

Documents to be completed and returned at Registration

الوثائق الواجب إكمالها وإعادتها عند التسجيل

- ___ الوثيقة الأولى : Form A -- وثيقة التسجيل لمنطقة نورث بن المدرسية .
- ___ الوثيقة الثانية : Form B --- وثيقة معلومات الإتصال في حالات الطوارئ .
- ___ الوثيقة الثالثة : Form C --- دراسة اللغة المستخدمة في المنزل .
- ___ الوثيقة الرابعة : Form D -- التاريخ الصحي المبدئي .
- ___ الوثيقة الخامسة : Form E --- تأكيد لسجلات السلوك السابقة .
- ___ الوثيقة السادسة : Form F -- الإفراج عن المعلومات من المنطقة المدرسية السابقة .
- ___ الوثيقة السابعة : Form G -- وصاية الأطفال ، (إن وجدت) .

Documents Required at Registration

المستندات المطلوبة عند التسجيل

- أولاً : إثبات عمر الطفل ، (شهادة ميلاد ، شهادة من المستشفى ، شهادة المعمودية) .
- ثانياً : إثبات الإقامة ، (فاتورة الكهرباء الحالية ، فاتورة أقساط العقار ، أوصال الضرائب ، وثيقة إيجار موقعة ، وثيقة بيع) .
- ثالثاً : إثبات التطعيمات ، (لقاح ضد التهاب الكبد B ؛ لقاح الحصا ؛ دليل على تطعيم الجدري أو إثبات على أن ولدكم عانى من مرض الجدري) .

401 East Hancock Street
Lansdale , PA 19446
215-853-1086

STUDENT REGISTRATION (Form A)
تسجيل الطالب P.1

إسم الطالب : _____ الجنس : _____
إسم العائلة الإسم الأول الإسم الأوسط ذكر أنثى
العنوان : _____
الشارع المدينة الرمز البريدي

رقم الهاتف : _____
تاريخ الميلاد : _____ مكان الميلاد (المدينة والولاية) : _____
تاريخ أول تسجيل في الولايات المتحدة : _____
تاريخ أحدث دخول إلى ولاية بنسلفانيا : _____
العرق : إسباني / لاتيني ، نعم _____ كلا _____
الأصل : _____ هنود حمر / مواليد ألاسكا .
_____ أسود / أمريكي من أصل إفريقي / غير لاتيني / جزر المحيط الهادي .
_____ متعدد الأصل . _____ آسيوي . _____ لاتيني .
_____ أبيض / قوقازي / غير لاتيني .

هل يعيش هذا الطالب في منزل حضانة أو في منزل مع مجموعة من الشبيبة ؟ نعم _____ ، كلا _____ .
إذا كان الجواب " نعم " ، فالرجاء إعطاء :
إسم المنزل : _____ رقم الهاتف : _____
عنوان المنزل : _____
هل هناك مستندات وصاية قانونية لهذا الطالب ؟
نعم _____ ، كلا _____
هل لدى الطالب برنامج يتعلق بما يسمى IEP/504/GIEP ؟
نعم _____ ، كلا _____
إذا كان الجواب " نعم " ، فالرجاء تزويد نسخة عن هذا البرنامج .

آخر مدرسة إلتحق بها الطالب : _____
الإسم : _____ رقم الهاتف : _____
العنوان : _____
هل إلتحق الطالب بمنطقة نورث بن المدرسية في أي وقت مضى ؟ نعم _____ ، كلا _____ .
إذا كان الجواب " نعم " ، فما هي السنوات التي إلتحق بها ابنتكم / ابنتكم ، وفي أي مبنى ؟ : _____

للإستخدام من قبل المنطقة المدرسية فقط :

-التحقق من تاريخ الميلاد _____ : رقم شهادة الميلاد _____
-التطعيمات _____
-إثبات الإقامة _____ : بيان شراء المنزل _____ : عقد الإيجار _____ : فاتورة الكهرباء _____ : وثائق أخرى _____
توضيح للوثائق الأخرى _____

تاريخ التسجيل الرسمي _____ الموعد المتوقع للحضور _____

STUDENT REGISTRATION (Form A)

تسجيل الطالب P.2

معلومات عن العائلة :

