

ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية خلال عملية التسجيل.

بيان الولادة الأصلي (أو بيان ولادة مصدق)

إثبات الوصاية (دليل على أن الشخص البالغ الذي يقوم بتسجيل الطفل هو ولي الأمر/الوصي الشرعي)

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

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

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

- ينص قانون الولاية (الفقرة 22.1-270 § من قانون ولاية فيرجينيا) على ضرورة تلقي طفلك لفحص بدني شامل وعلى أن يتم تلقيه في الولايات المتحدة قبل الالتحاق بروضة أطفال عامة أو في مدرسة ابتدائية. ينبغي أن لا يتجاوز تاريخ الفحص البدني سنة واحدة من تاريخ الالتحاق بالروضة.
- بناءً على ما تقدم، ينبغي على الطلاب الملتحقين حالياً في برنامج ما قبل رياض الأطفال في مدارس مدينة الإسكندرية العامة ACPS تقديم دليل على أخذهم اللقاحات المطلوبة وتقرير يؤيد إجراءهم لفحص بدني جديد قبل إلتحاقهم برياض الاطفال، حتى وان تم تقديم هذه الوثائق قبل إلتحاقهم بمرحلة ما قبل رياض الاطفال.

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

ينبغي تقديم جميع الوثائق التالية:

- تقرير ذو نتيجة سلبية لتقييم خطر الإصابة بالسل، إختبار السلين تحت الجلد PPD، إختبار فحص الدم IGRA أو نتيجة سلبية لصورة الأشعة السينية للصدر، على أن تكون قد تم إكمالها في الولايات المتحدة
- ينبغي أن يكون قد تم اجرائه خلال فترة 12 شهر من اليوم الدراسي الاول للطفل.
- إلتهاب الكبد من نوع B
- سلسلة كاملة من ثلاث جرعات من لقاح إلتهاب الكبد من نوع B.
- الخناق، الكزاز، السعال الديكي (DTP، Dtap أو Tdap)
- أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون قد تم أخذ جرعة واحدة مع حلول عيد الميلاد الرابع للطفل أو بعد ذلك.
- شلل الأطفال (OPV أو IPV)
- أربع جرعات كحد أدنى، على أن يكون قد تم أخذ جرعة واحدة مع حلول عيد الميلاد الرابع للطفل أو بعد ذلك.

• الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (MMR)

- جرعتين على الأقل من لقاح الحصبة، جرعتين من لقاح النكاف، وجرعة واحدة من لقاح الحصبة الألمانية قبل الإلتحاق برياض الأطفال. ينبغي تلقي الجرعة الأولى عند بلوغ الشهر 12 من العمر فأكثر.

• التهاب الكبد (HAV) من نوع A

- يتوجب أخذ ما لا يقل عن جرعتين من لقاح التهاب الكبد من نوع A للطلاب الملتحقين برياض الأطفال.

• الحماق (جدري الماء)

- جرعتين ضد الحماق أو تقديم وثائق طبية تثبت إصابة الطفل بمرض جدري الماء.

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

إثبات السكن (يتوجب تقديم 3 مستندات)

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

ينبغي إحضار واحدة (1) من الوثائق التالية:

- عقد الإيجار
- صك الملكية
- عقد/بيان رهن

وأثنين (2) من الوثائق الداعمة:

- فاتورة الهاتف الارضي (ينبغي أن تكون صادرة خلال فترة 60 يوم الاخيرة)
- بيان حالي لضريبة الممتلكات الشخصية لسكاني مدينة الإسكندرية
- قسيمة حديثة لدفع الراتب (تتضمن ملاحظة حجب الضرائب في ولاية فرجينيا)
- أحدث إقرار ضريبي على الدخل الفيدرالي/ الاتحادي
- كشفان مصرفيان متتاليان
- بوليصة تأمين حالية لمالك المنزل أو المستأجر
- فاتورة/ وصل الخدمات والمرافق: الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل
- رسالة صادرة من جهة حكومية (IRS، HUD، TANIF، وما إلى ذلك)

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

معلومات الطالب

الاسم الأخير للطالب: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الاوسط: \_\_\_\_\_

العنوان الرئيسي للطالب وولي الأمر / الوصي الشرعي: الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: شهر: \_\_\_\_\_ يوم: \_\_\_\_\_ سنة: \_\_\_\_\_ بلد الولادة: \_\_\_\_\_ المرحلة الدراسية: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  أنثى الهوية الجنسية:  ذكر  أنثى  غير ذلك الاسم المفضل: \_\_\_\_\_

(للطلاب الذين لا تعكس أسماءهم القانونية هويتهم الجنسية. ليس المقصود بها الاسماء المستعارة.)

