



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"/> Transcripts (HS) |
| <input type="checkbox"/> Proof of Residence 1* | <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores | <input type="checkbox"/> Discipline Records |
| <input type="checkbox"/> Proof of Residence 2* | <input type="checkbox"/> IEP/Evaluation Form | <input type="checkbox"/> 504/IAP |

Other: _____

* required items

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 : ذكر أنثى الصف : _____ 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)

هاوى / جزر المحيط الهادى 5 أمريكي من الاسكا / أمريكي هندي 4 أسبوى 3 أسباني 2 أسود 1 أبيض 0

وسيلة التنقل : المشى / السيارة سيارة الطالب الحافلة المدرسية الحافلة المدرسية للتعليم الخاص

برنامج في المدرسة لرعاية الأطفال بعد إنتهاء المدرسة 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) ما قبل الروضة - عامة (K01)

(ليس ما قبل الروضة) المنزل (K07) القبيلة (K06) بداية مبكرة (K05) برنامج عائلي لرعاية أطفال في المنزل (K04) رعاية أطفال مرخصة (K03)

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 ءءلعم المءاءرىن	
فى الءلاءة سنواء الماضىة , هل أى شءص فى المنزل كان يعمل فى الزراعة أو الصىء ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	