

# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea، المشرف على المدارس



المدير، Akua A. Goodrich

إدارة تسجيل الطلاب

عزيزي ولي الأمر أو من له صلة أبوية:

شكراً لاهتمامكم بالمنطقة التعليمية Syracuse City School District. يُرجى تقديم المعلومات التالية مع أوراق التسجيل الملحقة من أجل تسجيل طفلكم في مدارس المنطقة التعليمية.

## إثبات الإقامة:

يُرجى تقديم دليل بالحضور الفعلي لطفلكم في المنطقة التعليمية للمدرسة. قد يتضمن هذا الدليل ما يلي:

- (1) نسخة من عقد إيجار السكن وإثبات لملكية المنزل أو الملكية المشتركة، مثل سند ملكية أو بيان رهن عقاري؛
- (2) بيان من طرف ثالث مالك للعقار أو المالك أو المستأجر الذي يؤجر منه الوالد (الوالدين) أو من له صلة أبوية، أو الشخص الذي يشاركون معه الملكية داخل المنطقة، والذي قد يكون مصحوباً بيمين أو بدونه؛ أو
- (3) بيان آخر من طرف ثالث يثبت الوجود الفعلي في المنطقة التعليمية للوالد (الوالدين) أو من له (لهم) صلة أبوية.

إذا لم تكن الوثائق المدرجة بالأعلى متاحة، فإن المنطقة ستنظر في أشكال أخرى لوثائق قد تتضمن على سبيل المثال لا الحصر:

- إيصال الدفع؛
  - نموذج ضريبة الدخل؛
  - فواتير المرافق والفواتير الأخرى؛
  - وثائق إثبات عضوية (مثل بطاقات المكتبة) استناداً إلى محل الإقامة؛
  - وثيقة (وثائق) تسجيل الناخب؛
  - رخصة قيادة رسمية، أو تصريح المتعلم للقيادة، أو بطاقة هوية لغير السائقين؛
  - بطاقات الهوية التي تصدرها الولاية أو الحكومة؛
  - وثائق تصدرها وكالات فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية (مثل وكالة الخدمة الاجتماعية المحلية، والمكتب الفيدرالي لإعادة توطين اللاجئين)؛ أو
- إثبات حضانة الطفل، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر حكم حضانة قضائي أو أوراق الوصاية.

قد تُلزم المنطقة التعليمية أيضًا الوالد (الوالدين) بتقديم إقرار إما أن:

(1) تشير إلى أنه الوالد (الوالدين) الذي يقيم معه الطفل بصورة قانونية؛ أو

(2) تشير إلى أنه الشخص (الأشخاص) الذي له صفة أبوية للطفل، ولديهم حق حضانة الطفل والسيطرة عليه بشكل كامل ودائم، ووصف كيفية حصولهم على حق حضانة الطفل والسيطرة عليه بشكل كامل ودائم، سواء من خلال الوصاية أو غير ذلك.

سوف تقبل المنطقة التعليمية أيضًا أي دليل إثبات آخر كوثائق تثبت أن الطفل يقيم مع راعٍ تم وضعه من قبل وكالة فيدرالية.

### **إثبات العمر:**

قد تتطلب المنطقة وثائق و/أو معلومات تثبت عمر الطفل. يُرجى تقديم نسخة مُصدقة من شهادة الميلاد أو سجل التعميد (يشمل ذلك نسخة أجنبية مُصدقة لشهادة ميلاد أو سجل تعميد) مع ذكر تاريخ الميلاد. يمكن استخدام جواز السفر (بما في ذلك جواز السفر الأجنبي) في حال لم تكن تلك الوثائق متاحة.

عندما لا تكون شهادة الميلاد أو جواز السفر متاحين، قد تنتظر المنطقة التعليمية في أدلة أخرى مؤكدة موجودة منذ سنتين أو أكثر. الأدلة الأخرى قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- رخصة قيادة رسمية؛
- بطاقات الهوية التي تصدرها الولاية أو الحكومة؛
- بطاقة هوية مدرسية عليها الصورة وتاريخ الميلاد؛
- بطاقة الهوية القنصلية؛
- سجلات المستشفى أو السجلات الصحية؛
- بطاقة الهوية للمُعال التابع للعسكريين؛
- وثائق تصدرها وكالات فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية (مثل وكالة الخدمة الاجتماعية المحلية، والمكتب الفيدرالي لإعادة توطين اللاجئين)؛
- أوامر محكمة أو وثائق أخرى تصدرها المحكمة؛
- وثيقة السكان الأصليين لأمريكا؛ أو
- سجلات من وكالات مساعدة غير ربحية ووكالات تطوعية.

## دليل إثبات التطعيمات والفحص البدني:

وفقاً لقانون ولاية نيويورك للصحة العامة، فإن المنطقة التعليمية يجب أن تتلقى ما يثبت تطعيم الطفل وفقاً لمتطلبات التطعيم الخاصة بمكتب التطعيم التابع لإدارة الصحة بولاية نيويورك من أجل حضور/دخول المدرسة. ستكون هذه السجلات ضرورية لضمان الحضور المستمر للطفل. بالإضافة إلى ذلك، الرجاء تقديم لنا سجلات أي فحص بدني خضع له الطالب. مؤخراً تفرض ولاية نيويورك على كل طالب يدخل مدرسة حكومية الخضوع لفحص بدني عند الدخول للمنطقة. التعليمية الفحص البدني المُجرى فيما لا يزيد عن اثني عشر شهراً قبل أول يوم من السنة الدراسية المعنية سيتوافق مع هذا الطلب.