هل ينحدر الطالب من أصول أسبانية أو لاتينية؟ (حدد إختيار واحد فقط)

كلا، لا ينحدر الطالب من أصول أسبانية أو لاتينية  نعم، ينحدر من أصول أسبانية أو لاتينية (شخص من أصل كوبي، مكسيكي، بورتوريكي، من أمريكا الجنوبية، من أمريكا الوسطى، أو من أي ثقافة أو أصل اسباني آخر، بعض النظر عن العرق)

ما هو عرق الطالب؟ (حدد إختيار واحد أو أكثر)

من سكان أميركا الأصليين/من سكان الاسكا الأصليين  أسود أو أميركي من أصول أفريقية  أبيض (شخص لديه أصول تنحدر من أي من الشعوب الاصلية)  من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادي الأخرى (لأوروبا، الشرق الاوسط أو شمال أفريقيا)  آسيوي

آخر مدرسة إنتحق فيها الطالب: \_\_\_\_\_ عامة  خاصة

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

في حال لم تكن إحدى مدارس مدينة الإسكندرية، فهل إنتحق الطالب من قبل بمدارس مدينة الإسكندرية العامة؟  نعم  كلا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدراج التالي: المدرسة: \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_\_ المرحلة الدراسية: \_\_\_\_\_

معلومات ولي الأمر/الوصي الشرعي

اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي الاساسي:

تقصد هنا ولي الأمر/الوصي الشرعي الذي يعيش معه الطالب معظم أيام الاسبوع، وجهة الإتصال الرئيسية فيما يتعلق بالطالب.

هل تعيش/تسكن في مدينة الإسكندرية؟  نعم  كلا في حال كانت الإجابة كلا، فهل تمت الموافقة على استثناء السياسة؟  نعم  كلا

الاسم الأخير: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_  ذكر  أنثى

والد  زوج الأم  وصي شرعي  والدة  زوج الأم  ولي أمر حاضن

غير ذلك (يرجى بيان الصلة): \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ هل هاتف منزلك هو هاتف محمول؟  نعم  كلا

الهاتف الخليوي: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

لغة التواصل المفضلة لولي الأمر/الوصي الشرعي؟

الانجليزية  الاسبانية  الامهرية  العربية  الدارية  غير ذلك (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي الثاني:

الاسم الأخير: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_  ذكر  أنثى

والد  زوج الأم  وصي شرعي  والدة  زوج الأم  ولي أمر حاضن

غير ذلك (يرجى بيان الصلة): \_\_\_\_\_

العنوان:  العنوان هو نفس عنوان الطالب وولي الأمر/الوصي الشرعي الاساسي المذكور أعلاه

اسم الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة الولاية الرمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ هل هاتف منزلك هو هاتف محمول؟  نعم  كلا

الهاتف الخليوي: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

## خلفية الطالب

هل لدى طفلك خطة حالية لبرنامج IEP للحصول على خدمات التعليم الخاص أو خطة 504؟  نعم  كلا  
 في حال الإجابة بنعم، فهل تم تقديم الوثائق الى المدرسة؟  نعم  كلا  
 هل تم طرد طفلك من مدرسة خاصة أو عامة في ولاية فيرجينيا أو ولاية أخرى، لارتكابه مخالفة تنتهك سياسات المجلس التعليمي بشأن حيازة الأسلحة، الكحول أو المخدرات،  
 أو بسبب الإيذاء المتعمد لشخص آخر؟  نعم  كلا

## أشقاء الطالب

الاسم	تاريخ الميلاد	الجنس	المدرسة
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

## جهات الإتصال في حالة الطوارئ

يرجى إدراج شخصين على الأقل يمكننا الاتصال بهم لاتخاذ القرارات في حالات الطوارئ و/أو استلام طفلك من المدرسة إذا  
 تعذر الوصول الى ولي الأمر/الوصي الشرعي في حالة الطوارئ:

جهة الإتصال الاولى في حالة الطوارئ (من غير ولي الأمر/ الوصي الشرعي):

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_

رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_ الصلة بالطالب: \_\_\_\_\_

جهة الإتصال الثانية في حالة الطوارئ (من غير ولي الأمر/ الوصي الشرعي):

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_

هاتف العمل: \_\_\_\_\_ الصلة بالطالب: \_\_\_\_\_

جهة الإتصال الثالثة في حالة الطوارئ (من غير ولي الأمر/ الوصي الشرعي):

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_

هاتف العمل: \_\_\_\_\_ الصلة بالطالب: \_\_\_\_\_

من خلال التوقيع على هذه الإستمارة، فأبني أوكد صحة المعلومات المذكورة هنا.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

## FOR OFFICE USE ONLY

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

### استبيان اللغة المستخدمة في المنزل

**ولي الأمر/الوصي الشرعي:** تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين حول اللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. استناداً إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم تكميلي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سوف يتم إبلاغ أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

**Padre, madre o tutor legal:** Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten 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፤ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ ያመለክታል። እታች በተገለጸው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌዴራል ሕግ 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 የሚደርሰባቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪ የሚሰጠውን የኢ ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستناداً إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

والدين/سرپرست: مقررات حكومت فدرال مكاتب 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 زیر، شاگرد می توانست 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 (EL) باشد. والدين/سرپرستان از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدين این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی EL را بپذیرند یا امتناع کنند.

