



جيفرسون باريش نظام المدارس العامة

501 مانهاتن, بوليفارد
هارفي, لويزيانا 70058
(504) 349-7600
jpschools.org

تسجيل الطلاب الجدد

معلومات عن الأسرة (Household Information)

الرجاء تقديم رقم الهاتف الأساسي الخاص بعائلتك. سيكون بمقدورك إدخال وسائل اتصال أخرى, بما في ذلك الهاتف الجوال وعاوين البريد الإلكتروني, فيما بعد في عملية التسجيل هذه.

* مفتاح تفضيل الرسائل

الطوارئ - وسيلة الاتصال في حالات الطوارئ
الأولوية العليا - معلومات مهمة / عاجلة من المدرسة أو المنطقة التعليمية
الحضور - إشعار تلقائي عند غيابك عن المدرسة
السلوك - إشعار تلقائي بإحالات السلوك للمدارس المشاركة
عام - رسائل معلوماتية ترسل من المدرسة أو المنطقة التعليمية (أي الأحداث القادمة, الأخبار)

المنزل/ رقم الهاتف الأساسي (Home/Primary Phone)	* الطوارئ (Emergency)	* الأولوية العليا (High Pri)	* الحضور (Attendance)	* السلوك (Behavior)	* عام (General)
الصوت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رسالة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما اللغة التي تفضل تلقي المراسلات المنزلية بها؟

عنوان المنزل (Home Address)

رقم الشارع (Street #)	السوابق (E, N) (Prefix)	اسم الشارع (Street Name)	لقب الشارع (St, Dr, Ave) (Tag)	الاتجاه (الشمال, الغرب, الجنوب, الشرق) (Direct)	رقم الشقة (Apt #)
المدينة, الولاية, الرقم البريدي (City, State Zip)					

معلومات أحد الوالدين / ولي الأمر الأول (Parent Guardian #1)

الاسم الأول (First Name)	الاسم الأوسط (Middle Name)	الاسم الأخير (Last Name)	اللاحقة Sr, Jr (الأصغر, الأكبر)	صلة القرابة (أم / أب / وصي) Relationship	
تاريخ الميلاد (Birth date)	الجنس (Gender)	اللغة المفضلة (Preferred Language)	هل يعيش في نفس العنوان؟ (Same Address)	السلالة/العرق (Race)	اسباني/لاتيني (Hispanic)

الهاتف المحمول (Cell Phone)

* الطوارئ (Emergency)	* الأولوية العليا (High Priority)	* الحضور (Attendance)	* السلوك (Behavior)	* عام (General)
الصوت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رسالة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هاتف العمل (Work Phone)

* الطوارئ (Emergency)	* الأولوية العليا (High Priority)	* الحضور (Attendance)	* السلوك (Behavior)	* عام (General)
الصوت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رسالة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

عنوان (عناوين) البريد الإلكتروني: (Email Address)

* الطوارئ (Emergency)	* الأولوية العليا (High Priority)	* الحضور (Attendance)	* السلوك (Behavior)	* عام (General)	المدرس Teacher
الأساسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الثانوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*نظر مفتاح تفضيل الرسائل في أعلى الصفحة الأولى

حاليا في الخدمة العسكرية الفاعلة: (yes) نعم / (no) لا الشعبة: _____

هل ترغب في أن تتصل بك منظمة أولياء الأمور والمدرسين: رقم الاتصال: _____

معلومات أحد الوالدين / ولي الأمر الثاني (Parent Guardian #2)

صلة القرابة (أم / أب / وصي) Relationship	اللاحقة Sr, Jr (الأصغر, الأكبر)	الاسم الأخير Last Name	الاسم الأوسط Middle Name	الاسم الأول First Name	
اسباني/لاتيني (Hispanic) <input type="checkbox"/>	السلالة/العرق (Race)	هل يعيش في نفس العنوان؟ (Same Address) <input type="checkbox"/>	اللغة المفضلة (Preferred Language)	الجنس (Gender)	تاريخ الميلاد (Birth date)

عام * General	السلوك * Behavior	الحضور * Attendance	الأولوية العليا * High Priority	الطوارئ * Emergency	الهاتف المحمول (Cell Phone)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصوت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رسالة

عام * General	السلوك * Behavior	الحضور * Attendance	الأولوية العليا * High Priority	الطوارئ * Emergency	هاتف العمل (Work Phone)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصوت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رسالة

المدرس Teacher	عام * General	السلوك * Behavior	الحضور * Attendance	الأولوية العليا * High Priority	الطوارئ * Emergency	عنوان (عناوين) البريد الإلكتروني: (Email Address)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأساسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الثانوي

