الأسرة

معلومات الاسرة	هل تم توظيف أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه أو يعمل حاليًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا		
	إذا نعم ، تحت أي اسم؟ هل كان أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه طالبًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأَي والد أو وصي وتحت أي اسم؟		
معلومات رعاية الأطفال: ما قبل الروضة حتى الصف السادس فقط	هل ملتحق طفلك برعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تقديم المعلومات التالية. هل يجب إدراج الحضانة كجهة اتصال للطوارئ؟ ☐ نعم ☐ لا		
	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ	في حالة حدوث حالة طارئة للطالب، أو أصيب بالمرض أو الإصابة ولا يمكننا الوصول إلى أحد الوالدين أو الوصي أولاً. يرجى ذكر الأشخاص، غيرك، الذين وافقوا على رعاية طفلك وتوفير وسائل النقل له. الاتصال 1:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
	الاتصال 2:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
الاتصال 3:			
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
تاريخ الطالب	ادرج جميع المدارس التي التحق بها الطالب، بدءًا من أحدث مدرسة. هل سبق أن التحق الطالب بمدرسة عامة في ولاية واشنطن؟ ☐ نعم ☐ لا		
	أحدث مدرسة حالية	الصفوف التي التحق بها	تاريخ الانسحاب
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
			رقم الفاكس
	المدرسة	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
			رقم الفاكس
	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس	
	الولاية أو البلد	رقم الهاتف	
		رقم الفاكس	
هل أعاد طفلك عام دراسي من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات)			
هل كان طفلك متقدمًا من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات)			

هل تأهل طفلك أو تم تسجيله بـ

برنامج تعليم خاص ؟ ☐ نعم ☐ لا نوع برنامج (برنامج) التعليم الخاص: _____

* إذا كانت الإجابة بنعم، قَدِّم نسخة من IEP إلى المدرسة

☐ ميعلتلا صاخلا ☐ EL / ML ☐ اللغة المزدوجة ☐ التعليم الخاص ☐ 504 Plan ☐ IEP ☐ برنامج موهوب / ذو قدرات عالية ☐ Running Start

☐ مدرسة / برنامج بديل ☐ Title III (دعم) ☐ Title VI (NA / AN) ☐ التعليم الهندي ☐ أخرى: _____

ادرج جميع الأشقاء الذين يحضرون في منطقة ادموندز التعليمية

الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة
الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة

وفقاً لقانون ولاية واشنطن (RCW 26A.255.330) ، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

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

هل لدى طفلك أي تعليق أو طرد سابق أو حالي أو معلق أو طرد من مدرسة حالية أو سابقة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح. _____

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

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

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

هل لديك وسيلة الوصول إلى الإنترنت؟ ☐ نعم ☐ لا

هل طفلك في الانتظار / حاليًا في رعاية التبني؟ ☐ نعم ☐ لا

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

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

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

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة.

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

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

يرجى تقديم تعليقات إضافية للمساعدة في رعاية طفلك. _____

يُطلب من المناطق التعليمية في ولاية واشنطن الحصول على معلومات من العائلات بخصوص الوضع العسكري في الخدمة الفعلية. تُستخدم هذه المعلومات لإزالة العوائق التي تحول دون النجاح التعليمي المفروضة على أطفال العائلات العسكرية بسبب الانتقال المتكرر وتعيين آبائهم. يرجى الإشارة أدناه إذا كنت تعمل في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي. الخدمة الفعلية حاليًا في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإشارة أدناه: ☐ الخدمة الفعلية للقوات المسلحة الأمريكية ☐ عضو الحرس الوطني ☐ أكثر من عضو في القوات المسلحة / الحرس الوطني ☐ احتياطي القوات المسلحة الأمريكية ☐ لا انتماء

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

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

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

من أصل إسباني أو لاتيني

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

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ إسباني | ☐ باراجواي | ☐ مستيزو | ☐ Guyanese | ☐ كوبي | ☐ تشيلي | ☐ أرجنتيني |
| ☐ سورينامي | ☐ بيروفي | ☐ أصلي | ☐ هندوراس | ☐ دومينيكان | ☐ كولومبي | ☐ بوليفي |
| ☐ أوروغواي | ☐ بورتوريكو | ☐ نيكاراغوا | ☐ جامايكي | ☐ أكوادوري | ☐ كوستاريكا | ☐ برازيلي |
| ☐ فنزويلي | ☐ السلفادور | ☐ بنمي | ☐ مكسيكي | ☐ غواتيمالي | ☐ شيكانو (أمريكي مكسيكي) | |
- ☐ من أصل إسباني أو لاتيني اكتب: _____