الحالة الزوجية (أشتر/أشّري على خيار واحد) :

- متزوج/متزوجة ___ ؛ منفرد/منفردة ___ ؛ منفصل/منفصلة ___ ؛ أرمل/أرملة ___ ؛ مطلق/مطلقة ___

+++++

أشّري على خيار واحد : - والدة ___ ؛ زوجة الوالد ___ ؛ وصية (من الضروري إبراز وثائق وصاية) ___ .
الإسم :

العنوان : إسم العائلة الإسم الأول الإسم الأوسط اللقب

العنوان الإلكتروني : الشارع المدينة الرمز البريدي

رقم التليفون في المنزل : _____ ؛ الرقم غير معن ؟ _____

رقم التليفون الخليوي : _____ ؛ رقم تليفون العمل _____

إسم وعنوان صاحب العمل : _____

+++++

أشّري على خيار واحد : - والد ___ ؛ زوج الوالدة ___ وصي (من الضروري إبراز وثائق وصاية) _____ .
الإسم :

العنوان : إسم العائلة الإسم الأول الإسم الأوسط اللقب

العنوان الإلكتروني : الشارع المدينة الرمز البريدي

رقم التليفون في المنزل : _____ ؛ الرقم غير معن ؟ _____

رقم التليفون الخليوي : _____ ؛ رقم تليفون العمل : _____

إسم وعنوان صاحب العمل : _____

+++++

أشقاء (الأخوة والأخوات) :

الإسم	الجنس	تاريخ الميلاد	إذا كان الولد يذهب إلى المدرسة : إسم المدرسة	الصف

401 East Hancock Street
Lansdale, PA 19446
215-853-1086

NORTH PENN SCHOOL DISTRICT
EMERGENCY INFORMATION (FORM B)
معلومات حول الطوارئ P.1
في منطقة نورث بن المدرسية

تاريخ الميلاد : _____
الصف (Homeroom) : _____
أشهر : مَثْبِئاً إلى المدرسة : _____
رقم البص : _____

الرجاء تزويد المعلومات التالية بخصوص ولدكم . والرجاء إخبار ممرضة المدرسة فوراً عن أية تغيرات أو أية معلومات إضافية ربما تحدث خلال العام الدراسي . يجب تعبئة هذه البطاقة بكاملها .

إسم العائلة للطالب الإسم الأول الإسم الأوسط الجنس الصف

العنوان البلدة الرمز البريدي رقم التليفون

عنوان الأهل إذا كان مختلفاً عن عنوان الطالب : _____

العنوان الإلكتروني للوالد : _____ العنوان الإلكتروني للوالدة : _____

إسم الوالد / الوصي (العائلة الأول الأوسط) : إسم الوالدة / الوصية (العائلة الأول الأوسط) .

صاحب العمل للوالد/للوصي (العائلة الأول الأوسط) : المدينة أو البلدة : الساعات : رقم التليفون : الخليوي .

صاحب العمل للوالدة/ للوصية (العائلة الأول الأوسط) : المدينة أو البلدة : الساعات : رقم التليفون : الخليوي .

إسم الشخص المسؤول عن رعاية الولد إذا تعذر الوصول إلى الأهل / الوصي . رقم التليفون

إسم الشخص الثاني المسؤول عن رعاية الولد (كما أعلاه) . رقم التليفون

1

NORTH PENN SCHOOL DISTRICT
EMERGENCY INFORMATION (Form B)

معلومات حول الطوارئ P.2
في منطقة نورث بن المدرسة

الإهتمامات الطبية :

-- هل يعاني ولدك من أية حساسية أو حالة طبية أو عاطفية ؟ كلا : ____ : نعم : ____ .
إذا كانت الإجابة ب-"نعم" ، يرجى
التحديد: _____

-- هل يتناول ولدكم أية أدوية بشكل يومي ؟ كلا : ____ : نعم : ____ .
إذا كانت الإجابة ب-"نعم" ، يرجى التحديد: _____

-- يرتدي ولدي النظارات : نعم : ____ : كلا : ____ . يرتدي ولدي عدسات لاصقة : نعم : ____ : كلا : ____ .
-- ردة الفعل المعروفة للئسع النحل : المحلية : ____ : الحساسية : ____ .
-- إن لدى ولدي الإذن بأن يحمل المستنشق : نعم : ____ : كلا : ____ .
-- من الممكن أن يتلقى ولدي الأدوية التالية خلال ساعات الدوام المدرسي من الطبيب الشرعي أو من موظف
في المدرسة إذا كان مفوضاً بإعطاء الأدوية :
- Acetaminophen - (من صف روضة الأطفال إلى الصف الثاني عشر) : نعم : ____ : كلا : ____ .
- Ibuprofen - (من صف السادس إلى الصف الثاني عشر) : نعم : ____ : كلا : ____ .

