



نموذج تسجيل الطلاب

STUDENT REGISTRATION FORM

لإستخدام المدرسة فقط SCHOOL USE ONLY

Date of Entry ___/___/___ Grade ___ Homeroom _____

Records checklist:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate* | <input type="checkbox"/> Louisiana Universal Certificate of Immunization* |
| <input type="checkbox"/> Withdrawal Form/Report Card* | <input type="checkbox"/> Custody Papers (if applicable)* |
| <input type="checkbox"/> Proof of Residence 1* | <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores |
| <input type="checkbox"/> Proof of Residence 2* | <input type="checkbox"/> IEP/Evaluation Form |

Other: _____

* required items

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Transcripts (HS) |
| <input type="checkbox"/> Discipline Records |
| <input type="checkbox"/> 504/IAP |

آخر مدرسة حضرها : _____ المدينة : _____ الولاية : _____ الرقم البريدي : _____
الباريش : _____

إستقصاء اللغة في المنزل HOME LANGUAGE SURVEY

- هل تتكلموا لغة اخرى غير الإنجليزية في المنزل ؟ لا نعم (أى لغة ؟) _____
- هل طفلك يتحدث بلغة اخرى غير الإنجليزية ؟ لا نعم (أى لغة ؟) _____
- إذا كانت الإجابة نعم أعلاه , أى لغة تعلمها طفلك أو لا ؟ _____
- إذا كانت اللغة غير الأنجليزية , أى لغة أنت تفضل ان تتلقى المراسلات و المعلومات بها ؟ _____

معلومات الطالب STUDENT'S INFORMATION

الإسم الأخير :	الإسم الأول :	الإسم المتوسط :
العنوان :	المدينة :	الرقم البريدي :
تاريخ الميلاد :	الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الصف : <input type="checkbox"/> إسم الشهرة :
عرق الطالب : (علم على كل ما ينطبق , و إذا تم إختيار أكثر من واحد , ضع دائرة على الذي تريد منا أن نعتبره ان يكون العرق الأساسي للطالب)		
هاواي / جزر المحيط الهادي 5 <input type="checkbox"/> أمريكي من ألاسكا / أمريكي هندي 4 <input type="checkbox"/> أسبوي 3 <input type="checkbox"/> أسباني 2 <input type="checkbox"/> أسود 1 <input type="checkbox"/> أبيض 0 <input type="checkbox"/>		
وسيلة التنقل :	<input type="checkbox"/> المشى / السيارة	<input type="checkbox"/> سيارة الطالب
<input type="checkbox"/> الحافلة المدرسية <input type="checkbox"/> الحافلة المدرسية للتعليم الخاص <input type="checkbox"/> برنامج في المدرسة لرعاية الأطفال بعد إنتهاء المدرسة <input type="checkbox"/> أخرى : _____		
علم على كل ما ينطبق :	خدمات التعليم الخاص / الطالب حصل على خطة تعليم خاصة (الإستثناء) _____	
يحصل على خدمات 504	الطالب يكون خارج منطقة الحضور المدرسية (السبب : _____)	
أذكر أى حالة الصحية , الحساسية , الأدوية , أو متطلبات تغذية لإنقاص الوزن يجب ان نعلم بها : _____		
خبرة تعليم سابقة في الروضة (كاملة إذا كان التسجيل في ما قبل الروضة أو الروضة) إختار واحدة : ما قبل الروضة - ليست عامة (K02) <input type="checkbox"/> ما قبل الروضة - عامة (K01) <input type="checkbox"/>		
ليس ما قبل الروضة (المنزل) (K07) <input type="checkbox"/> القبيلة (K06) <input type="checkbox"/> بداية مبكرة (K05) <input type="checkbox"/> برنامج عائلي لرعاية أطفال في المنزل (K04) <input type="checkbox"/> رعاية أطفال مرخصة (K03) <input type="checkbox"/>		

FATHER'S INFORMATION معلومات الأب				الطالب يسكن معي : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الإسم الأخير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان (إذا كان مختلف عن عنوان الطالب) :		المدينة :		الرقم البريدي :
البريد الإلكتروني :	المحمول :	العمل :	المنزل :	
إممع الصلأحية للءءول على مركز ءءءم الطالب :		ءاريخ الميلاء :		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

MOTHER'S INFORMATION معلومات الأم				الطالب يسكن معي : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الإسم الأخير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان (إذا كان مختلف عن عنوان الطالب) :		المدينة :		الرقم البريدي :
البريد الإلكتروني :	المحمول :	العمل :	المنزل :	
إممع الصلأحية للءءول على مركز ءءءم الطالب :		ءاريخ الميلاء :		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

GUARDIAN'S INFORMATION معلومات الواصى				
(أكمل هذا الجزء فقط إذا كان الطالب يسكن مع شخص غير الوالدين الطبيعيين)				
<input type="checkbox"/> الوالدين بزواج آخر <input type="checkbox"/> الجءوء <input type="checkbox"/> الوالدين بالءبنى <input type="checkbox"/> أءرى (ءءء) _____				
الإسم الأخير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان (إذا كان مختلف عن عنوان الطالب) :		المدينة :		الرقم البريدي :
البريد الإلكتروني :	المحمول :	العمل :	المنزل :	

EMERGENCY CONTACTS الإءءصال فى ءالة الطوارى				
رقم - 1 الإسم الأءير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان :		المدينة :		الرقم البريدي :
المحمول :	العمل :	المنزل :	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	مصرء له باءءلام و إءراء طفلى :
رقم - 2 الإسم الأءير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان :		المدينة :		الرقم البريدي :
المحمول :	العمل :	المنزل :	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	مصرء له باءءلام و إءراء طفلى :
رقم - 3 الإسم الأءير :		الإسم الأول :		الإسم المتوسط :
العنوان :		المدينة :		الرقم البريدي :
المحمول :	العمل :	المنزل :	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	مصرء له باءءلام و إءراء طفلى :

MIGRANT EDUCATION SURVEY إءءءصاء ءءلیم المءاءرىن	
فى الءلاءة سنواء الماضیة , هل أى شءص فى المنزل كان یعمل فى الزراعة أو الصیء ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	