

3 خطوات سهلة للتسجيل في المدرسة

الخطوة 1

أكمل ووقع
رزمة التسجيل.

املأ رزمة التسجيل في المدرسة.

- استمارة التسجيل
 - جهة الاتصال في حالات الطوارئ والتصريح الطبي
 - المعلومات الصحية السنوية
 - الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية
 - إلغاء الاشتراك في معلومات الدليل
 - استمارة الموافقة على أخذ اللقاح
 - الإفصاح الإعلامي للطلاب
- أكمل ملء رزمة واحدة لكل طالب. أكمل ملء جميع الاستمارات بالكامل ثم وقع حيث تمت الإشارة إليه.

الإستمارة المطلوبة بحسب الحاجة

- استمارة الإعفاء من روضة الأطفال. مطلوبة للطلاب الذين لم يبلغوا من العمر خمسة (5) سنوات بحلول الأول من أيلول/سبتمبر، ولكن سيكونون في الخامسة من العمر بحلول الأول من كانون الأول/ديسمبر من العام الحالي.
- استمارة الأدوية الموصوفة. مطلوبة للطلاب الذين يستخدمون الأدوية أو يحتفظون بها في المدرسة.
- الإفصاح عن المعلومات الطبية. مطلوب للطلاب الذين:
 - يحصلون على خدمات التعليم الخاصة
 - يتناولون الدواء أثناء وجودهم في المدرسة
 - يتلقون إجراءات خاصة (مثل التغذية عبر الأنبوب، القسطرة، إلخ).
 - يعانون من حالات صحية مزمنة (مثل الربو، السكري، نوبات الصرع، رد الفعل التحسسي الشديد، إلخ).

يمكن تنزيل الاستمارات من الموقع الإلكتروني detroitk12.org/enrollnow

الخطوة 2

اجمع مستنداتك.

المستندات المطلوبة

انظر إلى الجانب الخلفي لهذا المنشور للحصول على
أمثلة للمستندات المقبولة
وموارد الدعم المتوفرة.

- سجل الولادة
- إثبات العنوان (استمارتان)
- الهوية التعريفية المزودة بصورة
- التلقيحات
- سجلات الطالب

قم بتضمين خطة التعليم الخاصة (IEP) أو خطة الـ 504 إذا كان لدى طفلك واحدة منهما.

الخطوة الثالثة

إرسال مواد التسجيل الخاصة بك.

زر الموقع الإلكتروني

detroitk12.org/enrollnow

للتعرف إلى جميع خيارات التسجيل.

يمكن تقديم مواد التسجيل في المدرسة المختارة، على الموقع الإلكتروني detroitk12.org/enrollnow، أو في موقع التسجيل المُنبتق على الموقع الإلكتروني (إذا كان متوفراً). يتطلب الاختبار أو مدارس تقديم الطلبات تقديم طلب قبل التسجيل.

يوصى بتقديم المستندات الشخصية مباشرة في المدرسة.

ترد فيما يلي الاستمارات المقبولة من المستندات المطلوبة لعملية التسجيل.

سجل الولادة

- شهادة الميلاد (مفضلة)
- شهادات العماد أو شهادات دينية توضح تاريخ الميلاد
- سجلات المحكمة
- السجلات الحكومية (المقاطعة، الجيش، جواز السفر، الهجرة
- سجلات التبنّي
- سجلات الطبيب أو المستشفى مع بيان مُحلّف
- سجلات العائلة (على سبيل المثال إدخال في كتاب النفوس للعائلة)

شهادة خطية موثقة مطلوبة لوثائق سجل الميلاد بالإضافة إلى شهادة الميلاد الأصلية.

المصادر

- مكتب كاتب مقاطعة واين ولاية
313-224-0270
- مكتب السجلات الحيوية في ولاية ميشيغان -335-517-8666
- مكتب البريد (جوازات السفر)

إثبات العنوان (استماتان)

- بطاقة الهوية التعريفية المزودة بصورة صادرة عن جهة حكومية
- مستندات المساعدات العامة
- رسائل عبر البريد الرسمي للحكومة
- الهوية التعريفية من مدينة ديترويت
- مستند ال-W2 أو كعب وصل استلام الأجور (pay stub) فاتورة دفع الخدمات العامة

الهوية التعريفية المزودة بصورة

- رخصة قيادة السيارة
- جواز السفر
- الهوية التعريفية العسكرية
- الهوية التعريفية من مدينة ديترويت
- الهوية التعريفية الخاصة بالولاية

المصادر

- سكرتارية الولاية
888-767-6424
- وكالة استقلالية العائلة
الهوية التعريفية من مدينة ديترويت
800-408-1599
- مكتب البريد (جوازات السفر)