## ملاحظة على الحقوق الخاصة بالإحالة لوحدة التقييم لتعليم ذوي القدرات الخاصة:

إن كنت تظن أن طفلك بحاجة إلى برامج أو خدمات تعليم ذوي القدرات الخاصة، فقد تحيله إلى لجنة المنطقة لتعليم ذوي القدرات الخاصة من أجل التقييم. الإحالة يجب أن تتم إلى مدير تعليم ذوي القدرات الخاصة، من خلال العنوان التالي:

**Syracuse City School District, Department of Special Education, 725 Harrison Street, Syracuse, New York, 13210.** يتضمن موقع الانترنت الخاص بالإدارة التعليمية بولاية نيويورك معلومات تتعلق بتلك العملية بالإضافة إلى حقوقك. يمكن الحصول على نسخة من دليل الأباء لتعليم ذوي القدرات الخاصة من خلال الموقع التالي أو عن طريق طلب خطي لقسم تعليم ذوي القدرات الخاصة.

<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm>  
<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

إذا كان لديك أية أسئلة تتعلق بتلك المعلومات، يُرجى الاتصال بإدارة تسجيل الطلاب على الرقم 435-4545 (315). شكراً لك.

وتفضل بقبول فائق الاحترام،



Jaime Alicea  
المشرف على المدارس



## متطلبات التسجيل

تطلب المنطقة التعليمية Syracuse City School District من الوالدين أو من له صلة أبوية بتوفير الوثائق التالية عند تسجيل الطفل في المدرسة:

### A. إثبات عنوان الإقامة (مطلوب وثيقة واحدة (1))

تتطلب المنطقة التعليمية تقديم إثبات واحد لعنوان الإقامة يجب أن يشمل هذا الإثبات اسم الوالد أو الوصي على ألا يتجاوز تاريخه ثلاثين يوماً قبل موعد التسجيل.

1. نسخة من عقد إيجار السكن أو إثبات لملكية المنزل أو الملكية المشتركة، مثل سند ملكية أو بيان رهن عقاري؛ أو
2. بيان موقع من قبل طرف ثالث مالك للعقار أو المالك أو المستأجر الذي يؤجر منه الوالدين أو من له (لهم) صلة أبوية، أو الشخص الذي يشاركون معه الملكية داخل المنطقة، والذي قد يكون مصحوب بيمين أو بدونه؛ أو
3. بيان آخر موقع من قبل طرف ثالث يثبت الوجود الفعلي في المنطقة التعليمية للوالد (الوالدين) أو من له صلة أبوية

يرجى ملاحظة: لو لم تكن الوثائق المذكورة أعلاه متاحة، فإن المنطقة ستنتظر في أشكال أخرى لوثائق الإقامة التي قد تتضمن على سبيل المثال لا الحصر:

- إيصال الدفع
- نموذج ضريبة الدخل
- فواتير المرافق أو الفواتير الأخرى
- وثائق إثبات عضوية استناداً إلى محل الإقامة
- وثائق تسجيل الناخب
- رخصة قيادة رسمية، أو تصريح المتعلم للقيادة، أو بطاقة هوية لغير السائقين؛
- بطاقات الهوية التي تصدرها الولاية أو الحكومة أو الوثائق ذات الصلة بالخدمات أو الإعانات الحكومية
- وثائق تصدرها وكالات فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية (مثل وكالة الخدمة الاجتماعية المحلية، والمكتب الفيدرالي لإعادة توطين اللاجئين)
- إثبات حضانة الطفل، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر حكم حضانة قضائي أو أوراق الوصاية

### ملاحظة مهمة: إثبات الحضانة أو الوصاية

قد تلتزم المنطقة التعليمية الوالد (الوالدين) أو من له (لهم) صلة أبوية بتقديم إقرار إما أن:

1. تشير إلى أنه الوالد (الوالدين) الذي يقيم معه الطفل بصورة قانونية؛ أو
2. تشير إلى أنه الشخص (الأشخاص) الذي له صلة أبوية للطفل، والذي يملك حق حضانة الطفل والسيطرة عليه بشكل كامل ودائم، ووصف كيفية حصولهم على حق حضانة الطفل والسيطرة عليه بشكل كامل ودائم، سواء من خلال الوصاية أو غير ذلك.

سوف تقبل المنطقة التعليمية أيضاً أي دليل إثبات آخر كوثائق تثبت أن الطفل يقيم مع راعٍ تم وضعه من قبل وكالة فيدرالية، عند الحاجة.

## B. إثبات العمر (مطلوب وثيقة واحدة (1))

1. نسخة مُصدقة من شهادة الميلاد أو سجل التعميد، يشمل ذلك نسخة أجنبية مُصدقة لشهادة ميلاد أو شهادة تعميد.
2. لو كانت النسخة المصدقة لشهادة الميلاد أو سجل التعميد غير متاحة، فحينئذٍ تقبل المنطقة التعليمية جواز السفر المُصدق عليه، بما في ذلك جواز السفر الأجنبي، لتحديد عمر الطفل.
3. لو لم تكن النسخة المصدقة لشهادة الميلاد أو سجل التعميد أو جواز السفر متاحين فحينئذٍ سنتظر المنطقة التعليمية في الوثائق الأخرى، تشمل على سبيل المثال لا الحصر الأشياء المذكورة في هذه القائمة، بشرط أن تكون هذه الوثائق موجودة منذ عامين (2) أو أكثر:

- رخصة القيادة الرسمية للطفل؛
- بطاقات الهوية التي تصدرها الولاية أو الحكومة؛
- بطاقة هوية مدرسية عليها الصورة وتاريخ الميلاد؛
- بطاقة الهوية القنصلية؛
- سجلات المستشفى أو السجلات الصحية؛
- بطاقة الهوية للمُعالم التابع للعسكريين؛
- وثائق تصدرها وكالات فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية (مثل وكالة الخدمة الاجتماعية المحلية، والمكتب الفيدرالي لإعادة توطين اللاجئين)؛
- أوامر محكمة أو وثائق تصدرها المحكمة؛
- وثائق السكان الأصليين لأمريكا؛ أو
- سجلات من وكالات دولية غير ربحية ووكالات تطوعية.

## C. سجلات التطعيمات والفحص البدني

يجب أن تستلم المنطقة التعليمية إثباتاً على التطعيم، وفقاً لشروط قسم (7) 2164 لـ New York State Public Health Law (قانون الصحة العامة لولاية نيويورك)، أو الإعفاء القانوني من هذا الشرط، قبل حضور الطفل للمدرسة.

