



مرحبا بكم في منطقة مدارس ريتشلاند!

نحن متحمسون جدا للعمل معك ومع طفلك لضمان نجاحه طوال مسيرته الأكاديمية. تهدف إرشاداتنا المدرجة أدناه إلى جعل عملية التسجيل في منطقة مدارس ريتشلاند انتقالا سلسا. نحن نطلب النماذج والمستندات التالية كجزء من عملية التسجيل لدينا.

- حزمة التسجيل المكتملة
- وثائق التحقق من العمر والاسم (أي شهادة الميلاد؛ السجلات المدرسية التي تم التحقق منها مسبقا أو أي وثائق حكومية أخرى ؛ شهادة دينية أو مستشفى أو طبيب توضح تاريخ الميلاد ؛ سجل التبني ، إلخ.)
- سجل التحصين
- إثبات الإقامة في منطقة الحضور بالمدرسة التي تخطط للانتقال بها (مثل فاتورة المرافق / إيصال إيصال المرافق ، اتفاقية الإيجار)
- نموذج الموافقة على التنسيب ، إذا كانت خدمات البرامج الخاصة مطلوبة ، يرجى الاتصال ب:

مكتب قسم التربية الخاصة بتحديد وضع اللاجئ

6972 طريق كين ويست
ريتشلاند ، واشنطن 99353

6050 – 967 (509)

يرجى الاتصال لتحديد موعد مع الطبيب النفسي والمستشار المدرسي لتحديد موعد للفصول الدراسية.

بالنسبة لطلاب المرحلة الثانوية ، نطلب وثائق إضافية:

- نموذج الانسحاب من المدرسة السابقة
 - كشف درجات من المدرسة السابقة
- إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى معلومات إضافية ، يرجى عدم التردد في الاتصال بالمدرسة مباشرة ، أو الاتصال بمكتب منطقة ريتشلاند التعليمية على (509) 967-6000
مرة أخرى ، مرحبا بكم في منطقة مدارس ريتشلاند!

طلب سجلات الطلاب

اسم المدرسة السابقة: _____
عنوان شارع المدرسة السابقة: _____
المدينة السابقة للمدرسة ، الولاية ، الرمز البريدي: _____
رقم هاتف المدرسة السابقة: _____ رقم الفاكس: _____
اسم الطالب _____
تاريخ الميلاد _____ درجة الطالب _____

السجلات التي سيتم إرسالها بالفاكس من قبل المدرسة السابقة في أسرع وقت ممكن:

- رعاية التحصين
- نموذج الانسحاب مع SSID (رقم هوية طالب ولاية واشنطن)
- النسخة الأكاديمية - الدرجات الحالية وقائمة الفصول
- سجلات الانضباط / الاستشارة

السجلات التي سيتم إرسالها بالبريد من قبل المدرسة السابقة:

- سجلات الحضور وأي مداخلات لمحاولة حل مشكلات الحضور
- نتائج الاختبارات الموحدة بما في ذلك MAP Score (قياس التقدم الأكاديمي)
- شهادة صحية / طبية / ميلاد
- بيانات تحديد مستوى البرنامج الخاص
- كشف الدرجات الرسمي

يرجى إرسال السجلات إلى:

يرجى إرسال جميع سجلات التعليم الخاص بالفاكس إلى 943- 0308 (509)

لم يعد قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) يتطلب إذن الوالدين عندما يطلب موظفو المدرسة المصرح لهم السجلات.

نموذج التسجيل في منطقة ريتشلاند التعليمية

مكتب الإدارة - 6972 طريق كين ويست ريتشلاند ، واشنطن 99353

تاريخ اليوم / _____ / هل _____ انسحبت من المدرسة السابقة ضع (دائرة على) نعم او لا

هل التحق هذا الطفل بمدرسة ريتشلاند في الماضي؟ (الدائرة على) نعم او لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، اسم مدرسة RSD التاريخ التقريبي انسحب الطالب من آخر مدرسة _____