التلقيحات

- سجل التلقيحات
- الإعفاء من التلقيحات

المصادر

- إدارة الصحة في ديترويت 313-876-4000
- سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR)
- المركز الصحي المدرسي (SBHC) 313-874-8323
- الإعفاءات - قسم الصحة في مقاطعة واين 734-727-7125

سجل الطالب

- سجل الدرجات (Transcript)
- بطاقات تقرير الدرجات

أو قم بإرسال استمارة طلب سجل مكتمل للدرجات متوفرة على الموقع الإلكتروني detroitk12.org/enrollnow

المصادر

- سجل الدرجات (Transcript) وبطاقات تقرير الدرجات الخاصة بالطالب من المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD)
- اتصل بالخط الساخن لأولياء الأمور على الرقم 313-240-4377
- يجب على الطلاب الجدد التواصل مع المنطقة التعليمية السابقة



التاريخ: _____

المدرسة: _____

الوثائق المطلوبة

الوثائق 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 يوماً 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 في مدينة ديترويت، استمارة بيان الأجر والضرائب (W-2)، مستندات استلام المساعدات العامة، وصل استلام الأجر (pay stub)، 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 الاسم (جونيور، الثالث، إلخ)
تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)	رقم هاتف ولي الأمر الرئيسي (إن وُجد): ()	الجنس المفضل: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	
رقم هاتفي ولي الأمر الرئيسي (إن وُجد): ()	البريد الإلكتروني لولي الأمر الرئيسي (إن وُجد):	صف الدخول:	هل الطالب واحد من ولادات متعددة (توأم)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
عنوان الطالب الفعلي:	رقم الشقة:	الشارع:	السنة الدراسية:
رقم الشقة:	رقم الشقة:	الشارع:	المدنية:
المدنية:	الولاية:	الرمز البريدي:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان الفعلي)
رقم الشقة:	رقم الشقة:	الشارع:	المدنية:
المدنية:	الولاية:	الرمز البريدي:	إذا كان البلد غير الولايات المتحدة الأمريكية، يُرجى الإجابة على السؤالين التاليين:
في أي سنة وصل الطالب إلى الولايات المتحدة الأمريكية؟ _____ (السنة)	متى التحق الطالب للمرة الأولى بمدرسة أميركية؟ _____ (الشهر/اليوم/السنة)	في أي بلد وُلد الطالب؟	
هل لدى الطالب خطة تعليم فردية (IEP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	هل لدى الطالب خطة 504؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
إذا كانت إجاباتك "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 الثلاث الماضية بحثاً عن عمل مؤقت أو موسمي في الزراعة أو صيد الأسماك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

لغة الطالب المحكية في المنزل

لغة الطالب الأصلية؟

الإنكليزية

غيره

هل يتم التحدث في المنزل بلغة أخرى غير اللغة الإنكليزية؟ كلا نعم: اللغة التي يتم التحدث بها

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

مكان إقامة الطالب

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

هل يعيش الطالب مع والديه البيولوجيين؟

نعم كلا

هل يعيش الطالب في أي نوع من أنواع المساكن التالية؟

ملجأ

مكان سكن انتقالي

يعيش في سكن مزدوج/مشترك مع العائلة أو الأصدقاء أو آخرين

فندق سياحي أو فندق على الطريق العام (موتيل)

ليس لديه مأوى (مثلاً: يعيش في أرض مخيم، سيارة، حديقة عامة، مبنى مهجور، يسكن في

مكان دون المستوى المطلوب، محطة حافلات أو قطار، إلخ.)

إذا كانت إجابتك "كلا" على السؤال الأول أو إذا وضعت علامة صح على أي من المساكن المذكورة أعلاه، يرجى إكمال استمارة ماكينني فينتو (McKinney Vento) لإحالة الطالب على الموقع الإلكتروني bit.ly/External-DPSCD.



الرعاية بالتبني

هل الطفل في الرعاية بالتبني؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تزويد معلومات الاتصال الخاصة بالمسؤول عن الحالة:

نعم كلا الإسم:

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

انتماء الطالب العرقي

اختر كل ما ينطبق

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

عرق الطالب (اختر كل ما ينطبق):

أميركي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين

آسيوي

أسود أو أميركي من أصل أفريقي

إسباني أو لاتيني

أبيض (اختر واحداً)

أوروبي

من الشرق الأوسط

من شمال إفريقيا

من سكان هاواي

الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

معلومات المدرسة السابقة

آخر مدرسة داوم فيها الطالب

الإسم:

المدينة/الولاية:

رقم هوية الطالب (طالب حالي في المنطقة التعليمية لمدراس ديترويت المجتمعية العامة)