إسم طبيب العائلة : _____ رقم التليفون : _____

إسم طبيب الأسنان للعائلة : _____ رقم التليفون : _____

بوصفي أحد الوالدين / الوصي ، لقد زودتُ بعناية و/ أو فحصتُ جميع المعلومات . لذلك ، أنا الموقع / موقعة أدناه
أستمرُ العلاج لإبني / إبنتي لأي علاج في حالات الطوارئ الطبية التي قد تنشأ عندما لا يمكن الإتصال بي .
ح

التاريخ

إمضاء الأهل / الوصي

401 East Hancock Street
Lansdale , PA 19446
215-853-1086

HOME LANGUAGE SURVEY (Form C)
دراسة حول اللغة المستعملة في المنزل

يتطلب مكتب الحقوق المدنية ، أي (OCR) ، من قبل المناطق المدرسية تحديد طلاب ال- (LEP) ، أي الطلاب الذين يتقنون اللغة الإنجليزية بصورة محدودة . وقد اعتمدت ولاية بنسلفانيا أسلوب "دراسة اللغة المستعملة في المنزل" للوصول إلى تحديد هؤلاء الطلاب .

إسم الطالب: _____
العائلة _____ الأول _____ الأوسط _____
تاريخ التسجيل: _____ الصف: _____
المدرسة: _____
تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____ الجنس: ذكر _____ ؛ أنثى _____

إسم الشخص الذي يملئ نموذج هذه الدراسة ، (إذا كان شخصاً غير الأهل أو الوصي) .

إمضاء الأهل / الوصي : _____

الرجاء الإجابة على الأسئلة الثلاثة التالية :

1-- ما هي اللغة الرئيسية للأهل / للأوصياء ؟

2-- هل يتكلم ولدكم لغة غير اللغة الانجليزية أكثر من نصف الوقت عندما يكون في المنزل ؟
نعم: _____ ؛ كلا: _____ .

إذا كانت الإجابة ب"نعم" ، فما هي اللغة التي يتكلمها ولدكم ويفهمها ؟ _____

إذا كانت الإجابة ب"نعم" ، فما هي اللغة التي يحسن ولدكم قرائتها وكتابتها ؟ _____

3-- هل إتحق ولدكم خلال حياته بأية مدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية لمدة ثلاث سنوات؟
نعم: _____ ؛ كلا: _____ .

إذا كانت الإجابة ب"نعم" ، فهل أُعْتَبِرَ ولدكم طالباً في "برنامج اللغة الإنجليزية كلغة ثانية" المعروف بل "ESL"؟

نعم: _____ ؛ كلا: _____ ؛ وهل خرج من من هذا البرنامج ؟ نعم: _____ ؛ كلا: _____ .

الرجاء ، إكمال المعلومات التالية إذا ما كان ولدكم قد إتحق بأية مدرسة في الولايات المتحدة :

تاريخ الالتحاق	الولاية	إسم المدرسة
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

بموجب القانون الإتحادي ، (Federal Law) ، تتحمل منطقة نورث بن المدرسية المسؤولية لخدمة الطلاب الذين يقتصرون إجادة اللغة الإنجليزية ويحتاجون إلى خدمات تعليمية في اللغة الإنجليزية . وكجزء من المسؤولية ، إنه من حق المدرسة : أولاً أن تسأل عن أية معلومات تفيد بها من أجل تحديد طلاب ال- (ELLS) ، أي الطلاب الذين يدرسون اللغة الانجليزية ، ومعرفة اقامتهم ؛ وثانياً أن تستخبر بطرق عدة عن سلوك الطلاب الذين يدرسون حالياً في المنطقة المدرسية وكذلك الطلاب الذين سوف يلتحقون بالمنطقة المدرسية في المستقبل .