تاریخ الميلاد: <b>Fecha de nacimiento</b> የትውልድ ቀን፤ تاريخ الميلاد تاريخ تولد	<b>Student Name:</b> <b>Nombre del alumno</b> የተማሪው ስም اسم الطالب اسم شاگرد
Telephone: <b>Teléfono</b> ስልክ رقم الهاتف تليفون	<b>Parent/Guardian Name:</b> <b>Nombre del padre, madre o tutor legal</b> የወላጅ/አሳዳጊ ስም اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي اسم والدين/سرپرست

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 ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኸ?  
 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؟

1. 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؟

2. What is the language that the student first acquired?  
 ¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?  
 የተማሪው የአፍ 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?  English  Español  العربية  አማርኛ  دیگر   
 This needs to say Dari in Dari

¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?  
 ከትምህርት ቤት የሚላከውን 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؟

Otro \_\_\_\_\_: غير ذلك:  
 ሌላ  
 أخرى  
 دیگر

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

### الجزء I: معلومات الطالب/العائلة

يرجى إكمال تعبئة الفقرات أ، ب أو ج

أ. أنا ولي الأمر الذي يقوم بتسجيل \_\_\_\_\_ في المدرسة.  
(الاسم الكامل للطالب)

ب. أنا الوصي الشرعي/مقدم الرعاية الاساسي الذي يقوم بتسجيل \_\_\_\_\_ في المدرسة (ينبغي تقديم وثائق رسمية).  
(الاسم الكامل للطالب)

ج. أنا طالب بالغ (18 عام فأكثر) أقوم بتسجيل نفسي، \_\_\_\_\_ في المدرسة.  
(الاسم الكامل للطالب)

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

العنوان الكامل: \_\_\_\_\_

اسم الشارع \_\_\_\_\_

رقم الشقة \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_

الولاية \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف \_\_\_\_\_

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

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

رقم الهاتف

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

التاريخ

توقيع ولي الامر/الوصي الشرعي/مقدم الرعاية او الطالب البالغ

\*يُعرّف مكان السكن/ محل الإقامة على أنه المكان الذي ينام في الشخص كل ليلة. إمتلاك أو إستئجار عقار لا يُعد كافياً لإثبات الإقامة في مدينة الإسكندرية. ينبغي على الطالب وولي أمره الشرعي المبيت في مدينة الاسكندرية كل ليلة.

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

### الجزء III: التحقق من السكن

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

الفئة أ - وثيقة واحدة (1): الفئة ب - وثيقتين (2) داعمة:

عقد الإيجار

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

صك ملكية (مع نسخة من ضريبة الملكية)

فاتورة/إيصال ضريبة الاملاك الشخصية الحالية لمدينة الاسكندرية

رسالة مرسلة بالبريد من جهة حكومية (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc)

عقد رهن عقاري

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

كشفان مصرفيان متتاليان (مرسلة بالبريد)

**الفئة ج:**

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

إنعدام السكن

DSS/خدمات رعاية الأطفال بالتبني

بوليصة تأمين حالية لمالك العقار أو المستأجر مذكور فيها عنوان في مدينة الإسكندرية

إنتقلت العائلة حديثاً للسكن في مدينة الإسكندرية (أقل من 30 يوم) الموعد النهائي \_\_\_\_\_

**ساكني السكن المشترك:** إذا كان ولي الأمر/الوصي الشرعي من الساكنين في سكن مشترك، عندها يتوجب تقديم إستمارتي A/B مصدقة من كاتب العدل مع نسخة من الرهن العقاري للمالك، صك الملكية أو نسخة من عقد الإيجار للمستأجرين. إضافة إلى ذلك، ينبغي على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم اثنتين من الوثائق الداعمة (على أن تكون بإسم ولي الأمر/الوصي الشرعي) وكما هو مذكور أعلاه. يمكن إجراء زيارة للمنزل في حالات الإقامة المشكوك فيها. تاريخ نفاذ صلاحية الإستمارة A/B: \_\_\_\_\_ (Registrar - enter date into PowerSchool)

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

اسم المسؤول المدرسي (كتابة) \_\_\_\_\_

توقيع المسؤول المدرسي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

## قائمة بالوثائق المقبولة للتحقق من السكن في مدينة الاسكندرية

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

### الفئة أ: (وثيقة واحدة من هذه القائمة للتحقق من السكن)

- عقد الإيجار : ينبغي أن يكون عقد الإيجار الأصلي الموقع نافذاً (غير منتهي الصلاحية) ويتضمن التاريخ، الأسماء وعنوان العقار لولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إجراؤه مع المالك، عندها ينبغي توثيق عقد الإيجار عند كاتب عدل.
- صك الملكية: ينبغي إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك. يمكن الحصول عليها (مجاناً) من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. ينبغي أن يكون سند الملكية بإسم ولي الأمر/الوصي الشرعي.
- بيان رهن عقاري: يجوز للمقيم تقديم فاتورة رهن عقاري مُعدّة من المُقرض (تتضمن التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المُقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو العقد الاولي للرهن العقاري مع تقديم نسخة حديثة من الضريبة العقارية للمالك. يمكن الحصول عليه مجاناً من خلال الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- أنا أسكن في سكن مشترك وأن عقد الإيجار/ صك الملكية أو الرهن العقاري ليس باسمي. يرجى إكمال تعبئة إستمارة السكن المشترك (A / B) وإرفاق عقد الإيجار / صك الملكية أو الرهن العقاري للشخص الذي تسكن معه.