معلومات عن ولي الأمر/ الوصي 1

الاسم الأول:

الشهرة:

علاقته بالطالب:

رقم الهاتف الخليوي: ()

رقم هاتف المنزل: ()

رقم هاتف العمل (إن وجد): ()

البريد الإلكتروني:

هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ نعم كلا، اذكر العنوان:

رقم الشقة:

الشارع:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

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

كلا نعم، ما هي اللغة؟

المكتوبة

المحكبة

هل يخدم ولي الأمر/الوصي القانوني حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ ويشمل ذلك الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد القوات الاحتياطية. نعم كلا

معلومات عن ولي الأمر/ الوصي 2

الاسم الأول:	الشهرة:	علاقته بالطالب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
رقم هاتف العمل (إن وُجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:		
الشارع:	رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/ الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنكليزية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل يخدم ولي الأمر/ الوصي القانوني حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ ويشمل ذلك الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد القوات الاحتياطية. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

معلومات عن ولي الأمر/ الوصي 3

الاسم الأول:	الشهرة:	علاقته بالطالب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
رقم هاتف العمل (إن وُجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:		
الشارع:	رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/ الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنكليزية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل يخدم ولي الأمر/ الوصي القانوني حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ ويشمل ذلك الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد القوات الاحتياطية. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

معلومات عن ولي الأمر/ الوصي 4

الاسم الأول:	الشهرة:	علاقته بالطالب:
رقم الهاتف الخليوي: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
رقم هاتف العمل (إن وُجد): ()	البريد الإلكتروني:	
هل العنوان هو العنوان الفعلي للطالب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:		
الشارع:	رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل يطلب ولي الأمر/ الوصي التواصل مع المدرسة بلغة أخرى غير الإنكليزية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، ما هي اللغة؟ المكتوبة _____ المحكية _____		
هل يخدم ولي الأمر/ الوصي القانوني حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية، مشاة البحرية أو خفر السواحل؟ ويشمل ذلك الحرس الوطني لولاية ميشيغان أو أفراد القوات الاحتياطية. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

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

الاسم الأول:	الشهرة:	تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)
علاقتة بالطالب:	المدرسة التي يداوم فيها:	الصف:
الاسم الأول:	الشهرة:	تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)
علاقتة بالطالب:	المدرسة التي يداوم فيها:	الصف:
الاسم الأول:	الشهرة:	تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)
علاقتة بالطالب:	المدرسة التي يداوم فيها:	الصف:
الاسم الأول:	الشهرة:	تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)
علاقتة بالطالب:	المدرسة التي يداوم فيها:	الصف:
الاسم الأول:	الشهرة:	تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)
علاقتة بالطالب:	المدرسة التي يداوم فيها:	الصف:

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.

الإقرارات والتوقييع

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. أفهم أن المعلومات غير الصحيحة يمكن أن تكون سبباً لإلغاء التسجيل. وأفهم 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، سأكون 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.

(الشهر/اليوم/السنة)

التاريخ

الاسم مطبوعاً

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؟ اختر كل ما ينطبق:	الوصي	الجد أو الجدة
الأم	الأب	أقارب آخرون
		آخر _____

معلومات إتصالات الطواريء

إتصال رئيسي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
	()		
العلاقة بالطالب:	الأم	الأب	الجد أو الجدة
	زوج/ة الأم أو الأب	الوصي القانوني	الأهل بالتبني
		أخرى _____	

إتصال ثانوي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
	()		
العلاقة بالطالب:	الأم	الأب	الجد أو الجدة
	زوج/ة الأم أو الأب	الوصي القانوني	الأهل بالتبني
		أخرى _____	

إتصال إضافي

الإسم الأول:	إسم العائلة:	رقم الخليوي:	رقم هاتف البيت:
()	()	()	()
صاحب العمل:	هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
	()		
العلاقة بالطالب:	الأم	الأب	الجد أو الجدة
	زوج/ة الأم أو الأب	الوصي القانوني	الأهل بالتبني
		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 أفوض طبيبياً 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 لطفلي 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 والمدرسين والموظفين البديلين. الرجاء، أبلغ ممرضة المدرسة بأي مخاوف تكون لديك.

الجزء 2 - رفض الموافقة

لا تكمل الجزء الثاني إذا أكملت الجزء الأول.