Rev. 11-12-15

NORTH PENN SCHOOL DISTRICT SCHOOL HEALTH SERVICES

خدمات الصحة المدرسية في منطقة نورث بن المدرسة

HEALTH HISTORY (Form D)

تاريخ الحالة الصحية

إلى الأهالي والأوصياء :

إن المعلومات المطلوبة في هذا النموذج تساعد المدرسة في تحديد الحالة الصحية لولدكم، كما أنها سوف تساعد المدرسة في مساعدة إبتكم / إبتكم الحصول على أقصى قدر من المنافع من الفرص التعليمية. يُرجى تعبئة النموذج بشكل كامل وإعادته فوراً إلى ممرضة المدرسة .

إسم الطالب : _____ المدرسة : _____
تاريخ الميلاد : _____ الجنس : _____ مكان الولادة : _____
إسم الوالد : العائلة : الأول : الأوسط :
إسم الوالدة : العائلة : الأول : الأوسط :
إسم العائلة للأُم قبل الزواج : _____ : رقم التليفون في المنزل : _____
عنوان المنزل : _____
إسم الشخص الذي يعيش معه الطالب إذا كان غير الأهل : _____
إسم العائلة : _____ : الإسم الأول : _____ : الصلة : _____

إذا عانى ولدك أياً من القضايا الصحية التالية ، فالرجاء إعطاء تواريخ وقوعها :

التاريخ	/	التاريخ
_____ : مشاكل في القلب :		_____ : السكري :
_____ : العظام المكسورة :		_____ : نقص السكر في الدم :
_____ : إصابات الرأس :		_____ : الربو / الصغير :
_____ : إزالة اللحمية / اللوزتين :		_____ : إلتهاب الشعب الهوائية :
_____ : الجراحات الأخرى :		_____ : الإلتهاب الرئوي :
_____ : الإقامة في المستشفى للعلاج :		_____ : عدوى بكتيريا :
_____ : تصحيح البصر :		_____ : الحمى القرمزية :
_____ : إضطراب نقص الإنتباه :		_____ : إلتهايات الأذن :
_____ : مشاكل السلوك :		_____ : إلتهاب الكبد الفيروزي :
_____ : الحساسية ، (القائمة) :		_____ : الجدري :
_____ : التشنجات / المضبوطات / الإغماء :		_____ : شهقة سعال ديكي :

أذكر أية مضاعفات في أي من القضايا الصحية المذكورة أعلاه :

HEALTH HISTORY (Form D)
تاريخ الحالة الصحية

أذكر ما إذا كان في العائلة أي من الأمراض التالية :

- مرض القلب (الحممة الروماتزية): _____ .
-- السكري : _____ .
مرض السل : _____ .
مشاكل في الرؤية : _____ .
داء الصرع : _____ .
الربو : _____ .
مشكلات في السمع : _____ .
الحساسيات : _____ (أعطني قائمة بها) .

أذكر أية ملاحظات أو توصيات بشأن صحة ولدك : _____

هل ولدك تحت أي علاج طبي وهل يتناول بعض الأدوية ؟ : نعم : _____ : كلا : _____ .
إذا كانت الإجابة ب "نعم" ، فالرجاء تزويد إسم الدواء وسبب تناوله : _____

معلومات طبية :
إسم شركة التأمين الصحية : _____

طبقاً لقسم الأنظمة الصحية في ولاية بنسلفانيا ، فإنه من الضروري أن يوجد في ملف المنطقة المدرسية نسخة عن الفحص البدني وعن فحص الأسنان لكل طالب .
يرجى التأشير أدناه على خياركم المفضل : (وينبغي إستكمال هذه الفحوص الطبية قبل 15 أكتوبر) :
-- لفحص البدني : -- إستخدام طبيب العائلة : _____ أو : إستخدام طبيب المدرسة : _____ .
-- لفحص الأسنان : -- إستخدام طبيب العائلة : _____ أو : إستخدام طبيب المدرسة : _____ .