/ / RSD _____

اسم العائلة القانوني للطالب :		الاسم الأول القانوني للطالب :		الاسم الأوسط للطالب :	
تاريخ الميلاد: _____/_____/_____		الطالب # (سيقوم المكتب بتعيين):		الصف:	
هل لدى هذا الطفل سجلات مدرسية بأي اسم آخر؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى ذكر كل ما يلي:					
"يوضع" اسم العائلة (إذا كان مختلفاً عن الاسم القانوني):		الاسم الأول "يوضع" (إذا كان مختلفاً عن الاسم القانوني):		التاريخ الذي سيبدأ فيه الطالب المدرسة: _____/_____/_____	
الوالد / الوصي (التنسيق: جون وجين سميث):					
عنوان الإقامة:		مدينة:		الولاية:	
العنوان البريدي:		مدينة:		الولاية:	
عنوان البريد الإلكتروني للأب :			عنوان البريد الإلكتروني للاب:		
هاتف المنزل #		هل هذا # غير مدرج؟		نعم لا	
الجنس (ضع دائرة)		اللغة الأساسية للطالب (إذا كانت غير الإنجليزية):		اللغة المستخدمة في المنزل (إذا كانت غير الإنجليزية):	
ذكر		أنثى			
معلومات إضافية					
هل طفلك مطروح حالياً أو معلق أو بناء على عريضة Becca B il I من منطقة تعليمية أخرى؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم ، أرفق صفحة منفصلة لشرح الظروف.					
دائرة المشاركة السابقة / الحالية في: (كل ما ينطبق)					
التربية الخاصة (IEP)		الكلام		504 خطة ESL	
الرياضيات أو المساعدة في القراءة خدمات		OT		العنوان 1 الموهوبين	
صف أي قيود جسدية أو مشاكل صحية يعاني منها طفلك (ضع دائرة حول كل ما ينطبق على طفلك):					
الربو		السكري حالة القلب		التنويم / الصرع الحساسية: لسعات النحل أو الطعام	
أخرى (يرجى التوضيح): _____					
هل يتم إعطاء الدواء لأي سبب من الأسباب؟ في _ المنزل في المدرسة - _____ (نموذج التفويض الطبي مطلوب للأدوية في المدرسة)					
معلومات الوالد / الوصي					
معلومات الأب البيولوجية					
اسم عائلة الأب :		الاسم الأول للأب :			
عنوان شارع الأب (إذا كان مختلفاً عن الطالب):					
مدينة:		الولاية:		الرمز البريدي:	
الهاتف الخليوي الأب #:		هاتف منزل الأب #:			
صاحب عمل الأب:		هاتف عمل الأب #:			
هل يعيش الطالب مع الأب؟		نعم لا		إذا كان الجواب لا تريد إرسال بريد إضافي إلى الأب؟ نعم او لا	
هل هناك أمر عدم اتصال للأب؟		نعم لا		البريد الإلكتروني:	
معلومات الأم البيولوجية					
اسم عائلة الأم :		الاسم الأول للأم :			
عنوان شارع الأم (إذا كان مختلفاً عن الطالب):					
مدينة:		الولاية:		الرمز البريدي:	
الهاتف الخليوي الأم #:		هاتف منزل الأم #:			
صاحب عمل الأم:		هاتف عمل الأم #:			
هل يعيش الطالب مع الأم؟		نعم لا		إذا لم تكن الإجابة بالنفي ترغب في إرسال بريد إضافي إلى الأم؟ نعم لا	
هل هناك طلب عدم اتصال للأم؟		نعم لا		البريد الإلكتروني:	