و

### الفئة ب: (وثيقتان من هذه القائمة لإثبات السكن)

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

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

- خدمات الرعاية البديلة (Foster Care Services): يرجى تقديم ما يثبت ان الطالب تحت وصاية دائرة الخدمات الاجتماعية، وذلك مر خلال أمر قضائي أو وثيقة رسمية صادرة من دائرة الخدمات الاجتماعية.
- هل تقيم حالياً بشكل مؤقت في أحد الأماكن التالية دون وجود عنوان سكن دائم: ملجأ طوارئ أو مأوى انتقالي، في نزل، فندق، أو موقع تخيم، في سيارة، متنزه أو مكان عام، في مكان غير مخصص للنوم، أو مع أقارب أو أصدقاء بسبب فقدان السكن، صعوبات اقتصادية، أو لسبب مماثل؟ يرجى تعبئة هذا الاستبيان إذا كانت حالتك السكنية تنطبق على ما ورد أعلاه.

قد تتلقى مدارس ACPS منح مالية فيدرالية لتسجيل الطلاب المرتبطين فيدرالياً. في حال لم يكن ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي من الساكنين أو العالمين على أراضي فيدرالية، عندها يرجى إكمال تعبئة القسم 1 وتوقيعه وكتابة التاريخ في أسفل الإستمارة.

### القسم 1: معلومات الطالب

اسم الطالب: الاخير	الاول	الاطول	الرقم التعريفي للطالب
العنوان: الرقم والشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم المدرسة	المرحلة الدراسية	تاريخ الميلاد	هاتف المنزل

في حال كانت المؤسسة المذكورة أعلاه هي مؤسسة فدرالية، عندها يرجى إدخال اسم المؤسسة

### القسم 2 - معلومات العمل: المدنيون فقط العاملون في مؤسسات فيدرالية

اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي: الاخير	الاول	الحرف الاول من الاسم الاوسط	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل (الموقع الفعلي)	رقم المبنى واسم الشارع	المدينة	الولاية
اسم المؤسسة الفيدرالية (انظر الصفحة الخلفية للتعرف على قائمة بأسماء المؤسسات الفيدرالية المؤهلة)			
عنوان المؤسسة الفيدرالية	رقم واسم الشارع	المدينة	الولاية

### القسم 3 - معلومات العمل لولي الأمر/الوصي الشرعي: ولي الأمر/الوصي الشرعي من العسكريين

أدخل المعلومات في هذا القسم في حال كان أحد الوالدين/ الوصي في الخدمة الفعلية في الصنف النظامية للولايات المتحدة في تاريخ الاستبيان. (إذا كان كلا الوالدين في الأسرة يعملان في الجيش في وقت تاريخ الاستبيان، يرجى تعبئة استمارة ثانية).

الطالب ليست له صلة بالجيش - (لا تكمل أي شيء آخر في القسم 3)

#### صنف القوات العسكرية الفاعلة:

- سلاح الجو  الجيش  حرس السواحل  فيلق مشاة البحرية  البحرية
- فيلق الإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي - NOAA  فيلق خدمات الصحة العامة المكلف للولايات المتحدة - USPHS

- الحرس الوطني أو الاحتياط الذي تم تعينه بموجب الأمر التنفيذي الرئاسي رقم 13223 بتاريخ 2001/9/14 والبند 10 USC (أرفق نسخة من أوامر التفعيل)
- الحرس الوطني: الإحتياط
- الإحتياط: الطالب مُعال من قبل أحد أفراد قوات الإحتياط (الجيش، البحرية، سلاح الجو، فيلق مشاة البحرية أو حرس السواحل).

### القسم 4 - معلومات العمل لولي الأمر/الوصي الشرعي: القوات المسلحة الأجنبية

أدخل المعلومات في هذا القسم إذا كان أحد الوالدين/ الوصي الشرعي في الخدمة الفعلية في تاريخ الاستبيان. إذا لم يكن كذلك، تخطي هذا القسم.

اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي (الاخير، الاول والحرف الاول من الاسم الاوسط)	اسم الحكومة الاجنبية
الرتبة العسكرية/الفئة	الصنف العسكري

تستخدم هذه المعلومات لدعم طلبنا للحصول على أموال فيدرالية بموجب برنامج المساعدة (البند VIII من القانون الابتدائي والثانوي). قد يتم تقديم هذه المعلومات الى وزارة التربية والتعليم في الولايات المتحدة في حال تم تحقيق طلبنا للحصول على التمويل الفيدرالي. بنبغي توقيع هذه الإستمارة وكتابة التاريخ لكي تتمكن مدارس ACPS من الحصول على حصتها العادلة من الأموال الفيدرالية.