وفي حالة الطوارئ ، عندما لا يمكن الإتصال بي ، فأنا الموقع أدناه ، أعطي موافقتي على أخذ إبني/إبنتي إلى المستشفى لتلقي العلاج اللازم .

التاريخ

إمضاء الأهل / الوصي

PENNSYLVANIA IMMUNIZATION REQUIREMENTS (Form D)

متطلبات التطعيمات في ولاية بنسلفانيا

الأولاد في جميع الصفوف من صف الروضة إلى الصف الثاني عشر ، (K - 12) ، في حاجة إلى اللقاحات التالية :

- أربع جرعات من لقاح الكزاز * ، (جرعة واحدة في عيد الميلاد الرابع أو بعد ذلك) .
- أربع جرعات من لقاح الدفتيريا * ، (جرعة واحدة في عيد الميلاد الرابع أو بعد ذلك) .
- ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال .
- جرعتين من لقاح الحصبة ** .
- جرعتين من لقاح النكاف ** .
- جرعة واحدة من لقاح الحصبة الألمانية ** .
- ثلاث جرعات من لقاح التهاب الكبد .
- جرعتين من لقاح الجدري ؛ أو أي برهان يشرح المناعة لهذا المرض .

* يعطى عادةً كما ال- DTP أو ال- DT أو Td .
** يعطى عادةً كما ال- MMR

التطعيمات الضرورية الإضافية للدخول إلى الصف السابع (7th grade) :

- جرعة واحدة من لقاح المكورات السحائية ، (MCV) .
- جرعة واحدة من لقاحات الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي اللاخوي (Tdap) ، (إذا انقضت خمس سنوات منذ التحصين الأخير ضد الكزاز) .

الضروريات المقترحة الإضافية للسنة الدراسية 2016-2017 :

الصف الثاني عشر ، (12th grade) :

- جرعة واحدة إضافية للقاح المكورات السحائية ، (MCV) .

الحدود المقترحة فيما يتعلق بالفسحة المؤقتة :

- إزالة فسحة الثمانية أشهر للإلتزامات بالتطعيمات المطلوبة .
- إعطاء الطلاب المجال لمدة خمسة أيام لتقديم وثائق للتطعيم .
- تطلب استبعاد الطالب الذي يفتقر إلى جرعة واحدة و/ أو إلى الجرعة الأولى من لقاح متعدد الجرعات .

الاعفاءات

الإعفاءات الوحيدة لقوانين المدرسة للتطعيمات هي الأسباب الطبية ، والمعتقدات الدينية ، أو التحفظات المبنية على أسس أخلاقية . إذا كان ولدك معفى من التطعيمات ، فإنه من الممكن إزالته / إزالتها من المدرسة أثناء تفشي المرض .

AFFIRMATION OF PRIOR DISCIPLINE RECORD (Form E)

تأكيد لسجلات الإنضباط السابقة

قانون ولاية بنسلفانيا يتطلب من أهل كل طالب جديد في المدرسة تقديم قرارٍ محلفٍ يثبت أن ابنهم/ ابنتهم ،
في الحاضر أو في الماضي ، لم يعلقوا أو يطردوا من أية مدرسة لأي من الأسباب التالية :

- 1- عمل أو جرم استخدم فيه السلاح .
- 2- استخدام الكحول أو مخدرات أخرى .
- 3- عمل اذلي متعمد لشخصٍ آخر .
- 4- ارتكاب عمل من أعمال العنف الذي أدخل ضرراً في ممتلكات المدرسة .

أنا ، _____ ، هنا أقسم أو أثبت أن ابني / ابنتي ،
إسم الأهل أو الوصي

إسم الطالب :

الأوسط	الأول	العائلة
--------	-------	---------

إختار أحد الخيارين أدناه :

إختار أحد الخيارين أدناه :

1- _____ لم يعلق أو يطرد من المدرسة
لأي من الأسباب المذكورة أعلاه .

1- _____ ليس في الحاضر معلقاً أو مطروداً
من المدرسة لأي من الأسباب المذكورة أعلاه .

2- _____ قد علق أو طرد من المدرسة
لسببٍ أو أكثر من الأسباب المذكورة أعلاه .

2- _____ معلقاً أو مطروداً في الحاضر من المدرسة
لسببٍ أو أكثر من الأسباب المذكورة أعلاه .

