

رياض الأطفال

ALEXANDRIA CITY PUBLIC SCHOOLS في



التسجيل للعام الدراسي 2022-2023 يبدأ يوم:

الاربعاء، 20 مايو/ايار 2022

الأطفال الذين يدخلون عامهم الخامس من العمر بحلول 30 سبتمبر/أيلول 2022 هم مؤهلون للإلتحاق بمرحلة رياض الأطفال للعام الدراسي 2022-2023.



كيفية التسجيل:

1. تعرف على الرقعة الجغرافية لمدرستك من خلال الدخول على الرابط www.acps.k12.va.us/enroll

2. هياً الوثائق المطلوبة والمدرجة في الخلف.

3. اكمل تعبئة نموذج التسجيل عبر الإنترنت من خلال الدخول على الرابط www.acps.k12.va.us/enroll ابتداءً من يوم 20 مايو/ايار. *
إذا لم يكن لديك جهاز حاسوب أو إذا كنت ترغب في تعبئة نماذج مترجمة باللغات الامهرية أو العربية، عندها يمكنك طلب الحصول على نماذج مطبوعة من مدرستك.

4. يرجى زيارة مدرستك لإكمال التحقق من المستندات بشكل شخصي.
اتصل بالمدرسة أولاً لمعرفة وقت الزيارة. ينبغي إحضار جميع المستندات المطلوبة لإكمال عملية التسجيل.

*هل يتم التحدث بلغة أخرى بشكل أساسي في البيت غير اللغة الإنجليزية؟
الاتصال بمدرستك لمعرفة ما اذا كان يمكن تحديد موعد هناك.

أو

يكون التسجيل في مكتب خدمات متعلمي اللغة الإنجليزية (EL) في المكتب المركزي لمدارس ACPS الكائن في 1340 Braddock Place. يرجى تحديد موعد عن طريق الاتصال على الرقم 703-619-8022 أو إرسال رسالة إلكترونية على عنوان البريد الإلكتروني ELOffice@acps.k12.va.us.

إبقى على إطلاع!

تعرف على ما يحدث في مدرستك وفي مدارس ACPS من خلال الاشتراك في النشرات الإخبارية ووسائل التواصل الاجتماعي.



النشرات الإخبارية:

www.acps.k12.va.us/lists

اشترك لكي تصلك أخبار المدرسة ونشرة ACPS Express الإخبارية الأسبوعية.



وسائل التواصل الاجتماعي:

www.acps.k12.va.us/socialmedia

تابعنا على مواقع Facebook، Twitter و Instagram.

قائمة التسجيل الخاصة بصف الحضانة

ينبغي تقديم جميع المستندات التالية أثناء عملية التسجيل.

شهادة الميلاد الأصلية (أو مستخرج لشهادة الميلاد)

إثبات الوصاية (إثبات أن الشخص الذي يُسجل للطفل بالمدرسة هو أحد والديه / ولي أمره القانوني)

يجب أن يتطابق اسم شهادة الميلاد مع بطاقة هوية الوالد/ولي الأمر المحتوية على صورة أو مع مستندات المحكمة التي تفيد بالوصاية القانونية.

نسخة من بطاقة التقرير من مدرسة سابقة (إن وجدت)

تقرير الفحص البدني (متوفر من مقدم الرعاية الصحية)

- قانون الولاية (كود مرجعي لولاية فرجينيا 22.1-270 S) يتطلب أن يحصل طفلك على فحص بدني شامل و تطعيمات في الولايات المتحدة قبل دخول رياض الأطفال العام أو المدرسة الإبتدائية. يجب ان يكون الفحص الطبي مؤرخ في غضون عام واحد قبل تاريخ دخول رياض الأطفال.
- بناءً على ما تقدم، فإنه يجب على الطلاب المشاركين حالياً في برنامج ACPS لمرحلة ما قبل الحضانة تقديم ما يثبت التطعيم والفحص البدني قبل دخول الحضانة، حتى وإن تم تقديم هذه الوثائق قبل الدخول إلى مرحلة ما قبل الحضانة
- لأغرض الإيضاح، "مدرسة ابتدائية" المذكورة أعلاه تشير إلى الصفوف الأول حتى الخامس.

سجل التطعيمات (التوثيق الشهري واليومي والسنوي لتناول كل تطعيم من التطعيمات)

- تقرير ذو نتيجة سلبية لتقييم خطر الإصابة بالسل، اختبار السلين تحت الجلد
- PPD، اختبار فحص الدم IGRA أو نتيجة سلبية لصورة الأشعة السينية للصدر، على أن تكون قد تم إكمالها في الولايات المتحدة؛ مُجره خلال 12 شهر قبل يوم الطفل الأول في المدرسة. مطلوب من كل الأطفال الذين يدخلون Alexandria City Public Schools (ACPS)
- التهاب الكبد ب: يلزم أن يتناول جميع الأطفال مجموعة كاملة تضم ثلاث جرعات من لقاح التهاب الكبد ب.
- الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (Dtp أو DTP أو Tdap): أربع جرعات كحد أدنى، مع جرعة واحدة يتم تناولها في عيد ميلاده الرابع أو بعده.
- شلل الأطفال (لقاح شلل الأطفال الفموي أو لقاح شلل الأطفال المعطل المفعول): أربع جرعات كحد أدنى، مع جرعة واحدة يتم تناولها في عيد ميلاده الرابع أو بعده.
- الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية: من الموصى أن يتناول جميع الأطفال جرعتين على الأقل من لقاح الحصبة، وجرعتين من لقاح الحصبة الألمانية، وجرعة واحدة من لقاح النكاف. يجب تناول الجرعة الأولى عند الشهر الـ 12 أو في عمر أكبر.
- التهاب الكبد (HAV) من نوع A: يتوجب أخذ ما لا يقل عن جرعتين من لقاح التهاب الكبد من نوع A لطلاب الملتحقين بمرحلة رياض الأطفال.
- جديري الماء (الجديري): يجب أن يكون لدى جميع الأطفال جرعتان لعلاج جُديري الماء أو وثائق طبية للإصابة بمرض جُديري الماء.

مهم في حالة عدم كفاية الحقن: إذا كان قد تم تحديد لقاح جديد للتو، فيجب أن يوضح مُقدم الخدمة الصحية المُرخص كتابياً موعد الزيارة التالية المُقرر من أجل لقاحات إضافية. يجب أيضاً أن تتباعد كل جرعة عن الأخرى بفترة مناسبة. وعند تلقي لقاحات إضافية، يلزم تقديم مستندات 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 60 يوم الماضية. تُقبل فقط المستندات الأصلية (لا تقبل النسخ) التي توضح أسم وعنوان ولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يتولى تسجيل الطالب.

كما يجب إحضار واحدة (1) من الوثائق التالية: وأثنين من الوثائق (2) الداعمة:

- عقد الإيجار
- فاتورة الخدمات والمرافق: الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي (صادرة خلال 30 يوماً السابقة)
- صك الملكية
- فاتورة حالية لضريبة الممتلكات الشخصية لسكاني مدينة الإسكندرية أو إيصال بذلك
- عقد/بيان رهن
- رسالة مرسلة بالبريد من قبل جهة حكومية (HUD، TANIF، IRS، وما إلى ذلك)
- قسيمة حديثة لدفع الراتب (تتضمن ملاحظة حجب الضرائب في ولاية فرجينيا)
- أحدث إقرار ضريبي على الدخل الفيدرالي/ الاتحادي
- كشفان مصرفيان متتاليان
- بوليصة حالية للتأمين على العقار أو المكان المؤجر

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، يجب على ولي الأمر/الوصي الشرعي تقديم وثيقتين داعمة (باسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي أو باسم الطالب البالغ) كما هو موضح أعلاه. **ملاحظة: لا يتم قبول "رخص القيادة" أو الهويات التعريفية الصادرة من الولاية كدليل على إثبات السكن.**

Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse 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 የፌዴራል ስነ ምግባር መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌዴራል ስነ ምግባር መረጃ ላይ የተመሰረተ 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 የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት 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. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج تعليمي 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.

