

حقيبة العودة إلى المدرسة

العام الدراسي

2027-2026



مدارس سينسيناتي العامة

الحزمة الرسمية للعودة إلى المدرسة * العام الدراسي 2026-2027

TABLE OF CONTENTS

جدول المحتويات

PAGE	DOCUMENT / FORM TITLE	عنوان المستند/النموذج ورقم الصفحة
1	Parent Letter	رسالة إلى أولياء الأمور (1)
2	Students with Disabilities Notice	إشعار للطلاب ذوي الإعاقة (2)
3	District Wide Discipline Policy	سياسة الانضباط على مستوى المنطقة التعليمية (3)
4	Be SMART Gun Safety Notice	"Be Smart" تنبيهات السلامة المتعلقة بالأسلحة النارية ضمن مبادرة (4)
5	Student Dining Services Parent Guide	دليل أولياء الأمور حول خدمات الطعام للطلاب (5)
6	Request to Restrict Privacy Information and Photos/Video	طلب تقييد المعلومات المتعلقة بالخصوصية (6) والصور/مقاطع الفيديو
7	Student Computerized Records Consent Form	نموذج الموافقة على السجلات الحاسوبية للطلاب (7)
8-12	Student Acceptable Use Policy and Mobile Device Agreement	سياسة الاستخدام المقبول للطلاب واتفاقية (8) استخدام الأجهزة المحمولة
13	Environmental Health and Safety Notice	إشعار الصحة والسلامة البيئية (13)
14	Smart911.com	14) Smart911.com
15	Health Parent Letter	رسالة صحية موجهة لأولياء الأمور (15)
16-18	Prescription Medications Authorization	الموافقة على الأدوية الموصوفة طبياً (16-18)
19	Over-The-Counter Medications Authorization	تفويض استخدام الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (19)
20-23	Health History Update	تحديث التاريخ الصحي (20-23)
24-25	Emergency Medical Authorization Form	نموذج تفويض الرعاية الطبية الطارئة (24-25)
26	Special Dietary Needs Form	نموذج الاحتياجات الغذائية الخاصة (26)
27	Parent Involvement Information	معلومات حول مشاركة أولياء الأمور (27)
28	Parent Engagement Form	نموذج مشاركة أولياء الأمور (28)
29	Voter Registration Information	معلومات تسجيل الناخبين (29)
30-31	2026-2027 School Calendar	التقويم المدرسي لعامي 2026-2027 (30-31)



عائلات CPS الأعضاء،

مرحبا بعودتك!

نحن متحمسون لبدء العام الدراسي معك! يرجى الاطلاع على حزمة العودة إلى المدرسة 2026-2027 المرفقة. جميع نماذج العودة إلى المدرسة متاحة رقمياً على FOCUS. يفضل جمع معلومات العودة إلى المدرسة عبر الإنترنت لضمان تقليل الأخطاء. النماذج عبر الإنترنت متاحة باللغات الإسبانية والفرنسية والعربية. تشمل فوائد ملء النماذج عبر الإنترنت ما يلي:

- ما عليك سوى التحقق من المعلومات الموجودة
- وتحديثها ضمن عدم تكرار معلومات الطالب

للوصول إلى المستندات عبر الإنترنت ، قم بإنشاء حساب على FOCUS وابحث عن طفلك باستخدام رقم معرف FOCUS والاسم الأول والأخير وتاريخ الميلاد..إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فإن مدرسة طفلك لديها موظفون مدربون على استخدام نظام التسجيل عبر الإنترنت

إذا قمت بملء النماذج رقمياً، فلن تحتاج إلى ملء النماذج الورقية. ومع ذلك، نظراً لأن العديد من العائلات تفضل النماذج الورقية، ستجد داخل هذه الوثيقة جميع النماذج الورقية التي يتعين على العائلات تعبئتها، بما في ذلك

- التاريخ الصحي ونماذج الموافقة
- CPS اتفاقية الجهاز المحمول وسياسة الاستخدام المقبول الخاصة بـ
- مسح مشاركة الوالدين
- دعم التدخل في السلوك الإيجابي
- CPS تقويم منطقة

تتحمل العائلات مسؤولية فهم إجراءات الطقس الطارئة، والتي يمكن العثور عليها على موقعنا الإلكتروني

<https://www.cps-k12.org/our-students/severe-weather-procedures>

للحصول على نسخة من النماذج باللغة الإسبانية أو الفرنسية أو العربية، يرجى الاتصال بمدرستك

إذا كنت ترغب في تسجيل طالب في مرحلة ما قبل المدرسة، يرجى الاتصال بالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة على الرقم (513) 0240-363 أو زيارة

<https://www.cps-k12.org/our-district/preschool>.

إشكراً لكم، ونتطلع إلى عام دراسي رائع



الطلاب ذوي الإعاقة:

تقدم المدرسة العهمة:

- تقييم لجميع الأطفال ذوي الإعاقة المشتبه فيها سن الولادة حتى سن 21
- التعليم لجميع الأطفال مع الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 3 إلى 21 سنوات

عندما يتم إخطار موظفي المدرسة بالطفل المشتبه بإصابته بإعاقة:

- يتم الاتصال بوالدي الطفل وإبلاغهما بحقوقهما ، وفقاً لما يقتضيه قانون تحسين تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEIA 2004) ، وقانون ولاية أوهايو المنقح ، ومعايير التشغيل التابعة لمجلس الدولة للتعليم لمدارس أوهايو التي تخدم الأطفال ذوي الإعاقة.
- يتم اتخاذ الترتيبات اللازمة لمراجعة جميع المعلومات والوثائق المتعلقة بالإعاقة المشتبه فيها .

إذا كنت تعرف عن طفل يشتبه في وجود العجز ولم يوفر أي خدمة، أخبر الموظفين في مدرسة الطفل أو اتصل بقسم خدمات الطلاب في CPS، (513)363-0298.

تنظم مدارس سينسيناتي العامة حملة توعية مكثفة وفقاً لمتطلبات قانون تحسين تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEIA 2004) ، والقانون الإداري لولاية أوهايو ، والمدونة المنقحة لولاية أوهايو ، ومعايير التشغيل للوكالات التعليمية في أوهايو التي تخدم الأطفال ذوي الإعاقة.

تحاول المناطق التعليمية العامة ووزارة التعليم في أوهايو التعرف على الأطفال ذوي الإعاقة ، من سن الولادة وحتى سن 21 ، والذين قد

يحتاجون إلى تعليم خاص والخدمات ذات الصلة.

وبالنسبة للأطفال الولادة وحتى سن 3، تعني العجز شرط تأسيس المعروف أن يؤدي إما تأخر في النمو أو تأخر في النمو موثقة.

بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 5 سنوات ، تعني الإعاقة أن الطفل يعاني من عجز موثق في واحد أو أكثر من المجالات التنموية التالية:

- التواصل
- الرؤية
- السمع
- المهارات الحركية
- الأداء العاطفي / السلوك الاجتماعي
- المهارات للمساعدة الذاتية
- التطور المعرفي

بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، تعني الإعاقة أن الطفل قد تم تحديده على أنه يعاني من واحد أو أكثر من الحالات التالية:

- التوحد
- الصمم والعمى
- ضعف السمع (بما في ذلك الصمم)
- إعاقات متعددة
- ضعف العظام
- ضعف الصحة الأخرى
- صعوبات التعلم المحددة
- النطق/ أو ضعف اللغة
- إصابات في الدماغ
- ضعف البصر (بما في ذلك العمى)
- الإعاقات الذهنية
- اضطراب عاطفي



سياسة الانضباط على مستوى المقاطعة

دعم التدخل السلوكي الإيجابي

● هناك مدونة قواعد سلوك على مستوى المنطقة للطلاب.

● يتم تحديث مدونة قواعد السلوك سنوياً ويمكن مراجعتها على موقع CPS على الويب:

cps-k12.org/schools/policies-guidelines/discipline/code-of-conduct

تسعى مدارس سينسيناتي العامة إلى خلق ثقافة مدرسية إيجابية في جميع مدارسنا ، تهدف إلى تهيئة بيئة آمنة ومنظمة تبقى الطلاب في المدرسة ويشاركون في التعلم.

جزء من ثقافة المدرسة الإيجابية هذه هي مدونة قواعد سلوك على مستوى المقاطعة توفر توقعات واضحة وصريحة لسلوك الطلاب ، وتحدد المبادئ التوجيهية لتدريس المهارات الاجتماعية للطلاب ، وتصف طرقاً للمساعدة في تصحيح السلوك وتوضح عواقب سوء السلوك.

بالإضافة إلى مدونة قواعد السلوك ، يتعين على كل مدرسة تطوير خطة دعم التدخل في السلوك الإيجابي الخاصة بها من خلال لجنة دعم التدخل في السلوك الإيجابي الخاصة بها. يجب أن تتضمن هذه الخطة مجموعة من الخيارات التي تعلم الطلاب التوقعات السلوكية. يجب على المدارس إبلاغ هذه الخطة لأولياء الأمور والطلاب.

يحتاج الآباء إلى معرفة وفهم خطة دعم التدخل السلوكي الإيجابي في مدارس أطفالهم.

تفتيش الطلاب والحاجات الخاصة لهم

سيخضع الطلاب للتفتيش بواسطة أجهزة الكشف عن المعادن و / أو باليد على أساس عشوائي ، أو يشك معقول ، من قبل مسؤولي المقاطعة أو موظفي الأمن.

قد تبحث المنطقة عن: الملابس الخارجية للطلاب أو الجيوب أو حقائب الكتب أو الممتلكات الأخرى ؛ خزنة الطالب ؛ سيارة يقودها الطالب إلى المدرسة وتوقف في ممتلكات المدرسة

لا يتوقع الطلاب الخصوصية في الهواتف المحمولة أو الأجهزة الإلكترونية الأخرى التي يتم إحضارها إلى المدرسة. إذا كان هناك شك معقول في أن البحث سيكشف عن انتهاك لقواعد المدرسة ، فيمكن مصادرة الهواتف المحمولة والأجهزة الإلكترونية الأخرى وتفتيشها ، بما في ذلك البحث عن المكالمات ورسائل البريد الإلكتروني وجهات الاتصال والنصوص وغيرها من الاتصالات أو الوصول إلى الإنترنت.

سيتم التعامل مع الطلاب باحترام أثناء البحث. أي طالب يفشل في التعاون أثناء البحث سيخضع للانضباط بموجب قواعد سلوك CPS.

