



المدرسة:

التاريخ:

الوثائق المطلوبة

المستندات التالية مطلوبة بالإضافة إلى استمارة التسجيل المكتملة والموقعة. يجب تزويدها قبل اليوم الأول للطفل في المدرسة ولكن يجب تقديمها في موعد لا يتجاوز الـ 30 يومًا من اليوم الأول.

- هوية ولي الأمر / الوصي المزودة بصورة شخصية
- شهادة ميلاد الطالب أو سجل ميلاده
- سجل تلقينات الطالب أو الإعفاء منه
- أحدث نسخة عن تقرير درجات الطالب الفصلية (report cards) أو تقرير الدرجات السنوية (transcript)
- نوعان من وثائق إثبات العنوان، مثل:
 - رخصة قيادة السيارة، الهوية التعريفية لمدينة ديترويت، استمارة بيان الأجر والضرائب (W-2)، مستندات استلام المساعدات العامة، بيان الأجر، رسالة من البريد الحكومي الرسمي، فاتورة الخدمات العامة، إلخ.

*يمكن لبعض العائلات أن تتأهل للحصول على الدعم من خلال الحصول على المستندات.

معلومات الطالب

الاسم الأول:	اسم الأب:	الشهرة:	لاحقة الإسم (الابن، الثالث، إلخ)
الجنس المفضل:		تاريخ الميلاد: / /	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى			
البريد الإلكتروني للطالب (إن وجد):		رقم هاتف الطالب (إن وجد): ()	
عنوان الطالب الفعلي:			
رقم الشقة:		الشارع:	
الرمز البريدي:		الولاية:	المدينة:
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي)			
رقم الشقة:		الشارع:	
الرمز البريدي:		الولاية:	المدينة:
هل الطالب واحد من ولادات متعددة (توأم)? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل ولد الطالب في الولايات المتحدة الأمريكية? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا: متى التحق الطالب لأول مرة بمدرسة أمريكية? (الشهر/اليوم/السنة)			
هل يشارك الطالب في برامج تعليمية استثنائية (التعليم الخاص)? اختر ما ينطبق عليك.			
<input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم. الطالب لديه خطة تعليم فردية (IEP)	
<input type="checkbox"/> نعم. الطالب لديه خطة 504		<input type="checkbox"/> نعم. غيره _____	
إذا كانت إجابتك "نعم" على أي مما ورد أعلاه، فيرجى تقديم نسخة عن مستند (مستندات) التعليم الخاص مع رزمة التسجيل الخاصة بك.			
هل انتقل الطالب أو الأسرة في السنوات الثلاثة الماضية بحثًا عن عمل مؤقت أو موسمي في الزراعة أو صيد الأسماك? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

لغة الطالب

لغة الطالب الأصلية؟

الإنجليزية غيره

هل يتم التحدث في المنزل بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟ لا نعم: اللغة التي يتم التحدث بها _____

هل سبق للطالب أن التحق ببرنامج ثنائي اللغة أو برنامج لتعلم اللغة الإنجليزية أو برنامج تعليم اللغة للوافدين الجدد؟ نعم لا

إقامة الطالب

يتم طرح الأسئلة التالية على جميع الطلاب للتأكد من أن تبقى منطقتنا التعليمية ملتزمة بالقانون الفدرالي. ستساعد إجاباتك موظفي المدرسة على تحديد فيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات دعم معينة.

هل يعيش الطالب مع والديه البيولوجيين؟
 نعم لا

هل يعيش الطالب في أي نوع من أنواع المساكن التالية؟

- ملجأ
 سكن انتقالي
 يعيش في سكن مزدوج/مشارك مع العائلة أو الأصدقاء أو مكان آخر
 فندق سياحي أو فندق على الطريق العام (موتيل)
 ليس لديه مأوى (مثل: يعيش في أرض مخيم، سيارة، حديقة عامة، مبنى مهجور، يسكن في مكان دون المستوى المطلوب، محطة حافلات أو قطار، الخ.)



إذا كانت إجاباتك "لا" على السؤال الأول أو قمت بوضع علامة صح على أي من المساكن المذكورة أعلاه، يرجى إكمال استمارة ماكنيني فينتو (McKinney Vento) لإحالة الطالب على الموقع الإلكتروني [.bit.ly/External-DPSCD](http://bit.ly/External-DPSCD)

ما هي الطائفة التي ينتمي إليها الطالب

اختر كل ما ينطبق عليك

إذا لم تختَر إجابة محددة، تطلب وزارة التعليم الأميركية من المنطقة التعليمية تقديم إجابة بالنيابة عنك.