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre del alumno
 የተማሪው ስም
 أسم الطالب

Fecha de nacimiento
 የትውልድ ቀን፤
 تأريخ الميلاد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal
 የወላጅ/አሳዳጊ ስም
 أسم ولي الأمر / الوصي الشرعي

Teléfono
 ስልክ
 رقم الهاتف

1. 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 አንኹ?
 ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟

2. 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؟

3. What is the language that the student first acquired? _____

¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?

የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية

¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?

ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
 ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟

Other: _____

Otro
 ሌላ
 أخرى

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ
 توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي

Fecha

ቀን
 التاريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.

If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question 1, 2, or 3, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions.

STUDENT INFORMATION بيانات الطالب

Student's Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Name:** _____
الاسم الأخير للطالب الاسم الأول الاسم الأوسط

Student and Primary Parent/Guardian Address: Street _____ **Apt #** _____
عنوان الطالب والمسؤول الأساسي من الوالدين/ الوصي الشارع رقم المنزل

City _____ **State** _____ **Zip** _____
المدينة الولاية الرقم البريدي

Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____ **Country of Birth:** _____ **Grade:** _____
تاريخ الميلاد الشهر اليوم السنة بلد محل الميلاد الصف الدراسي

Gender: Male Female **Gender Identity:** Male Female Other **Preferred Name:** _____
الجنس: ذكر أنثى الهوية الجنسية: ذكر أنثى أخرى الاسم المفضل: (للطلاب الذين لا تعكس أسماءهم القانونية هويتهم الجنسية).
ليس المقصود بها الأسماء المستعارة.)

Is this student Hispanic or Latino? (choose only one) هل الطالب من أصل إسباني أم لاتيني؟ (حدد اختيار واحد فقط)
 No, not Hispanic or Latino لا، ليس إسباني أو لاتيني Yes, Hispanic or Latino نعم، من أصل إسباني أو لاتيني

What is the student's race? (choose one or more) ما الأصل العرقي للطالب؟ (اختر إجابة واحدة أو أكثر)
 American Indian/Alaskan الهنود الأمريكيين/سكان الاسكا Black or African American أمريكي أسود أو من أصل أفريقي White (a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa) أبيض (شخص له أصول ترجع إلى الشعوب الأصلية في أوروبا أو الشرق الأوسط أو شمال أفريقيا)
 Asian آسيوي Native Hawaiian or Other Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزيرة المحيط الهادئ

Last School Attended: _____ Public Private
آخر مدرسة تم الالتحاق بها حكومية خاصة

Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
العنوان المدينة الولاية الرقم البريدي

If not an Alexandria City school, has student EVER attended Alexandria City Public Schools? Yes No
إذا لم تكن مدرسة مدينة الإسكندرية، هل التحق الطالب من قبل بالمدراس الحكومية بمدينة الإسكندرية؟ نعم لا

If Yes, please provide the following: School: _____ Year: _____ Grade: _____
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم التالي المدرسة العام الدراسي الصف الدراسي

PARENT/GUARDIAN INFORMATION بيانات الوالدين/ولي الأمر

Primary Parent/Guardian: الوالدين/الأوصياء الأساسيين: يعني بذلك الوالدين/الوصي القانوني الذي يعيش معه الطالب معظم أيام الأسبوع، وهو الشخص الرئيسي الذي تتصل به المدرسة بشأن الطالب.

Do you live/reside in the City of Alexandria? Yes No **If No, has an exception to policy been approved?** Yes No
هل تعيش/تسكن بمدينة الإسكندرية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، هل تمت الموافقة على استثناء هذه السياسة؟ نعم لا

Last Name: _____ **First Name:** _____ Male Female
الاسم الأخير الاسم الأول ذكر أنثى

Father الوالد Stepfather زوج الأم Legal Guardian الوصي الشرعي
 Mother والدة Stepmother زوجة الأب Foster Parent آباء بالتربية والتنشئة

Other (please indicate relationship): _____
أخرى (يرجى الإشارة إلى العلاقة)

Home Phone: (____) _____-_____ **Is your home phone a cell phone?** Yes No
هاتف المنزل هل رقم هاتف منزلك هو رقم هاتف خلوي؟ نعم لا

Cell Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
الهاتف الخلوي الرقم الداخلي

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

Work Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
هاتف العمل الرقم الداخلي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Parent/Guardian's preferred language of communication? ما هي لغة التواصل التي يفضلها الآباء/ولي الأمر؟
 English الإنجليزية Spanish الإسبانية Amharic أمهرية Arabic عربية Other (please specify) أخرى (يرجى التحديد)

Parent/Guardian #2: الوالد/ولي الأمر رقم 2:

Last Name: _____ **First Name:** _____ Male Female
الاسم الأخير الاسم الأول ذكر أنثى

Father الوالد Stepfather زوج الأم Legal Guardian الوصي الشرعي
 Mother والدة Stepmother زوجة الأب Foster Parent آباء بالتربية والتنشئة

Other (please indicate relationship): _____
أخرى (يرجى الإشارة إلى العلاقة)

Address: Address is the same as student and primary parent/guardian's address above
العنوان العنوان هو نفس عنوان الطالب والوالدين/الأوصياء الأساسيين المذكور أعلاه

Street _____ **Apt #** _____
الشارع رقم المنزل

City _____ **State** _____ **Zip** _____
المدينة الولاية الرقم البريدي

Home Phone: (____) _____-_____ **Is your home phone a cell phone?** Yes No
هاتف المنزل هل رقم هاتف منزلك هو رقم هاتف خلوي؟ نعم لا

Cell Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
الهاتف الخلوي الرقم الداخلي

Employer: _____
صاحب العمل

Work Address: _____
عنوان العمل:

Work Phone: (____) _____-_____ **Ext:** _____
هاتف المنزل الرقم الداخلي

Email Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

STUDENT BACKGROUND خلفية الطالب

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan? Yes No

هل يحضر طفلك حاليًا برنامج اللغة الإنجليزية المكثف للخدمات التعليمية الخاصة أم لديه خطة 504؟ نعم لا

If Yes, has documentation been provided to the school? Yes No

إذا كانت الإجابة نعم، هل قدمت الوثائق إلى المدرسة؟ نعم لا

Has your child been expelled from attending school at a private or public school in Virginia or another state, for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person? Yes No

هل تم فصل طفلك من الذهاب إلى المدرسة في مدرسة خاصة أو عامة في فيرجينيا أو ولاية أخرى، بسبب مخالفة تنهك سياسات مجلس إدارة المدرسة ذات صلة بالأسلحة أو الكحول أو المخدرات، أو بسبب إصابة شخص آخر أو أذيتك عمدًا؟ (نعم / لا) نعم لا

STUDENT'S SIBLINGS إخوة الطالب

Name الاسم	Birth Date تاريخ الميلاد	Sex الجنس	School المدرسة
1.			
2.			
3.			
4.			

EMERGENCY CONTACTS جهات الاتصال عند الطوارئ

يرجى إعطاء بيانات شخصين على الأقل يمكن أن نطلب منهم إتخاذ قرارات في حالات الطوارئ و/أو إستلام طفلك من المدرسة إذا لم نستطع الإتصال بالوالدين/ الوصي القانوني في حالة طوارئ.

Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian): جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 1 (بخلاف الأب/ولي الأمر)

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____
العنوان الشارع رقم المنزلCity _____ State _____ Zip _____
المدينة الولاية الرقم البريديHome Phone: _____ Cell Phone: _____
هاتف المنزل الهاتف الخليويWork Phone: _____ Relationship to student: _____
هاتف العمل العلاقة بالطالب

Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian): جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 2 (بخلاف الأب/ولي الأمر)

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____
العنوان الشارع رقم المنزلCity _____ State _____ Zip _____
المدينة الولاية الرقم البريديHome Phone: _____ Cell Phone: _____
هاتف المنزل الهاتف الخليويWork Phone: _____ Relationship to student: _____
هاتف العمل العلاقة بالطالب

Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian): جهة الاتصال عند الطوارئ رقم 3 (بخلاف الأب/ولي الأمر)

Name: _____ الاسم

Address: Street _____ Apt # _____
العنوان الشارع رقم المنزلCity _____ State _____ Zip _____
المدينة الولاية الرقم البريديHome Phone: _____ Cell Phone: _____
هاتف المنزل الهاتف الخليويWork Phone: _____ Relationship to student: _____
هاتف العمل العلاقة بالطالب

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE

Only for students enrolling into kindergarten

المرحلة التحضيرية لرياض الأطفال
للطلاب الملتحقين برياض الأطفال فقط

قبل رياض الأطفال بعام، التحق طفلي (اختر واحدة):

Virginia Preschool Initiative (VPI) 4-year-old program at:
برنامج مبادرة ولاية فيرجينيا للتعليم ما قبل سن المدرسة (VPI) للأطفال بعمر 4 سنوات في:

- Alexandria City Public Schools (ACPS)
مدارس مدينة الإسكندرية الحكومية
- Campagna Center
مركز Campagna
- Child and Family Network Center (CFNC)
مركز شبكة الأسرة والطفل (CFNC)
- Creative Play School
مدرسة اللعب الإبداعي

Another pre-K program: برنامج آخر لمرحلة ما قبل الروضة:

- Early Childhood Special Education
التعليم الخاص لمرحلة الطفولة المبكرة
- Preschoolers Learning Together (PLT)
برنامج نتعلم معًا (PLT) لطلاب مرحلة ما قبل المدرسة
- Head Start
في مرحلة ما قبل الروضة
- Full-day Private Preschool/Daycare
مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة بدوام كامل/رعاية نهارية
- Half-day Private Preschool
مدرسة خاصة لمرحلة ما قبل المدرسة لنصف يوم
- Licensed Family Home Daycare Provider
مقدم رعاية منزلية مرخص للعائلة
- Department of Defense Child Development Program
برنامج وزارة الدفاع لتنمية الطفل

Other: أخرى:

- Parent/Relative
ولي الأمر/أقرباء
- Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.)
مقدم رعاية الأطفال في منزلي (مربية أطفال، جليسة أطفال، إلخ)
- Other: أخرى:

Specify: _____
يرجى التحديد:

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct.

بتوقيعي على هذه الاستمارة، فأبني وأكد أن المعلومات الواردة هنا صحيحة.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
توقيع الأب/ولي الأمر التاريخ

FOR OFFICE USE ONLY

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

الجزء I: معلومات الطالب/العائلة

يرجى إكمال الجزء A، B، أو C.

A. أنا ولي الأمر الذي يقوم بتسجيل _____ في المدرسة.

(الأسم الكامل للطالب)

B. أنا الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية الأساسية الذي يقوم بتسجيل _____ في المدرسة (ينبغي تقديم وثائق رسمية).

(الأسم الكامل للطالب)

C. أنا طالب بالغ (18 عام فأكثر) أقوم بتسجيل نفسي، _____ في المدرسة.

(الأسم الكامل للطالب)

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

العنوان الكامل:

أسم 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 الحكومية يعتمد على تأكيدى أني (الجزء الأول) ولي الأمر/ الوصي الشرعي للطالب ومقيم في مدينة الإسكندرية، (الجزء الثاني) بيان حلف اليمين على الإقامة في مدينة الإسكندرية و (الجزء الثالث) عرضي لوثائق التحقق من الإقامة (انظر الصفحة 3 - الفئة A أو B أو C). 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 الحكومية. يرجى العلم بأنه ووفقاً لقانون ولاية فيرجينيا § 22.1-264.1، فإن أي شخص يدلي بإفادة غير صحيحة تتعلق بمكان الإقامة 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 الحكومية سوف تستخدم أية وسيلة قانونية تكون تحت تصرفها للتحقق من مكان إقامتي. أنا أوافق أيضاً على إخطار المدرسة في حال حصول أي تغيير في عنوان سكني و/أو سكن الطالب خلال مدة ثلاثة (3) أيام عمل من تأريخ حدوث التغيير.

رقم الهاتف

أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

التاريخ

أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي/ مقدم الرعاية أو الطالب البالغ

*يُعرف مكان الإقامة/ محل الإقامة على أنه المكان الذي ينام في الشخص كل ليلة. لا يكفي إمتلاك أو إستئجار عقار للمطالبة بالإقامة في مدينة الإسكندرية. ينبغي على الطالب والوصي الشرعي النوم في مدينة الإسكندرية كل ليلة.

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

Part III: Residency Verification

Registering adult must provide photo identification, student birth certificate & the following three (3) documents: All documents must be the original copy (current-within the past 60 days) & clearly notes the parent/legal guardian or adult student name & Alexandria City address. See reverse for further explanation of documents.

Category B - two (2) supporting documents:

- Utility bill (water, gas, electric, cable, and/or landline phone)
- Current personal Alexandria City property tax bill/receipt
- Mailed letter from a government agency (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- Current pay stub (noting Alexandria address & Virginia tax withholding)
- 2 consecutive bank statements (mailed)
- Current homeowner or renter's insurance policy noting the City of Alexandria address
- Family is new (less than 30 days) to the City of Alexandria. Due _____

Category A – one (1) document:

- Lease Agreement
- Deed (with copy of property tax)
- Mortgage contract

Category C:

- Lack of Housing
- DSS/Foster Care Services

Shared Housing Residents: If the parent/guardian is living in a shared housing a notarized A/B form will be required with a copy of the homeowner's mortgage, Deed or a copy of the lease with whom the student and parent are living. Additionally, you will be required to provide two supporting documents (in the parent/legal guardian's name) as listed above. A home visit maybe completed in cases of questionable residency. **A/B FORM EXPIRATION: _____ (Registrar - enter date into PowerSchool).**

I certify that I personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true and factual to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that copies of all required documentation will be attached to this document and placed in the student's file.