مدارس مقاطعة سينسيناتي العامة ليست مسؤولة عن الحاجات الشخصية التالفة أو المفقودة أو المسروقة.

توفر منطقة سينسيناتي العامة للمدارس فرصاً تعليمية ومهنية وفرص عمل متساوية لجميع الأشخاص دون النظر إلى السلالة العرقية أو الجنس أو أصل العرق أو اللون أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الأصل القومي أو العقيدة أو الجنسية التوجه ، أو الانتماء إلى نقابة أو منظمة مهنية ، ويوفر المساواة في للانضمام للكشف ومجموعات أخرى معينة. المنطقة في إتباع البند السادس ، البند التاسع والقسم 504 من قانون التأهيل المهني. للحصول على معلومات إضافية ، اتصل بمنسق العنوان IX أو منسق الطلاب في القسم 363-0000 (513) 504: TDD: (513) 363-0124.



الأسر وأولياء الأمور والأوصياء لطلاب مدارس سينسيناتي العامة الأعضاء،

إن توفير بيئة تعليمية آمنة لطلاب وموظفي مدارس سينسيناتي العامة تظل إحدى أولوياتنا الرئيسية. كجزء من قرار مجلس المدرسة أبريل 2022، نحث الأسر على تنفيذ إجراءات تأمين تخزين الأسلحة النارية بالمنزل لضمان عدم وصول الأطفال إليها وأو إحضار مسدس إلى المدرسة. تخزين السلاح الناري بأمان في المنزل هي الخطوة الأولى. لقد تشاركنا مع برنامج "Be Smart For Kids" (كن منتهباً من أجل الأطفال) لتقديم المعلومات الرئيسية لك والإحصائيات ولتستطيع الحصول على قفل للمسدس.



BE SMART

أمن جميع أسلحتك الموجودة في منازلك أو في مركباتك؛
نموذج السلوك المسؤول حول الأسلحة
أسأل عن الأسلحة غير المؤمنة في منازل أخرى
تعرف على دور الأسلحة في الانتحار
أخبر أقرانك أن يكونوا أذكياء

تشير دراسات العنف المدرسي المسلح إلى نفس النقطة المهمة للتدخل وهي: معالجة الوصول غير المصرح به إلى الأسلحة النارية في المنزل من قبل الطلاب. كشفت إحدى الدراسات الحديثة عن حوادث العنف المدرسي المستهدفة من عام 2008 حتى عام 2017 أن 76% من الأسلحة النارية المستخدمة في هذه الحوادث تم الحصول عليها من منزل أحد الوالدين أو منزل أحد الأقارب.

4.6 مليون طفل

أمريكي

يعيشون في بيت به
أسلحة معبأة وغير
مؤمنة

علاوة على ذلك، تشكل الأسلحة غير المؤمنة في المنزل خطراً على الطلاب خارج المدرسة. والآن، تعتبر الأسلحة النارية السبب الرئيسي لحالات الوفاة بين الأطفال في الولايات المتحدة كل عام، فهناك حوالي 350 طفلاً دون سن 18 عاماً يطلقون النار من غير قصد على أنفسهم أو على شخص آخر. وللأسف، فإن ما يقرب من 40% من وفيات الأطفال بالأسلحة هي حالات انتحار — ما يقرب من 700 حالة انتحار سنوياً باستخدام الأسلحة النارية (في فتر ما قبل الجائحة). وفي معظم الحوادث، كان السلاح المستخدم ملصقاً لأحد الأشخاص في منزل الطالب

كشفت إحدى الدراسات أن 87% من الأطفال يعرفون مكان أسلحة الوالدين، وأن 60% تعاملوا معها. وتُظهر الأبحاث أن ممارسات التخزين الآمن للأسلحة النارية ترتبط بانخفاض يصل إلى 85% في مخاطر الإصابات الذاتية وغير المتعمدة بالأسلحة النارية بين الأطفال والمراهقين. كما يحمي تخزين الأسلحة النارية تخزيناً آمناً أي طفل داخل منزل، وكذلك الطلاب في جميع أنحاء المنطقة التعليمية والمجتمع.

كإجراء إضافي لضمان إبلاغ أولياء الأمور ودرايتهم بتأمين مكان تخزين الأسلحة النارية، سيقوم الموظفون في المدرسة بنشر هذه المعلومات أثناء تسجيل الأطفال للعام الدراسي 2026-2027 والتأكيد على ذلك في نظام المعلومات الخاصة بالطالب لدينا.

يمكنك أيضاً التعرف على مزيد من المعلومات حول تأمين مكات تخزين الأسلحة النارية والتحدث مع أطفالك عن المسدسات والوقائع والموارد الخاصة بانتحار الأطفال باستخدام الأسلحة النارية على BeSMARTforKids.org (متوفر باللغة الإنجليزية فقط). يرجى اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية أسرنا والمجتمع والمدارس - "كن منتهباً" وقم بتأمين أسلحتك النارية.

في خدمتك،

شونا ميرفي

مشرف

مدارس سينسيناتي العامة

دليل أولياء الأمور فيما يتعلق بخدمات الطعام المقدمة للطلاب

2027-2026

إرشادات وجبة الإفطار

يُقدّم الإفطار مجاناً لجميع طلاب مدارس

تتضمن، كل وجبة إفطار



اختيار الطالب
من الحليب



فواكه طبيعي
بنسبة 100%



عصير



طبق رئيسي يحتوي
على الحبوب الكاملة
و/أو بروتين قليل
الدهن

يجب على الطلاب اختيار 3 عناصر على الأقل، بما في ذلك
نوع واحد من الفاكهة أو الخضار.

نظرة عامة على برنامج الوجبات والأهلية

جميع مدارس مدارس سينسيناتي العامة (CPS)، باستثناء Walnut Hills و Kilgour و Hyde Park، تشارك في برنامج الأهلية المجتمعية (CEP) من خلال البرنامج الوطني للغذاء المدرسي وبرنامج الإفطار المدرسي.

وهذا يعني أن الطلاب المسجلين في المدارس المشاركة يحصلون على
إفطار صحي وغداء مغذٍ مجاناً في كل يوم دراسي.

يجب على الأسر التي لديها طلاب في مدارس وولنت هيلز وهاید بارك
وكيلغور تعبئة نموذج طلب الوجبات والمزايا التعليمية للتأهل للحصول
على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

أسعار الغداء:

هايد بارك وكيلغور: 1.75 دولار أمريكي
وولنت هيلز: 2.00 دولار، أم بك،

قدم طلباً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر:

عبر الإنترنت على SchoolCafe.com

أطلب نموذج طلب ورقي من مدرستك

اتصل على الرقم 513-363-0800 لكي يتم إرسال
نموذج الطلب إلى منزلك عبر البريد

إرشادات وجبة الغداء

يقدم الغداء مجاناً لجميع الطلاب باستثناء المسجلين
في مدارس وولنت هيلز وكيلغور وهاید بارك.

تشمل كل وجبة غداء:



اختيار الطالب
من الحليب



حصتان من
الخضراوات



حصتان من
الفواكه



طبق رئيسي يحتوي
على الحبوب الكاملة
وبروتين قليل الدهن

يجب على الطلاب اختيار ثلاثة مكونات على الأقل، بما في
ذلك نوع واحد من الفاكهة أو الخضار.

حسابات وجبات الطلاب

تقبل مدارس سينسيناتي العامة (CPS) الدفع نقداً، كما يمكن للعائلات استخدام
SchoolCafe لدفع ثمن الأصناف الإضافية (à la carte) باستخدام بطاقة
الائتمان أو الشيك الإلكتروني.

من خلال تطبيق SchoolCafe، يمكنك:

- استعراض القوائم ومعلومات التغذية ومسببات الحساسية
- إعداد المدفوعات التلقائية وتبنيها الرصيد
- إدارة عدة طلاب في حساب واحد
- تعبئة نموذج طلب الوجبات والمزايا التعليمية

لا يسمح بأن يكون رصيد حساب الوجبات سالباً.

أرقام التعريف الشخصي

يجب على طلاب وولنت هيلز وهاید بارك وكيلغور
استخدام رقم الطالب المكون من 5 أرقام عند الدفع
وعليهم معرفته من اليوم الأول.

الاحتياجات الغذائية الخاصة

نحن ملتزمون بدعم الطلاب الذين لديهم احتياجات غذائية طبية. لطلب
التسهيلات اللازمة، يرجى تقديم نموذج احتياجات غذائية خاصة موقع بواسطة
مختص طبي مرخص.

امسح الرمز هنا:





طلب تقييد معلومات الخصوصية والصور/الفيديو

تحظر القوانين الفيدرالية وقوانين أوهايو على مدارس سينسيناتي العامة (CPS) الإفراج علنا عن معلومات الطلاب والصور والفيديو / الصوت دون إذن ، باستثناء "معلومات الدليل" المعينة. بموجب قانون السجلات العامة في ولاية أوهايو ، يطلب من CPS عند الطلب تقديم معلومات الدليل إلى أي فرد من الجمهور يطلبها. وفقا لسياسة مجلس الإدارة رقم 8330 ، تحدد CPS معلومات الدليل على النحو التالي:

اسم الطالب والمدرسة ومستوى الصف واسم ولي الأمر وعنوان المنزل ورقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني والمشاركة في الأنشطة والرياضات المعترف بها رسميا والجوائز المستلمة.

الغرض الأساسي لمدارس CPS من نشر معلومات الدليل هو تسليط الضوء على إنجازات الطلاب. في بعض الأحيان، تقوم المنطقة و/أو المدرسة بالتقاط الصور والفيديو/الصوت الذي قد يتم وضعه على مواقع المنطقة الإلكترونية وقنوات التواصل الاجتماعي والمنشورات المعتمدة و/أو قد تظهر ضمن قصة إخبارية يتم بثها عبر وسائل الإعلام.

إذا وافقت على أنه يجوز لمدارس CPS نشر معلومات الدليل والصور والفيديو/الصوت الخاصة بطفلك، فلن تحتاج إلى إعادة هذا النموذج ولا يلزم اتخاذ أي إجراء آخر. إذا كنت لا تريد أن تقوم CPS بنشر معلومات الدليل أو الصور أو الفيديو/الصوت أو إلى مسؤولي التجنيد العسكري، فيرجى تحديد المربعات المناسبة أدناه.

