



# إستمارة التسجيل

ENROLLMENT FORM



المدرسة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

## وثائق مطلوبة

المستندات التالية مطلوبة بالإضافة الى استمارة التسجيل المكتملة والموقعة. يجب تقديمهم قبل اليوم الأول للطفل في المدرسة، لكن يجب التقديم في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من اليوم الأول.

- صورة هوية ولي الامر/ الوصي
- شهادة ميلاد الطالب أو سجل ميلاده
- سجل لقاحات الطالب أو سجل التنازل
- أحدث نسخة من نصوص علامات الطلاب أو بطاقات التقارير
- صيغتين من إثبات العنوان، مثل: رخصة القيادة، W-2، وثائق المساعدة العامة، إيصال راتب، البريد الحكومي الرسمي، فاتورة المرافق العامة، إلخ.

\*قد تتأهل بعض العائلات للحصول على الدعم في الحصول على المستندات

## معلومات الطالب

الإسم الأول:	الإسم الوسط:	إسم العائلة:	الإضافة (الإبن، 3، إلخ)
تاريخ الميلاد:	/ /	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
هاتف الطالب (إن وجد):	( )	البريد الإلكتروني للطالب (إن وجد):	
عنوان الطالب الفعلي			
الشارع:	رقم الشقة:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
عنوان البريد (إذا كان يختلف عن العنوان الفعلي)			
الشارع:	رقم الشقة:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
الصف الذي يدخل إليه:	العام الدراسي:	هل الطالب عضو من ولادات عدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل ولد الطالب في الولايات المتحدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا: متى تم اول تسجيل للطالب في مدرسة في الولايات المتحدة؟ (شهر: سنة)			
هل يشارك الطالب في برامج تعليمية إستثنائية (تعليم خاص)؟ إختار واحدة.			
<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم. الطالب لديه خطة تعليمية فردية (IEP)		
<input type="checkbox"/> نعم. الطالب لديه خطة 504	<input type="checkbox"/> نعم. أخرى _____		
هل إنتقل الطالب أو العائلة 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

لغة الطالب الأم	<input type="checkbox"/> اللغة الانجليزية	<input type="checkbox"/> أخرى
هل هناك لغة أخرى غير الإنجليزية منطوقة في المنزل	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم: اللغة المنطوقة _____
هل سبق للطالب أن التحق بدراسة لغتين أو الإنجليزية	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا

## الأصل العرقي للطالب

إختر كل ما ينطبق

إذا لم تختار إجابة، إدارة التعليم الأمريكية تطلب من المنطقة التعليمية تقديم إجابة بالنيابة عنك؟

هل الطالب/ة لاتيني/لاتينية/لاتينكس؟  نعم  كلا

عرق الطالب:

- أمريكي هندي  
 آسيوي الأصل  
 أسود أو إفريقي أمريكي  
 أبيض (إختر واحدة)  
 أوروبي  
 شرق أوسطي  
 شمال إفريقيا  
 سكان هاواي الأصليون/جزر المحيط الهاديء الأخرى  
 أخرى/ عرق متعدد

## إقامة الطالب

يتم طرح الاسئلة التالية على جميع الطلاب لضمان بقاء منطقتنا ممثلة للقانون الفيدرالي. ستساعد إجابتك موظفي المدرسة على تحديد ما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات دعم معينة.

هل يسكن الطالب في أي من المساكن التالية؟

- ملجأ  
 سكن إنتقالي  
 سكن مشترك مع العائلة أو الاصدقاء  
 فندق أو موتيل  
 غير محمي (مثل: مخيم، سيارة، متنزه، مبنى مهجور، سكن دون المستوى المطلوب، محطة حافلات أو قطار/ إلخ)

هل الطالب القاصر غير لايسكن مع أحد الاهل/ ولي الامر/قريب؟

نعم  كلا

إذا اخترت أحد الخيارات المذكورة أعلاه، فالرجاء إكمال نموذج إحالة الطالب **McKinney Vento** المضمن في حزمة التسجيل.