لا أمنتح 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 _____



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؟		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
اسم المدرسة:	الصف:	
لاحقة الإسم (الابن، الثالث، إلخ)	اسم الأب:	الاسم الأول:
تاريخ الميلاد: / /		
علاقة بالطالب:		اسم ولي الأمر/ الوصي:
رقم هاتف المنزل أو الهاتف الخليوي: ()		رقم هاتف العمل: ()
إذا كان طفلك لديه برنامج تأمين الميديكيد (Medicaid)، فيرجى وضع علامة صح على اسم الخطة: <input type="checkbox"/> أيتنا (Aetna) <input type="checkbox"/> ماكليرن (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"/> شأ سا بي ميدويست <input type="checkbox"/> مولينا (Molina) <input type="checkbox"/> غيره		ما هو نوع التأمين الصحي الذي يمتلكه طفلك؟ <input type="checkbox"/> ليس لدى طفلي حالياً <input type="checkbox"/> الميديكيد (Medicaid) <input type="checkbox"/> طفلي ليس لديه تأميناً صحياً <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> غير متأكد
غير متأكد <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> أهيلثي كيدز (Healthy Kids) (يرجى اختيار الخطة) <input type="checkbox"/> بلو كروس (Blue Cross) <input type="checkbox"/> دلتا دنتال (Delta Dental) <input type="checkbox"/> غير متأكد من خطة هيلثي كيدز - Healthy Kids		
ما هو نوع التأمين على الأسنان الذي يتمتع به طفلك؟		

هل يعاني طفلك من أي من الحالات الصحية التالية؟

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/أو العمليات الجراحية الخاصة*

هل يحتاج طفلك إلى أي أدوية يومية ليتناولها في المدرسة؟ لا نعم*

هل يحتاج طفلك إلى تناول أي أدوية طارئة يتم الاحتفاظ بها في المدرسة؟ لا نعم*

هل يحتاج طفلك إلى أي إجراءات خاصة يجب القيام بها في المدرسة؟ (التغذية بواسطة أنبوب جي "g-tube"، القسطرة، إلخ). لا نعم*

إذا أُجبت بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه في إطار الأدوية والعمليات الجراحية الخاصة، فيرجى إكمال استمارة التحويل بالإفصاح عن المعلومات الطبية. إذا لزم الأمر، يرجى مطابقة مقدم الخدمة الخاص بك بإكمال استمارة الأدوية الموصوفة. كلتا الاستمارتان متوفرتان على الرابط الإلكتروني detroitk12.org/enrollnow ويجب تجديدهما كل عام.

مقدمي الرعاية الطبية

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

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 أمن وحماية طفلي أثناء وجوده في المدرسة.

توقيع ولي الأمر أو الوصي

كتابة الاسم

التاريخ

يُكْمَل من قبل موظفي المكتب

طاقم العمل	التاريخ	تم استلام الاستمارة
		يتم إدخال المعلومات في نظام معلومات الطالب



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:
/ /	/ /	/ /



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.
- توقعك لا يسمح للمنطقة بالحصول على علاج طبي لطفلك نيابة عنك.

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



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>

استمارة الموافقة على أخذ اللقاح

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____
 عنوان الشارع: _____ المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
 رقم الهاتف: _____ ذكر (أش) ح (وط إجابة واحدة)
 اسم المدرسة: _____ الصف: _____

الهيئة للموافقة على أخذ اللقاح:

نوع التأمين (ضع دائرة حول اختيارك):
 التأمين الطبي خاص تأمين الميديكيد (Medicaid) بدون تأمين لديه تأمين غير كافي من الأمريكيين
 الهنود/ سكان السكا الأصليين

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ الموافقة

على التوقيع: ستراجع المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) معلومات طفلي في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR). بناً على المعلومات الموجودة في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR)، أخ (أول المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة) DPSCD (بإعطائه جميع اللقاحات الموصى بها أو الإلزامية لعمره/عمرها. تسمح استمارة الموافقة هذه بإعطاء جرعات عدة من اللقاح إذا تم تحديد هذا طبيًا. سيتم استخدام مزيج من اللقاحات بحسب توفرها، إلا في حال تم تحديد عكس ذلك.

لقد قرأت وفهمت بيان معلومات اللقاح للقاح (اللقاحات) الموصى به، والمتوفر على الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.michigan.gov/mdhhs. أذا أفهم فوائد ومخاطر اللقاح (اللقاحات) الموصى به. أنا أفهم أن اللقاح (اللقاحات) التي يتم إعطاؤه يتم إدخاله في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR). سنتتهي صالحة هذه الاستمارة بعد إعطاء اللقاح الأخير من سلسلة اللقاحات.