School Official Name (Print)

School Official (Signature)

Date

قائمة بالوثائق المقبولة للتحقق من الإقامة

يجب أن تشير جميع الوثائق إلى الاسم الكامل للوالد / الوصي القانوني أو الطالب الكامل وعنوان مدينة الإسكندرية

الفئة A: (وثيقة واحدة من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

- عقد الإيجار: يجب أن يكون عقد الإيجار الأصلي نافذاً (وليس منتهي الصلاحية) وموضحاً فيه التواريخ، الأسماء وعنوان السكن لولي الأمر/ الوصي الشرعي الذي يقوم بتسجيل الطالب. إذا كان عقد الإيجار هو اتفاق خاص تم إنشاؤه مع المالك، فيجب أن يكون عقد الإيجار موثقاً.
- صك الملكية: يجب أن يتم إرفاق صك الملكية مع نسخة من ضريبة الممتلكات الشخصية للمالك. يمكن الحصول عليها (مجانياً) عن طريق الرابط التالي <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. يجب أن يكون صك الملكية في أسم ولي الأمر/الوصي الشرعي.
- الرهن العقاري: يجوز للمقيم تقديم فاتورة الرهن العقاري التي أعدها المقرض (موضحاً فيها التاريخ، العنوان في مدينة الإسكندرية واسم المقرض) في غضون 60 يوماً من التسجيل أو عقد الرهن العقاري الأولي مع النسخة الحالية من الضريبة العقارية للمالك. بالإمكان الحصول على ذلك مجاناً من خلال الدخول على الرابط <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- أنا أعيش في مسكن 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 تقيم فيه.

و

الفئة B: (وثيقتان من هذه القائمة للتحقق من الإقامة)

- فاتورة الخدمات والمرافق (الماء، الغاز، الكهرباء، الكابل، و/أو فاتورة الهاتف الأرضي). يجب أن تكون الفاتورة صادرة خلال الثلاثين يوماً الماضية. إذا كان عقد الإيجار الخاص بك يشمل تغطية جميع الخدمات وليس لديك أي فواتير أخرى، عندها يرجى تقديم رسالة صادرة من مدير العقار على ورقة تحمل شعار الشركة توضح شمول خدمات الماء، الغاز، الصرف الصحي، الكهرباء جميعها في الإيجار الشهري.
- ضريبة الأملاك الشخصية في مدينة الإسكندرية (سيارة، عربة سكن متنقلة، قارب). يرجى ملاحظة: تتطلب إدارة تسجيل المركبات في ولاية فرجينيا أن يتم تسجيل جميع الممتلكات الشخصية على العنوان الحالي في غضون 60 يوماً من الانتقال إلى محل السكن الجديد.
- رسالة مرسله من إحدى الدوائر الحكومية (برنامج المساعدة المؤقتة للعوائل المحتاجة TANIF، وزارة الإسكان والتنمية العمرانية HUD، سلطة الإسكان وإعادة التطوير في مدينة الإسكندرية ARHA، دائرة الإيرادات الداخلية IRS، إلخ). يجب أن تكون الرسالة مرسله إلى ولي الأمر/الوصي الشرعي أو الطالب البالغ.
- قسائم حالية لدفع الراتب (تتضمن العنوان في مدينة الإسكندرية وملاحظة حجب الضرائب عن ولاية فرجينيا)
- أحدث عائد ضريبي على الدخل الاتحادي/ الفدرالي موضحاً فيه العنوان في مدينة الإسكندرية
- كشفان مصرفيان متتاليان مرسل بالبريد إلى العنوان في مدينة الإسكندرية.
- بوليصة حالية للتأمين على المنزل أو المكان المؤجر مذكور فيه العنوان في مدينة الإسكندرية

أو

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

- انعدام السكن، في مرحلة انتقالية أو كنت تعاني من التشرد.
- رعاية الأطفال بالتبني/DSS: تقديم إثبات يوضح أن الطالب في عهدة دائرة الخدمات الاجتماعية، في شكل أمر محكمة أو وثيقة رسمية صادرة من دائرة الخدمات الاجتماعية.

Student's Last Name: _____ First Name: _____
 إسم العائلة للطالب إسم الأول

 Date of Birth: _____ Grade: _____ School Year: _____
 تاريخ الميلاد الصف السنة الدراسية

STUDENT HEALTH CONDITIONS الظروف الصحية للطالب

Check all boxes that apply to the student. ضع علامة على كل ما ينطبق على الطالب.

ALLERGIES الحساسية Yes نعم No لا

 Allergy Type:
 نوع الحساسية:

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

- Food: List food(s): _____
 الطعام أذكر الأطعمة
- Medication List medication(s): _____
 أدوية أذكر الأدوية
- Bee stings or insect bites
 لسعات النحل أو لدغ الحشرات الأخرى
- Other: _____
 غير ذلك

 Date of last severe reaction: _____
 تاريخ آخر ردة فعل قوية

 Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب الحساسية

 Currently prescribed medications and treatments for allergies:
 الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً للحساسية

- Oral antihistamine (Benadryl, etc.) Epinephrine Has epinephrine injector
 مضادات الهيستامين عن طريق الفم (بينادريل، الخ) أدرينالين وقائي الطالب لديه أدرينالين وقائي على شكل عبوة سهلة للحقن
- Other: _____
 غير ذلك

FOOD RESTRICTIONS الأظعمة الممنوعة Yes نعم No لا

- Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): _____
 بسبب تهيج الجهاز الهضمي أذكر الأطعمة
- Due to religious or other preferences List food(s): _____
 بسبب الدين أو معتقدات أخرى أذكر الأطعمة

ASTHMA الربو Yes نعم No لا

 Currently prescribed medications and treatments for asthma:
 الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً ضد الربو

- Daily control (prevention) medication
 الدواء اليومي (الوقائي) للتحكم بالربو
- As needed (rescue) medication
 الدواء الذي يؤخذ حسب الحاجة (المسكن)

 Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو لغرفة الطوارئ بسبب الربو

DIABETES مرض السكري Yes نعم No لا

 Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب مرض السكري

 Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?
 هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء و/أو فحص دم في المدرسة؟

- No Yes List medication(s): _____
 لا نعم أذكر الأدوية

SEIZURE DISORDER الإصاية بنوبات صرع Yes نعم No لا

 Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?
 هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء داخل المدرسة؟

- No Yes List medication(s): _____
 لا نعم أذكر الأدوية

 Date of last seizure: _____
 تاريخ آخر نوبه صرع

 Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____
 تاريخ آخر زيارة المستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب نوبه صرع

OTHER HEALTH CONDITIONS ظروف صحية Yes نعم No لا

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD
إضطراب نقص الإنتباه و فرط الحركة | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect
تشوه خلقي في القلب | <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea
توقف التنفس أثناء النوم | <input type="checkbox"/> Cancer
السرطان |
| <input type="checkbox"/> Autism
مرض التوحد | <input type="checkbox"/> Hemophilia
نزف الدم الوراثي أو الهيموفيليا | <input type="checkbox"/> Nutritional Disorder
إضطراب التغذية | <input type="checkbox"/> Chronic Infection (Hepatitis C, HIV)
العدوى المزمنة (التهاب الكبد الوبائي (فيروس نقص المناعة) |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy
الشلل الدماغي | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease
مرض فقر الدم المنجلي | <input type="checkbox"/> Physical Disability
إعاقة جسدية | <input type="checkbox"/> Congenital/Chromosomal Disorders
أمراض الإضطرابات الخلقية أو الكروموزومات |
| <input type="checkbox"/> Developmental Delay
تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
التليف الكيسي | <input type="checkbox"/> Eczema
الأكزيما | <input type="checkbox"/> Depression
الإكتئاب |
- Other physical or mental health conditions: _____
ظروف صحية بدنية أو عقلية أخرى

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?
هل تتطلب حالة الطالب استخدام ما يلي دخل المدرسة؟

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Medications:
أدوية | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List medication(s): _____
أذكر الأدوية |
| Special procedures:
إجراءات الخاصة | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List procedure(s): _____
أذكر الإجراءات |
| Special equipment:
معدات خاصة | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List equipment: _____
أذكر الإجراءات |