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

الهنود الحمر أو سكان الأسكا الأصليين

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

☐ الهنود الحمر/سكان الاسكا الاصليين

☐ الهنود الامريكيون الاصليون اكتب: _____

قبائل ولاية واشنطن:

☐ Quileute قبيلة محمية Quileute

☐ أمة كينولت الهندية

☐ أمة ساميش الهندية

☐ قبيلة سو-ك-سويتال الهندية في واشنطن

☐ Shoalwater Bay قبيلة هندية من محمية Shoalwater Bay الهندية

☐ قبيلة سكوكوميش الهندية

☐ قبيلة سنو هوميش

☐ قبيلة سنكوامي الهندية

☐ قبيلة سنوكولمو

☐ قبيلة سبوكان من محمية سبوكان

☐ قبيلة جزيرة سكواكسين التابعة لمحمية جزيرة سكواكسين

☐ قبيلة ستيلكوم

☐ قبيلة ماز الجواميش من هنود واشنطن

☐ قبيلة سوكاميش الهندية في محمية ميناء ماديسون

☐ مجتمع قبيلة سوينوميش الهندي

☐ قبائل تولاليب بواشنطن

☐ سكايجيت العليا

☐ قبيلة شينوك

☐ القبائل الكونفدرالية والفرق التابعة لأمة Yakama

☐ القبائل الكونفدرالية في محمية شهيلس

☐ القبائل الكونفدرالية في محمية كولفيل

☐ قبيلة Cowlitz الهندية

☐ قبيلة Duwamish

☐ قبيلة Hoh الهندية

☐ قبيلة Jamestown S'Klallam

☐ مجتمع كاليسل الهندي في محمية كاليسل

☐ الأمة الهندية Kikiallus

☐ مجتمع Lower Elwha القبلية

☐ قبيلة Lummi من محمية Lummi

☐ قبيلة مكة الهندية من محمية ماكا الهندية

☐ قبيلة Marietta Band of the Nooksack

☐ قبيلة Muckleshoot الهندية

☐ قبيلة Nisqually الهندية

☐ قبيلة Nooksack الهندية

☐ قبيلة Port Gamble S'Klallam

☐ قبيلة Puyallup في محمية Puyallup

آسيوي

☐ ماليزي

☐ مين

☐ منغولي

☐ نيبالي

☐ او كيناواي

☐ باكستاني

☐ بنجابي

☐ سنغافوري

☐ سرى لا نكا

☐ تاواني

☐ تايلاندي

☐ تبت

☐ فيتنامي

☐ آسيوي اكتب _____

☐ آسيوي

☐ ندي آسيوي

☐ بنغلاديشي

☐ بوتاني

☐ بورمه/ميانمار

☐ كمبودي/خمير

☐ شام

☐ صيني

☐ فيليبينني

☐ همونغ

☐ إندونيسي

☐ ياباني

☐ كوري

☐ لاو

سكان هاواي الاصليون او سكان جزر المحيط الهادي الاخرى

☐ سكان هاواي الاصليون/سكان جزر المحيط الهادي الاخرى

☐ بالاوان

☐ بابوان

☐ بونبيان

☐ ساموي

☐ سكان جزر سولومان

☐ تاهيتي

☐ توكيلون

☐ تونجان

☐ توفالون

☐ يابيز

☐ سكان هاواي الاصليون

☐ ني-فانوتو

☐ من سكان المحيط الهادي اكتب: _____

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

غرب افريقيا ☐ بنين ☐ غينيا-بيساو ☐ بوركينا فاسو ☐ (بوركينا فاسو) ☐ كابوا فيرديان ☐ ساحل العاج ☐ (كوت ديفوار) ☐ غامبيا ☐ الغاني ☐ ليبيري ☐ مالي ☐ موريتاني ☐ نيجر (النيجر) ☐ نيجيري (نيجيريا) ☐ سانت هيلينان ☐ سنغالي ☐ سيراليوني ☐ توغو ☐ غرب افريقيا اكتب:	أمريكي لاتيني ☐ أرجنتيني ☐ بليز ☐ بوليفي ☐ برازيلي ☐ تشيلي ☐ كولومبي ☐ كوستاريكا ☐ أكوادوري ☐ السلفادور ☐ جزر Falkland ☐ Guianese فرنسي ☐ غواتيمالا ☐ جويانا ☐ جون دوران ☐ مكسيكي ☐ نيكاراغوا ☐ بنما ☐ باراغواي ☐ بيرو ☐ جورجيا الجنوبية وجزر Sandwich الجنوبية ☐ سورينام ☐ أوروغواي ☐ فنزويلي ☐ أمريكا اللاتينية اكتب: _____	شرق افريقيا ☐ بوروندي ☐ جزر القمر ☐ جيبوتي ☐ إريتري ☐ أثيوبيا ☐ كيني ☐ مدغشقر ☐ (مدغشقر) ☐ ملاوي ☐ موريشيوس (موريشيوس) ☐ Mahoran (مايوت) ☐ موزمبيق ☐ ريونيونيز ☐ رواندي ☐ سيشيل/سيشل ☐ صومالي ☐ جنوب السودان ☐ سوداني ☐ أوغندي ☐ تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة) ☐ زامبيا ☐ زيمبابوي ☐ شرق افريقيا اكتب: _____	افريقيا الوسطى ☐ انفولي ☐ كامبروني ☐ وسط افريقيا ☐ (جمهورية افريقيا الوسطى) ☐ تشادي ☐ كونغوليون ☐ (جمهورية الكونغو) ☐ كونغولي ☐ (جمهورية الكونغو الديمقراطية) ☐ غينيا الاستوائية ☐ غابونيين ☐ ساو توميان ☐ برينسيبي ☐ وسط افريقيا اكتب _____: جنوب افريقيا ☐ بوتسواني ☐ Mosotho (ليسوتو) ☐ نامبيي ☐ جنوب افريقيا ☐ سوازيلاند ☐ جنوب افريقيا اكتب _____:	أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ أسود/أمريكي من اصل أفريقي ☐ أمريكي من اصل أفريقي ☐ كندي أفريقي منطقة البحر الكاريبي ☐ انغيلان ☐ أنتيغوان ☐ جزر البهاما ☐ بربادوس ☐ بارتيلموا/بارتليموازييس ☐ (قديس بارتيلمي) ☐ جزر Virgin البريطانية ☐ كايماي ☐ (جزيرة كايماي) ☐ كوبا الدومينيكان ☐ الدومينيكان ☐ (جمهورية الدومينيكان) ☐ جزر الانتيل الهولندية ☐ (جزر الانتيل الهولندية) ☐ غرينادا ☐ جواد لوبيان ☐ هايتي ☐ جامايكا ☐ مارتينيكي/مارتينيكواز ☐ مونتسيراتيان ☐ بورتوريكو ☐ كاريبي اكتب:
---	--	--	---	--

الشرق الأوسط وشمال افريقيا

أبيض ☐ أبيض أوروبي شرقي ☐ بوسني ☐ هرتيغوفينيان ☐ بولندي ☐ روماني ☐ روسي ☐ أكراني ☐ أوروبي شرقي اكتب:	☐ جزائري ☐ أمازيغ أو أمازيغي ☐ عربي ☐ آشوري ☐ بحريني ☐ بدوي ☐ كالوني _____: ☐ شرق أوسطى اكتب:	☐ قطري ☐ سعودي ☐ سوري ☐ تونسي ☐ يمني ☐ شمال افريقيا اكتب: _____: ☐ أبيض اكتب:	☐ أردني ☐ كردى كويتي ☐ لبناني ☐ لبني ☐ مغربي ☐ عماني ☐ فلسطيني _____:	☐ قطبي ☐ دروز ☐ مصري ☐ اماراتي ☐ إيراني ☐ عراقي ☐ إسرائيلي ☐ شرق أوسطى اكتب:
--	--	--	--	--



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

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

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

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

التاريخ: _____ التاريخ: _____

التعاريف:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ED506 Form

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

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

Student Information

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

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

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

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

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

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

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

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

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

Attestation Statement

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

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

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

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

اختياري نموذج إبداء الاهتمام ببرنامج اللغة المزوجة

يقبل برنامج اللغة المزوجة طلبات التسجيل للعام الدراسي 2026-2027. يتم تقديم برنامج اللغة المزوجة في: مدرسة Cedar Valley المجتمعية، ومدرسة College Place الابتدائية، ومدرسة Mountlake Terrace الابتدائية، ومدرسة Spruce الابتدائية.