الدليل والإصدار العام

بإصدار معلومات CPS قد لا تقوم الدليل الخاصة بطفلي.	☐	قد يرفض أولياء الأمور أو الأوصياء القانونيون أو الطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عاما أو بإصدار معلومات الدليل عن طريق تحديد المربع الذي يعيد هذا CPS أكبر السماح لمدارس النموذج إلى المدرسة بحلول نهاية سبتمبر.
---	--------------------------	--

إصدار إعلامي

إصدار صور و/أو CPS لا يجوز لـ مقاطع فيديو/مقاطع صوتية لطفلي.	☐	قد يرفض أولياء الأمور أو الأوصياء القانونيون أو الطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عاما أو بإصدار الصور ومقاطع الفيديو/الصوت التي تعرض الطلاب CPS أكثر السماح لمدارس على مواقع الويب الخاصة بالمنطقة وقنوات التواصل الاجتماعي والمنشورات أو قد تظهر في نشرات الأخبار. لا يشمل إلغاء الاشتراك الأحداث أو العروض المفتوحة للجمهور.
---	--------------------------	--

المجنودون العسكريون:

بالإفصاح عن اسم CPS قد لا تقوم طفلي وعنوانه ورقم هاتفه إلى مسؤولي التجنيد العسكري.	☐	الكشف عن أسماء وعناوين وأرقام هواتف CPS بموجب القانون الفيدرالي، يجب على طلاب المدارس الثانوية إلى مسؤولي التجنيد العسكري، ما لم يعترض الوالد أو الوصي القانوني أو الطالب البالغ من العمر 18 عاما أو أكثر على وجه التحديد.
--	--------------------------	--

بيانات الطالب

الاسم الأول/First Name: _____ اسم العائلة/Last Name: _____

تاريخ الميلاد/Birth Date: ____/____/____ مدرسة/School: _____ درجة/Grade: _____ غرفة المنزل/Home Room: _____

أنا الطالب وعمر 18 سنة أو أكثر / I am the student, and I am 18 years of age or older/ ☐ لو سمحت
أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للطالب وكان عمر الطالب أقل من 18 عاما/ I am the parent or legal guardian of the student and the student is under 18 years of age/ ☐ تحقق من واحد

(اسم ولي الأمر/الوصي (يرجى الطباعة) / Parent/Guardian Name (Please Print): _____

تاريخ/Date: ____/____/____ إمضاء/Signature: _____

يمكن للوالدين/الأوصياء و/أو الطلاب المؤهلين الذين يعتقدون أن حقوقهم بموجب قانون حقوق التعليم والخصوصية الفيدرالي (FERPA) قد تم انتهاكهم تقديم شكوى إلى: مكتب الامتثال لسياسة الأسرة، وزارة التعليم الأمريكية، 400 Maryland Avenue, SW, Washington 4605-20202 .
www.ed.gov/offices/OM/fpcو يمكن إرسال الاستفسارات غير الرسمية إلى مكتب الامتثال لسياسة الأسرة عبر البريد الإلكتروني: FERPA@ed.gov.



Community Learning Center
Cincinnati Public Schools
2651 Burnet Avenue
Cincinnati, Ohio 45219
Phone: (513) 363-0154

نموذج موافقة الوالدين/ولي الأمر 2026-2027

تتعاون مدارس سينسيناتي العامة مع عدد من المنظمات للمساعدة في تلبية احتياجات الطلاب.

يقدم الشركاء مجموعة من الخدمات المتعلقة بالمجالات التالية: الدروس الخصوصية والتوجيه والصحة والخدمات اللامنهجية. يمكن ترتيب الخدمات من خلال منسقي الموارد الذين يتم تعيينهم في المدارس الفردية.

قد يطلب منسقو الموارد أو المنظمات الشريكة الوصول إلى نظام سجل الطلاب الإلكتروني، بما في ذلك بيانات برنامج السنوات المتوسطة، لعرض بيانات التعريف الشخصية للطلاب. يمكن أيضا مشاركة هذه البيانات مع الموظفين والمتطوعين الذين يعملون مع المنظمة الشريكة. وهذا من شأنه أن يسمح لمنسقي الموارد والمنظمات الشريكة بتحديد الخدمات المناسبة للطلاب وتعيينها. في حالة الوصول، يجب على منسق الموارد أو المنظمات الشريكة الحفاظ على سرية معلومات الطلاب وعدم إعادة الكشف عن المعلومات للأفراد غير المحددين في هذه الموافقة. يسمح لمنسق الموارد والمنظمات الشريكة فقط بالوصول إلى... سجلات الطلاب كجزء من برنامجهم الخاص وبالقدر اللازم لأداء واجباتهم

لا يجوز مشاركة المعلومات السرية إلا بالقدر الذي تكون فيه ذات صلة بالتقدم الأكاديمي للطلاب أو سلامته أو رفاهيته. قد يتم الكشف عن معلومات الطالب في حالة حدوث حالة طبية طارئة تتطلب تسهيل الرعاية الطبية. يلزم الحصول على إذن الوالدين / الوصي للسماح للمنسق والمنظمات الشريكة بالوصول إلى بيانات طفلك. يرجى تحديد الشركاء الذين توافق عليهم أدناه.

سيقوم منسق الموارد و / أو المدرسة بإدخال خيارات الشركاء أدناه

● _____	● _____
● _____	● _____
● _____	● _____

لقد قرأت ما سبق وأوافق على قيام جميع الشركاء المذكورين أعلاه في إدارة مدارس سينسيناتي العامة بالكشف عن معلومات طفلي والحصول عليها وتبادلها مع موظفي المنطقة التعليمية والشركاء المذكورين أعلاه

أكتب اسم الأب أ اللي

أكتب اسم التلميذ خصص مطبع احد لكل تلميذ

امضاء الأب أ و الولي

التاريخ

اسم المدرسة

المستوى

رقم الهاتف

For Office Use Only/للاستخدام المكتبي فقط/

Student ID #: _____



سياسة الاستخدام المقبول للطالب واتفاقية أمان الإنترنت / الشبكة
مدارس سينسيناتي العامة 2026-2027 العام الدراسي
طف 3 - PreK

اتفاقية الطالب

أنا سوف



دائما أتعامل مع جهاز الآيباد أو الكمبيوتر بشكل صحيح.



استخدم فقط مواقع الويب التي يوافق عليها أساتذتي.



أحافظ دائما على خصوصية اسم المستخدم وكلمة المرور الخاصة بي



احتفظ دائما بالطعام والمشروبات بعيدا عن جهاز الآيباد أو الكمبيوتر ، لأن طالبا آخر قد يستخدم الجهاز.



دائما محترما ولطيفا باستخدام الإنترنت.



أقوم دائما بالإبلاغ عن أي شيء على الإنترنت يجعلني حزينا أو خائفا أو غير مرتاح أو غير آمن.



أتحمل المسؤولية دائما إذا قمت بتلف جهاز الآيباد أو الكمبيوتر الخاص بي



سياسة الاستخدام المقبول للطالب واتفاقية أمان الإنترنت / الشبكة

مدارس سينسيناتي العام 2026 - 2027 العام الدراسي

طف 3 - PreK

1. ما هي سياسة الاستخدام المقبول ؟
الاستخدام/المقبول. اتفاقية أو تعهد بأنك ستتبع القواعد عند استخدام أجهزة الكمبيوتر المدرسية
وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة.
2. لماذا تعتبر سياسة الاستخدام المقبول مهمة؟
تريد مدرستنا الحفاظ على سلامتك وعلى المعدات التي تستخدمها. يخبرك AUP بالقواعد ووظيفتك عند استخدام أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة.
يذكرنا AUP أنه عند استخدام أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad وغيرها من الأجهزة ، فإنه ليس خاصا.
معلمك يشاهد وكذلك الآخرون على الإنترنت. يجب أن تتذكر أن تكون محترما ومسؤولا وآمنا.
3. ما هو MDA؟
الجهل الموصول. اتفاقية أو تعهد بأنك ستعتني بأجهزة الكمبيوتر المدرسية وأجهزة iPad والأجهزة
الأخرى.
4. ما سبب أهمية MDA؟
الجهل الموصول على تذكيرك بالحفاظ على أجهزة الكمبيوتر وأجهزة iPad والأجهزة في حالة عمل جيدة. يخبرك أيضا
أن هناك عواقب إذا قمت بتدمير أو إتلاف الكمبيوتر أو iPad أو الجهاز.

لجميع الأسئلة ، يرجى الاتصال بمركز دعم تكنولوجيا الأسرة: 0688-363-513



سياسة الاستخدام المقبول للطلاب واتفاقية أمان الإنترنت/الشبكة
مدارس سينسيناتي العامة 2026-2027 العام الدراسي
طف 4-12

اتفاقية الطالب: انا سوف:



أفهم أنه من المتوقع مني استخدام الجهاز المخصص لي بأمان ومسؤولية
ولأغراض تعليمية فقط.



سوف أتعامل مع أجهزتي بعناية واحترام. أدرك أنني مسؤول عن الاستخدام
السليم للتكنولوجيا الصادرة باسمي.



سيكون مواطنًا رقميًا محترمًا. لن أقوم بالتسلط عبر الإنترنت أو إرسال رسائل
غير لائقة أو استخدام لغة غير لائقة.



سيتم إخطار شخص بالغ في حالة الاشتباه في وجود مشكلة أمنية أو مشكلة في
الإنترنت أو تحديدها.



سأعيد الجهاز بالحالة التي استلمتها (لوحة المفاتيح/الشاشة نظيفة، لا توجد
جزيئات طعام)، كما أفهم أنه قد يتم تخصيص هذا الجهاز لطالب آخر.