هل الطالب لاتيني/لاتينية/من أمريكا اللاتينية؟ نعم لا
من أي عرق هو الطالب (حدد كل ما ينطبق):

- أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
 أبيض (اختر خياراً واحداً)
 أوروبي
 الشرق الأوسط الأوروبي
 من شمال إفريقيا
 من سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ

معلومات المدرسة السابقة

آخر مدرسة داوم فيها الطالب مؤخراً

الإسم: _____
المدينة/الولاية: _____

معلومات ولي الأمر/الوصي

الإسم الأول واللقب: _____ علاقته بالطالب _____

رقم هاتف المنزل: () _____ رقم الهاتف الخليوي: () _____

البريد الإلكتروني: _____ هاتف العمل (إن وجد): () _____

هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ نعم لا ، أذكر العنوان: _____

رقم الشقة: _____ الشارع: _____

الرمز البريدي: _____ الولاية: _____ المدينة: _____

هل يطلب ولي الأمر/الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟

لا نعم، ما هي اللغة؟ _____ المكتوبة _____ المحكية _____

هل ولي الأمر/الوصي القانوني يخدم حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ هذا يشمل الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد الاحتياط. نعم لا

ولي الأمر/الوصي 2

علاقة بالطالب:		الاسم الأول واللقب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
هاتف العمل (إن وجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ، أذكر العنوان:		
الشارع:		رقم الشقة:
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل ولي الأمر/الوصي القانوني يخدم حاليًا في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ هذا يشمل الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد الاحتياط. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

ولي الأمر/الوصي 3

علاقة بالطالب:		الاسم الأول واللقب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
هاتف العمل (إن وجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ، أذكر العنوان:		
الشارع:		رقم الشقة:
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل ولي الأمر/الوصي القانوني يخدم حاليًا في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ هذا يشمل الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد الاحتياط. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

ولي الأمر/الوصي 4

علاقة بالطالب:		الاسم الأول واللقب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
هاتف العمل (إن وجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ، أذكر العنوان:		
الشارع:		رقم الشقة:
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل ولي الأمر/الوصي القانوني يخدم حاليًا في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ هذا يشمل الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد الاحتياط. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

إخوة يداومون في مدارس ضمن المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية (DPSCD)

الاسم الأول واللقب:		تاريخ الميلاد: / /	
الصف:	المدرسة التي يداوم فيها:	علاقة بالطالب:	
الاسم الأول واللقب:		تاريخ الميلاد: / /	
الصف:	المدرسة التي يداوم فيها:	علاقة بالطالب:	
الاسم الأول واللقب:		تاريخ الميلاد: / /	
الصف:	المدرسة التي يداوم فيها:	علاقة بالطالب:	
الاسم الأول واللقب:		تاريخ الميلاد: / /	
الصف:	المدرسة التي يداوم فيها:	علاقة بالطالب:	
الاسم الأول واللقب:		تاريخ الميلاد: / /	
الصف:	المدرسة التي يداوم فيها:	علاقة بالطالب:	

الاتصالات الجماعية

تستخدم المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) أدوات الاتصال الجماعية بضمنها المكالمات الهاتفية، رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية لإبلاغ العائلات بإغلاق المدارس والأخبار والأحداث المهمة.

الإشعار بالاستلام والتوقيع

أنا أشهد على أن المعلومات المقدمة في استمارة التسجيل هذه صحيحة ودقيقة. إذا لزم الأمر، سوف أسمح بإجراء مقابلة مع المنطقة التعليمية للتحقق من ذلك. أنا أفهم أن المعلومات غير الصحيحة يمكن أن تكون سبباً لإلغاء التسجيل. أنا أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ مكتب المدرسة المناسب إذا/ عندما يكون هناك تغيير في أي معلومات في هذه الاستمارة.

من خلال التوقيع على استمارة التسجيل هذه، أنا أقبل وأوافق على أنه إذا تم استخدام أي بيانات ومعلومات غير دقيقة لتحديد الإقامة، فسأكون مسؤولاً بشكل شخصي عن دفع الرسوم الدراسية للمنطقة التعليمية وأي رسوم يتم تحملها لتحصيل الرسوم الدراسية لجميع الفترات الزمنية التي كان الطالب فيها غير مقيم.