من خلال التوقيع على هذه الإستمارة، فإني أقر ان جميع المعلومات المطبوعة والمكتوبة في هذه الإستمارة هي معلومات دقيقة وكاملة لغاية تاريخ هذا الإستبيان.

التاريخ [شهر/يوم/سنة]	توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي
-----------------------	------------------------------

## المؤسسات الفيدرالية المؤهلة

- 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

الاسم الأخير للطالب: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ المرحلة الدراسية: \_\_\_\_\_ السنة الدراسية: \_\_\_\_\_

الحالات الصحية للطالب: يرجى التأشير على كل ماينطبق على الطالب.	
حساسية	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
نوع الحساسية:	
<input type="checkbox"/> حساسية تجاه الطعام	اذكر نوع الطعام (الأطعمة): _____
<input type="checkbox"/> حساسية تجاه الأدوية	اذكر اسم الدواء (الأدوية): _____
<input type="checkbox"/> لسع النحل أو لدغ الحشرات	غير ذلك: _____
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	تاريخ آخر رد فعل شديد: _____
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الحساسية:	أدوية وعلاجات موصوفة تؤخذ حالياً للحساسية:
<input type="checkbox"/> مضادات الهيستامين التي تؤخذ عن طريق الفم (Benadryl، إلخ).	<input type="checkbox"/> حقنة الابينفرين
<input type="checkbox"/> حقنة الابينفرين لديه حقنة ابيبينفرين	<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	تقييدات غذائية
<input type="checkbox"/> بسبب اضطرابات الجهاز الهضمي اذكر نوع الطعام (الأطعمة): _____	<input type="checkbox"/> بسبب إصابات دينية أو غيرها من التفضيلات اذكر نوع الطعام (الأطعمة): _____
<input type="checkbox"/> بسبب إصابات دينية أو غيرها من التفضيلات اذكر نوع الطعام (الأطعمة): _____	ربو
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الربو:	أدوية وعلاجات موصوفة تؤخذ حالياً للربو:
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الربو:	<input type="checkbox"/> أدوية تؤخذ يومياً للسيطرة على المرض (وقائية)
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الربو:	<input type="checkbox"/> أدوية تؤخذ عند الحاجة (إنقاذ)
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الربو:	السكري
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	هل يحتاج مرض السكري لدى الطالب إلى دواء و/ أو فحص دم في المدرسة؟
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	<input type="checkbox"/> كلا
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	<input type="checkbox"/> نعم اذكر اسم الدواء (الأدوية): _____
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	إضطراب الصرع
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	هل يتطلب إضطراب الصرع لدى الطالب تناول أدوية في المدرسة؟
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	<input type="checkbox"/> كلا
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	<input type="checkbox"/> نعم اذكر اسم الدواء (الأدوية): _____
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	تاريخ آخر نوبة صرع: _____
<input type="checkbox"/> تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب مرض السكري:	تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو صالة الطوارئ بسبب الصرع: _____

استمارة المعلومات الصحية للطالب

مشاكل صحية أخرى	نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/>
اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التوحد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب الدماغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تأخر النمو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حالات صحية بدنية أو عقلية أخرى:		
هل تتطلب حالة الطالب استخدام مايلي في المدرسة؟		
الأدوية:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إجراءات خاصة:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معدات خاصة:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مشاكل في النظر	نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/>
نظارات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
جهات الاتصال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لا يمكن تصحيحها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غير ذلك:		

مشاكل في السمع	نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/>
وسائل مساعدة للسمع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لا يمكن تصحيحها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غير ذلك:		

التأمين الصحي والرعاية الصحية للطالب

هل لدى الطالب تأمين صحي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم شركة التأمين الصحي:
اسم طبيب الرعاية الأولية للطالب:			رقم الهاتف:
هل لدى الطالب تأمين صحي للأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم شركة التأمين الصحي للأسنان:
اسم طبيب أسنان الطالب:			رقم الهاتف:

تحويل ولي الأمر/الوصي الشرعي

سيقوم كادر المدرسة في حالة الطوارئ بالاتصال على رقم خدمة الطوارئ 911. سيتم بذل كل جهد للاتصال بولي الأمر، الوصي الشرعي أو جهة الاتصال في حالة الطوارئ. سيتم نقل الطالب إلى أقرب غرفة طوارئ ما لم يكن ولي الأمر متواجداً في المدرسة لتولي مسؤولية الطفل.

يكون ولي الأمر/الوصي الشرعي مسؤولاً عن تزويد المدرسة بأية أدوية، طعام خاص، لوازم، أو معدات يحتاجها الطالب خلال اليوم الدراسي. التحقق مع ممرضة المدرسة أو موظف التسجيل للحصول على الأدوية الصحيحة واستمارات الإجراءات. إذا تمت الإشارة إلى خطة رعاية صحية مدرسية فردية، عندها يكون ولي الأمر/الوصي الشرعي مسؤول عن تزويد ممرضة المدرسة بالمعلومات الطبية اللازمة، استمارات التحويل المناسبة والموافقة الخطية لتبادل المعلومات مع طبيب الطفل.