## معلومات المدرسة السابقة

آخر مدرسة حضر الطالب فيها

الإسم: \_\_\_\_\_

المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_

## معلومات ولي الأمر/الوصي

معلومات ولي الأمر/الوصي 1

العلاقة بالطالب:

الإسم وإسم العائلة:

( )

رقم الهاتف:

( )

رقم الهاتف الخليوي:

البريد الإلكتروني:

( )

هاتف العمل (إن وجد):

مطابق للعنوان الفعلي للطالب؟  نعم  كلا، اذكر العنوان:

رقم الشقة:

الشارع:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

هل الاهل او الوصي يطلب التواصل مع المدرسة بلغة غير الإنجليزية؟

كلا  نعم، أي لغة؟ \_\_\_\_\_ مكتوبة \_\_\_\_\_ منطوقة

هل الاهل/ الوصي القانوني يخدم حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية المارينز او خفر السواحل؟ هذا يتضمن الحرس الوطني أو افراد الاحتياط في ميشيغان.  نعم  كلا

### معلومات ولي الأمر/الوصي 2

الإسم وإسم العائلة:		العلاقة بالطالب:	
رقم الهاتف الخليوي:	( )	رقم الهاتف:	( )
هاتف العمل (إن وجد):	( )	البريد الإلكتروني:	
مطابق للعنوان الفعلي للطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:			
الشارع:		رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
هل الأهل أو الوصي يطلب التواصل مع المدرسة بلغة غير الإنجليزية؟			
<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، أي لغة؟ مكتوبة _____ منطوقة _____			
هل الأهل/ الوصي القانوني يخدم حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية المارينز أو خفر السواحل؟ هذا يتضمن الحرس الوطني أو أفراد الاحتياط في ميشيغان. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

### معلومات ولي الأمر/الوصي 3

الإسم وإسم العائلة:		العلاقة بالطالب:	
رقم الهاتف الخليوي:	( )	رقم الهاتف:	( )
هاتف العمل (إن وجد):	( )	البريد الإلكتروني:	
مطابق للعنوان الفعلي للطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:			
الشارع:		رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
هل الأهل أو الوصي يطلب التواصل مع المدرسة بلغة غير الإنجليزية؟			
<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، أي لغة؟ مكتوبة _____ منطوقة _____			
هل الأهل/ الوصي القانوني يخدم حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية المارينز أو خفر السواحل؟ هذا يتضمن الحرس الوطني أو أفراد الاحتياط في ميشيغان. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

### معلومات ولي الأمر/الوصي 4

الإسم وإسم العائلة:		العلاقة بالطالب:	
رقم الهاتف الخليوي:	( )	رقم الهاتف:	( )
هاتف العمل (إن وجد):	( )	البريد الإلكتروني:	
مطابق للعنوان الفعلي للطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا، اذكر العنوان:			
الشارع:		رقم الشقة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
هل الأهل أو الوصي يطلب التواصل مع المدرسة بلغة غير الإنجليزية؟			
<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، أي لغة؟ مكتوبة _____ منطوقة _____			
هل الأهل/ الوصي القانوني يخدم حالياً في أي فرع من فروع الجيش، البحرية، القوات الجوية المارينز أو خفر السواحل؟ هذا يتضمن الحرس الوطني أو أفراد الاحتياط في ميشيغان. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

## الأشقاء الملتحقون بمدارس منطقة ديترويت التعليمية

الإسم وإسم العائلة:	تاريخ الميلاد	/ /
العلاقة بالطالب:	المدرسة التي يحضرها:	الصف:
الإسم وإسم العائلة:	تاريخ الميلاد	/ /
العلاقة بالطالب:	المدرسة التي يحضرها:	الصف:
الإسم وإسم العائلة:	تاريخ الميلاد	/ /
العلاقة بالطالب:	المدرسة التي يحضرها:	الصف:
الإسم وإسم العائلة:	تاريخ الميلاد	/ /
العلاقة بالطالب:	المدرسة التي يحضرها:	الصف:
الإسم وإسم العائلة:	تاريخ الميلاد	/ /
العلاقة بالطالب:	المدرسة التي يحضرها:	الصف:

## الإتصال الجماهيري

تستخدم المنطقة التعليمية المجتمعية لمدارس ديترويت العامة أدوات الإتصال الجماهيري بما في ذلك المكالمات الهاتفية ورسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية أو رسائل لإخطار العائلات بشأن إغلاق المدارس والأخبار والأحداث الهامة.

## إقرار وتوقيع

أقر بأن المعلومات المقدمة في نموذج التسجيل هذا صحيحة. إذا لزم الأمر، فسأسمح بإجراء مقابلة بواسطة المنطقة التعليمية للتحقق. أفهم أن المعلومات غير الصحيحة قد تكون سبباً لإلغاء التسجيل. أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ مكتب المدرسة المناسب إذا/ عندما يكون هناك تغيير على أي معلومات في هذا النموذج. من خلال التوقيع على نموذج التسجيل هذا، أقبّل وأوافق على أنه إذا كانت أي بيانات ومعلومات مستخدمة لتحديد الإقامة غير دقيقة، فسأكون مسؤولاً شخصياً عن دفع رسوم المنطقة التعليمية وأي رسوم يتم تكبدها لجمع الرسوم الدراسية لجميع الفترات الزمنية التي كان فيها الطالب غير مقيم.

توقيع ولي الأمر/الوصي الإسم التاريخ



# 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"/>
	زوج/ة 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 أوافق 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 \_\_\_\_\_



# المعلومات الصحية السنوية

ANNUAL HEALTH INFORMATION



أولياء الأمور/ الأوصياء الأعزاء: سيتم استخدام المعلومات الواردة في هذا النموذج لتلبية الإحتياجات الصحية لطفلك في المدرسة. يرجى إكمال جميع أقسام النموذج ثم التوقيع عليه وإعادته الى معلم طفلك في أقرب وقت ممكن. يجب على كل طالب ملء إستمارة جديدة كل عام.

هل طفلك جديد في المنطقة؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		الصف:	اسم المدرسة:
ملحق بالإسم (III, Jr., إلخ)	الإسم الوسط:	الاسم الأول:	إسم عائلة الطالب:
تاريخ الميلاد: / /			
صلة العلاقة مع الطالب:		إسم ولي الأمر/ الوصي:	
هاتف العمل: ( )		هاتف المنزل أو الخليوي: ( )	
هاتف مقدم الرعاية الصحية:		إسم مقدم الرعاية الصحية: ( )	
تاريخ آخر فحص أسنان / / غير متأكد <input type="checkbox"/>		تاريخ آخر علاج: / / غير متأكد <input type="checkbox"/>	
إذا كان لطفلك Medicaid، يرجى وضع علامة الخطة: Total Health Care <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/>		ما هو نوع التأمين الذي يتمتع به طفلك؟ Medicaid <input type="checkbox"/> خاص لست <input type="checkbox"/> متأكد <input type="checkbox"/> طفلي ليس لديه تأمين حالياً <input type="checkbox"/>	

## هل يعاني طفلك من أي من الحالات الصحية التالية؟

نعم	كلا	الحالة الصحية	نعم	كلا	الحالة الصحية
		الكآبة			الحساسية الشديدة (الطعام، الحشرات، الأدوية، اللاتكس) إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر نوع حساسية طفلك (بعض الأطعمة، الحشرات، اللاتكس، إلخ)
		داء السكري			إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحقق من ردة الفعل: <input type="checkbox"/> قشعريرة <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس <input type="checkbox"/> أخرى
		إصابة في الرأس أو إرتجاج			الحساسية (الموسمية)
		مشاكل في السمع			القلق
		مشاكل قلبية			الربو أو مشاكل في التنفس
		التسمم بالرصاص			قصور الإنتباه و الحركة المفرطة
		الحمل			المشاكل السلوكية
		النوبات			مشاكل المثانة أو الأمعاء
		مرض فقر الدم المنجلي			مشاكل الأسنان
		مشاكل في النطق			
		مشاكل في الرؤية			
		يرتدي النظارات			
		حالات صحية أخرى، يرجى ذكرها:			

## الإجراءات\*

## الأدوية و/أو الخاصة

هل يتطلب طفلك تناول أي أدوية يومية في المدرسة؟  نعم \*  كلا

هل يتطلب طفلك الإحتفاظ بأدوية الطوارئ في المدرسة؟

هل يتطلب طفلك الإحتفاظ بأدوية الطوارئ في المدرسة؟  نعم \*  كلا

هل يتطلب طفلك الإحتفاظ بأدوية الطوارئ في المدرسة؟

هل يحتاج طفلك الى أي إجراءات خاصة يتم القيام بها في المدرسة؟ (تغذية عبر انبوب المعدة، قسطرة، الخ)  نعم \*  كلا

هل يحتاج طفلك الى أي إجراءات خاصة يتم القيام بها في المدرسة؟ (تغذية عبر انبوب المعدة، قسطرة، الخ)

\*إذا أُجبت بنعم على اي من الأسئلة المذكورة اعلاه ضمن الأدوية و الإجراءات الخاصة، فيرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية لطفلك بإكمال نموذج تفويض الدواء/ الإجراء المرفق. يجب التوقيع على النموذج من قبل كل من مقدم الرعاية الصحية وولي الامر ويجب تجديده كل عام.

## إحتياجات العائلة

في آخر 12 شهراً، هل تناولت الطعام اقل من المفترض بك ان تتناول بسبب عدم توفر المال؟  نعم  كلا

في آخر 12 شهراً، هل تناولت الطعام اقل من المفترض بك ان تتناول بسبب عدم توفر المال؟

## إشعار بالإستلام والتوقيع

أقر بأن هذه المعلومات صحيحة على حد علمي وادرك انه من مسؤوليتي تبليغ المدرسة إذا تغيرت أي من هذه المعلومات. أفهم أيضاً ان هذه المعلومات قد تتم مشاركتها مع الموظفين الذين يحتاجون الى المعرفة في مدرسة طفلي من اجل الحفاظ على سلامة طفلي وحمايته أثناء تواجده في المدرسة.

التاريخ

الإسم

توقيع ولي الأمر أو الوصي

## TO BE COMPLETED BY OFFICE STAFF

DATE

STAFF PERSON

Form Received

Information entered into Student Information System



لا تميز المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الميل الجنسي أو هوية المتحولين جنسياً أو الإعاقة أو العمر أو الدين أو الطول أو الوزن أو المواطنة أو الحالة الزوجية أو العائلية أو الوضع العسكري أو النسب أو المعلومات الجينية أو أي فئة أخرى محمية قانونياً، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. إذا كانت لديك أية أسئلة أو مخاوف؟ إتصل بمنسق الحقوق المدنية على الرقم 240-4377 (313) أو الرابط: [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) أو العنوان التالي: 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48221.





# 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



عزيزي ولي الأمر أو الوصي،

يسعدنا أن نعلمكم أن المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة تشارك في توفر شروط الأهلية المجتمعية (CEP) كجزء من برامج الغذاء والإفطار المدرسي الوطني. يمكن لجميع الطلاب المسجلين في مدارسنا الحصول على وجبة فطور ووجبة غداء صحية بدون مقابل لأسرتك كل يوم.

لمساعدة هذا البرنامج، تحتاج المنطقة التعليمية من جميع الأسر أن تقوم بملء تقرير معلومات الأسرة والتوقيع عليه. نطلب منكم ملئ هذا بغض النظر عن مستوى دخلكم - تعد جمع هذه الإستمارة لجميع الطلاب أمرًا بالغ الأهمية في تحديد مبلغ الأموال التي تتسلمها مدارسنا من مجموعة متنوعة من البرامج التكميلية التابعة للولاية والفيدرالية مثل الباب الأول أ (Title IA)، أت-ريسك (31 أ) (risk (31a)-At)، الباب الثاني أ (Title II A) إي-ريت (E-Rate)، إلخ.

