



تسجيل الطلاب في المدارس
قائمة بالأشياء التي يجب إحضارها معك

****يرجى الاتصال بالرقم 930-1008 (607) لتحديد موعد التسجيل الخاص بك**.**

يرجى الاتصال بالرقم 930-1008 (607) لتحديد موعد التسجيل الخاص بك

مرحبًا بكم: في منطقة مدارس Johnson City ! نتطلع إلى العمل معك ومع أطفالك. Johnson City لديها الآن تسجيل مركزي، التي تقع في الجناح الإداري لمدرسة Johnson City الثانوية (666 Reynolds Road).

من أجل منع التأخير في بدء طفلك (أطفالك) المدرسة في الوقت المناسب، يرجى تسجيل طفلك (أطفالك) في أقرب وقت ممكن. إذا انتقلت خلال الصيف، يرجى عدم الانتظار لشهر سبتمبر لتسجيلهم. **اتصل بمكتبنا في أقرب وقت ممكن لتحديد موعد لبدء عملية التسجيل حتى يتمكن طفلك (أطفالك) من بدء المدرسة في الوقت المحدد.**

ولجعل عملية التسجيل تسير بأسرع ما يمكن وبسهولة، ينبغي للوالدين أو الأوصياء أن يبدأوا في تجميع أنواع معينة من الوثائق المتعلقة بأطفالهم. بعض هذه الوثائق ضرورية للغاية بموجب قانون ولاية New York. الوثائق الأخرى مفيدة جدًا لتجهيز المنطقة لتكون قادرة على وضع الطلاب الجدد في أفضل بيئة تعليمية ممكنة في أسرع وقت ممكن بعد بدء الفصول الدراسية. يرجى الرجوع إلى موقعنا على الإنترنت على www.jcschools.com للحصول على معلومات إضافية. فيما يلي قائمة بالوثائق التي سيكون من المهم إحضارها إلى موعد التسجيل الخاص بك:

- إثبات وثائقي لسن الطالب (مثل شهادة ميلاد الطالب)
- إثباتان (2) للإقامة - الإيجار، فاتورة (فواتير) المرافق، أو البريد الرسمي من مصدر خارجي. **لن نقبل البريد أو البريد المكتوب بخط اليد من مدارس JC.**
- سجلات التطعيم
- نسخة من أحدث خطة IEP أو خطة القسم 504 (إن أمكن)
- هوية صورة الوالد/الوصي
- إصدار المحكمة لإثبات الوصاية القانونية و/أو أمر الحماية
- السجلات/النسخ المدرسية أو بطاقة التقرير النهائية/الأحدث لانخفاض الدرجات

سيُطلب منك التوقيع على نموذج الإفراج حتى تتمكن من إرسال طلب تسجيل بالفاكس إلى منطقة تعليمك السابقة إذا لم تتمكن من الحصول على نسخ لإحضارها معك وقت التسجيل. سنبدل قصارى جهدنا للتواصل مع المدرسة السابقة ولكن لا يمكن تحميل منطقة مدارس Johnson City المسؤولية عن فشل المدرسة الأولى في الاستجابة في الوقت المناسب.

خلق فرص تعليمية لجميع الطلاب استعدادًا للنجاح في مجتمع دائم التغيير

منطقة مدارس JOHNSON CITY

السنة الدراسية ٢٠_____

للاستخدام المكتب فقط:

رقم هوية الطالب

المبنى

المستشار

الصف الحالي: _____

التاريخ المعتمد:

استمارة التسجيل

يرجى الطباعة

يرجى الطباعة

اسم الطالب

(العائلة)

(اب/ابن/III/IV)

(الأول)

(الأوسط)

الجنس

(ذكر/أنثى/تعريف غير ثنائي)

تاريخ الميلاد

مكان الميلاد

(شهر/يوم/سنة)

(مدينة)

(ولاية)

(بلد)