معلومات إضافية عن الوالد / الوصي

الوالد # 3 العلاقة (ضع دائرة)			
: زوج الأم زوجة الأب فوستر / الوصي القانوني			
الاسم الأول للوالدين :		الجد آخر	
اسم عائلة الوالد :	مدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان الإقامة:	هاتف المنزل #:		هاتف الخليوي #:
هاتف المنزل #:	هاتف العمل #:	هل يقيم الطالب مع هذا الوالد؟ نعم لا	
هل يقيم الطالب مع هذا الوالد؟ نعم لا	لا يوجد طلب اتصال مع هذا الوالد؟ نعم لا		
الوالد # 4 العلاقة (ضع دائرة): زوج الأم زوجة الأب فوستر / الوصي القانوني			
الاسم الأول للوالدين :		الجد آخر	
اسم عائلة الوالد :	مدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان الإقامة:	هاتف المنزل #:		هاتف الخليوي #:
هاتف المنزل #:	هاتف العمل #:	هل يقيم الطالب مع هذا الوالد؟ نعم لا	
هل يقيم الطالب مع هذا الوالد؟ نعم لا	لا يوجد طلب اتصال مع هذا الوالد؟ نعم لا		
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ			
هام - يرجى إدراج معلومات الاتصال في حالات الطوارئ من يرشحه الوالدين بالترتيب الذي ترغب في الاتصال به.			
اتصل بنا 1#			
اسم العائلة لجهة الاتصال:		الاسم الأول لجهة الاتصال :	
علاقة:			
هاتف #:	الهاتف # هو:	خليوي	العمل المنزلي
اتصل بنا 2#			
اسم العائلة لجهة الاتصال:		الاسم الأول لجهة الاتصال :	
علاقة:			
هاتف #:	الهاتف # هو:	خليوي	العمل المنزلي
اتصل بنا 3#			
اسم العائلة لجهة الاتصال:		الاسم الأول لجهة الاتصال :	
علاقة:			
هاتف #:	الهاتف # هو:	خليوي	العمل المنزلي
اسم وعنوان المدرسة السابقة			
مدرسة:	درجة:		
عنوان:	مدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هاتف #:	فاكس #:		
تاريخ السحب/	سبب الانسحاب:		
معلومات الأخوة			
اسم:	مدرسة:	درجة:	تاريخ الميلاد :
اسم:	مدرسة:	درجة:	تاريخ الميلاد :
اسم:	مدرسة:	درجة:	تاريخ الميلاد :
اسم:	مدرسة:	درجة:	تاريخ الميلاد :
قائمة التحقق للتسجيل			
أرسلت للسجلات على:		السجلات الواردة:	
معلومات لإذن للوالدين المقدمة إلى الوالدين:		كمات مرور الطالب المعطاة للطالب:	
مسار الحافلة المعطاة للطالب:	تعيين الخزانة الخاصة للطالب :	السر:	
خريطة:	إثبات الإقامة:		

توقيع الوالد / الوصي: X

جمع البيانات العرقية

اسم الطالب:

يرجى تحديد كل من العرق والإثنية. من أصل اسباني نعم أو لا ، إذا كانت الإجابة بنعم ، فحدد أي واحد من (الأصواع) . العرق :

بور توريكو	مستيزو	كوستاريكي	من اصل إسباني/ لاتيني اكتب ب
سلفادوري	جامايكي	كوبي دومينيكي	نعم أو لا
إسباني	مكسيكي	إكوادوري	أرجنتيني
سورينامي	نيكاراغوي الأصلي	غواتيمالي	بوليفي
أوروغواي	بنما الباراغواي بيرو	غياني	برازيلي
فنزويلي		هندوراسي	شيكانو (أمريكي مكسيكي) تشيلي
			كولومبي

العرق: ضع دائرة حول أي عرق قد ينطبق. تأكد من ملاحظة الفئات الجريئة قبل اختيار هذه الأعراق.