سوف يلتزم بالمسؤوليات المذكورة أدناه ومدونة قواعد السلوك لمدارس
عند استخدام التكنولوجيا. (CPS سينسيناتي العامة)

مسؤوليات الطالب

1. سأكون مسؤولاً عن الجهاز والحسابات المخصصة لي. لن أشارك معلومات حسابي أو كلمات المرور أو المعلومات الأخرى المستخدمة للوصول إلى البرامج مع أي شخص. أعلم أيضًا أنه لا ينبغي لي الوصول إلى الحسابات باسم شخص آخر. إذا رأيت معلومات خاصة بشخص آخر، فعند استخدام جهاز مشترك، سأخبر شخصًا بالغًا وانتظر استخدام الجهاز حتى يقوم شخص بالغ بإزالة المادة.
2. سأكون لطيفًا ومحترمًا في لغتي وكيفية تعاملتي مع الآخرين أثناء الاتصال بالإنترنت. لن أقوم عمدًا بإيذاء الطلاب والموظفين الآخرين أو التمر عليهم أو مضايقتهم أو تخويفهم أو ملاحقتهم أو تهديدهم ("التسلط عبر الإنترنت"). سأستخدم فقط اللغة الموجودة على الإنترنت وفي البريد الإلكتروني الخاص بالمدرسة والتي سأستخدمها في الفصل الدراسي مع معلمي. سأخبر المعلم إذا رأيت أي شيء مؤذي لطالب آخر عبر الإنترنت.
3. سأستخدم شبكة CPS بمسؤولية. لن أتمكن من الوصول إلى أو نشر أو عرض أو استخدام مواد غير مناسبة للمدرسة. لن أبحث عن صفحات الويب أو التطبيقات أو المستندات التي تحتوي على محتوى غير مناسب. لن أقوم بإنشاء أو مشاركة الصور أو مقاطع الفيديو أو النصوص/المحادثات غير المناسبة. يمكن أن يشتمل المحتوى غير اللائق على أشياء تتسم بالتمييز أو الفحش أو اللغة غير اللائقة أو الجنسية الصريحة أو العنيفة أو التخريبية. لن أقوم بتنزيل أي ملفات، بما في ذلك ملفات الموسيقى والفيديو، ما لم يمنحني المعلم الإذن بذلك.
4. سأكون صادقًا بشأن هويتي عبر الإنترنت. لن أظاهر بأنني أي شخص آخر عبر الإنترنت. لن أقوم بإرسال بريد إلكتروني أو إنشاء حساب أو نشر أي كلمات أو صور أو أصوات باستخدام اسم شخص آخر. لن أستخدم اسم تسجيل الدخول أو كلمة المرور الخاصة بشخص آخر. لن أقوم "بالانتحال". عندما أستخدم معلومات من موقع ويب، أحتاج إلى السماح للأشخاص بمعرفة المكان الذي حصلت فيه على المعلومات والاستشهاد بمصادري. سألتزم بقوانين حقوق الطبع والنشر ولن أقوم بتنزيل كلمات أو صور أو مقاطع فيديو أو موسيقى مملوكة لشخص آخر.
5. سأقوم بحماية أمن شبكة CPS. لن أحاول تغيير إعدادات الأمان أو تثبيت أي برنامج على أجهزة المدرسة دون إذن. لن أستخدم الهاتف أو الكمبيوتر المحمول الشخصي أو أي جهاز إلكتروني في المدرسة دون إذن المعلم. لن أقوم "باختراق" أي أنظمة لمعالجة بيانات منطقة المستخدمين الآخرين.
6. سأقوم بحماية جميع ممتلكات CPS المخصصة لي. لن أكسر أو أدمر أي معدات عن قصد. لن أنقل أي معدات، بما في ذلك لوحات المفاتيح والفأرة، دون إذن. لن أقوم بتعطيل تكنولوجيا النيابة أو الإضرار بها (مثل تدمير معدات النيابة، أو وضع فيروس على أجهزة كمبيوتر النيابة، أو إضافة برنامج كمبيوتر أو إزالته دون إذن، أو تغيير الإعدادات على أجهزة الكمبيوتر المشتركة، وما إلى ذلك).
7. سأحمي نفسي والآخرين أثناء الاتصال بالإنترنت. لن أنشر أي مادة على موقع المدرسة، أو الويكي، أو المدونة، أو البث الصوتي، أو مجموعة المناقشة دون إذن. لن أقوم بنشر صورة، بما في ذلك صورتي، مع إرفاق الاسم الأول أو الأخير للشخص. لن أقدم معلومات شخصية (مثل الاسم أو العنوان أو رقم الهاتف أو رقم الضمان الاجتماعي أو أي معلومات شخصية أخرى) خاصة بي أو بطالب آخر أو موظف أو أي شخص آخر دون إذن أو بقصد التهديد أو التخويف أو المضايقة أو أو السخرية من ذلك الشخص.

أسئلة مكررة

ما هو سياسة الاستخدام المقبول؟

AUP تعني "سياسة الاستخدام المقبول". هذا يعني أنك توافق على القيام بالأشياء "المقبولة" فقط عند استخدام الإنترنت والتكنولوجيا الخاصة بمدارس CPS (Cincinnati Public Schools). للحصول على تفاصيل حول ما هو "مقبول"، راجع الاتفاقيات والمسؤوليات المذكورة أعلاه بالإضافة إلى قواعد المبنى و/أو الفصل الدراسي الخاص بك. إن سياسة الاستخدام المقبول (AUP) عبارة عن اتفاقية يجب عليك التوقيع عليها رقميًا حتى يُسمح لك باستخدام شبكة ومعدات CPS.

ما هو MDA؟

MDA تعني "اتفاقية الجهاز المحمول". ويعني ذلك أنك توافق على التعامل مع الأجهزة والمعدات بطريقة آمنة ومأمونة. يرجى ملاحظة أنه بموجب هذه الاتفاقية تنص على أنه قد يتم تحصيل رسوم منك مقابل تكاليف الإصلاح أو الاستبدال لجهازك إذا كان هناك ضرر ناتج عن...

- A. لعبة الخيل في محيط الجهاز.
- B. انسكاب سائل أو طعام على الجهاز.
- C. إغلاق الشاشة على شيء ما (مثل قلم أو قلم رصاص أو آلة حاسبة أو مشبك ورق أو ما إلى ذلك). D.
- عدم تنظيف الجهاز عند تشغيله.
- E. - سرقة الجهاز الناتجة عن عدم تأمين الجهاز بشكل صحيح.
- F. فقدان الأجهزة المفقودة.

لماذا تمتلك CPS سياسة AUP/MDA؟

يستخدم الكثير من الأشخاص شبكة مدارس Cincinnati Public Schools والأجهزة المدرسية. نحتاج إلى التأكد من أن أجهزتنا وطابعاتنا تعمل بشكل جيد وأن الجميع آمنون ومرتاحون عند استخدام الشبكة.

لماذا يجب أن أكون مسؤولاً عما أفعله على شبكة منطقة CPS؟

من المهم أن نكون جميعاً مواطنين رقميين مسؤولين حتى يحصل جميع الموظفين والطلاب على مساحات آمنة للتعلم والنمو. يعد استخدام الإنترنت وتكنولوجيا المنطقة امتيازًا يُمنح للمساعدة في تحقيق هذا الهدف. يرجى فهم أن شبكة CPS وصفحات الويب وحسابات البريد الإلكتروني ليست خاصة. يستطيع موظفو مدارس CPS، وكذلك شرطة سينسيناتي، "مراقبة" جميع الأنشطة على الأجهزة المدرسية. (بما في ذلك كل ما تقرأه وما تكتبه وصفحات الويب التي تزورها على أجهزة المدرسة). ويتم ذلك لضمان استخدام تكنولوجيا المنطقة في أنشطة آمنة ومناسبة. توقف مؤقتاً وفكر قبل استخدام جهازك للتأكد من أنك لا تفعل أي شيء عبر الإنترنت لا تريد أن يراه معلموك أو والديك.

ماذا يحدث إذا لم يتبع الطالب القواعد الواردة في AUP/MDA؟

تم وضع CPS AUP/MDA لضمان حصولنا جميعاً على مساحات آمنة للتعلم والنمو أثناء استخدام التكنولوجيا. إذا رأيت أي شيء عبر الإنترنت لا يتبع الاتفاقيات والمسؤوليات، فأبلغ عنه إلى المعلم أو الشخص البالغ على الفور! الطلاب الذين لا يتبعون CPS AUP/MDA سيتلقون عواقب تصل إلى فقدان امتيازات الجهاز. سيتم تحديد العواقب من قبل مدير المبنى الخاص بك وفقاً لقواعد وإجراءات مدرستك. يرجى ملاحظة أنه سيتم الاتصال بقسم شرطة سينسيناتي إذا كانت أفعالك تنتهك القانون. وأخيراً، قد تكون مسؤولاً عن الرسوم المرتبطة بجهازك (أجهزتك).



2651 Burnet Avenue

Cincinnati, OH 45201-5381

مركز التعليم - مكتب الصحة والسلامة البيئية
Phone: 513-363-0107 Fax 513-363-0373

التاريخ: 02/06/2026

إلى: أولياء الأمور والموظفين والمنظمات المدرسية ومجموعات ممثلي الموظفين
AHERA: الإعلام السنوي

يتم إرسال هذه المذكرة لإبلاغ جميع أولياء الأمور والموظفين والمنظمات المدرسية والمجموعات الممثلة للموظفين ان تتوافق مع مقاطعة مدارس سينسيناتي الرسمية تتوافق مع وكالة حماية البيئة في الولايات المتحدة (EPA الولايات المتحدة) و قانون الاستجابة لحالات الطوارئ الخاصة بالأسبستوس (AHERA).

وتتطلب هذه التعليمات من كل حي وكل مدرسة خاصة، وعامة لتفتيش جميع المباني المدرسية للمواد التي تحتوي على الأسبستوس، وتقييم حالة للمادة الأسبستوس ووضع خطة حول كيفية القضاء على المواد التي تحتوي على الأسبستوس.

قامت مقاطعة سينسيناتي العامة للمدرسة بفحص جميع المباني بحثاً عن الأسبستوس ، كما قامت بتجميع النتائج في خطة إدارة الطوارئ لمواجهة مخاطرها (AHERA) -تحت مسمى- خطة إدارة الأسبستوس. توجد الخطة الخاصة بكل مدرسة في مكتب المدرسة الرئيسي وهي متاحة للمراجعة.

يجب فحص خطة إدارة الأسبستوس عند التخطيط لجميع التجديدات للبناء وذلك لمنع اضطراب الأسبستوس. يتم الانتهاء من جميع الإصلاحات والتجديدات المخططة لمباني المناطق التعليمية ، والتي تنطوي على اضطراب المواد المعروفة التي تحتوي على الأسبستوس ، من قبل الأشخاص المعتمدين الذين تم تدريبهم على العمل مع مواد الأسبستوس. يتم الانتهاء من هذه المشاريع بطريقة آمنة من خلال اتباع الإجراءات المفصلة في خطة إدارة الأسبستوس

تواصل المنطقة التعليمية مراقبة حالة جميع مواد البناء المحتوية على الأسبست من خلال مطالبة موظفي المنطقة بفحص الحالة كل ستة أشهر. أيضا ، قامت الدائرة بتدريب مفتشين من خارج المنطقة على إجراء عملية إعادة تفتيش كبرى لجميع المباني كل ثلاث سنوات. تتوفر نتائج عمليات التفتيش المطلوبة في خطة إدارة الأسبستوس.

