

Office Use Only
Enrollment Date: _____
Records Requested Date: _____
Birth Certificate Verification Date: _____

الطالب بیانات

الاسم الأوسط للطلاب:		(الميلاد الاسم الأول للطلاب): كَمَا يظہر في شهادة		: (كَمَا يظہر في شهادة الميلاد) (طالب بلبل) الأخي الاسم	
تاريخ الميلاد:		أنثى	ذكر	النوع:	
مقاطعة الميلاد:		بلد الميلاد:		ولاية الميلاد:	
مدينة الميلاد:					
أثنىة:					
<p>1. أو لاتيني. هسبانى نعم، <input type="checkbox"/> و لاتيني. أ هسبانى كلاً، ليس <input type="checkbox"/> لاتيني؟) حدد اختياري واحد (و أ هسبانى ولد الهل هذا</p> <p>2. (حدد اختياري واحد أو أكثر. يتعين عليك تحديد اختياري واحد على الأقل (ولدهل هذا ال</p> <p><input type="checkbox"/> أبض <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو أفريقي. <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان الأصل الأصليين. <input type="checkbox"/> أسوي</p> <p><input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من جزر أخرى في المحيط الهادي. <input type="checkbox"/></p>					

ولى الأمر / الوصى عنم علومات

الطالب مرعها يقييم التتي (الأساسية الأسرة 1)					
الرمز البريدي:		الولاية:		المدينة:	
عنوان المنزل:					
الاسم (جهة الاتصال الرئيسية):			(ةالثنوي جهة الاتصال الاسم)		
حدد اختياري واحد:			حدد اختياري واحد:		
<input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> زوج الأم \ الأبزوجة <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> آخر شخص			<input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> زوج الأم \ الأبزوجة <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> آخر شخص		
عنوان البريد الإلكتروني:			عنوان البريد الإلكتروني:		
محمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>			محمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>		
: (تذهب إلى هذا الرقم لتمتلك أمانة الاتصال) الهاتف الرئيسي رقم العمل <input type="checkbox"/>			: (تذهب إلى هذا الرقم لتمتلك أمانة الاتصال) الهاتف الرئيسي رقم العمل <input type="checkbox"/>		
الهاتف الثاني: رقم العمل <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>			الهاتف الثاني: رقم العمل <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>		
الهاتف الثالث: رقم العمل <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>			الهاتف الثالث: رقم العمل <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/>		
رب العمل:			رب العمل:		
الأسرة 2					
الرمز البريدي:		الولاية:		المدينة:	
عنوان المنزل:					
الاسم:			الاسم:		
حدد اختياري واحد:			حدد اختياري واحد:		
<input type="checkbox"/> شخص آخر <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> زوج الأم \ الأبزوجة <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> شخص آخر			<input type="checkbox"/> شخص آخر <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> زوج الأم \ الأبزوجة <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> شخص آخر		
هاتف المنزل: رقم			هاتف المنزل: رقم		
عنوان البريد الإلكتروني:			عنوان البريد الإلكتروني:		
هاتف العمل: رقم			هاتف العمل: رقم		

الهاتف المحمول: رقم	الهاتف المحمول: رقم
رب العمل:	رب العمل:

حضانة الطفل حول عملومات

غير ذلك (فسر): _____ سكن مشترك ثانوي سكن م سكن رئيسي في: الطالب قيمي
القانونية على الطالب؟ الحضانة من له حق
ذلك: غير مشتركة حضانة الأب فقط الأم فقط الأم والأب

الأشقاء عن عملومات

الاسم الأول	العائلة اسم	النوع	تاريخ الميلاد	صفال	المدرسة (إذا كان ملتحقاً بمدرسة)

تم الالتحاق به (روضات) لدخول طلاب رياض الأطفال، يرجى ذكر أي آخر مدرسة تم الالتحاق بها

اسم المدرسة:	تماماً آخر صرف تم إ		
العنوان:	الرمز البريدي:	المدنية/الولاية:	الهاتف: رقم
بمدرسة في الولايات في طفلك قلت ح الام الذي المبتدئة:	سابقة من طوقة تعلمي من طفلك طرد تم هل <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		

هل يشارك طفلك حالياً في أي من خيارات البرامج التالية؟

للغة ثانية: الانجليزية اللغة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	(Gifted and Talented): موهوب ومتفوق <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	504 Accommodation Plan): خطة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اللغة الانجليزية و/أو سكن مع أسرة يتحدث أفرادها لغة غير اللغة الانجليزية؟ غير التحدث بلغة أخرى طفلك أولاهل تعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اللغة؟		

لتحدي الطلبة الذين يحتاجون أو قد **PI 11.02(2)(b)** كجزء من عمليات الفرز المطلوبة بموجب عملومات التالى تستخدم التالى؟ حالات أي من طفلك لدى يحتاجون إلى خدمات تعلمي خاصة. هل

به؟ في أي مدرسة سابقة التحق طفلك على (IEP) هل تم تطبيق أي من البرامج التعلمي الفردية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

تعلمي محدة صعوبة	لا	نعم	(A) توحده	لا	نعم
------------------	----	-----	-----------	----	-----

(SLD, Specific Learning Disability)		
سلوكية عاطفية اضطرابات (EBD, Emotional Behavior Disability)	نعم	لا
ضعف التحدث واللغة	نعم	لا
رضيحية دماغ إصابة (TBI, Traumatic Brain Injury)	نعم	لا
إعاقة بصرية (VI, Visual Impairment)	نعم	لا
إعاقة سمعية (HI, Hearing Impairment)	نعم	لا