التاريخ

كتابة الاسم

توقيع ولي الأمر أو الوصي



إستمارة التواصل مع الطواريء



EMERGENCY CONTACT & MEDICAL AUTHORIZATION FORM

المدرسة: _____

العام الدراسي: _____

معلومات الطالب

الإسم الأول:	إسم العائلة:	تاريخ الميلاد: / /
الصف:	مدرس الفصل:	رقم صف الفصل:
عنوان شارع المنزل:	المدينة:	الرمز البريدي:
رقم الطالب الخليوي:	()	البريد الإلكتروني للطالب:
مع من يسكن الطالب؟ إختار كل ما ينطبق:		
<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأب	<input type="checkbox"/> الوصي
<input type="checkbox"/> الجد أو الجدة	<input type="checkbox"/> أقارب آخرون	<input type="checkbox"/> آخر

معلومات إتصالات الطواريء

إتصال رئيسي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
()	()	()	
العلاقة بالطالب:	<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأب	<input type="checkbox"/> الجد أو الجدة
<input type="checkbox"/> الأهل بالتبني	<input type="checkbox"/> زوجة/ الأم أو الأب	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> أخرى

إتصال ثانوي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
()	()	()	
العلاقة بالطالب:	<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأب	<input type="checkbox"/> الجد أو الجدة
<input type="checkbox"/> الأهل بالتبني	<input type="checkbox"/> زوجة/ الأم أو الأب	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> أخرى

إتصال إضافي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
()	()	()	
العلاقة بالطالب:	<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأب	<input type="checkbox"/> الجد أو الجدة
<input type="checkbox"/> الأهل بالتبني	<input type="checkbox"/> زوجة/ الأم أو الأب	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> أخرى

معلومات إتصالات الطوارئ - تكملة

إتصال إضافي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
()	()		
العلاقة بالطالب:	الأم <input type="checkbox"/>	الأب <input type="checkbox"/>	الجد أو الجدة <input type="checkbox"/>
	زوجة/الأم أو الأب <input type="checkbox"/>	الوصي القانوني <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
			الأهل بالتبني <input type="checkbox"/>

الأشقاء في منزل الطالب

يرجى ذكر جميع الأشقاء في منزل الطالب (بما في ذلك الأطفال غير الملحقين بالمدرسة)

الإسم:	الصف:	تاريخ الميلاد:
/ /		/ /
الإسم:	الصف:	تاريخ الميلاد:
/ /		/ /
الإسم:	الصف:	تاريخ الميلاد:
/ /		/ /
الإسم:	الصف:	تاريخ الميلاد:
/ /		/ /

الموافقة على الإتصال بمقدمي الرعاية الطبية / المستشفيات

الجزء 1 - منح الموافقة

يجب إكمال وتوقيع الجزء 1 أو الجزء 2 أدناه فقط.

إسم الطبيب:	رقم الهاتف:	العنوان:
()	()	
إسم طبيب الأسنان:	رقم الهاتف:	العنوان:
()	()	
الأخصائي الطبي (اختياري):	رقم الهاتف:	العنوان:
()	()	
المستشفى المحلي:	رقم هاتف غرفة الطوارئ:	العنوان:
()	()	

الإذن الطبي في حالات الطوارئ أنا أعطي بموجب هذا الطبيب أو الممرضة المرخصة أو أي موظف آخر في المدرسة تعيينه إدارة المدرسة الإذن بتقديم العلاج الطبي لطفي في حالة الطوارئ، بما في ذلك نتيجة للمشاركة الرياضية التي تهدد حياة أو صحة طفلي. أنا أفهم أن طاقم المدرسة والعاملين في المجال الطبي سيصرفون بحسن نية، وفقاً للقانون المعمول به ولصالح طفلي. سيلتزم موظفو المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) بالسياسات المعمول بها أيضاً. من خلال تقديم هذه الموافقة، إلى الحد الذي يسمح به القانون، فأنا طوعاً وبمعرفة تامة بأهميتها، وأخلي طرف المنطقة التعليمية (DPSCD)، ومجلس التعليم وموظفيه، والمتعاقدين، والوكلاء، والمتطوعين من المسؤولية الناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن الرعاية الطبية المقدمة. كما أفضض طبيياً أو ممرضة مرخصة أو أي موظف آخر في المدرسة عينته إدارة المدرسة لنقل طفلي إلى أقرب مستشفى لتلقي العلاج في حالات الطوارئ. كذلك أتحمّل بموجب هذا المسؤولية عن تكاليف أي علاج طبي ونقل مقدم لطفي والذي قد يشمل تعويض المنطقة التعليمية (DPSCD) عن هذه التكاليف.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ _____

