

تسجيل جديد / بطاقة طوارئ
المنطقة التعليمية xx

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

بيانات الطالب

الاسم الأخير للطالب: (كما يظهر في شهادة الميلاد)	الاسم الأول للطالب: (كما يظهر في شهادة الميلاد)	الاسم الأوسط للطالب:
الصف:	النوع:	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
مدينة الميلاد:	ولاية الميلاد:	بلد الميلاد:
مقاطعة الميلاد:		
الأثنية:		
<p>1. هل هذا الولد هسباني أو لاتيني؟ (حدّد اختيار واحد). <input type="checkbox"/> كلا، ليس هسباني أو لاتيني. <input type="checkbox"/> نعم، هسباني أو لاتيني.</p> <p>2. هل هذا الولد (حدّد اختيار واحد أو أكثر. يتعين عليك تحديد اختيار واحد على الأقل). <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين. <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو أفريقي. <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من جزر أخرى في المحيط الهادي.</p>		

معلومات عن ولي الأمر/الوصي

الأسرة 1 (الأساسية) التي يقيم معها الطالب		
عنوان المنزل:	المدينة:	الولاية:
الاسم (جهة الاتصال الرئيسية):	الاسم (جهة الاتصال الثانوية):	
حدّد اختيار واحد:	حدّد اختيار واحد:	
<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> زوجة الأب <input type="checkbox"/> زوج الأم <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> شخص آخر	<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> زوجة الأب <input type="checkbox"/> زوج الأم <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> شخص آخر	
عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:	
رقم الهاتف الرئيسي (كافة الاتصالات المؤتمنة تذهب إلى هذا الرقم):	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> العمل	
رقم الهاتف الثاني:	رقم الهاتف الثاني:	
<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> العمل	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> العمل	
رقم الهاتف الثالث:	رقم الهاتف الثالث:	
<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> العمل	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> العمل	
رب العمل:	رب العمل:	
الأسرة 2		
عنوان المنزل:	المدينة:	الولاية:
الاسم:	الاسم:	
حدّد اختيار واحد:	حدّد اختيار واحد:	
<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> زوجة الأب <input type="checkbox"/> زوج الأم <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> شخص آخر	<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> زوجة الأب <input type="checkbox"/> زوج الأم <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> شخص آخر	
رقم هاتف المنزل:	رقم هاتف المنزل:	
عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:	
رقم هاتف العمل:	رقم هاتف العمل:	
رقم الهاتف المحمول:	رقم الهاتف المحمول:	
رب العمل:	رب العمل:	

معلومات حول حضانة الطفل

يقيم الطالب في: <input type="checkbox"/> مسكن رئيسي <input type="checkbox"/> مسكن ثانوي <input type="checkbox"/> مسكن مشترك <input type="checkbox"/> غير ذلك (فسّر): _____
من له حق الحضانة القانونية على الطالب؟ <input type="checkbox"/> الأم فقط <input type="checkbox"/> الأب فقط <input type="checkbox"/> حضانة مشتركة <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____

معلومات عن الأشقاء

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

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

اسم المدرسة:	آخر صف تم إتمامه:
العنوان:	المدينة/الولاية:
العام الذي التحق طفلك فيه بمدرسة في الولايات المتحدة:	هل تم طرد طفلك من منطقة تعليمية سابقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
رقم الهاتف:	الرمز البريدي:

هل يشارك طفلك حالياً في أي من خيارات البرامج التالية؟

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

تستخدم المعلومات التالية كجزء من عمليات الفرز المطلوبة بموجب PI 11.02(2)(b) لتحديد الطلبة الذين يحتاجون أو قد يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة. هل لدى طفلك أي من الحالات التالية؟

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

نعم	لا	توحد (A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإعاقة الفكرية / إعاقة أخرى في النمو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف العظام (OI, Orthopedic Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف صحي خلاف ذلك (OHI, Other Health Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تأخر واضح في النمو (SDD, Significant Developmental Delay)
غير ذلك، اذكر:		

نعم	لا	صعوبة تعليمية محددة (SLD, Specific Learning Disability)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطرابات سلوكية عاطفية (EBD, Emotional Behavior Disability)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف التحدث واللغة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إصابة دماغية رضوية (TBI, Traumatic Brain Injury)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعاقة بصرية (VI, Visual Impairment)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعاقة سمعية (HI, Hearing Impairment)