خدمات الدعم

برنامج التعليم الفردي IEP

504

نعم/لا

نعم/لا

حضر يوماً مدرسة JC (نعم/لا)

إذا كان الجواب نعم، فاذكر المدرسة والعام

آخر مدرسة تم الالتحاق بها	الاسم	_____
	العنوان	_____
	المدينة	_____
	تاريخ التخرج	_____
العنوان السكني للطلاب		عنوان البريد الطلابي فقط إذا كان مختلفاً عن السكن
العنوان	_____	العنوان
رقم الوحدة	_____	رقم الوحدة
المدينة	_____	المدينة
الولاية New York	الرمز البريدي _____	الولاية New York
الهاتف الرئيسي	_____	الهاتف الرئيسي
الإقامة الليلية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

استلام رسائل البريد
نعم/لا
العلاقة بالطالب

يعيش مع الطالب
نعم/لا

استلام رسائل البريد
نعم/لا
العلاقة بالطالب

يعيش مع الطالب

آخر نعم/لا

الاب

الام

لا

إذا كان الطالب لا يعيش مع كلا الوالدين، فمن لديه الحضانة القانونية؟
نعم _____

تم استلام وثائق الحضانة

ح
س
ة

أ
ن
ا
و
ل
ي
م
ر

الحالة الزوجية للأوصياء:

أعزب _____

متزوج _____

منفصل _____

مطلق _____

(الرجاء قلب النموذج وإكمال ظهر النموذج)

جهات تواصل إضافية في حالات الطوارئ بخلاف الوصي

1. الاسم			
(الاول)	(اب/اين/III/IV)	(العائلة)	العنوان
(الاول)	(الاول)	عند هذه النقط	العنوان
الرمز البريدي	الولاية	العلاقة بالطالب	المدينة
هاتف العمل	الهاتف المحمول	تليفون المنزل	اسم صاحب العمل و عنوانه

2. الاسم			
(الاول)	(اب/اين/III/IV)	(العائلة)	العنوان
(الاول)	(الاول)	عند هذه النقط	العنوان
الرمز البريدي	الولاية	العلاقة بالطالب	المدينة
هاتف العمل	الهاتف المحمول	تليفون المنزل	اسم صاحب العمل و عنوانه

الطبيب _____ الهاتف _____

اختيار المستشفى _____

أشقاء الطلاب (بمن فيهم الأشقاء من 0 إلى 4 سنوات)

الاسم	المدرسة	الجنس	تاريخ الميلاد	في المنزل
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

معلومات إضافية: _____

أذكر بموجب هذا أنه على حد علمي، فإن إجاباتي على الأسئلة المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة.

توقيع الوالد/الوصي _____ التاريخ _____

توقيع مسؤول المدرسة _____ التاريخ _____

الذي قام بتسجيل الطفل

يجب تقديم هذه الاستمارة شخصياً للتسجيل المركزي،

666 REYNOLDS ROAD, JOHNSON CITY, NY

منطقة مدرسة Johnson City المركزية

هوية الطالب العرقية والإثنية

اسم الطالب

اعتمدت منطقة المدارس المركزية في Johnson City ، امتثالاً لمتطلبات وزارة التعليم بولاية New York ، إجراءً يتطلب جمع وتسجيل الهوية العرقية للطلاب وفقاً للفئات والتعريفات الفيدرالية. وستستخدم المعلومات في ما يلي:

- إبلاغ المعلومات إلى إدارتي التعليم بالولاية والتعليم الاتحادي.
- تخطيط البرامج التعليمية والتأكد من أنها متاحة بسهولة لجميع الطلاب.
- تحليل الاختلافات في الأداء الأكاديمي والحضور وإتمام الدراسة.

إجراءات وأنظمة السرية

إلى موظفي المدرسة: سيتم تقديم هذا النموذج في السجل الدائم للطلاب كمعلومات سرية.
إلى الوالد/الوصي: المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج سرية. وهي محمية بموجب لوائح السرية المذكورة أدناه.