ملاحظة: سيتم مشاركة المعلومات الواردة أعلاه مع الموظفين المناسبين بحسب الضرورة. هذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الإداريين والمعلمين وموظفي الدعم وسائقي الحافلات وموظفي خدمات الطعام والأوصياء والمدربين والموظفين البديلين. الرجاء، أبلغ ممرضة المدرسة بأي مخاوف تكون لديك.

الجزء 2 - رفض الموافقة

لا تكمل الجزء الثاني إذا أكملت الجزء الأول.

لا أمنح موافقتي على العلاج الطبي الطارئ لطفي. في حالة المرض أو الإصابة التي تتطلب علاجاً طارئاً، أود من سلطات المدرسة / المنطقة التعليمية إتخاذ الإجراءات التالية:

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ _____



الموافقة على الكشف عن المعلومات الصحية

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION



معلومات الطالب

إسم عائلة الطالب:	الإسم الأول:	الإسم الوسط:	تاريخ الميلاد:
/ /	/ /	/ /	/ /
إسم ولي الأمر/ الوصي الأول و إسم العائلة:	رقم هاتف المنزل أو الخليوي:	()	

الموافقة على نشر المعلومات

من خلال التوقيع على نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات، أوافق على ما يلي:

- أفوض مدرسة طفلي بالكشف عن معلومات الطالب التالية للأفراد/ المجموعات المدرجة أدناه: عائلة الطفل ومعلومات الاتصال في حالات الطوارئ، سجلات الحضور والانضباط، سجل اللقاحات، نتائج الفحوصات الصحية مثل السمع والبصر، التقييمات النفسية، سجلات التعليم الخاص، القسم 504 خطة الإقامة وأي معلومات تتعلق بالحالات الطبية، مثل الربو أو السكري أو النوبات.
- مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية لطفلي
- خطة التأمين الصحي لطفلي
- إدارة ميشيغان للصحة والخدمات البشرية وقسم صحة ديترويت (سجلات اللقاحات فقط)
- مقدمو الخدمات الصحية في المدارس - انظر أدناه
- أفهم أن مشاركة هذه المعلومات ستسمح لـ DPSCD بالعمل مع كل من هؤلاء الأفراد/ المجموعات لتنسيق الرعاية، وتوفير خدمات التوعية إذا لزم الأمر، والحفاظ على صحة طفلي وأمانه في المدرسة.
- أفهم أنه يحق لي تلقي نسخة من أي سجلات تم الكشف عنها. (إذا كنت ترغب في تلقي نسخة، فيرجى تقديم بريد إلكتروني أو عنوان يتم إرسال السجلات إليه).
- أفهم أن هؤلاء الأفراد قد يستخدمون أيضًا السجلات التي توفرها DPSCD للاتصال بي و/ أو التحقق من المعلومات لأغراض تتعلق بصحة الطلاب.
- أفهم أن تفويضي للسماح بمشاركة المعلومات المذكورة أعلاه طوعي وأنها تنتهي صلاحيتها عندما يغادر طفلي منطقة المدرسة أو يكون من الخريجين. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال إرسال مذكرة أو رسالة رسالة إلى مكتب إدارة المدرسة.

قد يشمل مقدمو الخدمات الصحية في المدارس أيًا مما يلي:

- المراكز الصحية المدرسية (SBHC): القدرة على تشخيص وعلاج العديد من الحالات الشائعة مثل التهاب الحلق والصداع والتهابات الأذن، وكذلك إدارة الحالات الصحية المزمنة. قد توفر SBHC أيضًا خدمات الصحة السلوكية.
- خدمات طب الأسنان: قد تشمل تعليم صحة الفم، والفحوصات، وتطبيق ورنيش الفلورايد، والرعاية الوقائية والتنظيف، والرعاية التصالحية/ التصحيحية.
- خدمات الرؤية: قد تشمل الفحص والفحص والعلاج و/ أو التصحيحات مثل النظارات.
- خدمات التحصين
- خدمات الصحة السلوكية

لكي يتلقى طفلك هذه الخدمات، من هؤلاء المزودين، ستحتاج إلى إكمال نموذج تسجيل منفصل مع كل من مقدمي الخدمات.

إسم ولي الأمر/ الوصي:	العلاقة بالطفل:	التاريخ:
/ /	/ /	/ /



عزيزي ولي الأمر / الوصي: سيتم استخدام المعلومات الواردة في هذه الاستمارة لتلبية الاحتياجات الصحية لطفلك في المدرسة. يرجى إكمال جميع أقسام هذه الاستمارة ثم التوقيع عليها وإعادتها إلى معلم طفلك في أقرب وقت ممكن. يجب أن يكون لدى كل طالب استمارة جديدة مكتملة كل عام.

هل طفلك حديث في المنطقة التعليمية؟		الصف:		اسم المدرسة:	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
لاحقة الاسم (الابن، الثالث، إلخ)		اسم الأب:		الاسم الأخير (اللقب) للطالب:	
تاريخ الميلاد:		/ /			
علاقة بالطالب:		اسم ولي الأمر / الوصي:			
رقم هاتف العمل: ()		رقم هاتف المنزل أو الهاتف الخليوي: ()			
إذا كان طفلك لديه برنامج تأمين الميديكيد (Medicaid)، فيرجى وضع علامة صح على اسم الخطة:		ما هو نوع التأمين الصحي الذي يمتلكه طفلك؟			
<input type="checkbox"/> أيتنا (Aetna) <input type="checkbox"/> ماكليرون (McLaren) <input type="checkbox"/> توتال هيلث كير (Total Health Care) <input type="checkbox"/> بلو كروس كومبليت <input type="checkbox"/> ميريديان (Meridian) <input type="checkbox"/> يوناييتد (United) <input type="checkbox"/> أش أس بي ميديويست <input type="checkbox"/> مولينا (Molina) <input type="checkbox"/> غيره		<input type="checkbox"/> ليس لدى طفلي حالياً <input type="checkbox"/> الميديكيد (Medicaid) <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> غير متأكد			
غير متأكد <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> أهيلثي كيدز (Healthy Kids) (يرجى اختيار الخطة) <input type="checkbox"/> بلو كروس (Blue Cross) بلو شيلد (Blue Shield) <input type="checkbox"/> دلتا لطب الأسنان (Shield) <input type="checkbox"/> غير متأكد من خطة هيلثي كيدز (Healthy Kids)			

الحالة الصحية	نعم	لا	الحالة الصحية	نعم	لا	الحالة الصحية	نعم	لا
الحساسية الشديدة على (الغذاء، الحشرات، الأدوية، واللاتكس)			الحساسية (الموسمية)			مشاكل في القلب		
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر ما هي يعاني طفلك من حساسية مما يلي (بعض الأطعمة، الحشرات، اللاتكس، وما إلى ذلك)			القلق			تسمم من الرصاص		
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى وضع علامة صح من رد الفعل الذي يحدث لطفلك:			الربو أو مشاكل في التنفس			حامل		
<input type="checkbox"/> تورم من طفح			اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط			النوبات		
<input type="checkbox"/> جلدي			مشاكل سلوكية			مرض فقر الدم المنجلي		
<input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس			مشاكل المثانة أو الأمعاء			مشاكل في التكلم		
<input type="checkbox"/> غيرها			مشاكل في الأسنان			مشاكل في البصر		
			الكآبة			يستخدم نظارات		
			مرض السكري			حالات صحية أخرى، يرجى ذكر ذلك:		
			إصابة في الرأس أو ارتجاج في الدماغ					
			مشاكل في السمع					

الأدوية و

هل يحتاج طفلك إلى أي أدوية يومية ليتناولها في المدرسة؟	لا	<input type="checkbox"/>	نعم* <input type="checkbox"/>
هل يحتاج طفلك إلى تناول أي أدوية طارئة يتم الاحتفاظ بها في المدرسة؟	لا	<input type="checkbox"/>	نعم* <input type="checkbox"/>
هل يحتاج طفلك إلى أي إجراءات خاصة يجب القيام بها في المدرسة؟ (التغذية بواسطة أنبوب جوي "g-tube"، القسطرة، إلخ).	لا	<input type="checkbox"/>	نعم* <input type="checkbox"/>