لا	نعم	هل تم تقييم طفلك من قبل أو إلحاقه ببرنامج لذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة؟ (يشتمل هذا على خدمات الطفولة المبكرة قبل بدء رياض الأطفال). إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التوضيح:
لا	نعم	هل لديك أولاد أصغر سناً (حتى عمر الخمس سنوات) قد يتأهلون لأي برامج خاصة أو استثنائية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكرهم:
تاريخ الميلاد	اسم العائلة	الاسم الأول

معلومات الطوارئ

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

الاسم	العلاقة	رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	رقم الهاتف المحمول

معلومات طبية

اسم الطبيب:	رقم هاتف الطبيب:	اسم طبيب الأسنان:	رقم هاتف طبيب الأسنان:
شركة التأمين:	رقم هاتف المجموعة:		
مخاوف صحية ذات أهمية:			
أنواع حساسية معروفة (حدد):			
هل يحتاج طفلك تناول أدوية في المدرسة سواء بوصفة طبية أو بدونها؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الرجوع إلى المكتب للحصول على النموذج المناسب لذلك.			
إذا رأت الهيئة المدرسية أن هناك حاجة إلى علاج طارئ، أخول نقل طفلي بسيارة الإسعاف إلى المستشفى لتلقي العلاج، وأفهم أن مزود خدمة الإسعاف المُستدعى يحتفظ بحقه في توصيل المريض إلى أقرب مستشفى لتقديم الرعاية الطبية المطلوبة حسب اختياره، إذا ما كان هذا ضرورياً.			
وأخول - بموجب هذه الوثيقة - الطبيب / الأطباء في المستشفى بتقديم العلاج الطارئ لطفلي. وبرد علمي فإن البيانات المقدمة أعلاه حالية وصحيحة.			
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____			

التحقق من الإقامة

هناك ثلاث وثائق مطلوبة: وثيقة واحدة على الأقل من خانة (أ) ووثيقتين من خانة (ب). ملاحظة: رخصة القيادة وفاتورة الهاتف المحمول لا يُعتد بهما كإثبات للإقامة.	
خانة (أ): (وثيقة واحدة على الأقل مما يلي)	خانة (ب): (وثيقتان مما يلي)
1. إخطار ضريبة الأملاك 2. البيان الختامي لشراء المنزل	1. فاتورة المرافق عن الشهر الحالي (الماء/الغاز/الكهرباء فقط) 2. شهادة تسجيل المركبة

3. عقد الإيجار أو الشراء لأي عقار داخل حدود المنطقة
أ- ينبغي أن يشتمل عقد الإيجار على اسم المجمع الذي تقع به الشقة ورقم هاتف المالك
ب- يتعين على ولي الأمر والطالب اللذان يزعمان السكن في أي عقار مستأجر أن يقدموا عقد إيجار موقع يذكرهما معاً كساكنين

3. بيان تأمين على السيارة أو الصحة
4. نموذج W-2، أو دخل الضمان التكميلي SSI، أو مديكيد Medicaid، أو BadgerCare، أو غير ذلك من بيانات مخصصات المقاطعة/الولاية/المخصصات الفيدرالية
5. إشعار تجديد ترخيص اللوحة
6. إشعار تجديد رخصة القيادة
7. غير ذلك على النحو الذي تعتمده المنطقة في ظروف مخففة

يشترط قانون ولاية ويسكونسن رقم 121.77 التحاق الطلبة بمدرسة في المنطقة التي يسكنون بها، وأن تفرض المنطقة التعليمية رسوماً على الطلبة من غير سكان المنطقة. وتتحقق المنطقة من صحة البيانات السكنية. ويتحمل الأطراف المسؤولون الموقعون على هذه الشهادة مسؤولية دفع الرسوم التعليمية بالإضافة إلى أية مصاريف تعليمية إضافية أو نفقات أخرى، في حال تقرر أن الطالب/الطلاب ليس/ ليسوا من سكان المنطقة.

بصفتي ولي الأمر/الوصي، أقر أننا نسكن حالياً في هذه المنطقة، أو أننا قد أكملنا كافة الأعمال الورقية الضرورية للالتحاق بمدرسة في هذه المنطقة، وأن المعلومات المقدمة في هذه الوثيقة صحيحة.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

هذه المنطقة لا تمارس أي تمييز على أساس النوع، أو العرق، أو الأصل القومي، أو السن، أو الأسلاف الأولين، أو العقيدة، أو الحمل، أو الحالة الاجتماعية أو الأبوية، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقات الجسدية أو العقلية أو العاطفية أو التعليمية، أو أي إعاقة أخرى، أو على أي أسس أخرى محظورة وفقاً لقانون الولاية أو القانون الفيدرالي.