معلومات البرنامج

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

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

مدارس وصفوف البرنامج، 2026-2027 (ستزيد كل مدرسة مستوى صف في كل عام دراسي)

مدرسة Cedar Valley الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الخامس
مدرسة College Place الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الخامس
مدرسة Mountlake Terrace الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الثالث
مدرسة Spruce الابتدائية: روضة الأطفال - الصف الثالث

الدخول

رياض الأطفال: يمكن لأي طالب، بغض النظر عن خلفيته اللغوية وقدراته، دخول برنامج اللغة المزوجة، وذلك رهنا بتوفر أماكن في البرنامج وموازنة اللغات.

الصف الأول: يمكن لأي طالب، بغض النظر عن خلفيته اللغوية وقدراته، والذي لم تتح له الفرصة للانضمام إلى البرنامج في مرحلة روضة الأطفال، أن يدخل برنامج اللغة المزوجة قبل الفصل الدراسي الثاني من الصف الأول، وذلك رهنا بتوفر أماكن في البرنامج وموازنة اللغات.

الصف الثاني وما بعده: يمكن للطلاب الوافدين الجدد من دولة ناطقة بالإسبانية الدخول تلقائيًا. يمكن للطلاب الذين سبق لهم الالتحاق ببرنامج اللغة المزوجة الانضمام إلى البرنامج أيضًا. يمكن للمتحدثين الأصليين للغة الإسبانية الذين لم يتلقوا تعليمهم باللغة الإسبانية، إجراء اختبار إتقان اللغة للتأهل.

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

نعم، أنا مهتم بتسجيل طفلي في برنامج اللغة المزوجة ☐

لاستخدام المكتب فقط

يُرجى إرسال النموذج المكتمل إلى قسم التعليم متعدد اللغات في منطقة إدموندز التعليمية.

اختياري
نموذج إبداء الاهتمام ببرنامج اللغة المزدوجة

قم بإدراج المدرسة الموجودة في حيّك: _____

اسم الطالب: _____

الصف الذي سيكون فيه طفلك للعام الدراسي 2026-2027: _____
(ملاحظة: فقط الطلاب الذين يدخلون مرحلة رياض الأطفال وحتى الصف الخامس يمكنهم التسجيل للعام الدراسي 2026-2027)

تاريخ ميلاد الطالب: _____

اسم الوصي الأساسي: _____

رقم هاتف الوصي الأساسي: _____

البريد الإلكتروني للوصي الأساسي: _____

عنوان المنزل: _____

يُرجى اختيار مدرستك المفضلة للغة المزدوجة أدناه. إذا لم تكن المدرسة القريبة من منزلك ثنائية اللغة وكنت منفتحًا على أي مدرسة مدرجة، فيُرجى الترتيب حسب الأكثر تفضيلاً مع البدء باختيارك الأول. (Spruce, Mountlake Terrace, College Place, Cedar Valley).

المدرسة المفضلة الأولى: _____

المدرسة المفضلة الثانية: _____

المدرسة المفضلة الثالثة: _____

يُرجى ذكر اللغة التي يتحدث بها طفلك حاليًا: _____

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

هل لديك طفل آخر في البرنامج حاليًا؟

نعم ☐

لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، فما اسمه؟ _____

تغيير موضع الإلحاق/الانسحاب من البرنامج

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

التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

لاستخدام المكتب فقط

يُرجى إرسال النموذج المكتمل إلى قسم التعليم متعدد اللغات في منطقة إدموندز التعليمية.



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

الحالات الصحية المزمنة

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

تعليمات وإرشادات استخدام الدواء

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

يمكن الطالع على سياسة دواء منطقة ادموندز على موقع منطقة ادموندز التعليمية على الويب تحت School Board Policies and Procedures . إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة.