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية Yes نعم No لا

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Glasses
نظارات | <input type="checkbox"/> Contacts
عدسات لاصقة | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | | |

HEARING CONDITIONS مشاكل السمع Yes نعم No لا

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hearing aid(s)
سماعة أذن طبية | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | |

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE العناية الصحية و التغطية الصحية للطالب

- Does the student have health insurance?** No لا Yes نعم Name of health insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين صحي؟ اسم شركة التأمين الصحي
- Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب رقم الهاتف
- Does the student have dental insurance?** No لا Yes نعم Name of dental insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين على الأسنان؟ اسم شركة التأمين على الأسنان
- Name of student's dentist: _____ Phone: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب رقم الهاتف

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION تفويض من أحد الوالدين/الوصي

في حالة الطوارئ، سيقوم موظفو المدرسة بالاتصال بخدمة الطوارئ. سنبدل كل جهد للإتصل بأحد الوالدين أو الوصي القانوني، و إذا تعذر الإتصال بهم نحاول الإتصال بالأشخاص المدرجة بياناتهم للإتصال بهم في حالات الطوارئ. سيتم نقل الطلاب إلى أقرب غرفة طوارئ ما لم يكن ولي الأمر في مقر 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. تأكد من الممرض في المدرسة أو المسجل للحصول على الدواء الصحيح و الإستمرارات الإجرائية الصحيحة. إذا كان لطفلك خطة فردية للرعاية الصحية خلال اليوم الدراسي يكون الوالدين/الوصي هو المسؤول عن توفير الممرض في المدرسة بالمعلومات الطبية اللازمة، و استمارات التصريح المناسبة و الموافقة الخطية لتبادل المعلومات مع طبيب الطفل.

do not do

أنا _____ (أفوض) (لا أفوض) لمقدم الرعاية الصحية لطفلي و مقدم الرعاية الصحية لطفلي في المدرسة بمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات المتعلقة بهذه الإستمارة. هذا التفويض ساري المفعول حتى يتم سحبه. تستطيع سحب التفويض في أي وقت عن طريق الإتصال بمدرسة طفلك. عندما يتم الإفصاح عن معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق المعلومات في سجل طفلك الصحي أو الدراسي.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
توقيع أحد الوالدين/الوصي التاريخ

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Sex: M F

Health Assessment	Date of Assessment: ____/____/____		Physical Examination																	
	Weight: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in.		1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment																	
	Body Mass Index (BMI): _____ BP _____		1			2			3			1			2			3		
	<input type="checkbox"/> Age / gender appropriate history completed		HEENT			Neurological			Skin			1			2			3		
	<input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided		Lungs			Abdomen			Genital			1			2			3		
		Heart			Extremities			Urinary			1			2			3			
Tuberculosis Screening																				
Check the box that applies:																				
<input type="checkbox"/> No risk for TB infection identified					<input type="checkbox"/> No symptoms compatible with active TB disease					<input type="checkbox"/> Risk for TB infection or symptoms identified										
Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading _____ mm TST/IGRA Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive																				
CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal																				
EPSDT Screens Required for Head Start – include specific results and date:																				
Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____																				

Developmental Screen	<i>Assessed for:</i>		<i>Assessment Method:</i>		<i>Within normal</i>		<i>Concern identified:</i>		<i>Referred for Evaluation</i>		
	Emotional/Social										
	Problem Solving										
	Language/Communication										
	Fine Motor Skills										
Gross Motor Skills											
Hearing Screen	<input type="checkbox"/> Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box.										
	<input type="checkbox"/> Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred										
	<input type="checkbox"/> Referred to Audiologist/ENT <input type="checkbox"/> Unable to test – needs rescreen										
		1000		2000		4000		<input type="checkbox"/> Permanent Hearing Loss Previously identified: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right		<input type="checkbox"/> Hearing aid or another assistive device	
		R									
		L									

Vision Screen	<input type="checkbox"/> With Corrective Lenses (Check if yes)									
	Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail					<input type="checkbox"/> Not tested				
	Distance		Both		R		L		Test used:	
	20/		20/		20/		20/			
<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred to eye doctor <input type="checkbox"/> Unable to test-needs rescreen										
Dental Screen	<input type="checkbox"/> Problems Identified: Referred for Treatment									
	<input type="checkbox"/> No Problem: Referred for prevention									
	<input type="checkbox"/> No Referral: Already receiving dental care									
<input type="checkbox"/> Unable to perform										

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel	Summary of Findings (check one):									
	<input type="checkbox"/> Well child; no conditions identified of concern to school program activities									
	<input type="checkbox"/> Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):									
	Allergy: <input type="checkbox"/> food: _____ <input type="checkbox"/> insect: _____ <input type="checkbox"/> medicine: _____ <input type="checkbox"/> other: _____									
	Type of allergic reaction: <input type="checkbox"/> anaphylaxis <input type="checkbox"/> local reaction Response required: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> other: _____									
	Individualized Health Care Plan needed (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)									
	Restricted Activity Specify: _____									
	Developmental Evaluation <input type="checkbox"/> Has IEP <input type="checkbox"/> Further evaluation needed for: _____									
Medication. Child takes medicine for specific health condition(s). <input type="checkbox"/> Medication must be given and/or available at school.										
Special Diet Specify: _____										
Special Needs Specify: _____										
Other Comments: _____										

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) <input type="checkbox"/> By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).									
Name: _____		Signature: _____				Date: _____			
Practice/Clinic Name: _____			Address: _____						
Phone: _____		Fax: _____		Email: _____					

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Health Information Form/Comprehensive Physical Examination Report/Certification of Immunization**

Part I – HEALTH INFORMATION FORM

State law (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requires that your child is immunized and receives a comprehensive physical examination before entering public kindergarten or elementary school. **The parent or guardian completes this page (Part I) of the form.** The Medical Provider completes Part II and Part III of the form. This form must be completed no earlier than one year before your child's entry into school.

Name of School: _____ Current Grade: _____

Student's Name: _____
Last First Middle

Student's Date of Birth: ____/____/____ Sex: _____ State or Country of Birth: _____ Main Language Spoken: _____

Student's Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Name of Parent or Legal Guardian 1: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Name of Parent or Legal Guardian 2: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Emergency Contact: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Hospital Preference: _____

Child's Health Insurance: None FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS Private/Commercial/ Employer Sponsored

Box 1. Pre-Existing Conditions					
Condition	Yes	Comments	Condition	Yes	Comments
Allergies (food, insects, drugs, latex)			Diabetes: Type 1		
Please list Life Threatening Allergies:			Diabetes: Type 2		
			Insulin pump		
Allergies (seasonal)			Head injury, concussion		
Asthma or breathing conditions			Hearing conditions or deafness		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder			Heart conditions		
Behavioral/Psych/ Social conditions			Lead poisoning		
Developmental conditions			Muscle conditions		
Bladder conditions			Seizures		
Bleeding conditions			Sickle Cell Disease (not trait)		
Bowel conditions			Speech conditions		
Cerebral Palsy			Spinal injury		
Cystic fibrosis			Surgery		
Dental Health conditions			Vision conditions		
Describe any other important health-related information about your child (<input type="checkbox"/> Feeding tube , <input type="checkbox"/> Trach , <input type="checkbox"/> Oxygen support, <input type="checkbox"/> Hearing aids, <input type="checkbox"/> Dental appliance, <input type="checkbox"/> Wheelchair, Hospitalizations, etc.):					