*نظر مفتاح تفضيل الرسائل في أعلى الصفحة الأولى

حاليا في الخدمة العسكرية الفاعلة: نعم (yes) / لا (no) / لا الشعبة: _____
هل ترغب في أن تتصل بك منظمة أولياء الأمور والمدرسين: نعم (yes) / لا (no) / لا رقم الاتصال: _____

الاتصال الأول في حالة الطوارئ (Emergency Contact #1)

تاريخ الميلاد (DOB)	اللاحقة Sr, Jr (الأصغر, الأكبر)	صلة القرابة بالطالب (Relationship)	الاسم الأخير (Last Name)	الاسم الأول, والحروف الأولى من الاسم الأوسط (First Name, Middle Initial)	
الهاتف المحمول (Cell Phone)		هاتف المنزل (Home Phone)	اللغة المفضلة (Language)		الجنس (Gender)
العنوان (Address)		هل يعيش في نفس العنوان؟ (Same Address?) <input type="checkbox"/>	عنوان البريد الإلكتروني (Email)		هاتف العمل (Work Phone)

هل هذا الشخص قريب لك؟ نعم (yes) / لا (no)

الاتصال الثاني في حالة الطوارئ (Emergency Contact #2)

تاريخ الميلاد (DOB)	اللاحقة Sr, Jr (الأصغر, الأكبر)	صلة القرابة بالطالب (Relationship)	الاسم الأخير (Last Name)	الاسم الأول, والحروف الأولى من الاسم الأوسط (First Name, Middle Initial)	
الهاتف المحمول (Cell Phone)		هاتف المنزل (Home Phone)	اللغة المفضلة (Language)		الجنس (Gender)
العنوان (Address)		هل يعيش في نفس العنوان؟ (Same Address?) <input type="checkbox"/>	عنوان البريد الإلكتروني (Email)		هاتف العمل (Work Phone)

هل هذا الشخص قريب لك؟ نعم (yes) / لا (no)

علاقات أسرية أخرى (Other Household Relationships)

استخدم هذا القسم لإدخال الأشخاص الذين يعيشون في المنزل ولكن ليسوا أوصياء/أولياء أمور (الإخوة، الأخوات، إلخ)

اللغة المفضلة (Language)	الجنس (Gender)	تاريخ الميلاد (DOB)	العلاقة (Relationship)	اللاحقة Sr, Jr (الأصغر، الأكبر)	الاسم الأخير (Last Name)	الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط (First Name, Middle)

معلومات الطالب (Student Information)

الإحصائيات السكانية للطالب (Student Demographics)

يرجى التحقق أو إضافة المعلومات أدناه. تحديث أية معلومات غير صحيحة. إدخال اسم الطالب كما يظهر بالضبط في شهادة الميلاد. إذا كان للطالب اسمان أخيران، فيرجى إدخال كل من الاسمين في المربع الموسوم بـ "الاسم الأخير". يرجى إدخال كلا الاسمين بدون شرطة بينهما.

<input type="checkbox"/>	الاسم الأول First Name	الابن بالتبني (ضع دائرة حول واحدة) Foster?
<input type="checkbox"/>	الاسم الأوسط Middle Name	التقدم للمتشردين والهاربين أو المهاجرين (ضع دائرة حول واحدة) (Applying for Homeless)
	الاسم الأخير Last Name	درجة القيد (العام الدراسي التالي) (Enrollment Grade)
كل من الوالدين/الأم/الأب/أخرى	اللاحقة Suffix	مع من يعيش الطالب (ضع دائرة حول واحدة) (Student Living Arrangement)
	إسم الشهرة Nickname	إذا كانت إجابتك "أخرى" أعلاه، فيرجى التحديد: (Other)
	الجنس Gender	الهاتف المحمول للطالب: (Student Cell)
	تاريخ الميلاد DOB	البريد الإلكتروني للطالب (Student Email)
	تاريخ دخول الولايات المتحدة (عند عدم الولادة في الولايات المتحدة الأمريكية) (Date Entered US)	

رقم التأمين الاجتماعي للطالب:**:

** الرقم التأميني الاجتماعي اختياري لأهداف التسجيل. مدارس جيفرسون باريش العامة لا ترفض التسجيل بسبب إخفاق الأسرة في إصدار بطاقة تأمين اجتماعي رسمي.

السلالة/العرقية (Race/Ethnicity)

هل إسباني/لاتيني (yes) نعم / (no) لا
يرجى تحديد كل ما ينطبق. إذا لم تكن أسباباً، فلا بد من ذكر واحد على الأقل.

- هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين
 أسوي
 أمريكي أسود أو أفريقي
 من سكان هاواي أو من سكان جزر المحيط الهادي
 أبيض

خدمات خاصة (Special Services)

لا (No)	نعم (Yes)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى طفلك خدمات تعليم خاصة؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى طفلك خدمات موهبين؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى طفلك خدمات علاج الكلام/اللغة؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى طفلك خدمات إقامة 504 حالياً؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى الطالب خدمات الانجليزية كلغة ثانية؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كان طالبك يتلقى دروساً خصوصية في العام المدرسي الأخير؟*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى طالبك خدمات العودة؟*

متنوع (Miscellaneous)

إذا كان الطالب لانقاً، فهل ستستخدم خدمات الأتوبيس؟ نعم (yes) لا (no)
يرجى فحص نوع التأمين الطبي الذي يشمل طفلك (ضع دائرة حول واحدة):
 خاص مساعدة طبية للفقراء
 برنامج التأمين الصحي للأطفال بولاية
لوزيانا (LaCHIP) لا شيء

إذا كان متاحاً في مدرسة الطالب، فهل مهتمون بخدمات ما قبل/بعد الرعاية؟ نعم (yes) لا (no)

تفضيلات اللغة: يرجى إدخال تفضيلات اللغة للطالب أدناه. (Language Preference)

اللغة الأساسية للطالب (Student Primary)	اللغة الأساسية للوالدين (Parent Primary)
ما هي أول لغة يتحدثها الطالب؟ (First Language)	ما هي أكثر لغة يتم التحدث بها في المنزل؟ (Language at Home)
ما هي أكثر لغة يتحدث بها الطالب مع الأصدقاء (Language with Friends)	هل تلقى طفلك خدمات اللغة الانجليزية كلغة ثانية (ESL/ELL) <input type="checkbox"/> نعم (yes) <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/>

المدارس السابقة (Previous Schools) يرجى إدخال المعلومات المتعلقة بمدرسة التي التحق بها الطالب العام الماضي 2015-2016.

الدولة (Country)	الولاية (State)	المدينة (City)	المدرسة (School)	العام الماضي (2015-2016):

خبرة ما قبل التعليم (ضع دائرة حول واحدة) (Prior Educational Experience)

هل التحق طفلك بمدرسة أو تعليم: ما قبل الروضة بالمدارس العامة / ما قبل الروضة بالمدارس غير العامة / رعاية الطفل المرخصة / برنامج دار الرعاية اليومية العائلية / برنامج لمساعدة الأطفال ذى الدخل منخفض / المدارس القبلية / المنزل

هل أنت مهتم باختبار الطفل للقبول في أكاديمية الدراسات المتقدمة؟ نعم (yes) لا (no)

المعلومات القبلية (Tribal Information)

تأكد مما إذا كان الطالب له قيد فعال داخل قبيلة بالولايات المتحدة: نعم (yes) إذا كانت الإجابة بلا، فانتقل الى قسم "الإسكان المؤقت / قسم المهاجرين"

اسم القبيلة أو الفرقة أو الجماعة: _____
القبيلة أو الفرقة أو الجماعة (ضع دائرة حول واحدة): معترف بها فيدرالياً / معترف بها من الدولة / منتهية / الجماعة الهندية المعترف بها /

اسم الفرد بعلاقات قبلية: _____
اسم الفرد (ضع دائرة حول واحدة): الطفل/والد الطفل/جد الطفل

دليل العضوية كما هو محدد من قبل القبيلة أو الفرقة أو الجماعة
رقم العضوية أو القيد (إن أمكن): _____
إذا كان رقم العضوية غير متاح، فيرجى التوضيح:

اسم وعنوان المنظمة التي تبشر على بيانات العضوية الخاصة بالقبيلة أو الفرقة أو المجموعة:

الإسكان المؤقت / المهاجر (Temporary Housing/Migrant)

هل يكون عنوان الطالب ترتيب معيشة مؤقت؟ نعم (yes) لا (no) (إذا كانت لا، فإنتقل إلى قسم "العلاقات...")