مع خالص التقدير، فريقاً
لخدمات الصحية

Rev 12/25



المدرسة: _____ التاريخ المتوقع للبدء: _____

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

تنبيه: يجب أن تعرف المدرسة بالحالات التي **تهدد الحياة** مثل الحساسية الشديدة أو الربو أو السكري أو النوبات أو غيرها من الحالات المعرضة للخطر (RCW 28A.210.320) .

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

التأمين الصحي نعم ☐ لا ☐

التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة 2

☐ لا يوجد حالة معروفة الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة التجاري لجهاز نابل للحقن تلقائياً EpiPen للحساسية المفرطة ☐ EG . يقوم بتوصيل عقار الابينفرين مرض السكر من النوع 1 ☐ EK نوبات صرع (مطلوب دواء طارئ) ☐ NP ربو - شديد ☐ RG خلقى/وراثي AH ☐ متلازمة داون AJ ☐ اضطراب طيف الكحول الجنيني الدم/أمراض الدم BA ☐ فقر الدم BB ☐ الهيموفيليا BC ☐ سمة مرض فقر الدم المنجلي OJ ☐ تاريخ نزيف الأنف الحاد القلب / أمراض القلب CC ☐ عيب القلب عند الولادة CD ☐ نفخة قلبية الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأبيض والتغذية ED ☐ الحساسية-الغذاء EE ☐ الحساسية- الحشرات ☐ الحساسية أخرى EL ☐ مرض السكر من نوع 2 الجهاز الهضمي والأسنان والفم GA ☐ سيليك GG ☐ قائمة عدم تحمل الطعام: _____ GL ☐ عدم تحمل اللاكتوز GF ☐ البداغة GO ☐ امساك مزمن GH ☐ ارتجاع المريء GJ ☐ مرض التهاب الأمعاء GK ☐ متلازمة القولون العصبي ☐ حالة الأسنان/الفم الجهاز العضلي الهيكلي MC ☐ الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب	الجهاز العصبي NB ☐ تشخيص فرط الحركة ونقص الانتباه NC ☐ اضطراب طيف التوحد NE ☐ الشلل الدماغي NF ☐ الإعاقة التنموية NH ☐ الصداع النصفي NI ☐ صداع، متكرر NP ☐ التاريخي ☐ الحالي ☐ اضطراب الصرع NU ☐ اصابات الدماغ الرضحية زراع أعضاء OD ☐ اذكر العضو: _____ الصحة العقلية أو السلوكية PA ☐ القلق PC ☐ الاكتئاب PH ☐ اضطرابات النوم الجهاز التنفسي / التنفس RG ☐ الربو - الحالي RA ☐ الربو - تم تشخيصه من قبل RE ☐ الربو - ممارسة RH ☐ الرياضة ☐ مرض مجرى الهواء التفاعلي البشرة SB ☐ الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما الكلى/الكلى يرجى ذكر: _____ الاذن/السمع YA ☐ تاريخي ☐ حالي ☐ التهاب الاذن المزمن YB ☐ ضعاف السمع - السماع (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية العين/الرؤية YF ☐ يرتدى نظارات/عدسات YE ☐ عجز رؤية الألوان YD ☐ ضعاف البصر حالات أخرى: _____
--	--

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

أكمل الأوراق المطلوبة للدواء في المدرسة ☐

الأدوية في المنزل ☐ لا ☐ نعم ، يرجى ذكر القائمة: _____

الحساسية

ما الذي يسبب الحساسية؟

تاريخ أحدث رد فعل تحسسي

رد فعل الحساسية:

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

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

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

أدوية الحساسية:

التكرار	الجرعة	الاسم

الربو

ما الذي يسبب أعراض الربو ؟ ☐ التهاب الجهاز التنفسي ☐ حبوب اللقاح / العفن ☐ تمرين ☐ الطقس / درجة الحرارة ☐ الحيوانات ☐ الدخان ☐ نوعية الهواء رديئة ☐ روائح / عطور قوية

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

أدوية الربو:

التكرار	الجرعة	الاسم

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

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

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

داء السكري

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

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

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

☐ نعم ☐ لا هل يمكن لطفلك حساب الكربوهيدرات بشكل مستقل ؟

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

☐ نعم ☐ لا هل يستطيع طفلك إدارة الأنسولين بنفسه بشكل مستقل؟

الصرع

تاريخ النوبة الأولى : _____ تاريخ أحدث نوبة : _____

معدل تكرار نشاط النوبة : _____ ☐ مرة ☐ يومي ☐ أسبوعيا ☐ شهريا ☐ سنويا

نوع نوبات الصرع : _____

أدوية الصرع

التكرار	الجرعة	الاسم

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

يرجى توضيح: _____

النشاط البدني / التنقل	س.توما	أجهزة طبية
☐ كرسي متحرك ☐ عكازات ☐ أخرى - ادرج : _____	☐ OKA فغر المعدة ☐ OKB القولون ☐ OKD الرغامي ☐ OKE فغر البول ☐ OK أخرى : _____	☐ OLA محفز الأعصاب المبهم ☐ OLB مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي ☐ OLC ضربات القلب ☐ OLD أنبوب المعدة ☐ OLE فغر الصائم أنبوب تغذية الصائم ويتم من خلال شق البطن ☐ دعامة عضو صناعي – ادرج : _____ الأجهزة الطبية الأخرى : _____

التاريخ :

توقيع ولي الأم ر / الوصي :

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

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

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

أو

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

أو

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

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

C إعادة حساب MyIR (وزارة الصحة بولاية واشنطن).

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

قم بالوصول إلى معلومات التحصين الخاصة بعائلتك

- لعرض MyIRmobile.com على MyIR Mobile الخيار 1: قم بالتسجيل في وطباعة معلومات التحصين الخاصة بعائلتك، بما في ذلك التطعيم ضد فيروس كورونا
- الخيار 2: قم بزيارة الصيدلية أو العيادة أو المدرسة المحلية
- الخيار 3: اطلب سجل التطعيمات الكامل من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك
- الخيار 4: طلب سجل التطعيمات الكامل من وزارة الصحة

:

تحميل وطباعة شهادة التحصين

أولياء الأمور - هل أطفالكم مستعدون لدخول المدرسة؟ التطعيمات اللازمة للعام الدراسي



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

الدفتيريا، والتيثانوس، والسعال الديكي	التهاب الكبد من النوع B	المستدمية النزلية من النوع B	الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية	المكورات الرئوية المقترنة	شلل الأطفال	الحماق (جدري الماء)
DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
مرحلة ما قبل المدرسة الأعمار تتراوح بين 19 شهرًا وأقل من 4 سنوات اعتبارًا من الأول من سبتمبر.	4 جرعات من DTaP	3 جرعات	3 أو 4 جرعات* (حسب نوع اللقاح)	جرعة واحدة	4 جرعات*	جرعة واحدة**
مرحلة ما قبل المدرسة / روضة أطفال انتقالية أربع سنوات من العمر أو أكثر بحلول الأول من سبتمبر.	5 جرعات من *DTaP	3 جرعات	3 أو 4 جرعات* (حسب نوع اللقاح) (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	4 جرعات* (غير مطلوب عند سن 5 سنوات أو أكثر)	4 جرعات*	جرعتان**
من مرحلة رياض الأطفال حتى الصف السادس	5 جرعات من *DTaP	3 جرعات	غير مطلوب	جرعتان	4 جرعات*	جرعتان**
من الصف السابع إلى الصف الثاني عشر	5 جرعات من *DTaP بالإضافة إلى Tdap عند عمر 10 سنوات أو أكثر	3 جرعات	غير مطلوب	جرعتان	4 جرعات*	جرعتان**

*قد تكون جرعات اللقاح مقبولة عند إعطاء عدد أقل من الجرعات المدرجة في الجدول اعتمادًا على التاريخ الذي تم إعطاؤها فيه

**يكون تحقق مقياس دم خدمات الرعاية الصحية من تاريخ مرض الجدري المائي مقبوال أي صا.

يجب أن يحصل الطالب على جرعات اللقاح في أطر الزمنية الصحيحة وفقًا لمتطلبات المدرسة. يُرجى استشارة مقياس دم خدمات الرعاية الصحية أو موظفي المدرسة إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكن العثور على معلومات حول اللقاحات المهمة الأخرى غير المطلوبة في المدارس على الموقع الإلكتروني <https://www.immunize.org/official-guidance/cdc/rec-schedules/>

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

شهادة حالة التحصين (CIS)

