



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؟

منطوقة

مكتوبة

كلا نعم، أي لغة؟

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 الطوارئ

EMERGENCY CONTACT 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 الطوارئ

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:	<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"/> 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 _____

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:	/ /

معلومات إضافية

هل يشارك الطالب في الرعاية المدرسية أو بعد المدرسة؟

لا

نعم، أكمل ما يلي:

إسم الموقع: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

() _____

الرعاية/ بعد الرعاية المدرسية

هل هناك أي معلومات إضافية قد تساعدنا في معرفتها؟



المعلومات الصحية السنوية

2021 - 2020

ANNUAL HEALTH INFORMATION 2020 - 2021



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

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

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

*إذا أجبت بنعم على اي من الأسئلة المذكورة اعلاه ضمن الأدوية و الإجراءات الخاصة، فيرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية لطفلك بإكمال نموذج تفويض الدواء/ الإجراءات 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؟ نعم كلا

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

Form Received

DATE

STAFF PERSON

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 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.

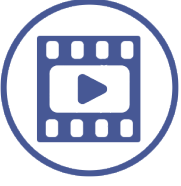
لماذا هذا مهم؟

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



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



الرجاء طباعة جميع المعلومات

للعام الدراسي 2020-21، سيكون لدى كل طفل الخيار لحضور المدرسة التي يختارونها إما شخصياً أو عبر الإنترنت. يرجى إستخدام هذه الإستمارة لإعلامنا بإختياركم. سيكون لديك الفرصة لتغيير قرارك الأساسي قبل بدء المدرسة و بإمكانك تحديث قرارك في أي وقت. لتغيير إجابتك، يرجى الإتصال بالمدرسة مباشرةً.

كيف تريد أن يعود طفلك إلى المدرسة في الخريف؟ (اختر واحدة.)

عبر الإنترنت فقط: في إطار إفتراضي، سيكون لدى الطلاب القدرة على الوصول الى الدورات عبر الإنترنت مع مدرسين مرخصين. ستكون المواد الإختيارية المتوفرة بشكل رئيسي عبر الإنترنت محدودة، بينما سيتم التركيز على المواد التعليمية الأساسية وهي آداب اللغة الإنجليزية، الرياضيات، العلوم، والدراسات الإجتماعية. الحضور اليومي إلزامي. سيتم توفير الدرجات والواجبات.

شخصياً فقط: في إطار شخصي، سنقوم بتحديد عدد الطلاب المتواجدين شخصياً في الصف الى 20 طالباً أو أقل. سيتم إختصار اليوم الدراسي مع تركيز على آداب اللغة الإنجليزية والرياضيات. سيستمر توفير الدعم في مجموعات صغيرة لآداب اللغة الإنجليزية والرياضيات. سيظل للطلاب وصول الى الفنون، الموسيقى، الرياضة البدنية، والإستراحة. ستشمل معايير السلامة إختبار كوفيد للموظفين، فحوصات الحرارة والأعراض اليومية للموظفين والطلاب، تنظيف عميق يومي للصفوف، وإستخدام الكمامات لجميع الموظفين والطلاب.

إسم الطالب: _____

تأريخ ميلاد الطالب: _____

مدرسة الطالب (للعام الدراسي 2020-21): _____

توقيع الوالد/ ولي الأمر: _____

**VERIFY THAT THE FORM HAS BEEN SIGNED BY THE PARENT / GUARDIAN AND
KEEP ON FILE AT YOUR SCHOOL WITH ALL ENROLLMENT DOCUMENTATION.
STUDENT'S SELECTION SHOULD BE ENTERED INTO POWERSCHOOL.**