يمكن مراجعة هذه الشروط في سياسة المجلس 7022. ولذلك، تتطلب المنطقة التعليمية ما يلي:

- سجل الفحص البدني (موقع من قبل طبيب أو طاقم سريري)
- تطعيمات حديثة

**ملاحظة مهمة:** قد تستبعد المنطقة التعليمية أي طالب لم يتلق التطعيمات اللازمة. تشترط المنطقة التعليمية على العائلات تقديم نسخة من بطاقة المواعيد، أو خطاب بتاريخ (تواريخ) المواعيد إذا لم يتلق الطالب التطعيمات الجديدة. وأيضاً قد تستبعد المنطقة أي طالب مُسجّل من حضور المدرسة إذا كان حاملاً لمرض معدٍ يشكل مخاطرة حقيقية بإصابة الآخرين بالمرض، وفقاً لشروط القسم 906 من New York State Education Law (قانون التعليم بولاية نيويورك).

يُمنح الطلاب 14 يوماً من تاريخ بدء الدراسة من أجل تلقي التطعيمات اللازمة قبل أن يتم استبعادهم من المدرسة. يُمنح الطلاب اللاجئين والقادمين من خارج الولاية 30 يوماً، عندما تتلقى المنطقة التعليمية وثائق من (جهد حسن النية) GFE مثل بطاقة المواعيد أو بيان آخر من مكتب مقدم الرعاية والذي يتضمن تاريخ المواعيد.

## D. وثائق إضافية

تتطلب المنطقة التعليمية Syracuse City School District تقديم بطاقة أو نسخة لأحدث تقرير للطلاب المتحقين بالصف الأول وحتى الصف الثاني عشر. يجب تقديم (برنامج التعليم المنفرد الحالي) IEP لكل الطلاب ممن يتلقون خدمات التعليم لذوي القدرات الخاصة. يُمكن هذا المنطقة التعليمية من ضمان تحديد الوضع المناسب للصفوف الدراسية، وتوفير الخدمات والدعم لملائمة الاحتياجات الفردية لكل طفل. لو كانت هذه المعلومة غير متاحة أثناء التسجيل، ستطلب المنطقة التعليمية سجلات المدرسة السابقة التي التحق بها الطفل للحصول على الوثائق المطلوبة.

## قانون McKinney-Vento

إشعار استبيان الإسكان PreK-12 (لما قبل مرحلة الروضة وحتى الصف الثاني عشر)

معلومات الطالب اسم العائلة		الاسم الأول	الاسم الأوسط
المدرسة الحالية		المنطقة التعليمية	الصف الدراسي
رقم هوية الطالب		تاريخ الميلاد:	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك
العنوان الفعلي الجديد		عنوان المراسلة البريدية	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	اسم الوالد، الوصي، الطالب بدون مرافق	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل العائلة بأكملها تعيش في العنوان الفعلي الجديد؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل تم إخطار المدرسة عن الأشقاء؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل العنوان الحالي ترتيب معيشي مؤقت؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لو كانت الإجابة بنعم، فهل هذا بسبب خسارة المسكن أم المرور بضائقة مالية؟	

الأشقاء: هل يعيش جميع الأشقاء في العنوان نفسه؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
1	اسم الشقيق	هل تم إخطار المدرسة؟	
	المدرسة	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	العنوان الفعلي الحالي	هل هو العنوان نفسه؟	
	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	مؤقت <input type="checkbox"/>
2	اسم الشقيق	هل تم إخطار المدرسة؟	
	المدرسة	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	العنوان الفعلي الحالي	هل هو العنوان نفسه؟	
	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	مؤقت <input type="checkbox"/>
3	اسم الشقيق	هل تم إخطار المدرسة؟	
	المدرسة	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	العنوان الفعلي الحالي	هل هو العنوان نفسه؟	
	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	مؤقت <input type="checkbox"/>
4	اسم الشقيق	هل تم إخطار المدرسة؟	
	المدرسة	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	العنوان الفعلي الحالي	هل هو العنوان نفسه؟	
	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	مؤقت <input type="checkbox"/>

السكن: أين يعيش الطالب في الوقت الحالي؟ (يرجى تحديد إجابة واحدة).	
<input type="checkbox"/>	المأوى (S)
<input type="checkbox"/>	مشاركة السكن (D) مع عائلة أخرى أو شخص آخر بسبب خسارة المسكن أو المرور بضائقة مالية أو لسبب مشابه (وتسمى أيضاً الإقامة المؤقتة)
<input type="checkbox"/>	الفندق أو النزل (H) وضع آخر للإقامة المؤقتة في سيارة أو حافلة أو محطة قطار أو مخيم أو مكان عام أو خاص غير مُعد لأن يكون مأوى عادياً لنوم الأفراد
<input type="checkbox"/>	مسكن دائم (P)
<input type="checkbox"/>	التوظيف المباشر لمدارس شيكاغو الحكومية
<input type="checkbox"/>	خدمات الإراحة (ضع علامة صح على واحدة مما يلي) Family Support Center (960 Salt Springs Road) (مركز دعم الأسرة)
<input type="checkbox"/>	Child and Adolescent Crisis Respite (650 Madison Street) (خدمات الإراحة في الأزمات للطفل والمراهق)
إذا كان الطالب لا يعيش في مسكن دائم، فيرجى أيضاً تحديد ما إذا كان ينطبق عليه ما يلي:	
<input type="checkbox"/>	شاب بدون مرافق في أي عمر ولا يرافقه وصي

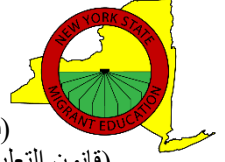
SCHOOL AND AGENCY STAFF: Email this form and STAC 202 to [Registration@scsd.us](mailto:Registration@scsd.us) and cc: [dmontroy@scsd.us](mailto:dmontroy@scsd.us)

Name (Person Completing this Form): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## البرنامج التعليمي للمهاجرين بولاية نيويورك

مكتب الهوية والتوظيف  
استبيان الوالد



(برنامج تعليم المهاجرين) (MEP) مُرخص من قِبل Elementary and Secondary Education Act (قانون التعليم الابتدائي والثانوي) من خلال الباب الأول، الجزء ج. يوفر (برنامج تعليم المهاجرين) MEP مجموعة متنوعة من الخدمات التعليمية للعائلات من العاملين في الزراعة، **بصرف النظر عن جنسياتهم أو الوضع القانوني**. هذا البرنامج مجاني لكل العائلات المستحقة وقد يتضمن دروس خاصة ووجبة غداء مجانية من المدرسة، والرحلات الميدانية التعليمية، والبرامج الصيفية، والأنشطة المدرسية بمشاركة أولياء الأمور، واحتياجات حالات الطوارئ، والإحالات للخدمات الأخرى عند الحاجة.