إذا كانت مدرستك لديها مشاريع لتخفيض الأسبستوس ، فستجد وصفاً موجزاً للمشروعات في خطة إدارة الأسبستوس.

يجب تقديم أي أسئلة أو استفسارات حول تنفيذ لوائح AHERA إلى مدير المبنى ، الذي سيتصل بمدير الصحة والسلامة البيئية ، إذا لزم الأمر ، للحصول على توضيح.

بإخلاص،

ستيفن كنيبيك

مدير الصحة والسلامة البيئية

اشترك اليوم



علم أطفالك متى وكيف تتصل بالرقم 9-1-1 في حالة الطوارئ ، وتأكد من أن أطفالك يعرفون عنوان منزلهم.

قم بإنشاء ملف تعريف أمان سمارت 911 (Smart 911) على www.smart911.com لتوفير موظفين 9-1-1 وأول المستجيبين - ضباط الشرطة ورجال الإطفاء وخدمات الطوارئ الطبية - مع المعلومات التي يمكن أن تساعد في حماية عائلتك في حالات الطوارئ.

الاشتراك في سمارت 911 (Smart 911) يعطي الإسعافات الأولية المعلومات الهامة التي وفرت التي يمكن أن تساعد تحديد ومساعدتك في حالات الطوارئ.

تذكيرات السلامة الأخرى:

لتجنب الإصابات ، اختر حقيبة طفلك بعناية ، وتأكد من أنها لن تكون ثقيلة جداً. يجب ألا يزيد وزن حقيبة الظهر المحملة عن 10 في المائة إلى 20 في المائة من وزن جسم طفلك.

لا تضع اسم طفلك على حقيبة الظهر ، أو على أي ملابس خارجية. إذا كان اسم طفلك قابلاً للقراءة بسهولة ، فإنه يسهل على الغرباء الاقتراب والبعد في محادثة.

علم أطفالك أن أي شخص بالغ لا يعرفونه غريب ، حتى لو كان الشخص يبدو لطيفاً ، ويجب ألا يذهب أبداً إلى أي مكان مع شخص غريب.



2021-2022 cHCPH

عزيزي ولي الأمر/الوصي،

مرحبًا بعودتكم! نحن متحمسون لبداية عام دراسي جديد مليء بالإنجازات، ولا يسعنا الانتظار لرؤية جميع طلابنا يحققون إنجازات رائعة.

يرجى إكمال وإعادة النماذج الصحية المطلوبة. يمكنكم الحصول عليها من المدرسة أو العثور عليها عبر الإنترنت على الرابط:

<https://www.cps-k12.org/our-students/forms>

فيما يلي ملخص لأهم النماذج:

- **تفويض طبي في حالات الطوارئ**: يتيح لنا هذا النموذج الحصول على علاج طارئ لطفلك في حال مرضه أو إصابته في المدرسة وعدم تمكننا من التواصل معكم.
- **تحديث السجل الصحي**: يتطلب قانون ولاية أوهايو تعبئة هذا النموذج كل عام دراسي، حيث يزودنا بمعلومات صحية مهمة عن طفلك.
- **نماذج إضافية للحالات المرضية المزمنة**: إذا كان طفلك يعاني من حالة مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطراب نوبات الصرع، يرجى الحصول على النماذج الإضافية من مكتب الصحة في المدرسة.
- **نماذج الأدوية**: يرجى تعبئتها فقط إذا كان طفلك يحتاج إلى دواء أثناء ساعات الدوام المدرسي:

- إدارة أدوية الوصفة الطبية من قبل مدارس CPS

- إدارة الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية من قبل مدارس CPS

يرجى الملاحظة: كلا النموذجين الخاصين بالأدوية يتطلبان توقيع كلٍ من مقدم الرعاية الصحية وولي الأمر/الوصي.

إذا كنتم ترغبون في حصول طفلكم على خدمات من أي من مراكز الصحة المدرسية التابعة لنا، يرجى تعبئة نموذج الموافقة المناسب:

- **إدارة أدوية الوصفة الطبية من قبل مدارس CPS**
- **إدارة الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية من قبل مدارس CPS**

• كروس رودز (Taft Elementary)

• ميرسي (Sayler Park)

• وينميد (Bond Hill, Winton Hills, Woodward)

شكراً لاهتمامكم بهذه النماذج المهمة ولمساعدتنا في الحفاظ على صحة أطفالكم.

مع التحية،

أنجي مادوكس

مديرة الصحة المدرسية



Authorization for Administration of Prescription Medication Form

نموذج إصدار وصفة الدواء

Parent/Provider Request for School Personnel to Give Prescription Medicine
This form expires at the end of the current school year (2026-2027)

طلب ولي الأمر / مقدم الخدمة لموظفي المدرسة لإعطاء الأدوية الطبية
تنتهي صلاحية هذا النموذج في نهاية العام الدراسي الحالي 2026-2027.

School / المدرسة: _____ Grade / الصف: _____ Homeroom / الهومروم: _____

School Fax / رقم الهاتف للفاكس تابع للمدرسة: _____

Cincinnati Board of Education policy, Section 5330, requires consent of the parent, guardian, or eligible student 18 years or older before medication (including prescription medication, inhalers, Epinephrine, etc.) can be given to a student by school personnel. The following information is necessary to comply with this policy. Please **answer all questions** and return this completed form to your student's principal or school health office personnel.

تتطلب سياسة مجلس التعليم في سينسيناتي ، القسم 5330 ، موافقة الوالد أو الوصي أو الطالب المؤهل لمدة 18 عامًا أو أكبر قبل إعطاء الدواء (بما في ذلك الأدوية الموصوفة أو أجهزة الاستنشاق أو الإبينيفرين أو ما إلى ذلك) للطالب من قبل موظفي المدرسة. المعلومات التالية المعلومات التالية ضرورية للامتثال لهذه السياسة. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة وإعادة هذا النموذج بعد تعبئته إلى مدير مدرسة الطالب أو موظفي مكتب الصحة المدرسية.

Student's Name / اسم الطالب: _____ Date of Birth / تاريخ الميلاد: _____

Home Phone / رقم هاتف المنزل: _____

Street Address / العنوان: _____ Apt. # / رقم الشقة: _____ City / المدينة: _____

State / الولاية: _____ Zip / الرمز البريدي: _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PROVIDER (Physician / Nurse Practitioner / Dentist)

تالبيب / مساعد الطبيب / ممارس التمريض / طبيب الأسنان

Name of Medication / اسم الدواء: _____ Dosage / الجرعة: _____

Time/Frequency / التكرار - الوقت: _____ How Administered / طريقة إعطاء الدواء: _____ Date to Begin / تاريخ البدء: _____

Permission for this medication is only valid through the end of the current school year unless otherwise noted. **EXCEPTION: For emergency medications for asthma, anaphylaxis, seizures or diabetes, this permission can be valid for 3 years. A provider order is required for any changes in this medication.**

لا يسري إذن هذا الدواء إلا في نهاية السنة الدراسية الحالية ما لم يذكر خلاف ذلك. الاستثناء: بالنسبة للأدوية الطارئة للربو أو الحساسية المفرطة أو النوبات أو مرض السكري ، يمكن أن يكون هذا الإذن صالحًا لمدة 3 سنوات. مطلوب أمر من الطبيب لأية تغييرات في هذا الدواء.

Date to Terminate Emergency Medication / تاريخ إنهاء علاج الطوارئ: _____ (3 years - 3 سنين)

Please attach an emergency action plan with procedures to be followed if emergency medication does not alleviate student's emergency.

يرجى إرفاق خطة عمل للطوارئ مع الإجراءات الواجب اتباعها إذا كان دواء الطوارئ لا يخفف من حالة الطوارئ للطالب.

For Epinephrine orders only: I have determined that this student is capable of possessing and using this auto injector/epipen appropriately and have provided the student with training in the proper use of the auto-injector. **Provider initials** _____ **For Albuterol orders only:** I have determined that this student is capable of possessing and using this inhaler appropriately and have provided the student with training in the proper use of the inhaler. **Provider initials:** _____

لأوامر الإبينفرين (Epinephrine) فقط: لقد قررت أن هذا الطالب قادر على امتلاك واستخدام هذا الحقن التلقائي / الإبين (epipen) بشكل مناسب وقدم الطالب تدريباً على الاستخدام الصحيح للحاقن التلقائي. **بالنسبة لأوامر دواء البوتيرول (Albuterol) فقط:** لقد قررت أن هذا الطالب قادر على حمل واستخدام جهاز الاستنشاق (البخاخ) بشكل مناسب، وقد قدمت للطالب التدريب اللازم على الاستخدام الصحيح لجهاز الاستنشاق. الأحرف الأولى من اسم مقدم الرعاية الصحية: _____

Severe reactions that should be reported to the physician/
ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها

Special conditions for storage of drug / شروط خاصة لتخزين الدواء: _____

Provider's Signature / توقيع مقدمي الخدمات: _____ Date / التاريخ: _____

Provider's Name / اسم مقدمي الخدمات: _____

Emergency Phone # / رقم هاتف الطوارئ: _____



TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PARENT OR ELIGIBLE STUDENT

أن يكتمل من قبل ولي أمر الطالب أو الطالب المؤهل

The medicine must be in pill, capsule, liquid, auto-injector or inhaler form, and must be clearly marked from the pharmacist. The label must show the student's name, medication name, dosage directions, doctor, and prescription number.

يجب أن يكون الدواء في شكل حبوب ، كبسولة ، سائل ، عن طريق الحقن التلقائي أو الاستنشاق ، ويجب أن يكون واضحاً من الصيدلي. يجب أن يُظهر الملصق اسم الطالب واسم الدواء طريقة أخذ الجرعة والطبيب ورقم الوصفة.

As the parent/guardian of this student (or eligible student), I give permission for the principal or designee to administer the prescribed medication. The undersigned agrees not to file or make any claim for negligence in connection with the administration or non-administration of this medicine(s) and further agrees to hold them harmless from any liability incurred as a result of the administration or non-administration of any medicines. I will inform the school if there is a change in any of this information.