أنا، \_\_\_\_\_ (لاوافق) (وافق) على تحويل مقدم الرعاية الصحية لطفلي ومقدم الرعاية الصحية المعين في المدرسة لمناقشة المشاكل الصحية لطفلي / أو تبادل المعلومات المتعلقة بهذه الإستمارة. سيكون هذا التحويل ساري المفعول ما لم تقم بسحبه. يمكنك سحب تحويلك في أي وقت عن طريق الاتصال بمدرسة الطفل. عندما يتم الإفصاح عن معلومات سجل الطالب، يتم الاحتفاظ بوثائق الكشف عن المعلومات في السجل الصحي أو الدراسي للطالب.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الإستمارة الصحية للإلتحاق بمدارس ولاية فيرجينيا  
إستمارة المعلومات الصحية/تقرير الفحص البدني الشامل/شهادة التطعيم

الجزء الأول - إستمارة المعلومات الصحية

ينص قانون الولاية (الفقرة 22.1-270 § من قانون ولاية فيرجينيا) على ضرورة تطعيم طفلك وإجراء فحص بدني شامل قبل إلتحاقه برياض الأطفال أو المدارس الإبتدائية العامة. يقوم ولي الأمر أو الوصي الشرعي بإكمال تعبئة هذه الصفحة (الجزء الأول) من الإستمارة. يقوم مقدم الخدمة الطبية بإكمال تعبئة الجزء الثاني والجزء الثالث من الإستمارة. ينبغي إكمال تعبئة هذه الإستمارة قبل سنة واحدة من إلتحاق طفلك بالمدرسة.

اسم المدرسة: \_\_\_\_\_ المرحلة الحالية: \_\_\_\_\_  
اسم الطالب: \_\_\_\_\_  
الأخير / / الأخرى / الأوسط  
تاريخ ميلاد الطالب: \_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_ الولاية أو بلد الولادة: \_\_\_\_\_ اللغة الأساسية التي يتم التحدث بها: \_\_\_\_\_  
عنوان الطالب \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر أو الوصي الشرعي 1: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ - - العمل أو الخليوي: \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر أو الوصي الشرعي 2: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ - - العمل أو الخليوي: \_\_\_\_\_  
جهة الاتصال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ - - العمل أو الخليوي: \_\_\_\_\_  
المستشفى المفضل: \_\_\_\_\_  
التأمين الصحي للطفل: لا يوجد  FAMIS  FAMIS Plus (Medicaid)  خاص/تجاري/دعم من رب العمل

الحقل 1 الحالات الموجودة مسبقا					
الحالة	نعم	تعليقات	الحالة	نعم	تعليقات
الحساسية (طعام، حشرات، أدوية، المطاط)			السكري: النوع 1		
يرجى إدراج الحساسية المهددة للحياة:			السكري: النوع 2		
الحساسية (الموسمية)			مضخة الأنسولين		
الربو أو أمراض التنفس			إصابته في الرأس، إرتجاج		
إضطراب-فصور نقص الإلتياح وفرط الحركة			مشاكل في السمع أو الصمم		
مشاكل سلوكيه/ نفسيه/ إجتماعيه			أمراض القلب		
مشاكل في النمو			تسهم بالرصاص		
مشاكل في المثانة			مشاكل في العضلات		
أمراض نزف الدم			نوبات مرضية		
أمراض الأمعاء			مرض فقر الدم المنجلي (ليست سمه)		
الشلل الدماغي			مشاكل في النطق		
التليف الكيسي			إصابته في العمود الفقري		
مشاكل في صحة الأسنان			جراحة		
			مشاكل في النظر		

يرجى تقديم أية معلومات مهمة أخرى ذات صلة بصحة طفلك  أنبوب التغذية، القصبة الهوائية، دعم الأكسجين، أدوات السمع المساعدة، مستلزمات الأسنان، الكرسي المتحرك، الرقود في المستشفى، وما إلى ذلك):

الحقل 2 الأدوية  
قم بإدراج جميع الوصفات الطبية، أدوية الطوارئ، الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية، الأدوية العشبية التي يتناولها طفلك بانتظام (المنزل/المدرسة):

اسم الدواء	الجرعة	وقت إخذ الدواء (منزل/مدرسة)	ملاحظات
1.			
2.			
3.			
4.			

دوية إضافية (الاسم، الجرعة، وقت تناولها، الملاحظات)

ضع إشارة هنا في حال كنت راغباً في مناقشة معلومات سرية مع ممرضة المدرسة أو أية سلطة مدرسية أخرى.  نعم  كلا يرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم	رقم الهاتف	تاريخ اخر موعد
طبيب الاطفال/مقدم الرعاية الأولية		
الاخصائي		
طبيب الاسنان		
مسؤول ملف الحالة (إن وجد)		

أنا، \_\_\_\_\_ (أو أوافق) (لا أوافق) على تحويل مقدم الرعاية الصحية لطفلي ومقدم الرعاية الصحية المعين في المدرسة لمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/ أو تبادل المعلومات المتعلقة بهذه الإستمارة. يكون هذا التحويل نافذاً لحين أو ما لم تقم بسحبه. يمكنك سحب تحويلك في أي وقت عن طريق الاتصال بمدرسة الطفل. عندما يتم الإفصاح عن معلومات سجل الطالب، يتم الاحتفاظ بوثائق الكشف عن المعلومات في السجل الصحي أو الدراسي للطالب.