فسي النمو / إعاقة أخرى الفكرية إعاقة	نعم	لا
(OI, Orthopedic Impairment) ضعف العظام	نعم	لا
(OHI, Other Health Impairment) ضعف صحي خلاف ذلك	نعم	لا
(SDD, Significant Developmental Delay) فسي النمو متأخر واضح	نعم	لا
غير ذلك، اذكر:		

احتياجات التعلم الخاصة؟ ال لذي من قبل أو إلحاقه ببرنامج طفلك هل تم تقييم يرجى التوضيح: ف رياض الأطفال (. إذا كانت الإجابة بنعم، بدء) يشتمل هذا على خدمات الطفولة المبكرة قبل	نعم	لا
خمس سنوات) قد يتأهلون لأي برامج خاصة أو استثنائية؟ ال عمر أصغر سنًا (حتي أول ادلك أهلك، يرجى ذكرهم: فإذا كانت الإجابة بنعم،	نعم	لا
الاسم الأول	اسم العائلة	تاريخ الميلاد

الطوارئ معلومات

الاتصال بولي الأمر/ الوصي اسم الشخص/ أسماء الأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم في حال تعذر

الاسم	العلاقة	رقم هاتف المنزل	العنوان ورقم هاتف	الرقم الهاتفي المحمول

معلومات طبية

اسم الطبيب: الطبيب:	هاتف رقم الطبيب:	اسم طبيب الأسنان: الأسنان:	هاتف طبيب رقم
ة: يهم ذاتمخاوف صحية			
أنواع حساسية معروفة (حدد):			
<p>لنا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تناول أدوية في المدرسة سواء بوصفة طبية أو بدونها؟ طفلك هل يحتاج يرجى الرجوع إلى المكتب للحصول على النموذج المناسب لذلك. فإذا كانت الإجابة بنعم،</p>			
<p>بسيرة الإسعاف إلى المستشفى لتلقي العلاج، وأفهم أن مزود خدمة طفلي، أخول نقل طارئ إذا رأته في المدرسة أن هناك حاجة إلى علاج ه في توصيل المريض إلى أقرب مستشفى لتلقي الرعاية الطبية المطلوبة حسب اختياري، إذا ما كان هذا بحسب حثف ظل الإسعاف المستدعي ضروريًا.</p>			
<p>فإن البيانات المقدمة أعلاه علمي حد. وبطفلي الطارئ لتقديم العلاج بالأطباء في المستشفى / الطبيب- بموجب هذه الوثيقة - وأخول حالة وصحية.</p>			
توقيع ولي الأمر/ الوصي:			التاريخ:

التحقق من الإقامة

وثيقة واحدة على الأقل من خانة (أ) ووثيقتين من خانة (ب). ملاحظة: رخصة القيادة وفاتورة الهاتف المحمول لا وثائق مطلوبة: ثلاث من تلك يُعتمد بهما كإثبات للإقامة.

خانة (أ): (مما يلي) وثيقة واحدة على الأقل	خانة (ب): (مما يلي) وثيقتان
<ol style="list-style-type: none"> 1. إخطار ضرر يربطه الأملك 2. البيان الختامي لشراء المنزل 3. أو الشراء لأي عقار داخل حدود المنطقة الإيجار عقد اسم المجمع الذي تقع على الإيجار عقد أن يشمل ينبغي المالك هاتفه الشقة ورقم 2- يتعين على ولي الأمر والطلاب اللذان يزعمان السكن في موقع يذكرهما معاً إيجار أن يقدم عقد ستأجرم أي عقار كسكنين 	<ol style="list-style-type: none"> 1. رباءهالك الحالي (الماء/الغاز/فاتورة المرافق عن الشهر فقط) 2. مركبة الشهادة تسجيل 3. بيان تأمين على السيارة أو الصحة 4. مديفيد، أو SSI ، أو دخل الضمان التكمي لي W-2 نموذج ، أو غير ذلك من بيانات BadgerCare ، أو Medicaid درالية مخصصات المقاطعة/الولاية/المخصصات الف إشعار تجديد ترخيص اللوحة 5. تجديد رخصة القيادة إشعار 6. في ظروف نطقة غير ذلك على النحو الذي تعتمد الم مخففة 7.
<p>مبديا لتعمل يسكنون به، وأن تفرض المنطقة التي التحاق الطلبة بمدرسة في المنطقة 121.77 رقم سنن ووي سك ولاية قانون يشترط هذه على الموقعون المسؤولون الأطراف وبتحمل. السكنية البيانات صرح من المنطقة وتتحقق. المنطقة سكان غير من الطلبة على رسوم في حال تقرير أن الطالب/الطالب، أخرى نفقات أو إضافي فتعلمي مصرية أي إلى بالإضافة التعلیمیة الرسوم دفع مسؤولي الشهادة من سكان المنطقة. ليسوا ليس</p>	

حالي في هذه المنطقة، أو أننا قد أكد لنا كفاية الأعمال الورقية بصفتي ولي الأمر/الوصي، أقر أننا نسكن
الضرورية للالتحاق بمدرسة في هذه المنطقة، وأن المعلومات المقدمة في هذه الوثيقة صحيحة.

التاريخ: توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

أو الحمل، أو العقيدة، أو نيول الأسلاف الأ، أو السن، أو العرق، أو الأصل القومي، أو النوع على أساس تميز هذه المنطقة لا تمارس أي العقلية أو العاطفية أو التعلیمیة، أو أي إعاقة أخرى، أو على أي الجسدية أو الإعاقات، الحالة الاجتماعية أو الأبوية، أو التوجه الجنسي درالي. الولاية أو القانون الفم حظورة وفقاً لقانون أسس أخرى