بصفتي ولي أمر هذا الطالب (أو الطالب المؤهل)، فإنني أوافق على أن يقوم مدير المدرسة أو من ينوب عنه بإعطاء الدواء الموصوف للطالب. ويوافق الموقع أدناه على عدم تقديم أو رفع أي مطالبة أو دعوى تتعلق بالإهمال فيما يخص إعطاء هذا الدواء (أو عدم إعطائه)، كما يوافق على إعفائهم من أي مسؤولية قد تنشأ نتيجة إعطاء أي دواء أو عدم إعطائه. وسأقوم بإبلاغ المدرسة في حال حدوث أي تغيير في أي من هذه المعلومات.

Please check the following if applicable:

يرجى التحقق مما يلي إذا كان ذلك قابلاً للتطبيق:

For Students with Asthma

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student (or myself) to possess and use an asthma inhaler as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school participates.

الطلاب المصابين بالربو :

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن بذلك امتلاك جهاز الاستنشاق بالربو واستخدامه على النحو المنصوص عليه في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج ترعاه أو تشارك فيه مدرسة الطالب.

For Students with EpiPen/Twinject/Auto Injector:

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student to possess and use an Epinephrine Auto-Injector, as prescribed, at the school and any activity, event, or program in which the student's school participates. I understand that a school employee will immediately request assistance from an emergency medical service provider if this medication is administered. **I will provide a backup dose of the medication to the school as required bylaw.**

للطلاب مع الحاقن التلقائي EpiPen / Twinject :

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن للطالب بامتلاك واستخدام حاقن إبيبينفرين التلقائي ، على النحو المنصوص عليه ، في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج تشارك فيه مدرسة الطالب. أتفهم أن موظفاً في المدرسة سيطلب على الفور المساعدة من أحد مقدمي الخدمات الطبية الطارئة إذا تم إعطاء هذا الدواء. سأقدم جرعة احتياطية من الدواء للمدرسة كما هو مطلوب بموجب القانون.

Name of Parent / Guardian / Eligible Student (please print) / (يرجى الطباعة) / اسم ولي الأمر / الوصي/ الطالب المؤهل

Signature of Parent / Guardian / Eligible Student / (الطالب المؤهل / الوصي/ الطالب المؤهل) : _____

Date / التاريخ: _____ Primary Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ الأساسي:

Secondary Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ الثانوي: _____



Authorization for Administration of Over-the Counter Medications at School

This form expires at the end of the current school year 2026-2027 **إذن لإصدار الأدوية دون وصفة طبية في المدرسة**
تنتهي صلاحية هذا النموذج بنهاية العام الدراسي الحالي 2026-2027.

Student's Name
اسم الطالب

Date of Birth
تاريخ الميلاد

School Year
السنة الدراسية

Street Address
عنوان الشارع

Apt. No.
رقم الشقة

City
المدينة

State
الولاية

Zip
البريدي رمز

School

المدرسة

Grade

الصف

Homeroom

الهومروم

As this student's parent/guardian, I give permission for my child to receive the following over-the-counter medications during school hours or during school sponsored events. In order for CPS staff to administer OTC medications, I agree to provide the medication my child needs in the original labeled container with the protective seal intact.

خلال ساعات الدوام المدرسي أو أثناء الفعاليات التي ترعاها (OTC) بصفتي ولي أمر هذا الطالب، فأبني أوافق على أن يتلقى طفلي الأدوية التالية التي تُصرف دون وصفة طبية من إعطاء الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية، أوافق على توفير الدواء الذي يحتاجه طفلي في عبوته الأصلية (CPS) المدرسة. ولكي يتمكن موظفو مدارس سينسيناتي العامة التي تحمل الملصق، مع بقاء الختم الواقي سليماً

Physician to complete: Circle yes or no and complete order details for each medication listed below

يُعبأ من قِبل الطبيب: ضع دائرة حول "نعم" أو "لا" وأكمل تفاصيل الطلب لكل دواء مذكور أدناه

Name of Medication and Indication اسم الدواء والغرض من استخدامه	Circle ضع دائرة	Time/Frequency الوقت/التكرار	Student Can Self-Carry/Administer *Grade 7-12 ONLY*	
			يمكن للطالب حمل الدواء أو تناوله بنفسه (للصفوف من 7 إلى 12 فقط)	
Acetaminophen (Tylenol) for headache, toothache or minor pain أسييتامينوفين (تايلينول) لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط	Yes نعم	No لا		
Ibuprofen for headache, toothache, minor pain or menstrual cramps الإيبوبروفين لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط أو تشنجات الحيض	Yes نعم	No لا		
Anti-itch cream or lotion كريم أو محلول مضاد للحكة	Yes نعم	No لا		
Cough drops قطرات الكحة	Yes نعم	No لا		
Tums (antacid) تومز (مضاد للحموضة)	Yes نعم	No لا		

Is student allergic to any medications? هل يعاني الطالب من الحساسية لأي أدوية؟

☐ No لا / ☐ Yes نعم , allergic to الحساسية من

Severe reactions that should be reported to the physician : / ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها



Student's Provider (Physician / Nurse Practitioner / Dentist) *Complete dosage and frequency above.

مقدم الطالب (طبيب / ممرض ممارس / طبيب أسنان) * جرعة كاملة وتكرر أعلاه.

Provider's Signature / توقيع المزود : _____ Date / التاريخ : _____

Provider's Name / اسم المزود : _____

Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ : _____

I give permission to the Cincinnati Health Department school nurse or Cincinnati Public Schools' designee to give my child the above-mentioned medications for comfort measures. I further agree to indemnify or hold harmless the Cincinnati Health Department or Cincinnati Public Schools and its agents from all claims as a result of any and all acts performed under this authority. I will inform the school if there is a change in any of this information.

أعطي الإذن لممرضة مدرسة إدارة الصحة في سينسيناتي أو المعينة من مدارس سينسيناتي العامة لإعطاء طفلي الأدوية المذكورة أعلاه لتدابير الراحة. أوافق كذلك على عدم تعريض أو إلحاق ضرر بإدارة الصحة في سينسيناتي أو مدارس سينسيناتي العامة ووكلائها من جميع المطالبات نتيجة لأي وجميع الأفعال التي تتم بموجب هذه السلطة. سوف أبلغ المدرسة إذا كان هناك تغيير في أي من هذه المعلومات.

Signature of Parent or Guardian / توقيع ولي الأمر أو الوصي _____

Date / التاريخ _____

Please Print Name of Parent or Guardian / يرجى طباعة اسم ولي الأمر أو الوصي _____

How can we reach you during school hours? كيف يمكننا الوصول إليك خلال ساعات الدراسة؟

Work Phone

هاتف العمل

Cell Phone

الهاتف الخليوي

Home Phone

هاتف المنزل

Other

آخر

تحديث السجل الصحي - 2026-2027

تُرجى تعبئة النموذج وإعادته إلى مكتب الصحة بالمدرسة. شكرًا لك.
ينص قانون ولاية أوهايو على ضرورة الاحتفاظ بنموذج مُحدث للسجل الصحي في ملف كل طالب.

اسم الطالب	تاريخ الميلاد	الصف/الفصل الأساسي
اسم الطبيب	رقم الهاتف:	تاريخ آخر فحص أو زيارة
اسم طبيب الأسنان	رقم الهاتف:	تاريخ آخر فحص أو زيارة

التأمين: _____ برنامج "ميديكيد" (ضع دائرة حول الاختيار المناسب: (CareSource/ Molina/ United Health Care/ Paramount/ Buckeye)

اسم شركة التأمين الخاصة _____

لا يوجد _____

هل يوجد أي تاريخ مرضي للمشكلات التالية؟ (ضع دائرة حول (Y) إذا كانت الإجابة نعم أو (N) إذا كانت الإجابة لا)

الأسرة	الطالب	السجل الخاص بالطالب ثم الأسرة
نعم لا	نعم لا	المشكلات الانفعالية / النفسية
نعم لا	نعم لا نعم لا	صداع متكرر إصابة في الرأس/ارتجاج؟ متى؟
نعم لا	نعم لا	آلام المعدة المتكررة
نعم لا	نعم لا	مشكلات السمع
نعم لا	نعم لا	أمراض القلب – النوع _____
نعم لا	نعم لا	أمراض الكلى – النوع _____
نعم لا	نعم لا	صعوبات التعلم _____
	نعم لا	الولادة المبكرة أو وزن المولود أقل من 5 أرطال.
نعم لا	نعم لا	اضطراب النوبات/الصرع/التشنجات اللاإرادية
نعم لا	نعم لا	مرض الخلايا المنجلية
نعم لا	نعم لا	اضطرابات النوم
نعم لا	نعم لا	مشكلات النطق
نعم لا	نعم لا	آلام الأسنان/مشكلات الأسنان
نعم لا	نعم لا نعم لا	مشكلات في الرؤية، يرتدي نظارات
	نعم لا	عمليات جراحية؟ ما نوعها؟ _____

الأسرة	الطالب	السجل الخاص بالطالب ثم الأسرة
نعم لا	نعم لا	الحساسية: الحساسية الموسمية/ حمى القش
	نعم لا	حساسية مهددة للحياة: تجاه: _____
	نعم لا	موصوف له قلم الإبينفرين (EpiPen)
نعم لا	نعم لا	اضطراب نقص الانتباه (ADD) / اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة (ADHD)
نعم لا	نعم لا	فقر الدم أو مشكلات أخرى في الدم
نعم لا	نعم لا	الربو
نعم لا	نعم لا	مشكلات سلوكية _____
نعم لا	نعم لا	مشكلات ضغط الدم (مرتفع/منخفض)
	نعم لا	مشكلات النمو
نعم لا	نعم لا	السرطان – النوع _____
نعم لا	نعم لا	الإسهال المزمن أو الإمساك
	نعم لا	التهابات الأذن المزمنة
نعم لا	نعم لا	الاكتئاب
نعم لا	نعم لا	داء السكري
	نعم لا	تعاطي أدوية أو كحول أثناء الحمل
نعم لا	نعم لا	الإكزيما/ حالة جلدية مزمنة

تقييم خطورة الإصابة بمرض السل (TB):

هل طفلك يخالط أي من الفئات التالية: الوافدون من دولة أخرى، شخص مصاب بالسل أو يتلقى علاجًا منه، الأطفال أو البالغون المسجونون، المصابون بالإيدز، المشردون، مقيمون دور الرعاية، الأطفال أو البالغون المودعون في مؤسسات رعاية، متعاطو المخدرات، المزارعون؟

فيما يخص طفلك، يُرجى وضع دائرة حول "نعم" أو "لا" أدناه، وشرح الإجابة بـ "نعم."