ال	نعم	الرجاء وضع علامة على نعم أو ال
		هل يعاني الطفل من أي حساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو أحد مكونات اللقاح أو الائتكس (نوع من المطاط)؟
		هل عانى الطفل من رد فعل خطير على القاح في الماضي؟
		هل يعاني الطفل من مشكلة صحية في أمراض الرئة، القلب، الكلى أو أمراض الألبس (السكري)، الربو أو اضطرابات الدم؟
		هل هو/هي على العلاج طويل المد بالسيبرين؟
		هل أصيب العميل أو أحد الأخوة أو أحد الوالدين بنوبة صرع؟ هل كان العميل يعاني من مشاكل في الدماغ أو مشاكل أخرى في الجهاز العصبي؟
		هل يعاني العميل من السرطان، سرطان الدم (اللوكيميا) أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو أي مشكلة أخرى في الجهاز المناعي؟
		في الأشهر الثلاثة الماضية، هل تناول العميل الدوية التي تضعف جهاز المناعة، مثل الكورتيزون، الريدنيزون، المنشطات الأخرى أو الأدوية المضادة للسرطان، أو خضع للعلاج الإشعاعي؟
		في العام الماضي، هل تلقى العميل نقل دم أو مشتقاته، أو تم إعطاؤه الغلوبولين المناعي (جاما) أو دواء مضاد للفيروسات؟
		هل العميلة حامل أم أن هناك فرصة لتحمل خلال الشهر القادم؟
		هل تلقى العميل أي لقاحات في الأسابيع الأربعة الماضية؟
		هل أجرى العميل فحص الجلد في هذا الشهر؟

أشرح الإجابات التي كانت "نعم": _____

التاريخ

توقيع ولي الأمر/ الوصي

نرتقي جمي | ع. عندما يرتقي الطالب.

ال تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) (أي تمييز على أساس ال عرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، التوجه الجنسي، التحول الجنسي، العاقة، العمر، الدين، الطول، الوزن، المواطنة، الحالة الاجتماعية أو السرية، الحالة العسكرية، النسب، المعلومات الوراثية، أو غيرها من الفئات المحمية بموجب القانون، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. هل لديك أسئلة؟ أو مخاوف؟ إنصل بمنسق الحقوق المدنية على الرقم (313)-240-4377 (أو الرابط: dpscd.compliance@detroitk12.org أو العنوان التالي: 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202

الرجاء الملاحظة!!!!!! قسم رفض أخذ اللقاحات أدناه

أكمل القسم أدناه إذا كنت ال تريد أن يأخذ طفلك لقاحًا

رفض أخذ اللقاح : ضع علامة صح إلى جانب اللقاح (اللقاحات) الذي ال تريد أن يتلقاه طفلك وقم بالتوقيع.

<input type="checkbox"/> شلل الأطفال	<input type="checkbox"/> المكورات السحائية (ACWY)	<input type="checkbox"/> المكورات الرئوية	<input type="checkbox"/> الدفتيريا والتيفوس والسعال الديكي
<input type="checkbox"/> فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	<input type="checkbox"/> الإنفلونزا	<input type="checkbox"/> الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية	<input type="checkbox"/> مستدمية النزلية من النوع b
<input type="checkbox"/> جدري الماء	<input type="checkbox"/> المكورات السحائية (Men B)	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي نوع B	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي نوع A

يجب أال يتلقى طفلي، كما هو مذكور أعلاه، اللقاحات المحددة بعامة صح. أنا أفهم العواقب المحتملة لعدم السماح لطفلي بتلقي اللقاحات الموصى بها.

التاريخ

توقيع ولي المرء/ الوصي

For Staff Use Only:

Verbal Consent for Vaccination

Name of DPSCD Staff Member Making the Call:

Name of Parent or Guardian: _____

Date: _____

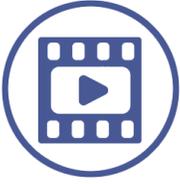
Time: _____

Parent/Guardian has provided authorization for DPSCD and/or its School-Base Health Center Partners to Provide Vaccines to the student. Please circle the appropriate answer. (Yes) (No)

Additional Comments: _____

نرتقي جمي | ع. عندما يرتقي الطالب.

ال تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) أي تمييز على أساس ال عرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، التوجه الجنسي، التحول الجنسي، العاقة، العمر، الدين، الطول، الوزن، المواطنة، الحالة الاجتماعية أو السرية، الحالة العسكرية، النسب، المعلومات الوراثية، أو غيرها من الفئات المحمية بموجب القانون، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. هل لديك أسئلة؟ أو مخاوف؟ إتصل بمنسق الحقوق المدنية على الرقم 313(-240-4377) (أو ال رابط: dpscd.compliance@detroitk12.org أو العنوان التالي: 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202



الكشف الإعلامي للطالب



يرجى 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، أفوض 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 جميع 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



تضافرت جهود المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة ومكتبة ديترويت العامة لتقديم

بطاقة مكتبة عامة مجانية للطلاب من الروضة حتى الصف الثاني عشر

امنح طفلك إمكانية الوصول إلى موارد مكتبة ديترويت العامة في المدرسة والمكتبة والمنزل.