توقيع ولي الأمر أو الوصي الشرعي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / /  
توقيع المترجم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / /



القسم الثاني  
التسجيل المشروط والإعفاءات

أكمل تعبئة قسم الإعفاء الطبي أو التسجيل المشروط حسب الاقتضاء ليشمل التوقيع وكتابة التاريخ. ينبغي إرفاق هذا القسم بالجزء الأول من المعلومات الصحية (والتي ينبغي تعبئتها وتوقيعها من قبل ولي الأمر).

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
اسم ولي الأمر أو الوصي الشرعي: \_\_\_\_\_  
اسم ولي الأمر أو الوصي الشرعي: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

الإعفاء الطبي: كما هو محدد في الفقرة 22.1-271.2 §، (ii) C من قانون ولاية فيرجينيا، أنا أشهد أن إعطاء اللقاح (اللقاحات) المحدد أدناه سيكون له تأثير ضار على صحة هذا الطالب. لهذا اللقاح (اللقاحات) على وجه التحديد موانع للأسباب التالية (يرجى التحديد):

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

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

هذا المواعيد دائمة: [ ]، أو مؤقتة [ ] ومن المتوقع أن تمنع التطعيمات لغاية: التاريخ (شهر، يوم، سنة): |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|.

توقيع مقدم الخدمة الطبية أو مسؤول دائرة الصحة: التاريخ (شهر، يوم، سنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

الإعفاء الديني: يسمح قانون فرجينيا بإعفاء الطفل من تلقي التطعيمات المطلوبة للالتحاق بالمدرسة في حال قيام الطالب أو ولي أمر الطالب/ الوصي الشرعي بتقديم إفادة خطية الى مسؤول القبول في المدرسة تفيد بأن أخذ التطعيم يتعارض مع المعتقدات أو الممارسات الدينية للطالب. ينبغي على أي طالب يلتحق بالمدرسة تقديم هذه الإفادة الخطية على شهادة الإعفاء الديني (نموذج CRE-1)، والذي يمكن الحصول عليه من أي دائرة صحة محلية، مكتب المدير العام للمنطقة التعليمية أو الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. المرجع: الفقرة C، 22.1-271.2 § (i) من قانون ولاية فيرجينيا.

التسجيل المشروط: كما هو محدد في الفقرة B، 22.1-271.2 §، من قانون ولاية فيرجينيا، أنا أشهد أن هذا الطفل قد تلقى جرعة واحدة على الأقل من كل من اللقاحات المطلوبة من قبل المجلس الصحي في الولاية للالتحاق بالمدرسة وأن هناك خطة لإكمال هذا الطفل متطلباته خلال فترة 90 يوم تقويمي قادمة. ينبغي أخذ اللقاح القادم في .

توقيع مقدم الخدمة الطبية أو مسؤول دائرة الصحة: التاريخ (الشهر، اليوم، السنة): |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

متطلبات القسم III

لمعرفة الحد الأدنى من متطلبات التطعيم للالتحاق بالمدرسة والرعاية النهارية، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لقسم التطعيمات على الرابط  
<http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

ينبغي تطعيم الأطفال وفقاً لجدول التطعيمات الذي تم وضعه ونشره من قبل مراكز السيطرة على الأمراض (CDC)، اللجنة الاستشارية لممارسات التطعيم (ACIP)، الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP)، والأكاديمية الأمريكية لأطباء العائلة (AAFP)، والمعروفة أيضاً باسم توصيات ACIP (المرجع: الفقرة 32.1-46(a) § من قانون ولاية فيرجينيا).  
(المتطلبات عرضة للتغيير.)



## إستمارة قواعد سلوك الطالب

يتم توفير المعلومات الخاصة بقواعد سلوك الطالب لكل عائلة في كل عام دراسي. من خلال التوقيع على هذا النموذج وإعادته، لا يتم إعتبار ولي الأمر/الوصي الشرعي متنازلاً عن حقوقه في الحماية بموجب دستور أو قوانين الولايات المتحدة و/ أو كومنولث فرجينيا، ولكنه يحتفظ بها صراحةً، ويكون له الحق في التعبير عن عدم الموافقة على سياسات و/ أو قرارات المنطقة التعليمية.

تضم مدونة قواعد سلوك الطالب، بمقتضى القانون، إرشادات وقواعد لسياسة الاستخدام المسؤول لنظام الحاسوب للطلاب، الحضور المدرسي الإلزامي، معايير سلوك الطالب، سياسة المساواة والتميز، إستمارة الإبلاغ عن التنمر، وميثاق الشرف. يقع على عاتق أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين واجب مساعدة مدارس ACPS في تطبيق معايير سلوك الطالب والحضور الإلزامي الى المدرسة.