فنزويلي	تنزاني	تشادي	أسود / أمريكي من أصل أفريقي:
أمريكا اللاتينية اكتب في	كونغولي (جمهورية الكونغو) زامبي	أسود / أمريكي من أصل أفريقي	
جنوب أفريقيا: بوتسوانا موسوتو (ليسوتو) ناميبيا سوازي جنوب أفريقيا جنوب أفريقيا اكتب في غرب أفريقيا: البنين غينيا - بيساو بوركينا فاسو كابو فيرديان Ivorian (كوت ديفوار) غامبيا غانى ليبيري مالي موريتاني النيجيرية (النيجر) النيجيرية (نيجيريا) سانت هيلينية سنغالية سيراليوني توغولي غرب أفريقيا اكتب باللون الأسود اكتب في	زيمبابوي شرق أفريقيا اكتب في أمريكا اللاتينية: الأرجنتيني بليز بوليفي برازيلي تشيلي كولومبيكي إكوادوري السلفادوري جزر فوكلاند الفرنسية غيانا غواتيمالي غياني هندوراسي مكسيكي نيكاراغوا بنمي باراغواي بيرو جورجيا الجنوبية / جزر سانديويتش الجنوبية سورينامي أوروغواي	الكونغولية (جمهورية الكونغو الديمقراطية) الغابون الغيني الاستوائي ساو توميان برينسيبي أفريقيا الوسطى اكتب في شرق أفريقيا: بوروندي جوموران جيبوتي إريتريا إثيوبية كينية مدغشقر (مدغشقر) ملاوي موريشيوس (موريشيوس) ماهوران (مايوت) موزمبيق ريونيون رواندي سيشل / سيشيل صومالي جنوب السودان سوداني أوغندي	أمريكي من أصل أفريقي أفريقي كندي كاريبي: أنغيلان انتيغوان جزر البهاما بربادوس بارتيليموا / بارتيليموا جزر فيرجن البريطانية جزر كايمانان (جزيرة كايمان) كوبا الدومينيكان الدومينيكان (جمهورية الدومينيكان) جزر الانتيل الهولندية غرينادا جوادولوبيان هايتي جامايكي مارتينيكوايس/مارتينيكوايز مونتسيراتيان بورتوريكو الكاريبي الكتابة في أفريقيا الوسطى: الأنغولية الكاميرونية أفريقيا الوسطى (جمهورية أفريقيا الوسطى)

سنغافورية	الكورية لاو	الكمبودية/الخميرية الشام	آسيوي:
سريلانكية	المنغولية	الصينية الفلبينية	آسيوي
تاوانية	النيبالية	الهمونغ	الآسيوية الهندية
التايلاندية	أوكيناوا	الإندونيسية	ماليزية مين
التبتية الفيتنامية	باكستانية	اليابانية	بنجلاديشي
الآسيوية الكتابة في	البنجابية		بوتاني
			البورمية/ميانمار

تمت المراجعة في مارس 2019

سكان هاواي الأصليون / سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى:

سكان هاواي الأصليون / سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون من جزر المحيط الهادئ كاروليني تشامورو تشوكيس فيجي	i-كيريباري / جيلبرتيز كوسرايان الماوري المارشالية الأصلية هاواي ني فانواتو	بالاو بابوا بوهيبان ساموا سكان جزر سليمان التاهيتية	توكيلاو تونجي توفالو يابيسي سكان جزر المحيط الهادئ اكتب في
--	--	---	--

أبيض:

أبيض

أوروبا الشرقية:

البولندية الهرسكية

البوسنية

الرومانية

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:

جزائري

الأمازيغية أو البربرية

العربية أو العربية الآشورية

بحريني

مصري

إماراتي

إيراني

عراقي

إسرائيلي

أردني كردي

عماني فلسطيني

قطري

سعودي سوري

تونسي يمني

الشرق الأوسط الكتابة في:

الكويت

شمال أفريقيا الكتابة في:

لبناني

بدوي

الكلدانية

قطر

الدروز

الأكرانية الروسية :

أوروبا الشرقية اكتب في:

مغربي لبي

الهنود الأمريكيون / سكان ألاسكا الأصليون:

الهنود الأمريكيون / قبائل ولاية واشنطن الأصلية في ألاسكا قبيلة شينوك

القبائل الكونفدرالية وعصابات أمة ياكاما القبائل الكونفدرالية في

محمية تشيهاليس القبائل الكونفدرالية في محمية كولفيل قبيلة كوليتز

الهندية

قبيلة الدواميش قبيلة هوه

الهندية

قبيلة جيمستاون سكللام

مجتمع كاليسيل الهندي في محمية كاليسيل أمة كيكياوس الهندية

مجتمع إلوا القبلي السفلي

قبيلة لومي من محمية لومي

قبيلة مكة الهندية من محمية مكة الهندية ماريتا فرقة من قبيلة نوكسك

قبيلة ماكلشوت الهندية قبيلة نيسكوالي

الهندية

قبيلة نوكسك الهندية من قبيلة واشنطن بورت جامبل

سكللام

قبيلة بويالوب من محمية بويالوب

قبيلة كولوت من محمية كولوت أمة كوينولت الهندية

أمة ساميش الهندية

قبيلة سوك سوبائل الهندية في واشنطن

قبيلة خليج شوالوتر الهندية في محمية خليج شوالوتر الهندية

قبيلة سكوكوميش الهندية قبيلة

سنوهوميش قبيلة سنوكوالي

الهندية قبيلة سنوكوالي

قبيلة سبوكان من محمية سبوكان

قبيلة جزيرة سكواكسين من محمية جزيرة سكواكسين قبيلة ستيلكوم

قبيلة ستيلجواميش من هنود واشنطن

قبيلة سوكواميش الهندية في محمية بورت ماديسون مجتمع سوينوميش الهندي

القبلي

قبائل توليب في واشنطن ألاسكا الأصلية

سكان ألاسكا الأصليون الكتابة في:

الهنود الأمريكيون:

الهنود الأمريكيون الكتابة في:

مؤشر الأسرة العسكرية : (الرجاء اختيار واحد)

N- لا يوجد أحد الوالدين أو الوصي يخدم حاليا.

A- الوالد أو الوصي الذي هو عضو حالي في الخدمة الفعلية في الولايات المتحدة. القوات المسلحة.

R- الوالد أو الوصي الذي هو عضو حالي في احتياطيات الولايات المتحدة القوات المسلحة.

Z- الوالد أو الوصي الذي هو عضو حالي في الحرس الوطني بواشنطن.

M - أكثر من والد أو وصي مؤهل للحصول على A أو R أو G أعلاه.

X- البيانات غير متوفرة.

Z- لارد / رفض القول.



استبيان السكن الطلابي

يمكن أن تساعد الإجابات على الأسئلة التالية في تحديد الخدمات التي قد يكون هذا الطالب مؤهلاً لتلقيها بموجب قانون McKinney-Vento 42 USC 11435. يوفر قانون McKinney-Vento الخدمات والدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي لمزيد من المعلومات)

إذا كنت تمتلك / تستأجر منزلك الخاص ، فلن تحتاج إلى إكمال هذا النموذج.

إذا كنت لا تملك / تستأجر منزلك الخاص ، فيرجى التحقق من كل ما ينطبق أدناه. (قدم إلى الاتصال بالمشردين في المنطقة . يمكن العثور على معلومات الاتصال في أسفل الصفحة).

في فندق في

ملجأ

الانتقال من مكان إلى آخر / ركوب الأمواج على الأريكة

في منزل أو شقة شخص آخر مع عائلة أخرى

سيارة أو موقف أو موقع تخييم أو موقع مشابه الإسكان الانتقالي

آخر _____

في مسكن به مرافق غير كافية (بدون ماء أو تدفئة أو كهرباء ، إلخ)

اسم الطالب: _____

الأول

الأوسط

الأخير

اسم المدرسة: _____

الصف: _____

تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة): _____

العمر: _____

الطالب غير مصحوب (لا يعيش مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني) (يعيش الطالب مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني)

جنس: _____

عنوان الإقامة الحالية: _____

رقم الهاتف أو رقم الاتصال: اسم جهة الاتصال: _____

الاسم المطبوع للوالد (الوالدين) / الوصي القانوني (الأوصياء القانونيين)

(أو الشباب غير المصحوبين بنوهم)

* توقيع الوالد / الوصي القانوني: _____

(أو الشباب غير المصحوبين)

التاريخ: _____

* أعلن تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات المقدمة هنا حقيقية وصحيحة.

يرجى إعادة النموذج المكتمل إلى:

تود بادلي

6972 طريق كين ، غرب ريتشلاند ، واشنطن 99353 اتصال المنطقة

6000-967 (509)

(الفنادق الممولات

د)

لموظفي المدرسة فقط: لأغراض جمع البيانات وترميز نظام معلومات الطلاب
(N) ليس بلا مأوى (A) الملاجئ (ب) مضاعفة (ج) غير مأوى



يتم تقديم مسح اللغة الأم لجميع الطلاب المسجلين في مدارس واشنطن.