يحظر قانون الحقوق التعليمية والخصوصية الأسرية (1974) الوصول غير المصرح به إلى سجلات الطلاب والإفراج غير المصرح به عن أي معلومات سجل طالب يمكن التعرف عليها إما باسم الطالب أو رقم تعريف الطالب.

التوجيهات إلى الوالدين/الوصي

يرجى الإجابة على السؤالين (1) و (2). يرجى قراءتها قبل الرد. [بالنسبة للسؤال (1) حدد (✓) المربع الذي يصف طفلك على أفضل وجه.] حدد (✓) مربعاً واحداً فقط.
1. هل الطالب من أصل أمريكي إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ أمريكي من أصل لاتيني ولاتيني. أو من أصل إسباني يعني شخصاً كوبياً أو مكسيكياً أو بورتوريكياً أو من أمريكا الوسطى أو من أمريكا الجنوبية أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن العرق.

نعم، أمريكي من أصل إسباني

لا، ليس أمريكي من أصل إسباني

2. اختر عرقاً واحداً أو أكثر من المجموعات العرقية الخمس التالية [بالنسبة للسؤال (2) حدد (✓) جميع المجموعات التي تنطبق على طفلك؛ اختر (✓) مربع واحد على الأقل].

الهندي الأمريكي أو مواطن الأسكا: شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في أمريكا الشمالية والجنوبية (بما في ذلك أمريكا الوسطى)، ويحافظ على الانتماء القبلي أو الارتباط المجتمعي.

آسيوي: شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في الشرق الأقصى أو جنوب شرق آسيا أو شبه القارة الهندية بما في ذلك على سبيل المثال كمبوديا والصين. الهند، اليابان، كوريا، ماليزيا، باكستان. جزر الفلبين وتايوان وفيتنام.

سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ: شخص يعود أصله إلى أي من الشعوب الأصلية في هاواي، غوام، ساموا. أو جزر المحيط الهادئ.

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي: شخص له أصول في أي من المجموعات العرقية السوداء في إفريقيا.

أبيض: الشخص الذي تعود أصوله إلى أي من الشعوب الأصلية في أوروبا أو شمال أفريقيا أو الشرق الأوسط.

توقيع الوالد/الوصي/آخر

التاريخ

العلاقة بالطالب (يرجى اختيار مربع واحد أدناه):

الام الاب الوصي أخرى (حدد): _____

ملاحظة للمدارس/الايجار: يرجى مساعدة الطلاب والأسر في ملء هذه الاستمارة. يجب تضمين النموذج في الصفحة الرئيسية لمواد التسجيل التي تشترك فيها المنطقة مع العائلات. لا تدرج هذا النموذج ببساطة في حزمة التسجيل، لأن إذا كان الطالب يتمتع بصفات الإقامة في سكن مؤقت، لا يُطلب من الطالب تقديم إثبات الإقامة والمستندات الأخرى المطلوبة التي قد تكون جزءًا من حزمة التسجيل.

استبيان السكن

اسم LEA وكالة تعليم محلية:

اسم المدرسة: _____

اسم الطالب:

الاطول

الاول

العائلة

الجنس: ذكر
 انثى

تاريخ الميلاد

شهر

يوم

العام

الصف:

(مرحلة ما قبل المدرسة - 12)

رقم الهوية:

(اختياري)

العنوان:

الهاتف:

ستساعد الإجابة التي تقدمها أدناه المنطقة على تحديد الخدمات التي قد تتمكن أنت أو طفلك من تلقيها بموجب قانون McKinney-Vento. يحق للطلاب المحميين بموجب قانون McKinney-Vento التسجيل الفوري في المدرسة حتى لو لم يكن لديهم المستندات المطلوبة عادةً، مثل إثبات الإقامة، السجلات المدرسية، سجلات التحصين أو شهادة الميلاد. قد يحق أيضًا للطلاب المحميين بموجب قانون McKinney-Vento الحصول على خدمات النقل والخدمات الأخرى مجانًا.