Box 2. Medications			
List all prescription, emergency, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly (Home/ School):			
Medication Name	Dosage	Time Administered (Home/School)	Notes
1.			
2.			
3.			
4.			
Additional Medications (Name, Dose, Time Administered, Notes)			

Check here if you want to discuss confidential information with the school nurse or other school authority. Yes No Please provide the following information:

Name	Phone	Date of Last Appointment
Pediatrician/primary care provider		
Specialist		
Dentist		
Case Worker (if applicable)		

I _____ (do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

Signature of Parent or Legal Guardian: _____ Date: ____/____/____

Signature of Interpreter: _____ Date: ____/____/____

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization**

Check if the student's
Immunization
Records are attached
using a separate form
signed by HCP

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name: _____ Date of Birth : ____ / ____ / ____ Sex: _____
Race (Optional): _____ Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic

IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)					
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)					
Tdap Vaccine booster					
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)					
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age					
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age					
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age					
Varicella Vaccine			Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)					
Measles Vaccine (Rubeola)			Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine			Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine			Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis B Vaccine (HBV) <input type="checkbox"/> Merck adult formulation used					
Hepatitis A Vaccine					
Meningococcal ACWY Vaccine					
Meningococcal B Vaccine					
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)					
Influenza (Yearly)					
Other					
Other					

Certification of Immunization

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ Date (Mo., Day, Yr.): ____ / ____ / ____

**Section II
Conditional Enrollment and Exemptions**

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Parent or Legal Guardian Name: _____
Parent or Legal Guardian Name: _____
Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; Measles :[____];
Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [] , or temporary [] and expected to preclude immunizations until: Date (Mo., Day, Yr.): ____ / ____ / ____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ Date (Mo., Day, Yr.): ____ / ____ / ____

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on _____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ Date (Mo., Day, Yr.): ____ / ____ / ____

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
(Requirements are subject to change.)

Alexandria City Public Schools
Transportation Department
مدارس مدينة ألكساندريا العامة قسم النقل

Alternate Authorized Persons for Kindergarten/Special Education Release

المسؤولون البديلاء عن خروج رياض الأطفال/التعليم الخاص

Date: _____
التاريخ

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Student Name: اسم الطالب	Student ID #: رقم هوية الطالب			
Home Address: عنوان المنزل	Apt: رقم المنزل	Zip: الرمز البريدي		
Parent/Guardian Name(s): اسم الوالدين/الأوصياء	Language Spoken by Parent/Guardian: اللغة التي يتحدثها الوالدين/الأوصياء			
Phone Numbers: أرقام الهاتف	Home: المنزل	Work: العمل	Cell: الهاتف الخليوي	
School: المدرسة				
Authorized Persons for Pick Up (other than legal guardians). Only 3 authorized names allowed. المخولون لاستلام الطالب (بخلاف الأوصياء القانونيين). يُسمح بثلاثة أسماء مخولة فقط.				
Name of Authorized Persons أسماء المخولين	Relationship صلة القرابة	Telephone Number(s) رقم (أرقام) الهاتف		
Parent/Guardian Signature: توقيع الوالدين/الأوصياء				Date: التاريخ
Principal Signature: توقيع المدير				
For Office Use Only: للاستخدام الرسمي فقط				
Received by: _____ Date: _____ Time: _____				

Please note: This form must be submitted by 12 p.m. in order to be effective immediately. If submitted after 12 p.m., change will go into effect the following school day. Principals **MUST** approve in order to be processed.

يرجى ملاحظة ما يلي: يجب إرسال هذه الاستمارة قبل الساعة 12 ظهرًا حتى تعتبر سارية على الفور. في حالة إرسالها بعد الساعة 12 ظهرًا، ستعتبر سارية اعتبارًا من اليوم الدراسي التالي. يجب الحصول على موافقة المدراء لتتم معالجتها.

استبيان للطلبة والآباء STUDENT-PARENT SURVEY

Survey Date 10/30/2021 · Each Section MUST be Completely Filled in Where Applicable
تاريخ الاستبيان: 2021/10/30 يجب ملء كل قسم بالكامل، إذا كان ذلك ممكناً.

قد تتلقى مدارس ACPS منح مالية فيدرالية لتسجيل الطلاب المرتبطين فيدرالياً. إذا لم يكن ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي في العائلة يسكن أو يعمل على أراضي فيدرالية، فالرجاء إكمال القسم 1 وتوقيعه وكتابة التاريخ في أسفل النموذج.

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Section 1: STUDENT INFORMATION القسم 1: بيانات الطالب

Student Name: الاسم الأخير Last اسم الطالب: First الاسم الأول Middle الاسم الأوسط Student ID رقم تعريف الطالب

Address: الرقم والشارع Number & Street العنوان: City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Name of School اسم المدرسة Grade الصف الدراسي Birth Date تاريخ الميلاد Home Phone هاتف المنزل

If the above property is federal property, please enter the name of the property إذا كان العقار أعلاه عقاراً فيدرالياً، يُرجى إدخال اسمه

Section 2 – EMPLOYMENT INFORMATION: CIVILIANS ONLY working on federal property القسم 2- بيانات العمل: المدنيين العاملون لدى منشأة فيدرالية فقط

Parent/Guardian Name: اسم الوالد/الوصي: Last الاسم الأخير First الاسم الأول MI الاسم الأوسط Employer Name اسم صاحب العمل

Employer Address (Physical Location) عنوان صاحب العمل (مكان فعلي) Building Number & Street رقم البناية والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Federal Property Name (see back side for list of eligible federal properties) اسم المنشأة الفيدرالية (انظر الجانب الخلفي لقائمة المنشآت الفيدرالية المؤهلة)

Federal Property Address عنوان المنشأة الفيدرالية Number & Street الرقم والشارع City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN القسم 3- بيانات عمل الوالد/الوصي: الوالد/الوصي يعمل لدى هيئة من الهيئات الحكومية الموحد

أدخل البيانات في هذا القسم إذا كان الوالد/الوصي في الخدمة الفعلية لدى إحدى الهيئات الحكومية الموحد في تاريخ ملء هذا الاستبيان. (إذا كان كلا والدا الأسرة يعملان لدى القوات المسلحة في وقت تاريخ ملء هذا الاستبيان، يُرجى ملء استمارة أخرى).

Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) إذا كان ليس لدى الطالب صلة بالقوات المسلحة، فلا تملء أي شيء في القسم 3.

Branch of Active Service: فرع الخدمة الفعّية:

Air Force القوات الجوية Army الجيش Coast Guard حرس السواحل Marine Corps قوات مشاة البحرية Navy القوات البحرية

The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA
الفيلق المساعد لدى الإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي (NOAA)

The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS
الفيلق المساعد لدى إدارة الصحة العامة الأمريكية (USPHS)

National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders)
الحرس الوطني أو قوات الاحتياط المُعبّنة بموجب القرار الرئاسي التنفيذي رقم (13223)، الصادر بتاريخ 2001/9/14 والباب (10) من قانون الولايات المتحدة (يُرجى إرفاق نسخ من أوامر التشكيل)

National Guard; Reserve الحرس الوطني؛ قوات الاحتياط

Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).
قوات الاحتياط؛ يعول الطالب أحد العاملين لدى قوات الاحتياط (الجيش، أو القوات البحرية، أو قوات مشاة البحرية، أو حرس السواحل).

