

مراكز التعلم المجتمعية (CCLC) للقرن 21 في ولاية نيويورك
نموذج التسجيل في [اسم البرنامج] [العام الدراسي]

صورة الطفل (اختياري)	اسم الطالب بالكامل: الاسم المفضل:	تاريخ الميلاد:	النوع:	
	عنوان منزل الطالب:			
	هاتف المنزل:		اللغة (اللغات) المُتحدّث بها في المنزل:	
	المجموعة العرقية/الإثنية: <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي/من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> ينتمي إلى عرقين أو أكثر <input type="checkbox"/> غير ذلك			
	الرقم التعريفي للطالب (يستكمل من قبل البرنامج): <input type="checkbox"/> الرقم التعريفي التابع لإدارة التعليم في ولاية نيويورك (NYSED) <input type="checkbox"/> الرقم التعريفي التابع للمنطقة التعليمية	مدرسة الالتحاق:	الصف الدراسي:	
	معلم الطالب في المرحلة الابتدائية (مطلوب للطلاب المتحقين بالصفوف الدراسية 1-5 فقط) حدد ع/م إذا لم يكن ذلك ينطبق			
	اسم الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب:	العلاقة بالطالب: <input type="checkbox"/> ولي أمر <input type="checkbox"/> وصي <input type="checkbox"/> راع <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> غير ذلك _____		
	عنوان الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب (إذا كان مختلفًا عن عنوان الطالب):			
رقم (أرقام) هاتف الشخص الذي يقوم بتسجيل الطالب: البريد الإلكتروني:				

رقم هاتف آخر/بريد إلكتروني	رقم الهاتف الأساسي	مصرح له باستلام الطفل	أسماء جهات الاتصال في حالات الطوارئ
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	جهة الاتصال الأساسية:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	جهة الاتصال الأساسية:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	جهة الاتصال الثانوية:

خروج الطالب عند حلول وقت الانصراف

أعطي طفلي الإذن بالانصراف وحده عند حلول وقت الانصراف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة لا، فسوف يتم استلام طفلي بعد المدرسة بواسطة أحد الأفراد التاليين:		
الاسم:	الهاتف:	العلاقة بالطالب:
الاسم:	الهاتف:	العلاقة بالطالب:

لا يمكن أن يتم استلام طفلي من قبل 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	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فاسرد قائمة بما يكون لدى طفلك حساسية تجاهه:
الربو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج/يستخدم طفلك إيبينين؟ <input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فهل يستخدم طفلك جهاز استنشاق أو دواء آخر لعلاج حالة الربو التي يعاني منها؟ <input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> لا
مرض السكري	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج طفلك إلى دواء أو مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم؟ <input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فهل لدى طفلك وصفة طبية للحصول على الجلوكاجون؟ <input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> لا
اضطراب النوبات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فهل يحتاج طفلك إلى دواء للوقاية من النوبات أو علاجها؟ <input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> لا
الحالات البصرية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، وكان طفلك يحتاج إلى وسائل مساعدة في المدرسة بخلاف ارتداء النظارات أو العدسات اللاصقة، يُرجى التوضيح:
الحالات السمعية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، وكان طفلك يحتاج إلى وسائل مساعدة في المدرسة بخلاف ارتداء وسائل المساعدة السمعية، يُرجى التوضيح:
القيود الجسدية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل طفلك قادر على المشاركة في حصة التربية البدنية في المدرسة دون قيود؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة لا، يُرجى ذكر قيود الأنشطة البدنية:
الدواء (الأدوية) الآخر (الأخرى)	<input type="checkbox"/> نعم* <input type="checkbox"/> 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 لا

أوافق على مشاركة طفلي في المقابلات واستخدام الإقتباسات 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 لا

أوافق على مشاركة طفلي في الرحلات الميدانية، بعيدًا عن موقع البرنامج، تحت الإشراف. نعم لا

أدرك أن البرنامج قد يحتاج إلى أدوات إضافية من أجل حالات مثل الحاجة إلى المواصلات وتناول الأدوية ونشر المعلومات والرحلات الميدانية. نعم لا

لقد قدمت معلومات عن الاحتياجات الخاصة لطفلي إلى البرنامج للمساعدة في توفير السلامة لطفلي. نعم لا

أدرك أن المعلومات المتعلقة باحتياجات التعلم الخاصة لطفلي ستتم مشاركتها من قبل مدرسة تسجيل طفلي مع طاقم عمل برنامج CCLC للقرن 21 على أساس الحاجة إلى المعرفة لتحقيق الاستفادة التعليمية لطفلي نعم لا

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها متى يطرأ عليها تغيير مرة واحدة على الأقل كل عام. نعم لا

أوافق على التحديث إلى طاقم عمل البرنامج بشأن التقدم الي يحرزها طفلي ومشاركته في برنامج CCLC للقرن 21. نعم لا

إذا 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.

تاريخ التوقيع

توقيع ولي الأمر/الشخص ذي صلة القرابة/الوصي

اسم ولي الأمر/الشخص ذو صلة القرابة/الوصي: