|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اسم الطالب بالكامل: الاسم المفضل:  | تاريخ الميلاد:  | النوع:  |
| عنوان منزل الطالب:  |
| هاتف المنزل:  | اللغة (اللغات) المُتحدَث بها في المنزل:  |
| المجموعة العرقية/الإثنية: □ أمريكي من أصل هندي/من سكان ألاسكا الأصليين □ أمريكي أسود أو من أصل إفريقي □ هسباني أو لاتيني □ آسيوي □ أبيض □ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ □ ينتمي إلى عرقين أو أكثر □ غير ذلك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| الرقم التعريفي للطالب *(يستكمل من قِبل البرنامج)*: □ الرقم التعريفي التابع لإدارة التعليم في ولاية نيويورك (NYSED) □ الرقم التعريفي التابع للمنطقة التعليمية | مدرسة الالتحاق:  | الصف الدراسي:  |
| معلم الطالب في المرحلة الابتدائية (مطلوب للطلاب الملتحقين بالصفوف الدراسية 1-5 فقط) حدد غ/م إذا لم يكن ذلك ينطبق |
| اسم الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب:  | العلاقة بالطالب: □ ولي أمر □ وصي □ راعٍ □ قريب □ غير ذلك\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| عنوان الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب (*إذا كان مختلفًا عن عنوان الطالب*): |
| رقم (أرقام) هاتف الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب: البريد الإلكتروني:  |

صورة الطفل (اختياري)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **أسماء جهات الاتصال في حالات الطوارئ** | **مصرح له باستلام الطفل** | **رقم الهاتف الأساسي** | **رقم هاتف آخر/بريد إلكتروني** |
| **جهة الاتصال الأساسية:**  | □ نعم □ لا |  |  |
| **جهة الاتصال الأساسية:**  | □ نعم □ لا |  |  |
| **جهة الاتصال الثانوية:** | □ نعم □ لا |  |  |

**خروج الطالب عند حلول وقت الانصراف**

|  |
| --- |
| أعطي طفلي الإذن بالانصراف وحده عند حلول وقت الانصراف: □ نعم □ لا |
| إذا كانت الإجابة لا، فسوف يتم استلام طفلي بعد المدرسة بواسطتي أو من قِبل أحد الأفراد التاليين:  |
| الاسم:  | الهاتف:  | العلاقة بالطالب:  |
| الاسم:  | الهاتف:  | العلاقة بالطالب:  |

لا يمكن أن يتم استلام طفلي من قِبل الأفراد التاليين:

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم: | العلاقة بالطالب:  |
| الاسم: | العلاقة بالطالب:  |
| الاسم: | العلاقة بالطالب:  |

**خروج الطالب أثناء حالات الطوارئ الطبية**

إذا لم أكن متاحًا أثناء حالات الطوارئ، يمكن السماح لطفلي بالخروج مع أحد الأفراد التاليين:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الاسم:  | الهاتف:  | العلاقة بالطالب:  |
| الاسم:  | الهاتف:  | العلاقة بالطالب:  |

**المعلومات الصحية الخاصة بالطالب**

*جميع المعلومات سرية ويستخدمها طاقم عمل البرنامج لضمان سلامة الطلاب.*

هل يعاني طفلك من أي من الحالات التالية؟

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **حالات الحساسية** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، فاسرد قائمة بما يكون لدى طفلك حساسية تجاهه:إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج/يستخدم طفلك إيبيبن؟ □ نعم\* □ لا |
| **الربو** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، فهل يستخدم طفلك جهاز استنشاق أو دواء آخر لعلاج حالة الربو التي يعاني منها؟ □ نعم\* □ لا |
| **مرض السكري** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج طفلك إلى دواء أو مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم؟ □ نعم\* □ لاإذا كانت الإجابة نعم، فهل لدى طفلك وصفة طبية للحصول على الجلوكاجون؟ □ نعم\* □ لا |
| **اضطراب النوبات** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج طفلك إلى دواء للوقاية من النوبات أو علاجها؟ □ نعم\* □ لا |
| **الحالات البصرية** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، وكان طفلك يحتاج إلى وسائل مساعدة في المدرسة بخلاف ارتداء النظارات أو العدسات اللاصقة، يُرجى التوضيح:  |
| **الحالات السمعية** | □ نعم □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، وكان طفلك يحتاج إلى وسائل مساعدة في المدرسة بخلاف ارتداء وسائل المساعدة السمعية، يُرجى التوضيح:  |
| **القيود الجسدية** | □ نعم □ لا | هل طفلك قادر على المشاركة في حصة التربية البدنية في المدرسة دون قيود؟ □ نعم □ لاإذا كانت الإجابة لا، يُرجى ذكر قيود الأنشطة البدنية:  |
| **الدواء (الأدوية) الآخر (الأخرى)** | □ نعم\* □ لا | إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكره:  |
| هل لطفلك احتياجات غذائية خاصة أو احتياجات صحية أخرى أو احتياجات سلوكية/عاطفية؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح: *\*يُرجى العلم أنه سيتعين تقديم موافقة كتابية من ولي الأمر/الوصي وأمر من مقدم الرعاية الصحية بشأن الأدوية التي يتم تناولها أو إعطاؤها في البرنامج. يُرجى مراجعة مدير البرنامج/منسق الموقع للحصول على التفاصيل.*   |