### يُرجى التفكير ليضع دقائيق لملء هذا الاستبيان.

هل عمل أي شخص في عائلتك، أو بحث عن عمل في الوظائف التالية خلال السنوات الثلاث الماضية:

- العمل في الزراعة أو الحقل أو صيد الأسماك (مثل عمل الدريس أو إنتاج الألبان أو جمع محاصيل الفواكه والخضروات، أو الدواجن، أو صيد الأسماك أو المشاتل، إلخ).
- عمل ذا صلة بقطع الأشجار أو الحصاد أو المعالجة الأولية للأشجار.
- عمل في مصنع معالجة الأغذية (مثل مصانع معالجة اللحوم والدواجن، وتعبئة الفواكه والخضروات، إلخ).



### إذا كانت إجابتك بنعم، فيرجي توفير معلومات الاتصال أدناه:

اسم الوالد\الوصي:

\_\_\_\_\_

عنوان المنزل:

\_\_\_\_\_



صباحاً/مساءً

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (أنسب وقت للاتصال):

العنوان السابق:

\_\_\_\_\_

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ العمر \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ العمر \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_



لتقديم طلب الإحالة، يُرجى الإرسال بالفاكس من خلال 518-289-5623 أو من خلال البريد إلى

**NYS Migrant Education Program-Identification and Recruitment Office:**

**.100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020**



مكتب المساعد المفوض، Lissette Colón-Collins  
Office of Bilingual Education and World Languages (للتعليم ثنائي اللغة واللغات العالمية)

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-7948 / فاكس: (518) -474-8755

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
هاتف: (718) 722-2445 / فاكس: (718) 722-2459

## HLQ (استبيان اللغة الأم)

يرجى الكتابة بشكل واضح عند ملء هذا القسم.		
اسم الطالب:		
الأول	الأوسط	إسم العائلة
تاريخ الميلاد:		الجنس:
شهر	يوم	سنة
<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى	
معلومات الوالد/من له صلة أبوية:		
صلة القرابة للطالب		
إسم العائلة		
الاسم الأول		

عزيزي الوالد/الوصي:  
من أجل توفير أفضل فرصة ممكنة لتعليم الطفل، نحتاج إلى تحديد مدى قدرته أو قدرتها على فهم الإنجليزية والتحدث بها وقراءتها وكتابتها، بالإضافة إلى معرفة المدرسة السابقة والتاريخ الشخصي. يُرجى ملء الأقسام أدناه تحت عنواني الخلفية اللغوية والتاريخ التعليمي. نقدر جداً مساعدتكم لنا في الإجابة عن هذه الأسئلة.  
شكراً لك.

رمز اللغة الأم

الخلفية اللغوية (يرجى وضع علامة صح أمام كل ما ينطبق.)		
1. ما هي اللغة (اللغات) التي يتم التحدث بها في منزل الطالب أو سكنه؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك
2. ما اللغة الأولى التي تعلمها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك
3. ما هي اللغة الأم لكل من الوالد/الوصي؟	<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأب
	<input type="checkbox"/> الوصي (الأوصياء)	
4. ما هي اللغة (اللغات) التي يفهمها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك
5. ما هي اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك
6. ما هي اللغة (اللغات) التي يستطيع طفلك قراءتها؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك
7. ما هي اللغة (اللغات) التي يستطيع طفلك كتابتها؟	<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> غير ذلك

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address



## HLQ (استبيان اللغة الأم) — الصفحة الثانية

التاريخ التعليمي	
	8. حدد العدد الكلي للسنوات التي كان طفلك خلالها مسجلاً بمدرسة _____
9. هل تعتقد أن طفلك لديه أية صعوبات أو ظروف تؤثر على قدرته في فهم اللغة الإنجليزية أو غيرها والتحدث بها وقراءتها وكتابتها وكتابتها؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى توضيح إجابتك. نعم* <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> *إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التوضيح: _____	
ما مدى شدة هذه الصعوبات في نظرك؟ <input type="checkbox"/> بسيطة <input type="checkbox"/> شديدة بعض الشيء <input type="checkbox"/> شديدة جداً	
10أ. هل تم تحويل طفلك في الماضي لتقييم تعليم ذوي القدرات الخاصة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم **يرجى ملء قسم 10ب أدناه	
10ب* <u>لم يتم تحويله للتقييم</u> ، هل تلقى طفلك في الماضي أي خدمات خاصة بتعليم ذوي القدرات الخاصة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم - اكتب الخدمات التي تتلقاها: _____ العمر الذي تلقى فيه الخدمات (يرجى وضع علامة أمام كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> من الميلاد وحتى عمر ثلاث سنوات (التدخل المبكر) <input type="checkbox"/> من عمر ثلاث سنوات وحتى خمس سنوات (تعليم ذوي القدرات الخاصة) <input type="checkbox"/> من عمر 6 سنوات فما فوق (تعليم ذوي القدرات الخاصة)	
10ج. هل خضع طفلك لبرنامج التعليم الفردي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
11. هل تعتقد أن هناك أي أمر مهم عن طفلك ينبغي للمدرسة معرفته؟ (مثل مواهب خاصة أو اعتبارات صحية، إلخ). _____	
12. بأي لغة ترغب أن تتلقى معلومات من المدرسة؟ _____	

شهر: \_\_\_\_\_ يوم: \_\_\_\_\_ سنة: \_\_\_\_\_

التاريخ

توقيع الوالد أو من له علاقة أبوية

صلة القرابة للطالب:  أم  أب  غير ذلك: \_\_\_\_\_

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ Mo. DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ Mo. DAY YR.	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea، المشرف على المدارس



المدير، Akua A. Goodrich

Department of Student Registration

## طلب سجلات

التاريخ: \_\_\_\_\_

الطالب المذكور اسمه أدناه دخل المنطقة التعليمية للمدرسة.