استمارة طلب بطاقة المكتبة

اسم الطالب	
الاسم	
اسم الأب	
الشهرة	
الصف	المدرسة

إن البطاقات صالحة لعام دراسي واحد.

سيحصل أولياء الأمور على رقم بطاقة المكتبة الخاصة بطفلهم ومعلومات المستخدم عبر البريد الإلكتروني.

للمزيد من المعلومات حول المنافع والمسؤوليات المرتبطة بملكية بطاقة المكتبة، اذهب إلى الموقع

www.detroitpubliclibrary.org/DPSCD، أو اتصل على الرقم 313-481-1400، أو

على البريد الإلكتروني ask-a-librarian@detroitpubliclibrary.org

موافقة ولي الأمر/الوصي

أتحمل المسؤولية عن اختيار واستخدام موارد المكتبة على هذه البطاقة (بما في ذلك الإنترنت المفتوح)؛ وأتحمل المسؤولية عن إعادة المواد المقترضة ورسوم الأغراض المفقودة؛ وأوافق أنا وطفلي على الالتزام بسياسات مكتبة ديترويت العامة.

توقيع ولي الأمر/الوصي:

لن تُفرض أي غرامات على المواد التي تُعاد في وقت متأخر!



لمحة عامة عن البرنامج

تم إطلاق مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One) لزيادة الوصول في أي وقت وفي أي مكان إلى موارد التعلم عبر الإنترنت والإثراء الأكاديمي والتدخلات لدعم إنجازات الطلاب الأكاديمي. من خلال مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One)، سيحصل الطلاب على جهاز تعلم (جهاز iPad للصفوف ما قبل الروضة حتى الصف الثاني أو حاسوب محمول للصفوف من الثالث إلى الثاني عشر) كأداة دعم أكاديمي. إن الطلاب مسؤولون عن الحفاظ على حالة جهاز التعلم الخاص بهم، بما في ذلك الإبلاغ عن المشاكل الفنية أو الضرر أو فقدان. إن كافة المعدات هي ملكية المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة ويجب إعادتها في حالة عمل جيدة في نهاية العام الدراسي أو عند الخروج من المنطقة التعليمية.

متطلبات البرنامج:

- يجب على أولياء الأمور إكمال [التوجيه العائلي](#) للمشاركة في برنامج "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One). [امسح رمز الاستجابة السريعة \(QR\)](#) أدناه لمشاهدة الفيديو.
- يُطلب من أولياء الأمور إكمال اتفاقية برنامج "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One) الخاص بالمنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة ليحصل طلابهم على جهاز.
- يجب على الطلاب الالتزام بسياسة الاستخدام المقبول للتكنولوجيا (po7540.03)، وسياسة رعاية الطلاب لمتلكات المنطقة التعليمية (po5513) ومدونة سلوك الطلاب أثناء استخدام أجهزة المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة والوصول إلى شبكة المنطقة التعليمية (البريد الإلكتروني) وموارد التعلم.
- وفقاً لمدونة قواعد سلوك الطلاب وقانون الولاية، يخضع الطلاب الذين يلحقون أضراراً بمتلكات المنطقة التعليمية لتدابير تأديبية، ويُعتبر أولياء أمورهم مسؤولين مالياً عن هذا الضرر في حدود القانون. تحتفظ المنطقة التعليمية بالحق في فرض غرامات على فقدان أو تلف أو تدمير معداتها.
- يجب إبلاغ المدرسة على الفور عن أي فقدان أو سرقة لجهاز حاسوب محمول أو iPad من أجل إقفال الجهاز وتعطيله. يجب تقديم تقرير الشرطة إلى إدارة الشرطة في المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة عن المعدات المسروقة.

الإنترنت في المنزل. هل لديك اتصال موثوق بالإنترنت متاح في المنزل؟

يُعرّف الاتصال الموثوق بالإنترنت على أنه شبكة Wi-Fi يوفرها مزود خدمة الإنترنت (Comcast و AT&T و Wow و Dish و Spectrum وما إلى ذلك) وتكون موصولة بمكان الإقامة/المنزل؛ يجب عدم استخدام الإنترنت على جهاز خلوي/محمول، لأن هذا الاتصال غير مصنف على أنه موثوق به لتعلم الطلاب.

نعم كلا

إقرار:

لقد أكملت التوجيه العائلي في مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One) (تردد روابط الفيديو أدناه) وفهمت متطلبات البرنامج وتوقعات استخدام الجهاز والعناية به والدعم التقني المتاح. لقد ناقشت أيضاً توقعات العناية بالجهاز واستخدامه للأغراض التعليمية مع طفلي. أصادق على موافقتي على مشاركة طفلي وحصوله على جهاز تعلم من المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة.