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ترتيب المعيشة المؤقت يرجع إلى فقد السكن أو صعوبات اقتصادية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب يعيش في:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماوى طوارئ / انتقالية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موقتاً مع عائلة أخرى بسبب عدم إمكانية توفير أو إيجاد مسكن ملائم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مع بالغ ليس أحد الوالدين أو وصي قانوني أو وحده بدون بالغ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في مركبة من أي نوع أو موقع مخيم بدون تشغيل المياه / الكهرباء أو مبنى مهجور أو مبنى دون المستوى.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إسكان الطوارئ (أي FEMA Trailer أو مساعدة إيجار FEMA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في فندق / فندق صغير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في انتظار الإيداع في مركز رعاية بالتبني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخرى (وضح):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني طفلك من أي إعاقة أو يتلقى أي خدمات تعليمية خاصة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يبيد طفلك أي سلوكيات قد تتداخل مع أدائه الأكاديمي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تحتاج إلى مساعدة في:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الذي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات الطلاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توريدات المدرسة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرجى التوضيح:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مهاجر - هل انتقلت في أي وقت خلال الثلاث (3) سنوات السابقة للبحث عن عمل مؤقت أو موسمي في الزراعة (بما في ذلك الدجاج أو المواشي أو الحدائق الصناعية أو الأخشاب) أو الصيد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إذا كان نعم، يرجى ذكر العنوان الذي انتقلت منه

العلاقات - أولياء الأمور/الأوصياء (Relationships – Parents/Guardians)

يرجى ذكر أذنان أسماء الوالدين الذين ذكرتهم من قبل. يجب على الأقل تحديد شخص واحد على أنه وصي.

الاسم (Name)	العلاقة (الأم، الأب، العمة) (Relationship)	الوصي** (Guardian)	البريد الإلكتروني** (Mail)	البوابة** (Portal)	مسينجر** (Messenger)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

البريد الإلكتروني - إن هذا الشخص مفوض باستقبال رسائل البريد الإلكتروني للطلاب | البوابة - سيكون هذا الشخص قادرًا على استعراض معلومات الطالب في بوابة أولياء الأمور على الإنترنت لهذا الطالب بما في ذلك الدرجات والحضور. | مسينجر - سيستقبل هذا الشخص معلومات من نظام المدرسة كما هو وارد في الأقسام السابقة (أي تفضيلات جهات الاتصال). يجب تحديد هذا الصندوق لك لتلقي المكالمات ورسائل البريد الإلكتروني من منطقة المدرسة. | تتابع جهات الاتصال - سيتواصل موظفو المنطقة مع جهات الاتصال بالترتيب المحدد.

الخدمات الصحية - معلومات الطوارئ/الحالة الطبية أو الصحية العقلية (Health Services – Emergency Info)

مقدم الرعاية الأساسية: _____ رقم هاتف الرعاية الأساسية: _____

الحالات الصحية الطبية أو العقلية: _____

الخدمات الصحية - الأدوية: (Health Services – Medications)

الأدوية اليومية: نعم (yes) لا (no)

الأدوية الموزعة: في المنزل (at home) في المدرسة (at school)

تعليمات الأدوية: _____

تعليمات أدوية الطوارئ: _____

الأدوية حسب الحاجة: نعم (yes) لا (no)

حيثما كان الدواء مصروفًا حسب الحاجة: في المنزل (at home) في المدرسة (at school)

تعليمات الأدوية حسب الحاجة: _____

اتفاقية إبراء ذمة - الوسائط (مرفق) (Media Release)

نعم - أوافق على نموذج إبراء فوتوغرافيا المنطقة وأمنح إذنًا كما هو محدد في هذا النموذج.

لا - لا أوافق على نموذج إبراء فوتوغرافيا المنطقة ولا أمنح إذنًا كما هو محدد في هذا النموذج.

اتفاقية إبراء ذمة - رحلة ميدانية (Field Trip)

أفهم أنني سأحصل على إذن لكل رحلة ميدانية معتمدة للمدرسة و/أو المنطقة وسأحتاج إلى إعادة نموذج موقع عليه حتى يتمكن الطالب من المشاركة.
الحروف الأولى من الاسم: _____

اتفاقية إبراء ذمة - الاستقدام العسكري (المدرسة الإعدادية/الثانوية فقط) (Military Recruitment)

يرجى التأكد إذا كنت لا ترغب في مشاركة بيانات الاتصال الخاصة بك مع مستخدمين عسكريين. الحروف الأولى من الاسم: _____

اتفاقية إبراء ذمة - التقنية (مرفق) (Technology Agreement)

قرأت وفهمت سياسة الاستخدام المقبولة للتكنولوجيا وأوافق على مراجعة هذه السياسة مع أطفالي.

أشهد أن المعلومات المقدمة، وفقًا لعلمي، صحيحة وحقيقية وكاملة.

توقيع الوالد/الوصي: _____