أين يعيش الطالب حاليًا؟ (يرجى اختيار مربع.)

- في ملجأ
 مع أسرة أخرى أو شخص آخر بسبب فقدان السكن أو نتيجة الضائقة الاقتصادية (يشار إليها أحياناً باسم "التضخم")
 في فندق / موتيل
 في سيارة، موقف، حافلة، قطار أو موقع تخيم
 الحالة المعيشية المؤقتة الأخرى (يرجى وصف): _____
 في سكن دائم

كتابة اسم ولي الأمر أو الوصي أو

طالب (للشباب المشردين غير المصحوبين بذويهم)

توقيع ولي الأمر أو الوصي أو

طالب (للشباب المشردين غير المصحوبين بذويهم)

التاريخ

إذا تم اختيار أي مربع بخلاف "في السكن الدائم"، فيجب إحالة الطالب/الأسرة على الفور إلى تواصل MV "McKinney-Vento". في مثل هذه الحالات، لا يلزم إثبات الإقامة والوثائق الأخرى اللازمة سنويًا للتسجيل ويجب تسجيل الطالب على الفور. بعد تسجيل الطالب، يجب على المنطقة/المدرسة الاتصال بالمنطقة/المدرسة السابقة التي حضرتها لطلب السجلات التعليمية للطالب، بما في ذلك سجلات التحصين، ويجب على مسؤول اتصال LEA في منطقة التسجيل مساعدة الطالب في الحصول على أي مستندات أو تطعيمات ضرورية أخرى.

ملاحظة للمدارس/الايجار: إذا لم يكن الطالب يعيش في سكن دائم، فيرجى التأكد من إكمال نموذج التعيين.



الإذن بإصدار السجلات

التاريخ: _____ / _____ / _____

الى: _____

بخصوص: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ مستوى الصف: _____

تم تسجيل الطالب المذكور أعلاه في منطقة مدارس *Johnson City*.

يرجى إحالة آخر سجلاته في أقرب وقت ممكن إلى المعلومات المشار إليها في أسفل هذه الورقة:

✓	شهادة الميلاد	✓	السجل الدراسي/درجات الخروج (المدرسة الثانوية)
✓	السجلات المدرسية	✓	برنامج التعليم الفردي أو خطة القسم 504
✓	سجلات الصحة والتطعيم	✓	تقرير نفسي
✓	درجات الاختبار الموحدة/الحكومية	✓	التاريخ الاجتماعي
✓	سجلات الحضور	✓	جميع التقييمات الحديثة
✓	أحدث بطاقة تقرير	✓	معلومات أخرى ذات صلة
✓	سجلات الانضباط	✓	العلاج المهني و/أو برنامج العلاج الطبيعي

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي القانوني

العلاقة بالطالب: _____

يرجى إرسال سجلات الفاكس/البريد الإلكتروني في أسرع وقت ممكن إلى ما يلي:

مكتب خدمات الطلاب في Johnson City

666 Reynolds Road

Johnson City, NY 13790

تليفون: (607) 930-1008

فاكس: (607) 930-1144

البريد الإلكتروني: cliddic@jcschools.stier.org أو Ltoner@jcschools.stier.org



وزارة التعليم بالولاية/جامعة ولاية NY 12234،ALBANY / NEW YORK
مكتب ما قبل مرحلة الروضة-12

Lisette Colón-Collins، مساعد مفوض

مكتب التعليم الثنائي اللغة واللغات العالمية

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
فلكس: (718) 722-2459 / تليفون: (718) 722-2445

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
فلكس: (518) 474-8775 / (518) 474-7948

استبيان اللغة المنزلية (HLQ)

عزيزي الوالد أو الوصي:
من أجل تزويد طفلك بأفضل تعليم ممكن، نحتاج إلى تحديد مدى فهمه جيداً، وتحديثه، وقراءته، وكتابته باللغة الإنجليزية، بالإضافة إلى المدرسة السابقة والتاريخ الشخصي. يرجى استكمال الفروع التالية المعنونة "المعلومات الأساسية اللغوية والتاريخ التعليمي". إن مساعدتكم في الإجابة على هذه الأسئلة موضع تقدير كبير. شكراً لكم.