إن إكمال ملئ الإستمارة المرفقة سيساعد في ضمان توفر المزايا والموارد التالية لطفلك ولصفه الدراسي وكذلك للمدرسة:

- . دروس مجانية وبرامج ما بعد المدرسة
- . المزيد من مساعدي المدرسين وكادر الموظفين المتخصصين الآخرين لصف طفلك
- . تكنولوجيا الصفوف الدراسية - عبر أجهزة الكمبيوتر واللوحات البيضاء والإنترنت
- . بطاقات حافلات وزارة النقل (DOT) ومساعدات النقل الأخرى
- . المدرسة الصيفية المجانية وبرامج الإثراء الصيفية
- . خدمات الاختبارات الجامعية المجانية والإعفاء من رسوم طلبات التقديم الى الكلية
- . مستلزمات ونشاطات مشاركة الوالدين والمجتمع
- . الرحلات الميدانية والأيام الميدانية وأنشطة الإثراء الأكاديمي الأخرى
- . فرص التعليم المهني والتقني

نطلب منكم إكمالها وإرسالها كجزء من رزمة التسجيل لضمان حصول مدارسنا على تمويل إضافي لتلبية احتياجات الطلاب. جميع المعلومات الواردة في التقرير المقدم هي سرية. بدون مساعدتكم في إكمال التقرير المرفق وإعادته، لن تتمكن مدارسنا من زيادة استخدام التمويل المتوفر على مستوى الولاية والمستوى الفيدرالي.

**ملاحظة:** إذا كنت تقوم بالتسجيل للعام الدراسي 2021-22، فيرجى الاحتفاظ بهذه الإستمارة والتوقيع عليها وإرسالها إلى مدرستك بعد تاريخ 1 تموز/يوليو 2021. الإستمارة المكتملة والمقدمة قبل تاريخ 1 تموز/يوليو 2021 لن تكون مؤهلة للعام الدراسي 2021-22.

إذا كان بإمكاننا تقديم أية مساعدة إضافية، فيرجى الإتصال بنا على الرقم (313)578-7220.

مع التقدير،  
المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة

تعليمات لإكمال ملئ  
تقرير معلومات الأسرة  
يرجى ملئ الإستمارة بالكامل والتوقيع عليها.

أحد أفراد الأسرة  
هو أي طفل  
أو شخص بالغ يعيشون معك.

إذا تلقى أي فرد من أفراد أسرتك مساعدات من برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج إستقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR)، فيرجى إتباع التعليمات التالية:

- |         |   |
|---------|---|
| القسم A | أدخل العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعيشون في منزلك، بضمنهم الكل الأطفال في المربع المخصص   |
| القسم B | أذكر رقم الحالة (case number) لأي فرد من أفراد الأسرة (بما في ذلك البالغين) يتلقى المساعدات من برنامج المساعدة الغذائية (FAP)، برنامج إستقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR) |
| القسم C | أذكر الإسم الأول والأخير وتاريخ الميلاد والمدرسة التي يداوم فيها الطفل، و H إذا كان بلا مأوى، M إذا مهاجرًا، R إذا كان هاربًا أو F إذا كان طفلاً مُتبنّى.   |
| القسم D | تخطى هذا القسم  |
| القسم E | التوقيع على الإستمارة. اكتب إسمك والتاريخ.  |

إذا لم تستلم أسرتك مساعدات من برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج إستقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR)، فيرجى إتباع التعليمات التالية:

- |         |   |
|---------|---|
| القسم A | أذكر إجمالي عدد الأشخاص الذين يعيشون في منزلك، بضمنهم جميع الأطفال  |
| القسم B | تخطى هذا القسم  |
| القسم C | أذكر الإسم الأول والأخير وتاريخ الميلاد والمدرسة التي يداوم فيها الطفل، و H إذا كان بلا مأوى، M إذا مهاجرًا، R إذا كان هاربًا أو F إذا كان طفلاً مُتبنّى.   |
| القسم D | أدخل إجمالي الدخل لكل نوع من أنواع الدخل التي تنطبق عليك. إذا لم يكن لديك دخلاً لأي فئة أو أكثر من الفئات، فضع دائرة على لا يوجد أو (NONE) إذا لم يكن لديك دخل. أضف الأسطر من 1 إلى 6 وأدخل إجمالي دخل الأسرة الشهري. |
| القسم E | التوقيع على الإستمارة. اكتب إسمك والتاريخ.  |

### تقرير معلومات الأسرة

لتحديد الأهلية من مزايا البرنامج الفيدرالي وبرنامج الولاية الإضافية المختلفة التي قد تكون مدرستك مؤهلة لها، يرجى إكمال هذا التقرير والتوقيع عليه وإعادته إلى \_\_\_\_\_.