هل أصيب بمرض السل أو خضع لعلاج؟ لا نعم

هل هو وافد من دولة أخرى؟ لا نعم

هل سافر إلى دولة أخرى؟ لا نعم هل سبق سجنه أو تواجده في عام 2020 في (الإصلاحية)؟ لا نعم

اسم الطالب

هل تلقى طفلك لقاح كوفيد-19؟ لا نعم

التواريخ:

يُرجى ذكر أي مشكلات أو حالات صحية حالية يعاني منها طفلك (قد تكون مماثلة لما ورد أعلاه):

يرجى ذكر أي حساسية (بما في ذلك الحساسية الغذائية، والحساسية تجاه الأدوية، والحساسية البيئية، والحساسية الموسمية، وغيرها):

يرجى ذكر أي قيود غذائية (طبية أو غير طبية)

هل يتابع طفلك مع طبيب متخصص؟ نعم لا إذا كانت الإجابة (نعم)، يُرجى ذكر الحالة، واسم الطبيب، ورقم الهاتف:

يرجى ذكر أي أدوية يتناولها طفلك (سواء كانت بوصفة طبية أو متاحة دون وصفة) في المنزل بشكل يومي أو عند الحاجة (مثل أدوية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أو الحساسية، أو الربو، أو الصداع):

ملاحظة خاصة: إذا كان طفلك بحاجة إلى تناول أي أدوية في المدرسة، بما في ذلك الأدوية الطارئة (مثل بخاخ الاستنشاق أو قلم الإبينفرين EpiPen)، فيجب عليك تعبئة نموذج "تناول الأدوية" الخاص بمدرسة CPS (متوفر في المدرسة).

هل خضع الطالب لأي عمليات جراحية، أو تعرض لإصابات خطيرة، أو تم إدخاله المستشفى للمبيت؟ لا نعم ☐ ؛ يُرجى التوضيح:

هل سبق أن حملت ابنتك؟ لا نعم ☐ ؛ يُرجى التوضيح:

هل سبق أن تعرض طفلك لسوء المعاملة؟ لا نعم ☐ ؛ يُرجى التوضيح:

هل مرت أسرتك بأي أحداث صعبة أو مخيفة أو محزنة؟ لا نعم ☐ ؛ يُرجى التوضيح:

مخاوف متعلقة بالمدرسة

هل يلتحق طفلك بفصل للتعليم الخاص؟ لا _____ نعم _____ ؛ يُرجى التوضيح: _____

هل سبق أن أعاد طفلك صفًا دراسيًا؟ لا _____ نعم _____ ؛ التفاصيل: _____

هل يواجه طفلك مشكلات في المدرسة؟ لا _____ نعم _____ ؛ التفاصيل: _____

ما هي درجات طفلك في كشف الدرجات؟ _____

هل طرأت أي تغييرات مؤخرًا على الدرجات؟ لا _____ نعم _____

اسم الوالد/الوصي _____ التاريخ _____

كيف يمكننا التواصل معك خلال ساعات الدوام المدرسي؟ الهاتف الخليوي: _____ هاتف العمل _____ أخرى _____



Emergency Medical Authorization Form

نموذج ترخيص طبي للطوارئ

Fill out this form and return it to your child's school.

إملاء هذا النموذج وأعدّه إلى مدرسة طفلك

Student's Name /اسم الطالب : _____ ID # /الشخصي الرقم # : _____

Homeroom /الهومروم : _____ Birth Date /الميلاد تاريخ : _____

School /المدرسة : _____ Grade /الصف : _____ Year /السنة : _____

Student's Address /عنوان الطالب : _____ Apt /رقم الشقة : _____

Phone /الهاتف : () _____ City /المدينة : _____ State /الولاية : _____ Zip /الرمز البريدي : _____

Purpose — To enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.

الهدف - تمكين أولياء الأمور والأوصياء من التصريح بتوفير العلاج في حالات الطوارئ للأطفال الذين يصابون بالمرض أو المصابين أثناء خضوعهم لسلطة المدرسة ، عندما يتعذر الوصول إلى الوالدين أو الأوصياء.

Residential Parent or Guardian ولي الامر أو الوصي المقيم

/ Guardian Name /ولي الامر/ الوصي : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____

Name /الوصي : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____ Parent

Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____ Parent / Guardian

Other's Name /أسماء أخرى : _____ /اسم مزود الرعاية النسبية أو رعاية الطفل

Name of Relative or Child-care Provider

Relationship /العلاقة : _____ Daytime Phone /رقم الهاتف خلال النهار : () _____

Address /العنوان : _____ Zip /الرمز البريدي : _____

PART I or PART II MUST BE COMPLETED

الجزء الثاني يجب إكمال الجزء الأول أو

PART I: TO GRANT CONSENT I hereby give consent for following medical-care providers and local hospital to be called:

الجزء الأول: لتقديم الموافقة أوافق على موافقة مقدمي خدمات الرعاية الطبية والمستشفيات المحلية التالية:

Phone /رقم الهاتف : () _____ /:

Physician /الطبيب العام : () _____ Phone /رقم الهاتف : _____

Dentist /طبيب أسنان : () _____ Phone /رقم الهاتف : _____ /:

Medical Specialist /طبيب أخصائي

Local Hospital /المستشفى المحلي : _____

Emergency Room Phone /رقم هاتف غرفة الطوارئ : () _____

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by above-named doctors, or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of my child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

في حال لم تنجح المحاولات المعقولة للاتصال بي ، فأنا أوافق بموجبه على (1) متابعة تقديم أي علاج يراه ضروريًا الأطباء المذكورين أعلاه ، أو في حالة عدم توفر الدكتور المحدد ، من قبل طبيب أو طبيب أسنان مرخص آخر . و (2) نقل طفلي إلى أي مستشفى يمكن الوصول إليه بشكل معقول. لا يغطي هذا التفويض عملية جراحية كبرى ما لم يتم الحصول على الآراء الطبية لطبيبين أو أطباء أسنان مرخصين ، متفقين على ضرورة إجراء هذه الجراحة ، قبل اتمامها.

Signature of Parent/Guardian /التوقيع : _____ Date /التاريخ : _____

Address /العنوان : _____

Zip /الرمز البريدي

PART II: REFUSAL TO GRANT CONSENT I do **NOT** give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school to take the following action:

الجزء الثاني: رفض القبول على نص الموافقة أنا لا أوافق على العلاج الطبي الطارئ لطفلي. في حالة المرض أو الإصابة التي تتطلب علاجًا طارئًا ، أتمنى أن تتخذ المدرسة الإجراء التالي:

Date التاريخ : _____ Signature of Parent/Guardian الوصي أو الامر ولي توقيع : _____

_____ Address العنوان : _____

_____ Zip البريدي الرمز : _____



مدارس سينسيناتي العامة خدمات الطعام للطلاب - نموذج الاحتياجات الغذائية الخاصة

تتطلب برامج الوجبات المدرسية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية استكمال هذا النموذج من أجل إجراء تعديل معقول على النظام الغذائي في الوجبات المدرسية.

اسم الطالب (الاسم الأول، لقب الأسرة)	تاريخ ميلاد الطالب	السنة الدراسية

أعطى خدمات الطعام للطلاب بمدارس سينسيناتي العامة (CPS SDS) الإذن للتحدث مع السلطة الطبية حول الاحتياجات الغذائية حسب الطلب. أفهم أنه يجوز لي رفض التوقيع على هذا التفويض دون التأثير على أهلية طلبي. أفهم أنه يجوز لي إلغاء الإذن بإصدار هذه المعلومات في أي وقت، إلا إذا تم الإفصاح عن المعلومات بالفعل.

توقيع الوالد/الوصي	رقم الهاتف	التاريخ

القسم أ. يجب استكماله من قبل صاحب السلطة الطبية (طبيب أو طبيب مساعد أو ممرض ممارس)

هل يعاني الطالب من إعاقة تفرض قيودًا على نظامه الغذائي؟
*إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الأنشطة الحياتية الرئيسية المتأثرة بالإعاقة:

☐ الأكل	☐ السمع	☐ التنفس	☐ التعلم	☐ غير ذلك
☐ الرؤية	☐ التحدث	☐ المشي	☐ الاهتمام بالنفس	

أ. حساسية الطعام أو عدم تحمله مما يؤثر على الأنشطة الحياتية الرئيسية:

حساسية الحليب ☐ تجنب جميع منتجات الألبان أو حدد أدناه ☐ تجنب الجبن ☐ تجنب اللبن الزبادي ☐ تجنب الحليب السائل - استبدله بـ: الماء ☐ حليب الصويا	عدم تحمل اللاكتوز: ☐ تجنب جميع منتجات الألبان أو حدد أدناه ☐ تجنب الجبن ☐ تجنب اللبن الزبادي ☐ تجنب الحليب السائل - استبدله بـ: الماء ☐ حليب الصويا	حساسية البيض: ☐ تجنب جميع منتجات البيض أو حدد أدناه ☐ تجنب البيض الكامل (مخفوقًا أو مسلوقةً) ☐ تجنب البيض كمكون (المخبوزات) ☐ الماء ☐ حليب الصويا
---	--	--

☐ الفول السوداني ☐ المكسرات الشجرية ☐ السمك ☐ المحار ☐ القمح ☐ فول الصويا ☐ السمسم ☐ غير ذلك:

II. تعديل ملمس الأغذية التي تقدمها المنطقة:

ثالثًا. البديل الموصى به أو متطلبات التغذية الأخرى:

السوائل: ☐ سوائل رقيقة (عادية) ☐ عصارة سميكة ☐ بقوام شبيه بالعسل ☐ بقوام شبيه بالبودنج المهروس	المواد الصلبة: ☐ عادية ☐ تم تنعيمه ميكانيكيًا - مفروم ☐ تم تنعيمه ميكانيكيًا - مفروم ☐ مهروس - بقوام التفاح المطبوخ
--	--

الأدوات الخاصة المطلوبة:

--

اسم صاحب السلطة الطبية (باحرف واضحة)	
توقيع صاحب السلطة الطبية	رقم الهاتف
التاريخ	

القسم ب. يجب أن يكمله الوالد/ولي الأمر هل لدى الطالب تفضيل غذائي؟

تقوم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بتقييد تعديلات القائمة بسبب التفضيلات؛ ومع ذلك، تخطط خدمات طعام الطلاب بمدارس سينسيناتي العامة (CPS SDS) لوضع قائمة لتقديم مجموعة متنوعة من الخيارات يوميًا لتلبية الاحتياجات الغذائية.

☐ عدم تحمل الحليب أو حدد أدناه

☐ تجنب الجبن	☐ لا دجاج	☐ لا لحم بقر	☐ نباتي	☐ غير ذلك: _____
☐ تجنب اللبن الزبادي	☐ لا ديك رومي	☐ لا لحم خنزير	☐ نباتي	
☐ تجنب الحليب السائل - استبدله بالماء				

هذه المؤسسة توفر فرصًا متساوية.

قم بإعادة النموذج المكتمل إلى: cpsfs@cpsboe.k12.oh.us

احصل على المساعدة في ساعات دعم الوالدين.



أتبحث عن دعم أو مساعدة في التنقل في مدارس سينسيناتي العامة؟

نوفر الآن ساعات عمل عن بعد عبر الإنترنت مع لاروندا توماس، بطلة أولياء الأمور في المنطقة في مدارس سينسيناتي العامة.

تكون مدة المواعيد 15 دقيقة ونتيح لك المجال لطرح الأسئلة أو مناقشة أي مخاوف أو كيف يمكن لمدارس سينسيناتي العامة دعمك أنت وطفلك.

ساعات عمل مكتب دعم أولياء الأمور:

أيام الإثنين والأربعاء

.a.m 11:00 - .a.m 10:00

.p.m 3:00 - .p.m 2:00

.p.m 7:00 - .p.m 6:00

يرجى الاتصال بلاروندا توماس لتحديد موعد من خلال البريد الإلكتروني: parentvoice@cps-k12.org أو على الرقم 513-377-2167.

خدمات الترجمة متاحة



قم بإنشاء منظمة أولياء الأمور في مدرستك! ساعدنا في الوصول

إلى هدفنا المتمثل في إنشاء 65 منظمة أم بحلول عام 2027! اتصل بالسيدة لاروندا طوماس بطلة الوالدين في مدارس سينسيناتي العامة للحصول على معلومات حول إنشاء أو المشاركة في منظمة أولياء الأمور في مدرستك

لمزيد من المعلومات قم بزيارة
www.cps-k12.org/parentresources



أرسل بريداً إلكترونياً إلى ParentVoice@cps-k12.org
<https://bit.ly/CPSParentVoiceGroup> انضم إلى مجتمع أولياء الأمور على فيسبوك

انضم إلى مجموعة أولياء أمور!

اصنع فرقاً في مدرسة ابنك! انضم اليوم إلى مجموعة أولياء أمور!

تمنحك مجموعة أولياء الأمور الفرصة لما يلي:

1. التعبير عن رأيك
2. دعم نجاح طلابك الأكاديمي والاجتماعي العاطفي
3. مشاركة خبرتك
4. بناء المجتمع
5. التعلم والاستمتاع!

الاتصال برئيس أولياء الأمور أو منسق موارد المدرسة للحصول على مزيد من المعلومات



استمارة مشاركة الآباء و الأولياء

طفلك؟ مرحبا بكم أيها الآباء والأولياء ومقدمي الرعاية الجدد الذين سوف سيعودون! هل ترغب في التطوع في مدرسة
المرجو ملء الاستمارة الموجودة على الموقع أسفله عبر الرابط الآتي:

<https://bit.ly/ParentEngagementSurveySY23>

أو عن طريق مسح الباركود:



إذا قمت بإكمال النموذج الورقي، يرجى إعادته إلى مدير مدرسة طفلك.

معلومات تخص التلميذ:

الاسم

المستوى الدراسي

المدرسة

معلومات تخص الآباء والأولياء ومقدمي الرعاية:

الاسم

هاتف المنزل

الهاتف المحمول

هاتف العمل

البريد الإلكتروني.....E-mail.....

الوقت المناسب/ اليوم من أجل التطوع :

الجمعة _____ الخميس _____ الأربعاء _____ الثلاثاء _____ الاثنين _____

يرجى مشاركة مهاراتك ومجالات اهتمامك للعمل التطوعي. على سبيل المثال ، الدروس الخصوصية أو المرافقة أو المساعد

المكتبي أو المتحدث الضيف في الفصل و المواضيع ذات الاهتمام



هل أنت مسجل للتصويت؟

من السهل التسجيل للتصويت أو تحديث عنوانك للتصويت - يمكنك الاتصال بالإنترنت أو طباعة نموذج وإرساله بالبريد أو الذهاب شخصياً إلى أي مكتبة عامة في أوهايو أو
BMV.



تحقق من حالة تسجيلك أو تسجل الآن على

<https://votehamiltoncountyohio.gov/register/>

للتصويت في الانتخابات العامة/الخاصة المقرر إجراؤها في 3 نوفمبر 2026، يجب عليك التسجيل للتصويت بحلول 5 أكتوبر 2026.



تقويم 2026-2027

- أول يوم دراسي/آخر يوم دراسي
- يوم عمل للمعلم داخل الفصل الدراسي- **لا يلزم حضور الطلاب**
- يوم التطوير المهني - **لا يلزم حضور الطلاب**
- عطلة/إجازة - جميع مدارس شيكاغو الحكومية **CPS مغلقة**
- عطلة/إجازة - **إغلاق المدارس**
- أيام الإجازة الإجبارية غير مدفوعة الأجر لكوادر **CFT/CAAS** - لا يلزم حضور الطلاب
- أيام تعويض اجتماعات المعلمين (25 نوفمبر و8 فبراير)
- المدرسة الصيفية - **1 إلى 30 يونيو**
- نهاية الفصل الدراسي الربع سنوي **Q**
- أسبوع امتحانات منتصف الفصل الدراسي **M**

ملاحظات:

- 170 أيام الطلاب
- 191 أيام المعلمين - تُصبح 186 يومًا بعد خصم 5 أيام إجازة إجبارية لكوادر **CFT/CAAS**
- ساعات التدريس 1040-1124.5

* موظفو CPS: يُرجى مراجعة جداول الرواتب للحصول على مزيد من التفاصيل بشأن العطلات مدفوعة الأجر والجدول الزمني.

فبراير						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	1	2	3	4	5	6
7	8C	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

مارس						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19Q	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

أبريل						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12M	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

مايو						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25Q	26	27	28	29
30	31					

يونيو						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

يوليو						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

أغسطس						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

سبتمبر						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14M	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

أكتوبر						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16Q	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

نوفمبر						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25C	26	27	28
29	30M					

ديسمبر						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

يناير						
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15Q	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

تواريخ وتفاصيل تقويم 2026-2027

يوم إجازة إجبارية لكوادر CFT/CAAS - لا يلزم حضور الطلاب	12 أغسطس
يوم عمل للمعلم داخل الفصل الدراسي*	13 أغسطس
يوم التطوير المهني*	14 أغسطس
يوم التطوير المهني*	17 أغسطس
يوم التطوير المهني*	18 أغسطس
أول يوم دراسي للطلاب	19 أغسطس
عطلة عيد العمال - إغلاق المدارس /إغلاق المكتب المركزي	7 سبتمبر
أسبوع امتحانات منتصف الفصل الدراسي	14 سبتمبر
يوم إجازة إجبارية لكوادر CFT/CAAS - لا يلزم حضور الطلاب	21 سبتمبر
نهاية الربع الدراسي الأول (41 يومًا دراسيًا، 48 يومًا للموظفين)	16 أكتوبر
يوم إجازة إجبارية لكوادر CFT/CAAS - لا يلزم حضور الطلاب	2 نوفمبر
يوم الانتخابات - إغلاق المدارس فقط*	3 نوفمبر
عطلة يوم المحاربين القدامى - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي	11 نوفمبر
عطلة/إجازة -إغلاق المدارس فقط*	23 نوفمبر
عطلة/إجازة -إغلاق المدارس فقط*	24 نوفمبر
عطلة/إجازة - إغلاق المدارس فقط- أيام تعويض اجتماعات المعلمين*	25 نوفمبر
عطلة عيد الشكر - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي	26 نوفمبر
عطلة/إجازة - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي*	27 نوفمبر
أسبوع امتحانات منتصف الفصل الدراسي	30 نوفمبر
عطلة الشتاء - إغلاق المدارس فقط (10 أيام)*	21 ديسمبر إلى 1 يناير
عطلة ليلة عيد الميلاد ويوم عيد الميلاد - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي*	24 إلى 25 ديسمبر
عطلة رأس السنة	1 يناير
يوم التطوير المهني على مستوى المنطقة التعليمية - لا يلزم حضور الطلاب*	4 يناير
إعادة فتح المدارس	5 يناير
نهاية الربع الدراسي الثاني (46 يومًا دراسيًا، 53 يومًا للموظفين)	15 يناير
عطلة يوم مارتن لوثر كينغ جونيور - إغلاق المدارس /إغلاق المكتب المركزي	18 يناير
عطلة/إجازة - إغلاق المدارس فقط- أيام تعويض اجتماعات المعلمين*	8 فبراير
عطلة يوم الرؤساء - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي	15 فبراير
أسبوع امتحانات منتصف الفصل الدراسي	16 فبراير
يوم إجازة إجبارية لكوادر CFT/CAAS - لا يلزم حضور الطلاب	1 مارس
نهاية الربع الدراسي الثالث (45 يومًا دراسيًا، 51 يومًا للموظفين)	19 مارس
عطلة الربيع - المدارس مغلقة فقط (5 أيام)*	22 إلى 26 مارس
إعادة فتح المدارس	29 مارس
أسبوع امتحانات منتصف الفصل الدراسي	12 أبريل
نهاية الربع الدراسي الرابع - آخر يوم للطلاب	25 مايو
يوم عمل للمعلم داخل الفصل الدراسي - آخر يوم للمعلمين*	26 مايو
يوم إجازة إجبارية لكوادر CFT/CAAS - لا يلزم حضور الطلاب	27 مايو
عطلة يوم الذكرى - إغلاق المدارس مغلقة/إغلاق المكتب المركزي	31 مايو
عطلة جونتينث - إغلاق المدارس/إغلاق المكتب المركزي	18 يونيو
عطلة يوم الاستقلال - إغلاق المدارس مغلقة/إغلاق المكتب المركزي	5 يوليو