يتحمل أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين مسؤولية فهم مدونة قواعد السلوك، تعزيز السلوك السليم للطالب، مساعدة المدرسة في انضباط الطالب، الاجتماع مع مسؤولي المدرسة في حال طلب منهم ذلك لمناقشة الأمور المتعلقة بالانضباط والحضور الى المدرسة. كما يشترط القانون أيضاً قيام أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين بالتوقيع على بيان يوضح معرفتهم بمسؤولياتهم.

يشير توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي الى الاستلام فقط، ولا يتطلب من العوائل الموافقة على أي من السياسات المدرجة فيها.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

توقيع الطالب: \_\_\_\_\_

## الاستخدام المسؤول للتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي

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

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني: \_\_\_\_\_

توقيع الطالب: \_\_\_\_\_

## اللوائح الخاصة بالحافلات المدرسية

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

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

لقد قرأت وفهمت اللوائح الخاصة باستخدام الطلاب للحافلة المدرسية وأوافق، بصفتي ركباً، على الإلتزام بهذه اللوائح.

توقيع الطالب: \_\_\_\_\_

## معلومات دليل الطالب

(قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة/ FERPA)

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

لا تُنشر معلومات الدليل الخاصة بالطالب، باستثناء ما هو مطلوب بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2026. أنا أدرك أن هذا يعني أن المعلومات والصور الفوتوغرافية التي يظهر فيها الطالب سيتم رفعها من المنشورات المدرسية مثل الكتب المدرسية السنوية، قوائم الطلاب المتفوقين، ونشرات التخرج المطبوعة/ البرامج الرياضية/المسرحية.

### دليل المعلومات لرابطة PTA والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة

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

نعم، يمكن لمدارس ACPS أن تكشف عن رقم هاتف الطالب/العائلة وعنوان بريده الإلكتروني الى رابطات أولياء الامور والمعلمين PTAs، المنظمات الداعمة، وغيرها من المنظمات ذات الصلة بالمدرسة من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2026.

### المشاركة في وسائط التواصل

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

لا تستخدم صورة الطالب الفوتوغرافية، تصوير توضيحي له، صوته، كتاباته، أعماله الصيفية أو أعماله الفنية في أي من المجالات المذكورة أعلاه للفترة من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2025.

### معلومات سجل الطالب

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

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

في حال عدم وضع إشارة على أي من الخيارات أدناه، عندها سوف يتم الإفصاح عن معلومات الطالب عند طلبها من قبل مسؤولي التجنيد العسكريين، أرباب العمل المحتملين أو مؤسسات التعليم العالي للعام الدراسي 2025-2026.

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

لا تُفصح عن معلومات الطالب الى مسؤولي التجنيد العسكريين

لا تُفصح عن معلومات الطالب الى الكليات/ المؤسسات التعليمية الأخرى

لا تُفصح عن معلومات الطالب الى أرباب العمل المحتملين

## معلومات سجل الطالب

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

### عقد الكتب

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

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي:

### التربية الحياتية والأسرية

تم تصميم منهج التربية الحياتية والأسرية في مدارس مدينة الاسكندرية العامة (ACPS) لتوفير برنامج شامل ومتسلسل للمراحل K-10 يتضمن دروساً ملائمة عمرياً في الحياة الأسرية والعلاقات المجتمعية، تعليم الامتناع عن ممارسة الجنس، الحياة الجنسية البشرية والتكاثر البشري، قيمة تأجيل النشاط الجنسي وفوائد التبني كخيار إيجابي في حالة الحمل غير المرغوب فيه. لمعرفة المزيد حول منهاج الحياة الأسرية، يرجى زيارة صفحة التربية الحياتية والأسرية على موقع ACPS الإلكتروني: <https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

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

قسم النقل

إستمارة الاشخاص البدلاء المصرح لهم بإستلام الاطفال في مرحلة رياض الأطفال/الأطفال الذين يتلقون تعليماً خاصاً

قسم النقل

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم الطالب:		الرقم التعريفي للطالب:	
عنوان المنزل:		رقم الشقة:	
اسم (أسماء) ولي الأمر/ الوصي القانوني:		اللغة التي يتحدث بها ولي الأمر/ الوصي الشرعي:	
أرقام الهواتف:	المنزل:	العمل:	المحمول:
المدرسة:			
الاشخاص المخولين لإصطحاب الطالب (من غير الأوصياء الشرعيين). يُسمح بإدراج 3 أسماء مخولة فقط			
اسم الشخص المخول	الصلة:	رقم (أرقام) الهاتف	
توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني:		التاريخ:	
توقيع مدير المدرسة:			
For Office Use Only:			
Received by: _____ Date: _____ Time: _____			

يرجى الملاحظة: ينبغي تقديم هذه الإستمارة قبل الساعة 12 ظهراً لغرض سرياتها الفوري. في حال تم تقديمها بعد الساعة 12 ظهراً، عندها يكون التغيير سارياً في اليوم الدراسي التالي. ينبغي موافقة مدير المدرسة لغرض اعتمادها.