(إسم المدرسة)

يجب إكمال هذه الأقسام من قبل رب الأسرة أو من ينوب عنه.

### القسم C. حجم الأسرة

أدخل العدد الإجمالي للأفراد الذين يعيشون في أسرتك، بضمنهم جميع البالغين والأطفال \_\_\_\_\_.

### القسم B. المزايا الحالية

أكمل أدناه إذا كان ذلك ينطبق عليك

إذا كان أي فرد من أفراد أسرتك يستلم مساعدات من برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج إستقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR)،  
فقم بتزويدنا بالإسم ورقم الملف (case number) للشخص الذي يتلقى المساعدات. أرقام بطاقات البريدج كارد (الفود ستامب) والتأمين الصحي أو الميديكيد ليست أرقام مقبولة لرقم الملف (case number).

الإسم:

رقم الملف ( case

### القسم C. معلومات الطالب

أكمل هذا لكل طالب من مرحلة الروضة حتى الصف الثاني عشر

الإسم الأخير(اللقب)	الأسم الأول	تاريخ الميلاد XXXX/XX/XX	المدرسة	قم بالتحديد H إذا كان بلا ماوى، M إذا كان مهاجرًا R إذا كان هاربًا أو F إذا كان طفلًا
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

إذا كنت بحاجة إلى سطور إضافية، فقم بإرفاق ورقة ثانية بهذا التقرير أو أرفق نسخة من هذا التقرير عليها إشارة واضحة أنها صفحة 2.

## تقرير معلومات الأسرة تنمة

### القسم D. مجموع الدخل الشهري للأسرة

قم بالإبلاغ عن مقدار الدخل لجميع أفراد الأسرة باستثناء الأطفال بالتبني.  
إذا أبلغت عن رقم الملف (case number) أعلاه ، فلن تحتاج إلى ملئ هذا القسم.  
ببساطة قم بتوقيع ووضع تاريخ هذه الإستمارة.

نوع الدخل	الدخل	ضع دائرة على لا يوجد
1. إجمالي الأرباح الشهرية: الأجور، الراتب، العمولات	دولار	لا يوجد
2. دفعات الرفاهية (الويلفير) الشهرية، إعالة الطفل، النفقة	دولار	لا يوجد
3. الدفعات الشهرية من المعاشات والتقاعد والتأمينات الإجتماعية	دولار	لا يوجد
4. حصة الأرباح الشهرية أو الفائدة على مدخرات	دولار	لا يوجد
5. تعويض العامل الشهري، مساعدات البطالة، مزايا الإضراب	دولار	لا يوجد
6. الدخل الشهري الآخر (دخل الضمان الإجتماعي (SSI) ، شؤون المحاربين	دولار	لا يوجد
إجمالي دخل الأسرة الشهري (أضف الأسطر 1-6)	دولار	

### القسم E. التوقيع

أنا أقر (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا التقرير صحيحة وأنه تم الإبلاغ عن جميع الدخل. أنا أفهم أن المدرسة سوف تحصل على الأموال الفيدرالية/ من الولاية  
إستنادا إلى المعلومات التي أقدمها. أنا أفهم أن المسؤولين في المدرسة بإمكانهم أن يتأكدوا (يتحققوا) من المعلومات الواردة.

_____	/	/
التوقيع		التاريخ
_____		
الإسم كتابةً		
_____	_____	_____
العنوان	المدينة	الرمز البريدي
_____	_____	
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	

عنوان البريد الإلكتروني (من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك، قد يتم الإتصال بك عبر البريد الإلكتروني من قبل المنطقة التعليمية).



# 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 أظقم 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