اسم الطالب :	الصف :	تاريخ:
اسم الوالد / الوصي _____ توقيع الوالد / الوصي _____		
الحق في خدمات الترجمة التحريرية والشفهية حدد لغتك المفضلة حتى تتمكن من توفير مترجم فوري أو مستندات مترجمة مجاناً عندما تحتاج إليها.	1 . بأي لغة (لغات) تفضل عائلتك التواصل مع المدرسة؟ _____	جميع الآباء الحق في الحصول على معلومات حول تعليم أطفالهم بلغة يفهمونها.
الأهلية للحصول على دعم تطوير اللغة تساعدنا المعلومات حول لغة الطالب في تحديد الطلاب المؤهلين للحصول على الدعم لتطوير المهارات اللغوية اللازمة للنجاح في المدرسة. قد يكون الاختبار ضرورياً لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى دعم اللغة.	2 . ما هي اللغة التي تعلمها طفلك أولاً؟ _____ 3 . ما هي اللغة التي يستخدمها طفلك أكثر في المنزل؟ _____ 4 . ما هي اللغة الأساسية المستخدمة في المنزل ، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها طفلك؟ _____ 5 . هل تلقي طفلك دعماً لتطوير اللغة الإنجليزية في مدرسة سابقة؟ نعم _____ لا _____ لا أعرف _____	
التعليم السابق ردودك حول بلد ميلاد طفلك وتعليمه السابق: • قدم لنا معلومات حول المعرفة والمهارات التي يجلبها طفلك إلى المدرسة. • قد تمكن المنطقة التعليمية من تلقي تمويل فيدرالي إضافي لتقديم الدعم لطفلك. لا يستخدم هذا النموذج لتحديد حالة هجرة الطلاب.	6 . هل تلقي طفلك تعليماً رسمياً خارج الولايات المتحدة؟ (رياض الأطفال - الصف 12) نعم _____ لا _____ إذا كانت الإجابة بنعم: عدد الأشهر: _____ لغة التدريس: _____ 7 . متى التحق طفلك لأول مرة بمدرسة في الولايات المتحدة؟ (رياض الأطفال - الصف 12) الشهر _____ اليوم _____ السنة _____	

شكراً لك على توفير المعلومات اللازمة في مسح اللغة الأم. اتصل بمنطقة مدرستك إذا كانت لديك أسئلة أخرى حول هذا النموذج أو حول الخدمات المتاحة في مدرسة طفلك.

ملاحظة للمنطقة: هذا النموذج متاح بلغات متعددة على <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. تؤدي الإجابة التي تتضمن لغة أخرى غير الإنجليزية للسؤال #2 أو السؤال #3 إلى إجراء اختبار تحديد مستوى إجادة اللغة الإنجليزية. يمكن أن تؤدي الردود على الأسئلة #1 أو #4 بلغة أخرى غير الإنجليزية إلى مزيد من المحادثة مع العائلة لضمان فهم #2 و #3 بوضوح. "التعليم الرسمي" في #7 لا يشمل مخيمات اللاجئين أو غيرها من البرامج التعليمية غير المعتمدة للأطفال.



النماذج والمواد المترجمة <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/TranslatedMaterial.aspx> من مكتب التعليم

لمكتب المشرف على التعليمات العامة مرخصة بموجب رخصة المشاع الإبداعي. نسب المصنف 4.0

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> الدولية.

رسالة من ممرضة مدرستك

عزيزي الوالد / الوصي ،

أود أن أرحب بك وبطالبك في منطقة مدارس ريتشلاند! هدفنا هو مساعدة طفلك على الانطلاق إلى بداية آمنة وصحية في تعليمه.

ستجد في حزمة التسجيل النماذج والمعلومات التالية المتعلقة بالصحة:

- نموذج : التاريخ الصحي للطالب
- إشعار بحقوق الوالدين / الطالب بموجب القسم 504
- المعلومات المتعلقة بمتطلبات التلقيح أو التطعيم الحكومية للالتحاق بالمدارس
- يجب إكمال نموذج شهادة حالة التطعيم (CIS) من قبل الوالد / الوصي

يرجى ملاحظة أن هناك إمكانية لتأخير التسجيل إذا كانت حالة التلقيح طفلك لا تتوافق مع لوائح الدولة. هناك أيضا احتمال لتأخير التسجيل إذا كان الطالب يعاني من حالة تهدد حياته ولم تكن خطة الرعاية الصحية الحالية موجودة في الملف قبل اليوم الأول من المدرسة.

