

## استمارة طلب إحاق طالب

يُرجى الكتابة بأحرف واضحة يجب أن يقوم ولي الأمر/الوصي القانوني بإكمال هذه الاستمارة

التاريخ: \_\_\_\_\_ المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف الدراسي: \_\_\_\_\_  
اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الجنس - ضع دائرة حول أحد الخيارين: ذكر أنثى هاتف المنزل: \_\_\_\_\_  
العنوان الفعلي: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
يعيش الطالب مع - ضع دائرة حول أحد الخيارات: أولياء الأمر الأم الأب الوصي: العلاقة \_\_\_\_\_  
\*رقم الضمان الاجتماعي (اختياري): \_\_\_\_\_

ولي (أولياء) الأمر/الوصي: (يجب أن تتم عملية التحقق وفقًا لسياسة مجلس المدرسة المحلية)

_____	العنوان: _____	الأم/الوصي:
_____	الهاتف الخليوي: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____
_____	هاتف العمل: _____	صاحب العمل: _____

_____	العنوان: _____	الأب/الوصي:
_____	الهاتف الخليوي: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____
_____	هاتف العمل: _____	صاحب العمل: _____

معلومات خاصة حول الحضانة:

جهات الاتصال في حالة الطوارئ: (يُرجى كتابة أرقام غير أرقامك الخاصة)

جهة الاتصال رقم 1 في حالة الطوارئ \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
جهة الاتصال رقم 2 في حالة الطوارئ \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
العلاقة: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_

<b>هؤلاء الأشخاص لديهم الإذن بأخذ طفلي من المدرسة (وفقًا لإجراءات المغادرة الخاصة بنظام المدرسة)</b>		
_____	العلاقة: _____	1.
_____	العلاقة: _____	2.
_____	العلاقة: _____	3.

اسم آخر مدرسة تم الالتحاق بها وعنوانها: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

\*تُعد خطوة الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number (SSN)) الخاص بطفلك أمرًا اختياريًا. فإذا اخترت عدم تقديم SSN، فسيتم إصدار رقم تعريف مؤقت واستخدامه كبديل. يُطلب SSN الخاص بطفلك لاستخدامه في عملية إحقاقه بالمدرسة كما هو موضح في قانون (2)(b)(2) 1.02-3-290 Ala. Admin. Code).  
سيُستخدم باعتباره وسيلة للتعريف في نظام إدارة الطلاب المُطبق في جميع أنحاء الولاية.

## الإثنية والعرق

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ الصف الدراسي: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يُرجى الإجابة عن السؤالين الأول والثاني

السؤال الأول: هل هذا الطالب إسباني/لاتيني؟ اختر خيار إثني واحد فقط:

كلا، ليس إسباني/لاتيني

نعم، هو إسباني/لاتيني (شخص من كوبا أو المكسيك أو بورتوريكو أو أمريكا الجنوبية أو أمريكا الوسطى أو من ثقافة إسبانية أخرى أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن العرق.

\*السؤال أعلاه عن الإثنية وليس العرق. بغض النظر عما اخترته أعلاه، يُرجى المواصلة للإجابة عن السؤال الثاني التالي عن طريق وضع علامة على مربع واحد أو أكثر لتوضيح عرق الطالب.

السؤال الثاني: ما هو عرق الطالب؟ اختر إجابة واحدة أو أكثر:

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين. شخص ترجع أصوله إلى الشعوب الأصلية في أمريكا الشمالية والجنوبية (بما في ذلك أمريكا الوسطى)، وذو انتماءات قبلية أو روابط مجتمعية.

آسيوي. شخص ترجع أصوله إلى أي من الشعوب الأصلية في الشرق الأقصى أو جنوب شرق آسيا أو شبه القارة الهندية، بما في ذلك، على سبيل المثال، كمبوديا والصين والهند واليابان وكوريا وماليزيا وباكستان وجزر الفلبين وتايلاند وفيتنام.

أمريكي أسود أو أمريكي إفريقي. شخص ترجع أصوله إلى أي من الجماعات العرقية السوداء في إفريقيا.

من السكان الأصليين لجزر الهاواي أو غيرها من جزر المحيط الهادئ. شخص ترجع أصوله إلى أي من الشعوب الأصلية في هاواي أو جوام أو ساموا أو غيرها من جزر المحيط الهادئ.

أبيض. شخص ترجع أصوله إلى أي من الشعوب الأصلية في أوروبا أو الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا.

Office use only:

Ethnicity - Choose only one:

\_\_\_\_ NOT Hispanic/Latino

\_\_\_\_ Hispanic/Latino

Race - Choose one or more:

\_\_\_\_ American Indian or Alaska Native

\_\_\_\_ Asian

\_\_\_\_ Black or African American

\_\_\_\_ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

\_\_\_\_ White

Date:

Staff Signature:

## معلومات إضافية مطلوبة

### متعلقة بأمور عسكرية

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| • الطالب ذو صلة بأسرة لها خدمة عسكرية نشطة                        | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا |
| • الطالب ذو صلة بأسرة لها خدمة عسكرية احتياطية أو متعلقة بالحراسة | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا |

### متعلقة بالتعليم قبل المدرسي

- |  |   |
|--|---|
| • البرنامج التعليمي الصحي (Head Start)                                   | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • برنامج رعاية الطفل في المركز (Center-Based Child Care)                 | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • برنامج الزيارات المنزلية (Home Visitation Program)                     | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • لا يوجد تعليم قبل مدرسي -  | ضع علامة إذا كان لا يوجد تعليم قبل مدرسي <input type="checkbox"/> |
| • برنامج التعليم الأولي قبل المدرسي الممول (FirstClass Funded Preschool) | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • برنامج رعاية الطفل في المنزل (Home-Based Child Care)                   | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • تعليم آخر قبل مدرسي  | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |
| • تعليم خاص مُمول (Special Education Funded)                             | ضع دائرة حول أحد الخيارين: نعم لا                                 |