مقدمي الرعاية الطبية

العنوان:	رقم الهاتف:	اسم الطبيب:
	غدا متأكد <input type="checkbox"/>	تاريخ آخر فحص طبي بدني: <input type="checkbox"/>
العنوان:	رقم الهاتف: ()	اسم طبيب الأسنان:
	غير متأكد <input type="checkbox"/>	تاريخ آخر فحص للأسنان: / /
المستشفى المحلي:	الأخصائي الطبي (اختياري):	
رقم هاتف غرفة الطوارئ: ()	رقم الهاتف: ()	
العنوان:	العنوان:	

يُكمل من قبل	موظفي المكتب
طاقم العمل	التاريخ
تم استلام الاستمارة	
يتم إدخال المعلومات في نظام معلومات الطالب	

احتياجات الأسرة

لا نعم خلال الأشهر الإثني عشرة (12) الماضية، هل تناولت طعامًا أقل مما كنت تشعر أنه يجب أن تتناوله لأنه لم يكن هناك ما يكفي من المال لشراءه؟

الإشعار بالاستلام والتوقيع

أنا أشهد أن هذه المعلومات صحيحة على حد علمي وأدرك أنه من مسؤوليتي إبلاغ المدرسة إذا تغير أي من هذه المعلومات. أنا أفهم أيضًا أنه قد تتم مشاركة هذه المعلومات مع الموظفين الذين يحتاجون إلى المعرفة في مدرسة طفلي من أجل الحفاظ على أمان وحماية طفلي أثناء وجوده في المدرسة.

التاريخ _____ كتابة الاسم _____ توقيع ولي الأمر أو الوصي _____



قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA)

ما هو FERPA؟

قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) هو قانون إتحادي يحمي خصوصية سجلات تعليم الطلاب. بشكل عام ، يجب أن تحصل المدارس على إذن كتابي من ولي الأمر، أو الطالب إذا كان عمره أكبر من 18 عامًا، من أجل نشر أي معلومات من السجل التعليمي للطلاب.

السماح لماذا؟

تطلب المنطقة المجتمعية لمدارس ديترويت العامة موافقتك لأننا قد نحتاج إلى مشاركة المعلومات الواردة في سجلات الطلاب مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك، أو خطة التأمين الصحي، أو مقدم الخدمة الصحية في المدرسة، أو وفقاً لما يقتضيه القانون، بما في ذلك إلى أقسام الصحة في ميشيغان وديترويت

. مقدمو الرعاية الصحية هم الطبيب (الأطباء) أو الممرض (الممارسون) الذين يعتنون بطفلك، كما هو مذكور في سجلات المنطقة. الخطة الصحية هي منظمة تدير مزايا الرعاية الصحية لطفلك، مثل Medicaid أو شركة التأمين الصحي.

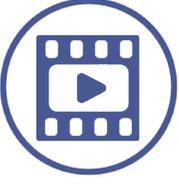
لماذا هذا مهم؟

يسمح نموذج الموافقة هذا للمنطقة، عند الطلب أو الضرورة بموجب القانون، و / أو المساعدة في تنسيق الرعاية الصحية، بما في ذلك المنافع، من خلال مشاركة المعلومات الصحية من السجل التعليمي للطلاب. بدون موافقتك ، تكون المنطقة محدودة في كيفية تعاونها مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك، أو خطة التأمين الصحي، أو مقدم الخدمة الصحية في المدرسة لمساعدتك أو مساعدة طفلك.

ما لا تفعله هذه الاستمارة.

- هذا النموذج يخول المنطقة فقط بالكشف عن المعلومات لأغراض محدودة، بموافقتك. قد يكون لكل مقدم رعاية صحية أو خطة تأمين صحي أو مقدم خدمة صحية في المدرسة طريقته الخاصة في الحصول على إذن منك لمشاركة المعلومات مع المقاطعة.
- توقيعك لا يسمح للمنطقة بالحصول على علاج طبي لطفلك نيابة عنك.