اسم ولي الأمر _____ توقيع ولي الأمر _____

اسم الطالب _____ تاريخ ميلاد الطالب _____

التوجيه العائلي في مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One)



التوجيه العائلي في مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One)
باللغة الإسبانية



التوجيه العائلي في مبادرة تكنولوجيا "جهاز حاسوب واحد لكل طالب" (One-to-One)
باللغة العربية





اتفاقية استخدام الطالب للحاسوب المحمول

تم إبرام هذه الاتفاقية من قبل وبين المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) والطالب ("الطالب") المذكور في هذه الاستمارة عبر الإنترنت والتي تدخل حيز التنفيذ عند إرسالها. يوافق كل من المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة والطالب على ما يلي:

A. هدف الاتفاقية. يسر المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة أن توفر لاستخدام الطالب، في ما يتعلق بتسجيله في المنطقة التعليمية، حاسوباً محمولاً و/أو نقطة اتصال بالإنترنت LTE لغرض إجراء العمل المدرسي. إنه مخصص فقط للاستخدام من قبل طالب في المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة يتم تعيينه له. يخضع إذن الطالب باستخدام الحاسوب المحمول تماماً لأحكام وشروط هذه الاتفاقية. اقرأ اتفاقية استخدام الطلاب للحاسوب المحمول لفهم شروط استخدام التكنولوجيا في المنطقة التعليمية. لأغراض هذه الاتفاقية، يجب أن يشير مصطلح "الحاسوب المحمول" إلى الحاسوب المحمول المخصص للطالب، إلى جانب كافة الأجهزة الملحقة المصاحبة، بما في ذلك نقطة اتصال الإنترنت LTE، التي يحصل عليها مع الحاسوب المحمول أو حسب ما يتم توفيرها من وقت لآخر لاستخدام الطلاب بموجب هذه الاتفاقية.

B. حقوق ومسؤوليات الطالب.

1. شروط استخدام الحاسوب المحمول. يُسمح للطالب استخدام الحاسوب المحمول طالما أحسن التصرف أثناء تسجيله في المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة. يخضع استخدام الحاسوب المحمول لسياسة الاستخدام المقبول والسلامة (7540.03) الخاصة بطلاب المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة.

2. الاهتمام بالحاسوب المحمول. يجب أن يشرف الطالب على الحاسوب المحمول ويضمن حمايته بشكل مناسب. يحق للطالب أخذ الحاسوب المحمول إلى المنزل، أو إلى مواقع أخرى خارج ساعات الدراسة. يكون الطالب مسؤولاً، في جميع الأوقات، عن الاهتمام بالحاسوب المحمول وحمايته واستخدامه بشكل مناسب. قد يؤدي الإهمال في حماية الأغراض التي تضررت أو سُرقت أو وُضعت في مكان غير المخصص لها إلى اتخاذ إجراءات تأديبية و/أو فرض رسوم إصلاح أو استبدال.

3. إعادة الحاسوب المحمول إلى المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة. يجب على الطالب إعادة الحاسوب المحمول إلى المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة في غضون خمسة (5) أيام عند حدوث أي من الأحداث التالية:

a. توقف تسجيل الطالب في المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة؛

b. تقديم المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية للطالب إشعار من خمسة (5) أيام يفيد بإعادة الحاسوب المحمول؛ أو

c. فشل الطالب في أداء أي من التزاماته بموجب هذه الاتفاقية.

عند إعادة الحاسوب المحمول إلى المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة، سيكون لها الحق المطلق في الحصول على أي وجميع المعلومات أو البيانات الموجودة على الحاسوب المحمول ولن تتحمل أي مسؤولية على الإطلاق عن فقدان أو إتلاف أو إساءة استخدام المعلومات أو البيانات الموجودة على الحاسوب المحمول.

4. عدم إعادة الحاسوب المحمول إذا فشل الطالب في إعادة الحاسوب المحمول كما هو مطلوب، يحق للمنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة ممارسة كافة الخيارات المتاحة لها بموجب سياسات المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة وقانون الولاية أو القانون الفيدرالي المعمول به.

5. التعديلات والملحقات. لا يجوز للطالب إجراء أي تعديلات أو إضافة ملحقات أو أجهزة أو برمجيات إلى الحاسوب المحمول في حال عدم وجود إذن خطي صريح من المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة، ومنح الإذن هو بناءً على خيار المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة وحدها.