يرجى الكتابة بوضوح عند إكمال هذا القسم.	
اسم الطالب:	
الاول	الاول
الاول	الاول
تاريخ الميلاد:	الجنس:
الشهر	اليوم
العام	ذكر <input type="checkbox"/>
	انثى <input type="checkbox"/>
معلومات الوالدين/الشخص المعني بالعلاقة الأبوية:	
اسم العائلة	الاسم الاول
العلاقة بالطالب	

رمز اللغة المنزلية

الخلفية اللغوية (يرجى اختيار كل ما ينطبق.)	
1. ما هي اللغة (اللغات) التي يتم التحدث بها في منزل الطالب أو مسكنه؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
2. ما هي اللغة الأولى التي تعلمها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
3. ما هي اللغة المنزلية لكل من الوالدين/الوصي؟	<input type="checkbox"/> الام <input type="checkbox"/> الاب <input type="checkbox"/>
4. ما هي اللغة (اللغات) التي يفهمها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
5. ما هي اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
6. ما هي اللغة (اللغات) التي يقرأها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
7. ما هي اللغة (اللغات) التي يكتبها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>

يُستكمل هذا القسم حسب المقاطعة التي يكون فيها الطالب مسجلاً:

معلومات عن المناطق التعليمية:	عدد الطلاب في نظام معلومات الطلاب في New York:
اسم المنطقة (رقم) والمدرسة	لعنوان

الصفحة الثانية—(HLQ) استبيان اللغة المنزلية

التاريخ التعليمي

8. أذكر العدد الإجمالي للسنوات التي التحق فيها طفلك بالمدرسة في United States

9. هل تعتقد أن طفلك قد يواجه أي صعوبات أو ظروف تؤثر على قدرته على فهم أو التحدث أو القراءة أو الكتابة باللغة الإنجليزية أو أي لغة أخرى؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى وصفهم.

نعم* لا غير متأكد

*إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء التوضيح: _____

ما مدى خطورة هذه الصعوبات برأيك؟ بسيطة شديدة إلى حد ما شديدة للغاية

10. هل تمت إحالة طفلك إلى تقييم التعليم الخاص في الماضي؟ لا نعم* *يرجى إكمال 10 أب أدناه

10 أب* إذا تمت إحالته للتقييم، فهل تلقى طفلك أي خدمات تعليمية خاصة في الماضي؟

لا نعم - نوع الخدمات المتلقاة: _____

العمر الذي يتم فيه تلقي الخدمات (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

الولادة حتى 3 سنوات (التدخل المبكر) من 3 إلى 5 سنوات (تعليم خاص) 6 سنوات أو أكثر (تعليم خاص)

10 ج. هل لدى طفلك برنامج تعليم فردي (IEP)؟ لا نعم

11. هل هناك أي شيء آخر تعتقد أنه مهم للمدرسة لمعرفته عن طفلك؟ (مثل المواهب الخاصة، والمشاكل الصحية، وما إلى ذلك)

12. عن طريق أية لغة (لغات) ترغب في تلقي معلومات من المدرسة؟ _____

شهر: _____ يوم: _____ عام: _____

التاريخ

توقيع الوالد أو الشخص في علاقة الأبوة

العلاقة بالطالب: الام الاب أخرى: _____

الدخول الرسمي فقط - الاسم/المنصب الإداري للموظفين HLQ

الاسم:

المنصب:

في حالة تقديم مترجم فوري، قائمة بالاسم والمنصب ووثائق التفويض:

الاسم/المنصب الوظيفي للموظفين المؤهلين لمراجعة HLQ وإجراء مقابلة فردية

الاسم:

المنصب:

مقابلة شفوية ضرورية: لا نعم

نتيجة المقابلة الفردية:	إدارة NYSITELL إجادة الإنكليزية راجع فريق الكفاءة اللغوية	**تاريخ المقابلة الفردية:
		شهر _____ يوم _____ سنة _____

الاسم/المنصب الوظيفي للموظفين المؤهلين الذين يديرون "NYSITEL" اختبار تحديد ولاية نيويورك لمتعلمي اللغة الإنجليزية"

الاسم:

المنصب:

تاريخ إدارة NYSITEL: دخول الناشئة انتقال توسع قيادة

مستوى الكفاءة الذي تم تحقيقه على NYSITEL: _____

شهر _____ يوم _____ سنة _____

للطلاب ذوي الإعاقة، قم بإدراج التسهيلات، إن وجدت، التي يتم إدارتها وفقاً لبرنامج التعليم الفردي (IEP) وفقاً لتوصية CSE " لجنة التعليم الخاص"

منطقة مدرسة Johnson City المركزية
تاريخ صحة الطالب الجديد

الاسم: _____ الصف: _____ تاريخ الدخول: ___/___/___

الجنس: ذكر أنثى تاريخ الميلاد: ___/___/___ مكان الميلاد (المدينة، الولاية) _____

التحصينات:

يجب أن يكون لدينا بيان موقع من الطبيب أو شهادة من وكالة الصحة العامة بأن التطعيمات المطلوبة قد تم إعطاؤها. يجب على جميع الطلاب الحاليين والعائدين والجدد تلبية متطلبات التحصين على النحو المنصوص عليه في قانون الصحة العامة لولاية New York.

هل يعاني طفلك من أي من الحالات التالية التي تهدد حياته؟ "الحالة الصحية التي تهدد الحياة" هي حالة، بما في ذلك الحساسية المعروفة، والتي ستعرض الطفل للخطر خلال اليوم الدراسي إذا لم يكن هناك دواء أو أمر علاج

دواء	النوع/التفاعل	لا	نعم	
				حساسية الطعام
				لدغة النحل أو الحشرات
				الربو
				مرض السكري
				اضطراب الصرع
				حالة القلب
				اضطراب في الدم
				اللاتكس
				أخرى

الحساسية: _____

الأدوية الحالية: _____

هل لدى طفلك أي قيود غذائية؟ نعم لا

إذا كان الأمر كذلك، يرجى التوضيح:

أعطي إذنني لاستكمال المدرسة الفحص الطبي في المدرسة.

نعم

لا

النموذج اكمل بواسطة: _____ المدرسة: _____

توقيع ولي الأمر/ الوصي: _____ التاريخ: ___/___/___



إلغاء الاشتراك فقط

أعزائي الآباء والأوصياء:

تلتزم منطقة مدارس Johnson City المركزية بالتواصل علنًا مع أولياء أمور طلابنا والمجتمع ككل. من وقت لآخر، تأتي الصحف المحلية وطواقم الأخبار التلفزيونية إلى مدارسنا للنشر عن أنشطتنا التعليمية والمختلطة وإنجازات الطلاب والفصول الفردية. نشجع الاعتراف المجتمعي الإيجابي بطلابنا وبرامجنا في وسائل الإعلام المحلية وفي منشوراتنا في المنطقة والمدرسة.

إذا كنت لا تريد لأي سبب من الأسباب تصوير طفلك أو تصويره أو اقتباسه أثناء المشاركة في نشاط متعلق بالمدرسة، فيجب توقيع النموذج التالي وإعادته على الفور إلى المكتب الرئيسي لمدرسة طفلك. سيتم إرسال النموذج إلى موظفي المدرسة وسنحترم طلبك. مرة أخرى، يجب إرجاع هذا النموذج فقط إذا لم تمنح إذنك لطفلك ليتم تصويره أو تصويره أو نقله من قبل وسائل الإعلام الإخبارية أو تضمينه في أي منشورات في المنطقة أو المدرسة. ونحن نقدر وقتكم ونظركم في هذه المسألة.