الاسم: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الصف: \_\_\_\_\_

المدرسة التي تركها الطالب:	المدرسة المطلوب التسجيل فيها:
المدرسة: _____	المنطقة التعليمية Syracuse City School District – مركز التسجيل
العنوان: _____	اسم المُسجِّل: _____
هاتف: _____	الهاتف: (315) 435-4545
فاكس: _____	فاكس: (315) 435-6210

يُرجى إرسال السجلات التالية عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس من أجل التسجيل:

1. النسخة الحالية
  2. درجات الطالب عند انسحابه من المدرسة
  3. درجات الطالب في المدرسة الصيفية
  4. بطاقات تقارير من المدارس السابقة
  5. نتائج اختبارات الولاية/الموحدة
  6. شهادة الميلاد
  7. التطعيمات والفحص البدني الأخير
  8. سجلات الانضباط
9. سجلات تعليم ذوي القدرات الخاصة، إن وُجدت:
- أ. IEP (برنامج التعليم الفردي) الحالي
  - ب. آخر تقرير عن الصحة النفسية
  - ج. 504 (نشط أم غير نشط)
  - د. تقييم الكلام
  - هـ. التاريخ الاجتماعي
  - و. تقرير متعلق بخدمات أخرى
  - ز. لو كانت السجلات غير سرية، فما هي الاختبارات الملحقة التي استمرت

موافقة الوالد/الوصي:

تمت موافقتي على كشف السجلات الأكاديمية وأو كل المعلومات الأخرى الخاصة بالمريض لمدرسة Syracuse City School District. كل المعلومات التي تم الحصول عليها ستظل محفوظة في منتهى السرية. أعط الإذن للمنطقة التعليمية Syracuse City School District للحصول على التوضيح الشفوي لأي معلومات جرى استلامها. لم يعد من الضروري الحصول على إذن موافقة خطية لكشف السجلات بين المدارس وفقاً للوائح النهائية لقانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة والمعروف باسم (Buckley Amendment) بتاريخ 17 يونيو 1976.

هذا الطالب مؤهل وفقاً لقانون McKinney Vento  نعم أو  لا (يُرجى وضع علامة). من خلال قسم (c)(3)(g) M-V 722؛ بموجب البند الفرعي لقانون التعليم بولاية نيويورك (f)-(3)(2) 3209، فإنه خلال خمسة (5) أيام من استلام طلب السجلات من المدرسة الجديدة، فيجب أن توجه المنطقة التعليمية الأخيرة التي كان الطالب مُسجَّل بها كل السجلات إلى المدرسة الجديدة.

الاسم بأحرف واضحة – الوالد/الوصي

توقيع – الوالد/الوصي

هاتف الوالد/الوصي:

# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea، المشرف على المدارس



Director of Health Services ،Dr. Ted Triana (مدير الخدمات الصحية)

الخدمات الصحية

أولياء الأمور/الأوصياء الأعزاء:

نحن نتطلع إلى استقبال الطفل في عام دراسي جديد. نكتب إليكم لإخطاركم بالتغيير الجديد في قانون إدارة الصحة بولاية نيويورك. اعتبارًا من سبتمبر 2018، تطلب ولاية نيويورك من كل طالب إجراء فحص بدني حالي عند دخول المدرسة في مرحلة ما قبل الروضة أو مرحلة الروضة، إذا كانوا جددًا في المنطقة التعليمية، وفي الصفوف الدراسية 1 و3 و5 و7 و9 و11. إذا كانوا يمارسون الرياضة أو يحتاجون إلى أوراق عمل، فيجب عليهم أيضًا إجراء فحص بدني حالي. يجب أن يقوم طبيب الأسرة الخاص بك بإجراء الفحص. إنهم يعرفون طفلك جيدًا ويمكنهم قياس أي تغييرات في صحة طفلك. إذا لزم الأمر، يمكنهم إجراء الإحالات لعمل نظارات، وطبيب الأسنان، وما إلى ذلك في نفس الوقت.

اعتبارًا من 1 يوليو 2018، أصبح لدى ولاية نيويورك نموذجًا جديدًا يجب استخدامه لتسجيل الاختبار البدني. تم إرفاق نسخة من هذا النموذج. يجوز لمقدم الخدمات الطبية إكمال النموذج إلكترونيًا أو يدويًا. يرجى إحضاره إلى مكتب الممرضة عندما تُحضر طفلك إلى المدرسة.

يُعرّف الفحص البدني الحالي بأنه فحص مؤرخ لا يزيد عن اثني عشر شهرًا قبل بدء العام الدراسي الذي يُطلب فيه الفحص. على سبيل المثال، إذا بدأت السنة الدراسية في 3 سبتمبر 2018، فإن أي فحص بدني يتم إجراؤه في أو بعد 3 سبتمبر 2017 يكون ساريًا. يعتبر الفحص الذي تم إكماله قبل هذا التاريخ غير صالح وسيحتاج طفلك إلى فحص جديد. نحن نتفهم أن بعض الأطفال قد لا يتلقوا الفحص الطبي السنوي إلا بعد بدء المدرسة. يمكنك إرسال نسخة إلى الممرضة عند اكتمالها. يرجى الاتصال بطبيبك الآن لتحديد موعد.