**الاتفاقيات**

أعطي طفلي الإذن بالتسجيل والمشاركة في برنامج مراكز التعلم المجتمعية (CCLC) للقرن الحادي والعشرين □ نعم □ لا

أدرك أن الاتفاقيات والموافقات التالية **ليست شروطًا مسبقة للموافقة** على المشاركة في برنامج CCLC للقرن 21. □ نعم □ لا

|  |
| --- |
| أوافق على خضوع طفلي للعلاج الطبي الطارئ □ نعم □ لاأوافق على مشاركة طفلي في المقابلات واستخدام الاقتباسات والتقاط الصور أو الأفلام أو أشرطة الفيديو بواسطة [اسم البرنامج]. وكذلك أمنح [اسم البرنامج] الحق في تحرير المنتجات المذكورة واستخدامها وإعادة استخدامها لأغراض غير ربحية بما في ذلك الاستخدام في المطبوعات وعلى الإنترنت وجميع أشكال الوسائط الأخرى. وبموجب ذلك أيضًا أعفي [اسم البرنامج] ووكلائه وموظفيه من جميع المطالبات والطلبات والمسؤوليات بأي شكل من الأشكال فيما يتعلق بما ورد أعلاه. □ نعم □ لاأوافق على مشاركة طفلي في الرحلات الميدانية، بعيدًا عن موقع البرنامج، تحت الإشراف. □ نعم □ لاأدرك أن البرنامج قد يحتاج إلى أذونات إضافية من أجل حالات مثل الحاجة إلى المواصلات وتناول الأدوية ونشر المعلومات والرحلات الميدانية. □ نعم □ لالقد قدمت معلومات عن الاحتياجات الخاصة لطفلي إلى البرنامج للمساعدة في توفير السلامة لطفلي. □ نعم □ لاأدرك أن المعلومات المتعلقة باحتياجات التعلم الخاصة لطفلي ستتم مشاركتها من قِبل مدرسة تسجيل طفلي مع طاقم عمل برنامج CCLC للقرن 21 على أساس الحاجة إلى المعرفة لتحقيق الاستفادة التعليمية لطفلي □ نعم □ لاأوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها متى يطرأ عليها تغيير ومرة واحدة على الأقل كل عام. □ نعم □ لاأوافق على التحدث إلى طاقم عمل البرنامج بشأن التقدم الي يحرزه طفلي ومشاركته في برنامج CCLC للقرن 21. □ نعم □ لاإذا غيرت رأيي في أي وقت بشأن مشاركة طفلي (فيما يتعلق بأي من الجوانب أو جميعها)، فسوف أتواصل مع منسق الموقع. □ نعم □ لا |

**متطلبات بيانات الطالب وموافقة الاستطلاعات/المقابلات**

|  |
| --- |
| *أدرك أن المعلومات الأكاديمية والسلوكية والمعلومات الخاصة بحضور ومشاركة طفلي ستتم مشاركتها مع إدارة التعليم في ولاية نيويورك والمتعاقدين القانونيين معها، لقياس وتقييم جودة وآلية تنفيذ برنامج مركز التعلم المجتمعي للقرن الحادي والعشرين (CCLC للقرن 21) المحلي وكذلك فعالية برنامج ولاية نيويورك في دعم نمو الطلاب، كما هو مطلوب بموجب الباب الرابع، الجزء B من قانون النجاح لكل طالب (ESSA) [انظر بشكل عام القسمين(b) 4205 و* *4203 (14)].**أدرك أنه قد يُطلب مني أنا وطفلي المشاركة في استطلاعات و/أو مقابلات حول برنامج CCLC للقرن 21 وآثاره.**حدد المربع التالي فقط إذا كنت ترغب في الانسحاب وعدم المشاركة في الاستطلاعات و/أو المقابلات. □* |

بالتوقيع أدناه، أقر بأن جميع المعلومات (المذكورة أعلاه) حقيقية وصحيحة على حد علمي.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر/الشخص ذو صلة القرابة/الوصي: توقيع ولي الأمر/الشخص ذي صلة القرابة/الوصي تاريخ التوقيع