مع خالص التقدير،
(توقيع)

Eric Race
مدير المدارس

يرجى عدم السماح لابنتي/ابني بالمشاركة في الأنشطة التي يتم تصويرها أو تصويرها أو اقتباسها من قبل أي ممثل لوسائل الإعلام أو استخدامها في أي منشورات مدرسية أو محلية.

المدرسة والمعلم

الصف

اسم الطالب

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

خلق فرص تعليمية لجميع الطلاب استعدادًا للنجاح في مجتمع دائم التغيير



منطقة مدرسة Johnson City المركزية
666 Reynolds Road, Johnson City, New York 13790
تليفون: (607)930-1008
www.jcschools.com



إلغاء الاشتراك في شبكة الحاسوب الطلابية والوصول إلى الإنترنت

توفر منطقة مدارس Johnson City المركزية (JCCSD) الوصول إلى الشبكة والإنترنت لجميع طلاب المدارس.

إن استخدام شبكة JCCSD والوصول إلى الإنترنت هو لمساعدة الطلاب في إكمال الأنشطة التعليمية ويجب استخدامه بدقة بموجب القواعد واللوائح المحددة في "سياسة الاستخدام المقبول" لمنطقتنا على النحو الذي وضعه مجلس التعليم لدينا في السياسة 8630. يجب اتباع هذه السياسة في أي وقت يكون هناك اتصال بشبكة المنطقة السلكية أو اللاسلكية.

إذا كنت لا تريد أن يتمكن طالبك من الوصول إلى شبكة JCCSD والإنترنت، فيرجى إكمال وإرسال نموذج إلغاء الاشتراك هذا إلى مدير المدرسة.

وينطبق نموذج إلغاء الاشتراك هذا على السنة الدراسية الحالية ويجب تجديده على وجه التحديد في بداية كل سنة دراسية.

اسم الطالب: _____
(الرجاء الكتابة)
المبنى: _____ التاريخ: _____
(الرجاء الكتابة)
السنة الدراسية: _____ الصف: _____

بصفتي الوالد أو الوصي على هذا الطالب، أفهم أنه من خلال التوقيع أدناه، أطلب إزالة وصول طالبي إلى شبكة JCCSD والإنترنت للعام الدراسي المشار إليه أعلاه.

اسم الوالد/ الوصي: _____
(الرجاء الكتابة)

توقيع الوالد/ الوصي: _____ التاريخ: _____

منطقة مدرسة Johnson City المركزية

666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



نموذج طلب معلومات التحصين/الصحية

الى: _____

بخصوص: _____

تاريخ الميلاد: _____

اسمح واطلب الإفراج عن أي وجميع سجلات التحصين وآخر فحص بدني للطفل المذكور أعلاه من أجل:

مدرسة JC الابتدائية
601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13 790
عناية: ممرضة المدرسة
تليفون: (607) 930-1316/1317
فاكس: (607) 930-1431

مدرسة JC الابتدائية./المدرسة الإعدادية
601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13790
عناية: ممرضة المدرسة
تليفون: (607) 930-1357/1358
فاكس: (607) 930-1434

مدرسة JC الثانوية
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
عناية: ممرضة المدرسة
تليفون: (607) 930-1551/1552
فاكس: (607) 930-1653

وأطلب كذلك من الطرف المذكور أعلاه الإفراج عن أي وجميع المعلومات التي قد تطلبونها عند الطلب.