إذا كنت أنت أو طفلك بحاجة إلى تأمين صحي بما في ذلك Medicaid أو Medicaid Managed Care أو Child and Family Health Plus، فيرجى الاتصال بـ Salvation Army على الرقم (315-476-1382) أو ACR Health على الرقم (315-475-2430). سوف تحصل على مساعدة "مرشد الصحة" لمعاونتك في التسجيل. تشمل الفوائد زيارات الطبيب، ورعاية المستشفى والطوارئ، وخدمات الرؤية، والكلام والسمع، والوصفات الطبية، والصحة النفسية، وفي بعض الحالات رعاية الأسنان.

تُقدّر إدارة الخدمات الصحية تعاونكم ونحن ننفذ هذا المطلب الجديد. لمزيد من المعلومات أو المساعدة، يرجى الاتصال بممرضة مدرستك، أو مكتب الخدمات الصحية على الرقم 435-4145.



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

## Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

### تحويل الإفصاح عن المعلومات الصحية للمدارس

الرجاء التوقيع على هذا حتى تتمكن من الحصول على المعلومات الصحية من طبيب طفلك.

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

بصفتك الوالد / الوصي على الطفل المذكور، فإن إكمال هذا النموذج يخول لطبيبك، الإفصاح عن المعلومات السرية المتعلقة بصحة طفلك لمدرسته. (اسم الطبيب)

الغرض من الإفصاح عن هذه المعلومات هو تعزيز التبادل الدقيق للمعلومات الصحية، وأيضاً من أجل تنسيق الرعاية والعلاج مع مدرسة الطفل. هذه معلومات مهمة لأسباب عديدة. على سبيل المثال، قد تحتاج المدرسة إلى معرفة هذه المعلومات من أجل إعطاء الأدوية ومتابعة مرض الطفل ومتابعة التطعيمات.

هذا التفويض يقصر الإفصاح عن المعلومات على ما يلي:

- معلومات التطعيم
- تقارير الفحص البدني
- الاختبارات
- الأدوية والعلاجات

لا يسمح نموذج التفويض هذا بالإفصاح عن المعلومات الصحية السرية التي يتم منحها حماية خاصة بموجب القانون. وهذا يشمل المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، ومعلومات تعاطي المخدرات، والمعلومات النفسية والمعلومات الجينية، ويتطلب الإفصاح عن هذه المعلومات نموذج محدد مختلف.

سيتم الإفصاح عن المعلومات للمدرسة في المنطقة التعليمية التابعة لها المدرسة المشار إليها أدناه، وذلك حتى نخبرنا أن الطفل لم يعد طالباً مسجلاً في المدرسة. يمكنك إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مقدم الرعاية الصحية للطفل كتابياً. يعني إلغاء هذا التفويض أننا لن نصح بعد الآن عن معلومات الطفل لمدرسته. لن تتأثر الرعاية الصحية للطفل إذا لم تأذن لنا بالإفصاح عن معلوماته للمدرسة. بمعنى آخر، لن نرفض علاج طفلك إذا لم توقع على هذا التفويض. قد يتم الإفصاح عن المعلومات التي نصح عنها للمدرسة للآخرين من قبل المدرسة، وذلك إذا لم تكن المدرسة مطالبة بموجب القانون بحماية سرية هذه المعلومات. ستحصل على نسخة من هذا التفويض المكتمل للاحتفاظ به في سجلاتك.

اسم الطفل (بحروف واضحة) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

اسم الوالد / الوصي (بحروف واضحة) \_\_\_\_\_ العلاقة \_\_\_\_\_

توقيع الوالد / الوصي \_\_\_\_\_ المدرسة \_\_\_\_\_

يُرجى إعادته إلى ممرضة المدرسة



نموذج الفحص الصحي المطلوب الخاص بمدارس ولاية نيويورك  
يجب إكماله بالكامل من قِبل مقدم الرعاية الصحية الخاص أو المدير الطبي بالمدرسة

ملاحظة: تطلب NYSED إجراء فحصاً بدنياً للوافدين الجدد والطلاب في الصفوف ما قبل الروضة أو الصفوف الدراسية 1 و3 و5 و7 و9 و11، سنويًا من أجل مسابقات الألعاب الرياضية المشتركة بين المدارس، وأوراق العمل حسب الحاجة، أو كما هو مطلوب من قبل CSE (لجنة التعليم الخاص) أو CPSE (لجنة التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة).

## معلومات الطالب

الاسم:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد:
المدرسة:	الصف:	تاريخ الفحص:

## التاريخ الصحي

الحساسية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحساسية؟	<input type="checkbox"/> مرفق طلب الدواء / العلاج <input type="checkbox"/> مرفق خطة رعاية الحساسية المفروطة
<input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> الحشرات <input type="checkbox"/> اللاتكس <input type="checkbox"/> الدواء <input type="checkbox"/> بيئية	

الربو <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحساسية؟	<input type="checkbox"/> مرفق طلب الدواء / العلاج <input type="checkbox"/> مرفق خطة العناية بالربو
<input type="checkbox"/> على فترات متقطعة <input type="checkbox"/> دائمة <input type="checkbox"/> أخرى	

النوبات <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحساسية؟	<input type="checkbox"/> مرفق طلب الدواء / العلاج <input type="checkbox"/> مرفق خطة رعاية نوبات الصرع
<input type="checkbox"/> النوع <input type="checkbox"/> تاريخ حدوث آخر نوبة	

داء السكري <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحساسية؟	<input type="checkbox"/> مرفق طلب الدواء / العلاج <input type="checkbox"/> علاج داء السكري. الخطة مرفقة
<input type="checkbox"/> النوع الأول <input type="checkbox"/> النوع الثاني <input type="checkbox"/> نتائج HgbA1c: تاريخ السحب:	

عوامل الخطورة المتعلقة بداء السكري أو ما قبله:  
ضع في اعتبارك أنه في فحص T2DM (داء السكري من النوع الثاني) إذا كان BMI (مؤشر كتلة الجسم) أكبر من 85% ولديه عاملان (2) أو أكثر من عوامل الخطر: تاريخ عائلي سابق مع T2DM (داء السكري من النوع الثاني)، الأصل العرقي، مقاومة الأنسولين Sx، تاريخ سابق للألم مع سكر الحمل و/ أو ما قبل الإصابة بداء السكري.