Parent/Guardian Name (Last, First and MI)
اسم الوالد/الوصي (الأول، والأوسط، والأخير)

Military Rank/Grade
الرتبة/الدرجة العسكرية

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY القسم 4- بيانات عمل الوالد/الوصي: القوات المسلحة الخارجية

أدخل البيانات في هذا القسم إذا كان الوالد/الوصي في الخدمة الفعلية في تاريخ ملء هذا الاستبيان. إذا كان غير ذلك، فتجاوز هذا القسم.

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) اسم الوالد/الوصي (الأول، والأوسط، والأخير)

Foreign Government Name اسم الحكومة الخارجية

Military Rank/Grade الرتبة/الدرجة العسكرية

Branch of Service فرع الخدمة

تُستخدم هذه المعلومات في دعم طلبنا بشأن الأموال الفيدرالية بموجب برنامج المساعدات Impact Aid Program (طبقاً للباب الثامن من قانون المدارس الابتدائية والثانوية). وقد تُقدّم هذه المعلومات إلى دائرة التعليم الأمريكية في حالة خضوع طلبنا المُقدّم للتدقيق؛ علماً بأنه يجب التوقيع على هذه الاستمارة وتاريخها حتى تتسلم مدارس Alexandria City Public Schools العامة حصتها العادلة من الأموال الفيدرالية. أشهد بموجب توقيعي على هذه الاستمارة بأن جميع المعلومات المطبوعة والمكتوبة بهذا النموذج دقيقة وكاملة اعتباراً من تاريخ الاستبيان.

Signature of Parent/Guardian توقيع الوالد/الوصي

Date [mm/dd/yyyy] التاريخ: [اليوم/الشهر/السنة]

المنشآت الفيدرالية المؤهلة

- محكمة ألبرت في. براين الفيدرالية، وعنوانها: 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- مركز عمليات الطوارئ ماونت ويزر، وعنوانه: 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- مقبرة أرلينغتون الوطنية، وعنوانها: Arlington, VA 22211
- محكمة مارتن في. بي بوستيتير، وعنوانها: 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- حرم لانجلي التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانه: 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA 22101
- مركز قوات السطح الحربية البحرية، وعنوانه: 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- مكتب الاستطلاع الوطني التابع لوكالة الاستخبارات الأمريكية، وعنوانه: 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- هيئة الأرصاد الوطنية التابعة للإدارة الوطنية للمحيطات والغلاف الجوي، وعنوانها: 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- مطار دالاس الدولي، وعنوانه: 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- البنتاغون [اذكر موقع البناية في عنوان الشارع]: Arlington, VA 22202
- مركز مراقبة حركة المرور الجوية التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانه: 825 E Market St, Leesburg, VA 20176
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانه: 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- مكتب بوتوماك تراكون التابع لإدارة الطيران الاتحادية، وعنوانه: 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- مطار رونالد ريغان الوطني، وعنوانه: 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- المختبر والأكاديمية التابعان لمكتب التحقيقات الفيدرالي، وعنوانه: 2501 Investigation PW, Quantico, VA 22135
- مركز ستيفن إف أودفار هازي، وعنوانه: 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- مكتب فورت بيلفوار، وعنوانه: 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- مركز البحوث ترنر-فايربانك، وعنوانه: 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- مكتب فورت بيلفوار نورث (وكالة الاستخبارات الجغرافية المكانية)، وعنوانه: 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- الحرس الوطني للجيش الأمريكي، وعنوانه: 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- مكتب فرانكونيا جي اس ايه إل او سي، وعنوانه: 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- مركز قوات احتياط الجيش الأمريكي، وعنوانه: 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- مكتب جورج بيه شولز التابع للمركز الوطني للتدريب على الشؤون الخارجية، وعنوانه: 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- مكتب المدعي العام الأمريكي (USDOJ)، وعنوانه: 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- حديقة جورج واشنطن التذكارية، وعنوانه: 700 GW Pw, VA 22101
- إذاعة حرس السواحل الأمريكي، وعنوانها: 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- قاعة هيندرسون، وعنوانها: 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- مكتب المسح الجيولوجي الأمريكي، وعنوانها: 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- مكتب المهندس هامفري، وعنوانها: 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- مبنى مكتب هيبلا فالي، وعنوانه: 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- قاعة القاعدة المشتركة ماير-هانديرسن، وعنوانها: Fort Myer, VA 22211
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- قاعدة كوانتيكو لقوات المشاة البحرية، وعنوانه: 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- مركز وارينتون للتدريب، وعنوانه: Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- بناية مكتب مركز مارك الفيدرالي، وعنوانه: 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- حديقة وولف تراب فارم، وعنوانه: 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182



يرجى مراجعة كلا الجانبين من هذا النموذج.

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!

Student Name: _____ Grade: _____
اسم الطالب الصف

School: _____
المدرسة

Parent/Guardian Name: _____ Date Form Completed: _____
إسم أحد الوالدين / الوصي تاريخ تعبئة النموذج

يشير كل قسم أدناه إلى المواد المذكورة في هذه الإستمارة، في دليل الأسرة لعوائل طلاب مدارس ACPS، (www.acps.k12.va.us/familyhandbook). أو في قواعد سلوك الطالب في مدارس ACPS (www.acps.k12.va.us/codeofconduct). بعد التوقيع، يرجى إعادة الإستمارة إلى مدرسة الطالب عند التسجيل في غضون أسبوعين من اليوم الأول لإلتحاق الطالب في مدارس ACPS. يجب تعبئة هذه الإستمارة كل عام دراسي.

Section A: Student Code of Conduct

قسم أ: القواعد السلوكية المدونة للطلاب

يتم توفير المعلومات الخاصة بقواعد سلوك الطالب لكل عائلة في كل عام دراسي. توقيع الوالدين/الأوصياء / على هذا الجزء وإعادة هذا النموذج لايعتبر تنالاً ولكن يحفظ حقوقهم في الحماية وفقاً للدستور أو قوانين الولايات المتحدة و / أو الكومنولث لولاية فيرجينيا وكذلك يكون له الحق في التعبير عن عدم الاتفاق مع سياسات أو قرارات المدارس العامة التابعة لمدينة الكساندريا. تتضمن القواعد السلوكية المدونة للطلاب المطلوبة ضمن القانون، مبادئ توجيهية وقواعد مسؤولية الطلاب في استخدام نظام الحاسوب. الحضور الإلزامي للمدرسة، و سياسة الإنصاف والتفوق للطلاب، نموذج تقرير عن الإعتداء (و كذلك مرتبة الشرف. من واجب الوالدين مساعدة مدارس ACPS في تطبيق قواعد السلوك و الحضور الإلزامي للطلاب. الوالدين مسؤولين عن فهم قواعد السلوك للطلاب و تعزيز السلوك السليم للطلاب، ومساعدة المدرسة في إنضباط الطالب. وكذلك الإلتحاق مع مسؤولي المدرسة إذا طلب منهم الحضور لمناقشة المسائل المتعلقة بالإنضباط والحضور المدرسي. كما وينص القانون أيضاً على أن يوقع الوالدين على إفادة توضح معرفتهم بمسؤولياتهم هذه.

Parent/Guardian Signature: _____
توقيع أحد الوالدين/ الوصي

Student Signature: _____
توقيع الطالب

Section B1: Student Directory Information (FERPA)

قسم ب: دليل معلومات الطالب

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

Do NOT release the student's directory information, except as required by state or federal law, from the date this form is signed until September 15, 2023. I understand this means that information about and photographs featuring the student will be excluded from school publications such as yearbooks, honor roll listings, and printed graduation/sports/theatrical programs.