6. خطر فقدان. يوافق الطالب على أنه منذ وقت قبول تسليم الحاسوب المحمول وحتى إعادته إلى المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة في حالته الأصلية، باستثناء التلف نتيجة الاستخدام العادي، يجب أن يكون الطالب مسؤولاً عن أي فقدان أو تلف يلحق بالحاسوب المحمول. إذا فُقد الحاسوب المحمول أو سُرق أو دُمِر أو تُلف بحيث تتجاوز تكاليف الإصلاح قيمته أو في حالة أي مصادرة، أو حجز أو استملاك نتيجة إجراء حكومي، أو إذا لم تتم إعادة الحاسوب المحمول إلى المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة عند وقوع الأحداث وفي الوقت والطريقة المطلوبتين بموجب هذه الاتفاقية، فيكون الطالب مسؤولاً تجاه المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية فور الطلب عن دفع مبلغ محسوب من قبل المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية يساوي قيمة الاستبدال الكاملة للحاسوب المحمول وقت الفقدان. يتحمل الطالب مسؤولية إضافات الأجهزة أو البرمجيات التي يتم إجراؤها على الحاسوب المحمول على نفقته ولن تكون عاملاً في القيمة السوقية العادلة للحاسوب المحمول. إذا كان جزء من الحاسوب المحمول متلفاً ولكنه قابل للإصلاح، يكون الطالب مسؤولاً عن نفقات إصلاح هذا الجزء إذا لم يكن مشمولاً بضمان الشركة المصنعة. إذا لم يتم استلام الدفع، فقد تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة جميع الخيارات المتاحة لها، بموجب القانون المنطبق.

7. إشعار بالفقدان أو الضرر أو العطل. يوافق الطالب على إشعار المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة على الفور عند حدوث أي فقدان أو تلف أو عطل في أي جزء من الحاسوب المحمول لأي سبب من الأسباب والتعاون في أي تحقيق للشرطة مطلوب بعد فقدان أو سرقة الحاسوب المحمول. قد تنهي المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة، بناءً على خيارها، حق الطالب في استخدام الحاسوب المحمول وأي حق للطالب في المشاركة في برنامج الحاسوب المحمول للموظفين. تم ضبط الحاسوب المحمول للاستخدام الأمثل على شبكة المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة. لن تساعد إدارة التكنولوجيا في المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة الطالب في منزله من أجل توصيل الحاسوب المحمول بمزودي الإنترنت الآخرين.

8. معاينة من قبل المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة. بعد إشعار معقول، يسمح الطالب للأشخاص الذين تعينهم المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة بفحص الحاسوب المحمول.

ج. حقوق ومسؤوليات المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة

1. ملكية الحاسوب المحمول. إن الحاسوب المحمول هو ملكاً للمنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة ويجب أن يبقى كذلك.

2. تطبيق ضمان الشركة المصنعة. عند الحصول على طلب خطي من الطالب خلال مدة هذه الاتفاقية، تحدد المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة ما إذا كانت ستبذل كل جهد معقول لتطبيق أي ضمان من الشركة المصنعة، صراحةً أو ضمناً، صادر على الحاسوب المحمول أو ينطبق عليه، والذي يكون قابلاً للتنفيذ من قبل المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة باسمها. ستبذل المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة جهوداً معقولة للحصول على جميع الخدمات المقدمة للطالب وأولياء الأمور من قبل الشركة المصنعة في ما يتعلق بذلك؛ شرط ألا تكون ملزمة بالشروع في أي دعوى قضائية أو اللجوء إليها لإنفاذ أي ضمان من هذا القبيل. إذا كان أي ضمان من هذا القبيل قابلاً للإنفاذ من قبل الطالب باسمه، عند الحصول على طلب خطي من المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة خلال مدة هذه الاتفاقية، يتخذ الطالب جميع الإجراءات المعقولة التي تطلبها المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة لتطبيق هذا الضمان، ويحصل الطالب من أجل المنطقة التعليمية على جميع الخدمات المقدمة من قبل الشركة المصنعة في هذا الصدد. لا يقع على عاتق المنطقة التعليمية لمدارس ديبرويت المجتمعية العامة أي مسؤولية على الإطلاق نتيجة فقدان أو إتلاف أو إساءة استخدام أي معلومات أو برمجيات أو بيانات موجودة على المعدات. وتقع مسؤولية حماية البيانات المتعلقة بالمعدات والموجودة عليها وإجراء نسخ احتياطية عنها على عاتق الطالب وحده.

إقرار:

لقد قرأت وفهمت اتفاقية استخدام الطالب للتكنولوجيا.

اسم ولي الأمر _____ توقيع ولي الأمر _____

اسم الطالب _____ تاريخ ميلاد الطالب _____