BMI (مؤشر كتلة الجسم) كجم / متر مربع النسبة المئوية (فئة حالة الوزن):  
 أقل من 5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> وأقل

فَرْطُ شَحْمِيَّاتِ الدَّم:  لا  نعم ارتفاع ضغط الدم:  لا  نعم

## الفحص / التقييم البدني

الطول:	الوزن:	ضغط الدم:	النبض:	التنفس:
الاختبارات	إيجابي	سلبي	التاريخ	مخاوف طبية أخرى ذات صلة
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	واحدة تعمل: <input type="checkbox"/> عين <input type="checkbox"/> كلية <input type="checkbox"/> خصية	
فحص الخلايا المنجلية/ (كما هو مطلوب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتجاج - آخر مرة حدوث <input type="checkbox"/>	
مستوى الرصاص المطلوب بالصفوف الدراسية ما قبل الروضة والروضة	التاريخ		الصحة العقلية: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> تم إجراء الاختبار <input type="checkbox"/> الرصاص $\leq 10$ ميكروغرام / ديسيلتر			أخرى: <input type="checkbox"/>	

مراجعة النظام والفحص عاديين تمامًا

تحقق من أي مربعات تقييم خارج الحدود الطبيعية وأكتبها أدناه تحت عنوان "العيوب"

HEENT <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> العقد اللمفاوية	<input type="checkbox"/> البطن	<input type="checkbox"/> الأطراف	<input type="checkbox"/> الكلام
<input type="checkbox"/> الأسنان	<input type="checkbox"/> القلب والأوعية الدموية	<input type="checkbox"/> الظهر / العمود الفقري	<input type="checkbox"/> الجلد	<input type="checkbox"/> العاطفية الاجتماعية
<input type="checkbox"/> الرقبة	<input type="checkbox"/> الرئتين	<input type="checkbox"/> تناسلي بولي	<input type="checkbox"/> طب الأعصاب	<input type="checkbox"/> عضلي هيكلية

التقييم / العيوب التي تم ملاحظتها / التوصيات:

التشخيص / المشاكل (مكتوبة في قائمة) رمز ICD-10

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

معلومات إضافية مرفقة

الاسم:				تاريخ الميلاد:
الفحوصات				
الرؤية	يمين	يسار	الإحالة	ملاحظات
حدة المسافة	/20	/20	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
حدة المسافة مع العدسات	/20	/20		
الرؤية - الرؤية القريبة	/20	/20		
الرؤية - اللون <input type="checkbox"/> نجاح <input type="checkbox"/> رسوب				
السمع	اليمني dB	اليسرى dB	الإحالة	
فحص النغمة النقية			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الجنف مطلوب للأولاد بالصف الدراسي 9	سليبي	إيجابي	الإحالة	
والفتيات بالصفين الدراسيين 5 و7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
درجة الانحراف:	زاوية دوران الجذع:			
التوصيات:				
توصيات للمشاركة في التربية البدنية / الألعاب الرياضية / الملعب / العمل				
<input type="checkbox"/> نشاط كامل دون قيود بما في ذلك التربية البدنية والألعاب الرياضية. <input type="checkbox"/> استخدم فئات مسابقات الألعاب الرياضية المشتركة بين المدارس (الواردة أدناه) للقيود أو التعديلات <input type="checkbox"/> لا توجد رياضات احتكاكية <input type="checkbox"/> لا توجد رياضات غير احتكاكية <input type="checkbox"/> القيود الأخرى:				
<input type="checkbox"/> المرحلة التنموية لعملية التنسب الرياضي "فقط" الصفان الدراسيان 7 و8 للعب في مستوى المدرسة الثانوية أو الصفوف الدراسية من 9 إلى 12 للعب الرياضة على مستوى المدرسة المتوسطة الطالب في مرحلة Tanner: <input type="checkbox"/> أول <input type="checkbox"/> ثاني <input type="checkbox"/> ثالث <input type="checkbox"/> رابع <input type="checkbox"/> خامس <input type="checkbox"/> التوصيات: استخدم مساحة إضافية أدناه للشرح <input type="checkbox"/> دعامة*/تقويم العظام <input type="checkbox"/> مضخة الأنسولين / مستشعر الأنسولين * <input type="checkbox"/> جهاز فغر القولون <input type="checkbox"/> سماعات الأذن <input type="checkbox"/> مضخة الأنسولين / مستشعر الأنسولين * <input type="checkbox"/> جهاز طبي / تعويضي * <input type="checkbox"/> منظم ضربات القلب / مزيل الرجفان * <input type="checkbox"/> معدات الحماية <input type="checkbox"/> نظارات السلامة الرياضية <input type="checkbox"/> أخرى: * تحقق مع الهيئة الإدارية الرياضية إذا كانت الموافقة المسبقة / إكمال النموذج مطلوبًا لاستخدام الجهاز في المسابقات الرياضية.				
اشرح:				
الأدوية				
<input type="checkbox"/> مرفق نموذج طلب الدواء (الأدوية) المطلوبة في المدرسة أكتب قائمة بالأدوية التي يتم تناولها في المنزل:				
التطعيمات				
<input type="checkbox"/> سجل مرفق <input type="checkbox"/> تم الإبلاغ عنه في NYSIIS تم استلامه اليوم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
مقدم الرعاية الصحية				
توقيع مقدم الرعاية الطبية:				
اسم مقدم الرعاية: (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)				
عنوان مقدم الرعاية:				
هاتف:				
فاكس:				
يرجى إعادة هذا النموذج إلى مدرسة طفلك عند استكمالها بالكامل.				