لانتشر معلومات الدليل الخاصة بالطالب، باستثناء ما هو مطلوب بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، ابتداء من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2023. أنا أدرك أن هذا يعني أن المعلومات والصور الفوتوغرافية التي تظهر للطالب سيتم استبعادها من المنشورات المدرسية مثل الكتب المدرسية السنوية، قوائم طلاب الشرف، وبرامج التخرج/الرياضية/المسرحية المطبوعة.

Section B2: PTA Directories and School-Related Organizations

القسم B2: دليل المعلومات لرابطة PTA والمنظمات ذات الصلة بالمدرسة

تقوم العديد من مجالس أولياء الامور والمعلمين PTA في المدارس (وغيرها من المنظمات ذات الصلة) بإصدار دليل سنوي للعوائل. يقوم الطلاب والعوائل باستخدام هذا الدليل السنوي للتواصل فيما بينهم حول أنشطة الفصول الدراسية/ المدرسة أو لترتيب النقل المشترك، وما إلى ذلك. قد تصلك أيضاً من خلال مشاركة معلومات الاتصال الخاصة بك تحديثات حول الفعاليات والبرامج ذات الصلة عن طريق الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني. تتفق جميع مجالس أولياء الامور والمعلمين PTA وغيرها من المنظمات ذات الصلة بالمدارس على مشاركة المعلومات مع الموجودين في الدليل فقط وعدم الإفصاح عن تلك المعلومات إلى المؤسسات التجارية أو أي طرف ثالث.

YES, ACPS may release the student/family telephone number and email address to PTAs, booster organizations, and other school-related organizations from the date this form is signed until September 15, 2023.

نعم، يمكن لمدارس ACPS أن تكشف عن رقم هاتف الطالب/العائلة و عنوان البريد الإلكتروني إلى رابطة PTA، المنظمات الداعمة، وغيرها من المنظمات ذات الصلة بالمدرسة ابتداء من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2023.

Section C: Media Participation

قسم ج: مشاركة في الإعلام

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

Do NOT use my child's photograph, image, voice, writings, classwork or artwork in any of the ways described above from the date this form is signed until September 15, 2023.

لا تستخدم صورة الطالب الفوتوغرافية، تصوير توضيحي له، صوته، كتاباته، أعماله الصفية أو أعماله الفنية في أي من المجالات المذكورة أعلاه للفترة من تاريخ توقيع هذه الإستمارة ولغاية 15 سبتمبر/أيلول 2023.

قسم د: مسؤولية استخدام للتكنولوجيا و وسائل الإعلام الإجتماعية

مسؤولية استخدام للتكنولوجيا و وسائل الإعلام الإجتماعية موجودة في القواعد السلوكية المدونة للطلاب. يرجى مراجعة هذه القواعد و التوقيع أدناه.

Parent/Guardian Signature: _____

توقيع أحد الوالدين/ الوصي

كطالب ، أنا أوافق على الإمتثال متثال لمبادئ وقواعد إستعمال التكنولوجيا والإنترنت كما هي مدونة في. القواعد السلوكية المدونة للطلاب.

Student Signature: _____

توقيع الطالب

Section E: Student Record Information

قسم هـ : سجل معلومات الطالب

(الأهالي الطلاب في المدرسة الثانوية - الصف ١١ - ١٢ فقط)

قسم ٩٥٢٨ من قانون عام ٢٠٠١ لا يترك طفلاً بالخلف ي يتطلب أن تقدم أنظمة المدرسة عناوين و أسماء طلاب المدارس الثانوية ، و قوائم الهاتف عند الطلب لمسؤولي التوظيف العسكري و مؤسسات التعليم العالي. على الرغم من هذا ، يمكن للوالدين (أو الطالب إذا تم سن - ١٨ أو القاصر لكنه قانوناً قد تحرراً أن يطلب عدم التصريح بمعلومات الطالب من). الاسم ، العنوان و أرقام الهاتف المدونة لا تعطي بدون موافقة خطية مسبقة. إذا لم تضع علامة على أي من الخيارات أدناه ، سيتم تقديم معلومات طفلك عند الطلب من قبل مسؤولي التجنيد العسكري أو أصحاب العمل أو مؤسسات التعليم العالي للعام الدراسي 2022-23.

Please check any of these groups if you **do NOT** want them to receive your child's information:

يرجى وضع علامة إذا كنت لا تريد لهذه الجماعات / الجهات الحصول على معلومات طفلك

_____ Do NOT release my child's information to Military Recruiters

لا تعطي معلومات طفلي إلى مسؤولي التجنيد العسكري

_____ Do NOT release my child's information to Colleges/Other Educational Institutions

لا تعطي معلومات طفلي إلى الكليات / المعاهد التعليمية الأخرى

_____ Do NOT release my child's information to Prospective Employers

لا تعطي معلومات طفلي إلى أصحاب العمل

Section F: Book Contract

قسم و: عقد بخصوص الكتب

أنا أوافق على استبدال أو دفع ثمن أي من أو جميع الكتب المدرسية أو كتب المكتبة التي يمكن قد تم الاحتفاظ بها ، أو دمرت ، أو فقدت ، أو ساء استخدامها ، وكذلك دفع كافة الأضرار الناجمة عن إستعمال الكتب الغير عادي كما تم تقييمها من قبل المدرسة.

Parent/Guardian Signature: _____

توقيع الوالدين/ الوصي

Section G: School Bus Regulations

قسم ز: قوانين باص المدرسة

يمكن الإطلاع على لوائح النقل بالحافلات المدرسية من خلال تصفح دليل الأسرة لعوائل طلاب مدارس ACPS. أنا قرأت و فهمت القوانين بخصوص ركوب الطلاب باص المدرسة ا وأوافق على تحمل المسؤولية الكاملة عن سلوك طفلي في باص المدرسة.

Parent/Guardian Signature: _____

توقيع أحد الوالدين/ الوصي

أنا قرأت و فهمت القوانين بخصوص ركوب الطلاب باص المدرسة و أوافق كراكب على الالتزام بهذه القوانين.

Student Signature: _____

توقيع الطالب

Section H: Family Life Education

القسم ح : برنامج التنقيف بالحياة الأسرية

تنص لوائح مدارس مدينة الإسكندرية العامة على السماح لطلابها بالامتناع عن الانضمام إلى مواد برنامج التنقيف بالحياة الأسرية (Family Life Education (FLE)) التي سيتم القاؤها خلال العام المدرسي. ستتوافر الدروس التي سيتم تناولها في برنامج التنقيف بالحياة الأسرية للاطلاع عليها في مركز وسائل المكتبة التابعة لمدرسة طفلك، وفي مكتبة Charles E. Beatley, Jr., Central Library، الكائنة في 5005 Duke Street. يتم الاحتفاظ بجميع موارد المدرسة الثانوية المرتبطة بهذا المنهج في حرم المدرسة الثانوية. يرجى الاتصال بإدارة برنامج التنقيف بالحياة الأسرية (Family Life Education Department) لاستعراض أي من هذه المصادر. لا يتطلب البقاء في برنامج التنقيف بالحياة الأسرية اتخاذ أي إجراء من جانبك.

يرجى تحديد الخيار أدناه في حالة عدم رغبتك في إشراك طفلك في مواد برنامج التنقيف بالحياة الأسرية:

_____ Please exempt my child from participation in the Family Life Education material.

يرجى إعفاء طفلي من الاشتراك في مواد برنامج التنقيف بالحياة الأسرية.

Parent/Guardian Signature: _____

توقيع أحد الوالدين/ الوصي