الرجاء مساعدتنا في إيصالك أنت وطفلك بالخدمات الصحية من
خلال التوقيع وإعادة الصفحة السابقة



الكشف الإعلامي للطالب

STUDENT MEDIA RELEASE



رجى تعبئة جميع المعلومات كتابة

إلى ولي الأمر أو الوصي على:

(إسم الطالب كتابة)

في بعض الأحيان، قد تكون أطقم إنتاج الفيديو و/ أو التصوير الفوتوغرافي و/ أو الصوت غير التجارية المعتمدة لمنطقة مدارس ديترويت المجتمعية العامة موجودة في المدرسة أو ضمن نشاط منطقة مدارس ديترويت المجتمعية العامة - الذي يحضره طفلك، من أجل تسليط الضوء على النشاط، المدرسة أو الطالب أو المنطقة من أجل تعزيز التعليم العام. إذا كنت توافق على مشاركة طفلك في الفيديو/ التصوير الفوتوغرافي/ الصوت، والإنتاج/ المقابلات/ الأنشطة التي قد تحدث، فيرجى التوقيع أدناه بعد قراءة ما يلي.

أنا _____ ، ولي أمر/ وصي الطالب المذكور أعلاه.
(إسم ولي أمر/ وصي الطالب كتابة)

في مصلحة التعليم العام، أفض منطقة مدارس ديترويت المجتمعية العامة، ومجلس التعليم، وكوادر الإنتاج غير التجارية، من خلال الموظفين أو الوكلاء المعتمدين، باستخدام ونشر ونسخ حقوق النشر الصوتية و/ أو المرئية ونسخ صوت و/ أو صورة الطالب المذكور أعلاه، بمفرده أو مع أشخاص آخرين، مع أو بدون استخدام اسم الطالب للتوظيف الوحيد لصالح التعليم العام المرتبط بمشروع معتمد من DPSCD.

هذا الإصدار ساري المفعول إلى الأبد من تاريخ _____

(إسم الطالب كتابة)

يصبح طالباً في _____ حتى تاريخ إحالته/ إحالتها في

(إسم المدرسة كتابة)

منطقة مدارس ديترويت المجتمعية العامة وأعتبرها غير ضارة من أي مسؤولية، وأي وجميع الإصابات أو المطالبات أو الأضرار أو التكاليف الناشئة عن استخدام الصور أو التسجيلات من أي نوع والتنازل عن أي طلب للحصول على تعويض.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/ الوصي

العنوان، المدينة، الرمز البريدي

إحتفظ بالإستمارة الكاملة في مدرستك

مكتب الإتصالات والتسويق

ph: 313-873-3494 | communications@detroitk12.org



وقف الكشف عن معلومات الدليل

ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) ("المنطقة التعليمية") للمناطق التعليمية بالكشف عن "معلومات الدليل" المعينة لأطراف ثالثة، ما لم يختار أحد الوالدين أو الوصي القانوني للطالب ذلك.

تتضمن معلومات الدليل إسم الطالب وإسم المدرسة والمشاركة في الأنشطة والرياضة المعترف بها رسمياً، الطول والوزن (إذا كان عضواً في فريق رياضي)، تاريخ التخرج، الجوائز المستلمة، أرقام الهواتف و/أو عناوين المنزل (للتضمين في المدرسة أو مدراء جمعية الآباء والمعلمين (PTA)) والصور المدرسية أو مقاطع الفيديو للطلاب المشاركين في الأنشطة أو الأحداث أو البرامج يتم الإفصاح فقط عن معلومات الدليل المتعلقة بالطالب لأي شخص أو طرف، بخلاف الطالب أو والديه، دون موافقة خطية.

تستخدم معلومات الدليل بشكل شائع في المنشورات المدرسية، الكتب السنوية، الأنشطة والبرامج الرياضية، الإنتاج التلفزيوني، المواقع الإلكترونية، فضلاً عن الإستفسارات من شركاء المجتمع والمدارس الأخرى وأصحاب العمل المحتملين. إضافة إلى ذلك، فإن المنطقة التعليمية مطالبة بموجب القانون بتقديم أسماء المجندين العسكريين، عند طلب ذلك، بنفس الطريقة التي يتم فيها الحصول إلى معلومات الدليل كما يتم توفيرها لأصحاب العمل المحتملين.

نحن نأخذ خصوصية بيانات الطلاب على محمل الجد. يجب على أولياء الأمور أو الأوصياء إكمال إستمارة إلغاء الإشتراك في معلومات الدليل هذا إذا كانوا لا يريدون مشاركة بعض معلومات الدليل أو جميعها مع جهات ثالثة. يمكن إكمال الإستمارة عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني.

<https://www.detroitk12.org/Page/10805>