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

## Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

### شهادة صحة الأسنان

الوالد / الوصي: يسمح New York State law (قانون ولاية نيويورك) (الفصل 281) للمدارس بطلب إجراء فحص أسنان عند دخول المدرسة في مرحلة ما قبل الروضة أو مرحلة الروضة، إذا كانوا جددًا في منطقة المدرسة وفي الصفوف الدراسية 1، و3، و5، و7، و9، و11. يرجى إكمال القسم 1 وتقديم هذا النموذج إلى طبيب أسنانك للتقييم. إذا كان طفلك قد خضع لفحص أسنان قبل أن يبدأ المدرسة، اطلب من طبيب أسنانك ملء القسم 2. أعد النموذج الذي تم إكماله إلى المدير الطبي للمدرسة أو ممرضة المدرسة في أسرع وقت ممكن.

#### القسم 1. يتم إكمال هذا القسم بواسطة الوالد أو الوصي (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة)

اسم الطفل: الإسم العائلي، الإسم الأول، الإسم الأوسط

تاريخ الميلاد: الجنس: ذكر  أنثى

هل ستكون هذه أول زيارة لطفلك لطبيب الأسنان؟ نعم  لا

المدرسة: الصف الدراسي

هل لاحظت أي مشكلة في الفم تتعارض مع قدرة طفلك على المضغ أو التحدث أو التركيز في الأنشطة المدرسية؟ نعم  لا

أفهم أنه بتوقيعي على هذا النموذج، فأنا أوافق على أن يتلقى الطفل المذكور أعلاه تقييمًا أساسيًا لصحة الفم. أفهم أن هذا التقييم هو مجرد وسيلة تقييم محدودة لتقييم صحة أسنان الطالب، وسأحتاج إلى تأمين خدمات طبيب الأسنان حتى يحصل طفلي على فحص أسنان كامل بالأشعة السينية إذا لزم الأمر للحفاظ على صحة جيدة للفم.

أفهم أيضًا أن تلقي هذا التقييم الأولي لصحة الفم لا يوسع لأي علاقة جديدة أو حالية أو مستمرة بين الطبيب والمريض. علاوة على ذلك، لن أحمل طبيب الأسنان أو أولئك الذين يجرون هذا التقييم المسؤولية عن العواقب أو النتائج في حال اختياري عدم اتباع التوصيات الواردة أدناه.

توقيع الوالد

التاريخ

#### القسم 2. يتم إكمال هذا الجزء بواسطة طبيب الأسنان

1. حالة صحة أسنان \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_ (تاريخ الفحص) يجب أن يكون

تاريخ الفحص في غضون 12 شهرًا من بداية العام الدراسي المطلوب فيه. اختر خيارًا واحدًا:

نعم، الطالب المذكور أعلاه في حالة صحية جيدة تسمح له بالالتحاق بالمدارس الحكومية.

لا، الطالب المذكور أعلاه ليس في حالة صحية جيدة تسمح له بالالتحاق بالمدارس الحكومية.

ملاحظة: عدم ملاءمة صحة الأسنان تعني وجود حالة تتعارض مع قدرة الطالب على المضغ أو التحدث أو التركيز في الأنشطة المدرسية بما في ذلك الألم أو التورم أو العدوى المرتبطة بالأدلة السريرية الخاصة بالتجاويف المفتوحة. التسمية بعدم ملاءمة صحة الأسنان للسماح بالالتحاق بالمدرسة العامة لا يمنع الطالب من الذهاب إلى المدرسة.

توقيع طبيب الأسنان

اسم وعنوان طبيب الأسنان (يُرجى وضع الختم)

الأقسام الاختيارية - إذا كنت توافق على الإفصاح عن هذه المعلومات لمدرسة طفلك، فالرجاء وضع الحروف الأولى من اسمك هنا.

2. حالة صحة الفم (حدد كل ما ينطبق).

نعم  لا تجربة تسوس الأسنان/تاريخ الاستعادة - هل كان الطفل يعاني من تسوس الأسنان (تمت معالجته أو لم تتم معالجته)؟ [حشو مؤقت / دائم] أو سن مفقود بسبب خلعه نتيجة تسوس أو تجويف مفتوح.]

نعم  لا تسوس لم تتم معالجته - هل لدى هذا الطفل تجويف مفتوح؟ [ما لا يقل عن 1/2 مم من فقدان بنية الأسنان على سطح المينا. اللون يتدرج من بني إلى بني غامق بالنسبة لبنية الآفة. تنطبق هذه المعايير على الآفات المجوفة والشقوق وكذلك تلك الموجودة على أسطح الأسنان الملساء. إذا تم الاحتفاظ بالجزر، افترض أن السن بالكامل قد أتلف بسبب التسوس. تعتبر الأسنان المكسورة أو المتكسرة، بالإضافة إلى الأسنان ذات الحشوات المؤقتة، سليمة ما لم تكن هناك آفة مجوفة أيضًا.]

نعم  لا موانع تسرب الأسنان موجودة

مشكلات أخرى (يُرجى التحديد): \_\_\_\_\_

3. الاحتياجات العلاجية (حدد كل ما ينطبق)

لا توجد مشكلة واضحة. يوصى بالعناية الروتينية بالأسنان. قم بزيارة طبيب أسنانك بانتظام.

قد تحتاج إلى رعاية للأسنان. يرجى تحديد موعد مع طبيب أسنانك في أقرب وقت ممكن للتقييم.

تحتاج إلى رعاية فورية للأسنان. يرجى تحديد موعد على الفور مع طبيب أسنانك لتجنب المشاكل



الأماكن التي تقدم خدمات طب الأسنان

رقم الهاتف:	العنوان	مقدم الخدمة
(315) 469-5561	700 E. Brighton Ave.	Loretto Geriatric Center مركز
(315) 448-5477	301 Prospect Ave.	St. Joseph's Hospital Health Center مستشفى
(315) 476-7921	819 S. Salina St.	Syracuse Community Health Center مركز
(315) 474-4077	1938 E. Fayette St.	Syracuse Community Health Center مركز
(315) 424-0800	603 Oswego St.	Syracuse Community Health Center مركز
(315) 464-4320	750 E. Adams St.	University Hospital SUNY Health Science Center مستشفى