إذا كان ولدك ، في أي وقتٍ مضى ، قد علق أو طرد من المدرسة ، فالرجاء تزويد المعلومات التالية :

- إسم المنطقة المدرسية : _____

- إسم المدرسة : _____

- عنوان المدرسة : _____

- رقم تليفون المدرسة : _____

- سبب التعليق أو الطرد : _____

- مدة التعليق أو الطرد : _____

- إسم الشخص الذي علق أو طرد إنكم / إنتكم من المدرسة : _____

التاريخ

إمضاء الأهل / الوصي

401 EAST HANCOCK STREET
Lansdale , PA 19446
215-853-1086

RELEASE OF STUDENT RECORDS (Form F)
الإذن بنشر سجلات الطالب

يرجى من الأهل / الوصي تعبئة هذا الطلب .

المدرسة السابقة :

إسم المدرسة

عنوان المدرسة

رقم التليفون رقم الفاكس

أنا الموقع أدناه ، أعطي الإذن لنشر سجلات الطالب المسمى أدناه والتي تتعلق بمجالات التعليم والصحة
وتقارير التربية الخاصة وغيرها . كما أنني أعطي هذا الإذن لممثل المنطقة من أجل التواصل مع المدرسة
المسماة أعلاه للحصول على أية معلومات مطلوبة من قبل المدرسة .
-- إسم الطالب :

العائلة الأول الأوسط

-- تاريخ الميلاد :

التاريخ إمضاء الأهل أو الوصي

يرجى إرسال أو إحضار السجلات إلى :

-- إسم المدرسة :

-- العنوان :

-- التليفون : الفاكس :

إن المعلومات التي نُشرَتْ هي فقط للإستخدام من قبل منطقة نورث بن المدرسية ؛ وإن محتواها لا يمكن
نشرها أو إبلاغها إلى أي شخصٍ آخر إلا بإذن من الوالدين أو الأوصياء .

الإمضاء : اللقب : التاريخ :

CHILD INFORMATION CUSTODY (Form G)

معلومات حول وصاية الأولاد

إن المعلومات المطلوبة أدناه ضرورية بالنسبة إلى الولد الذي لا يعيش مع والديه الطبيعيين بسبب انفصال أو طلاق الوالدين. ورغم أن الولد يسكن مع أحد الوالدين المكلف به، فإن القانون يعطي كلا الوالدين المساواة في الوصول إلى الولد والحصول على سجلاته؛ إلا إذا كان هناك حظر خطي يمنع تلك المساواة. ومن الضروري أن يكون لدى المدرسة نسخة عن أي أمر من المحكمة يحدد حقوق أي من الوالدين الذي لا يملك الوصاية على الولد. (راجع الرقم 5 أدناه) .

1-- إسم الولد : _____

2-- إسم الوصي، (أحد الوالدين)، الذي يسكن الولد معه : _____

3-- إسم الغير وصي، (أحد الوالدين)، وعنوانه (إذا كان معروفاً) : _____

4-- هل لديك الوصاية القانونية من خلال أمر قضائي : نعم _____ : كلا _____ : معلق _____

تاريخ الإتهاء المتوقع : _____

إشرح نوع الوصاية، (مثلاً : منفردة : رئيسية : مشتركة : إلخ) : _____

5-- إذا كان هناك أمر من المحكمة، فهل يوجد فيه ما يحد الأهل (الغير الأوصياء) من الحصول على السجلات المدرسية : نعم _____ : كلا _____ .

إذا كانت الإجابة ب"نعم"، يجب وضع نسخة من أمر المحكمة في ملف مدرسة الولد .

6-- هل يمكن السماح للولد تسليمه من المدرسة إلى الأهل (الغير وصي) ؟ نعم _____ : كلا _____

7-- هل ستزود الأهل (الغير وصي)، على شكل منتظم، بمعلومات عن الولد، مثل تقارير مدرسية

كالعلامات والاجتماعات مع الأساتذة ؟ نعم _____ : كلا _____ .

8-- الرجاء، تزويد أي معلومات إضافية تتعلق بوصاية ولدك : _____

إمضاء الوصي (الأهل)

إسم الوصي

التاريخ