العلاقة

التوقيع

التاريخ

الشاهد

خلق فرص تعليمية لجميع الطلاب استعدادًا للنجاح في مجتمع دائم التغيير

منطقة مدرسة Johnson City المركزية
لجنة التعليم الخاص
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790 (607-930-1008)

موافقة Medicaid

التاريخ:

تاريخ الميلاد: ___/___/___

رقم التعريف المؤسسي: _____

اسم الطالب: _____

عزيزى الوالد/الوصى:

هذا لطلب إذنك (موافقتك) لفاتورة برنامج تأمين Medicaid الخاص بطفلك للتعليم الخاص والخدمات ذات الصلة الموجودة في برنامج التعليم الفردي لطفلك (IEP).

تسمح هذه الموافقة للمنطقة التعليمية بفاتورة الخدمات الصحية المغطاة ونشر المعلومات إلى وكيل فواتير Medicaid في المنطقة التعليمية لهذا الغرض.

أنا، _____ بصفتي والد/وصى ل _____
تفقت إخطاراً كتابياً من المنطقة التعليمية يشرح حقوقي الفيدرالية فيما يتعلق باستخدام المزايا العامة أو التأمين لدفع تكاليف بعض التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة.

أفهم وأوافق على أن المنطقة التعليمية قد تصل إلى برنامج Medicaid لدفع تكاليف التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة المقدمة لطفلي.

أنا أفهم أن

- لن يؤثر تقديم الموافقة على تغطية برنامج Medicaid الخاص بطفلي/برنامج Medicaid الخاص بي؛
- بناءً على الطلب، يجوز لي استعراض نسخ السجلات التي تم الكشف عنها بموجب هذا التفويض؛
- يجب تقديم الخدمات المدرجة في برنامج التعليم الفردي IEP لطفلي دون أي تكلفة بالنسبة لي سواء أعطيت الموافقة على مشروع قانون Medicaid أم لا ؛
- ولدي الحق في سحب موافقتي في أي وقت ؛
- يجب أن تعطيني المنطقة التعليمية إخطاراً كتابياً سنوياً بحقوقى فيما يتعلق بهذه الموافقة.

أعطي موافقتي أيضاً على المنطقة التعليمية لإصدار السجلات/المعلومات التالية حول طفلي إلى وكالة Medicaid التابعة للولاية لغرض تقديم فواتير للتعليم الخاص والخدمات ذات الصلة الموجودة في IEP لطفلي. سيتم مشاركة السجلات التالية.

السجلات التي يجب مشاركتها (مثل السجلات أو المعلومات حول الخدمات التي يتلقاها طفلك)	
تقرير إدارة الأدوية	IEP برنامج التعليم الفردي
سجل النقل الخاص	أمر كتابي/إحالة
معلومات أخرى يمكن التعرف عليها شخصياً	تقارير التقييم
أي سجلات محددة أخرى تتعلق بخدمات أو برنامج الطالب	ملاحظات الجلسة

أعطي موافقتي طواعية وأفهم أنني قد أسحب موافقتي في أي وقت. أفهم أيضاً أن حق طفلي في تلقي التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة لا يعتمد بأي شكل من الأشكال على موافقتي، وأنه بغض النظر عن قراري بتقديم هذه الموافقة، سيتم تقديم جميع الخدمات المطلوبة في برنامج IEP الخاص بطفلي لطفلي بدون تكلفة على.

توقيع الوالد/الوصى: _____

التاريخ: _____

كتابة الاسم: _____

منطقة مدرسة Johnson City المركزية

666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



الإذن بالفاكس

تاريخ الميلاد

اسم الطالب

أسمح وأطلب إرسال وصفة طفلي للعلاج المهني و/أو خدمات العلاج الطبيعي بالفاكس إلى:

Johnson City منطقة مدارس
601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13790
فاكس: (607) 930-1435

العلاقة

الوالد/الوصي القانوني

التاريخ:

اسم الطبيب:

المجموعة الطبية:

العنوان:

هاتف الطبيب:

فاكس الطبيب:

خلق فرص تعليمية لجميع الطلاب استعدادًا للنجاح في مجتمع دائم التغيير