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



الاسم الأخير للطفل:		الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):																																																																																																																																																																																																																									
أعطي الإذن للمدرسة/منشأة رعاية الطفل التي يدرس فيها طفلي لإضافة معلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بطفلي. الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل حسب الوضع المشروط الممنوح له. ولكي يستمر طفلي في الحضور في المدرسة، فإنه يجب علي تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المحددة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.																																																																																																																																																																																																																															
توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ				توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ																																																																																																																																																																																																																											
Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only) If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider. I certify that the child named on this CIS has: ☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease. ☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> <th>شهر/يوم/سنة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="8"> ● مطلوب لدخول المدرسة ● مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/مرحلة ما قبل المدرسة </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● DTaP (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي) (الصف السابع فما فوق) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● DT أو Td (التيتانوس والدفتيريا) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● التهاب الكبد B </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Hib (النزلة النزفية من النوع b) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● OPV (شلل الأطفال) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● MMR (الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● PCV (المكورات الرئوية) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● التهاب الحلق (جدري الماء) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ☐ تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Diphtheria </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Hepatitis A </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Hepatitis B </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Hib </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Measles </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Mumps </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Rubella </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Tetanus </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Varicella </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● Polio (all 3 serotypes must show immunity) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● HPV (فيروس الورم الحليمي البشري) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● MCV/MPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A و C و W و Y) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B) </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> ● فيروس الروتا </td> </tr> </tbody> </table>						شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	● مطلوب لدخول المدرسة ● مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/مرحلة ما قبل المدرسة								● DTaP (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي)								● Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي) (الصف السابع فما فوق)								● DT أو Td (التيتانوس والدفتيريا)								● التهاب الكبد B								● Hib (النزلة النزفية من النوع b)								● IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV)								● OPV (شلل الأطفال)								● MMR (الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية)								● PCV (المكورات الرئوية)								● التهاب الحلق (جدري الماء)								☐ تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS)								● Diphtheria								● Hepatitis A								● Hepatitis B								● Hib								● Measles								● Mumps								● Rubella								● Tetanus								● Varicella								● Polio (all 3 serotypes must show immunity)								● HPV (فيروس الورم الحليمي البشري)								● MCV/MPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A و C و W و Y)								● MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B)								● فيروس الروتا							
شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة																																																																																																																																																																																																																								
● مطلوب لدخول المدرسة ● مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/مرحلة ما قبل المدرسة																																																																																																																																																																																																																															
● DTaP (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي)																																																																																																																																																																																																																															
● Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي) (الصف السابع فما فوق)																																																																																																																																																																																																																															
● DT أو Td (التيتانوس والدفتيريا)																																																																																																																																																																																																																															
● التهاب الكبد B																																																																																																																																																																																																																															
● Hib (النزلة النزفية من النوع b)																																																																																																																																																																																																																															
● IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV)																																																																																																																																																																																																																															
● OPV (شلل الأطفال)																																																																																																																																																																																																																															
● MMR (الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية)																																																																																																																																																																																																																															
● PCV (المكورات الرئوية)																																																																																																																																																																																																																															
● التهاب الحلق (جدري الماء)																																																																																																																																																																																																																															
☐ تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS)																																																																																																																																																																																																																															
● Diphtheria																																																																																																																																																																																																																															
● Hepatitis A																																																																																																																																																																																																																															
● Hepatitis B																																																																																																																																																																																																																															
● Hib																																																																																																																																																																																																																															
● Measles																																																																																																																																																																																																																															
● Mumps																																																																																																																																																																																																																															
● Rubella																																																																																																																																																																																																																															
● Tetanus																																																																																																																																																																																																																															
● Varicella																																																																																																																																																																																																																															
● Polio (all 3 serotypes must show immunity)																																																																																																																																																																																																																															
● HPV (فيروس الورم الحليمي البشري)																																																																																																																																																																																																																															
● MCV/MPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A و C و W و Y)																																																																																																																																																																																																																															
● MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B)																																																																																																																																																																																																																															
● فيروس الروتا																																																																																																																																																																																																																															
Printed Name		يجب أن يحتوي النموذج الذي تمت تعبئته باليد على توقيع الطبيب أو يتم إرفاق مستند التطعيمات المعتمد طبياً به.																																																																																																																																																																																																																													
Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____		I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.																																																																																																																																																																																																																													