الظروف التي تهدد الحياة :

ينص قانون ولاية واشنطن (RCW 28A.210.320) على أنه قبل أن يتمكن الطالب من الذهاب إلى المدرسة ، يجب أن يكون لدى الطالب المصاب بحالة صحية تهدد حياته (وهي حالة من شأنها أن تعرض الطالب لخطر الموت أثناء اليوم الدراسي) خطة رعاية صحية موقعة من قبل مقدم رعاية طبية على الملف في المدرسة المعينة . يشمل هذا التفويض ، على سبيل المثال لا الحصر ، الطلاب الذين يعانون من حالات مثل الحساسية التأقية أو الربو الحاد أو بعض أمراض القلب أو مرض السكري أو اضطراب النوبات.

الأدوية في المدرسة:

يتم تعريف الدواء على أنه جميع الأدوية ، سواء بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية ، بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، قطرات السعال ومضادات الحموضة وتايلينول وأدفيال والفيتامينات. يتطلب قانون ولاية واشنطن (RCW 28A.210.260) وسياسة المنطقة استيفاء الشروط التالية حتى يتلقى طفلك الدواء في المدرسة: طلب حالي للأدوية التي تعتبر ضرورية خلال ساعات الدوام المدرسي ، موقعة من قبل مقدم رعاية صحية مرخص لديه وصف السلطة ، موقعة من قبل الوالد ، وموقعة من ممرضة المدرسة. تحتوي خطط الرعاية الصحية بالفعل على منطقة لإدراج الأدوية المتعلقة بالعلاج. لجميع الأدوية الأخرى ، يرجى استخدام النموذج: النموذج الطبيب ترخيص الدواء. تتوفر خطط الرعاية الصحية ونموذج ترخيص الدواء في غرفة الصحة وعلى موقع تحديد وضع اللاجئ على العنوان التالي: <https://www.rsd.edu/departments/studenthealthforms.html>

ما يجب إكماله قبل بدء المدرسة:

- حدد موعدا مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك في أقرب وقت ممكن لتحديث التطعيمات و / أو إكمال خطط الرعاية الصحية ونماذج طلب الأدوية.
- خذ النماذج المدرسية المناسبة المتعلقة بالصحة معك إلى موعدك.
- اطلب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك إكمال النماذج والتوقيع عليها. أكمل ووقع على المنطقة الرئيسية.
- املاً الوصفات المدرسية في الصيدلية الخاصة بك. اطلب من الصيدلي حاوية تحمل علامة للمدرسة. إذا كان الدواء بدون وصفة طبية ، فاحتفظ بالدواء في العبوة الأصلية.
- أعد النماذج المكتملة والأدوية إلى ممرضة المدرسة قبل أسبوع واحد على الأقل من بدء المدرسة.

مع التقدير والإخلاص

ممرضة المدرسة

نموذج التاريخ الصحي للطلاب

ولي الأمر / الوصي ، يرجى إكمال: اسم الطالب:

الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد:

الصف:

مدرسة:

الحالات الطبية التي تهدد الحياة :

يتطلب قانون ولاية غرب أستراليا أمراً بالأدوية / العلاج من مقدم الرعاية الصحية إذا كانت الحالة الصحية لطفلك ستعرض طفلك لخطر الوفاة أثناء اليوم الدراسي. يجب أن تتلقى ممرضة المدرسة أوامر مكتوبة ، وإذا كان ذلك مناسباً ، يجب أن تكون هناك خطة رعاية قبل أن يتمكن طفلك من الذهاب إلى المدرسة.

هل يعاني طفلك من حالة صحية تهدد الحياة؟ إذا كان الجواب بالإيجاب، يرجى ذكر ما يلي: نعم لا

لا نعم رد فعل تحسسي شديد لدغة النحل. الحساسية لا نعم

لا نعم رد فعل تحسسي شديد تجاه الطعام أو المكسرات. النوع: _____ وصف

لا نعم رد فعل تحسسي خفيف للطعام أو المكسرات. النوع: _____

لا نعم ردود الفعل التحسسية الأخرى. النوع: _____

لا نعم الربو. هل سيحتاج طفلك إلى دواء الربو خلال ساعات الدوام المدرسي؟

لا نعم مرض السكري. النوع: _____

لا نعم حالة القلب. التشخيص: _____

نعم

لا نعم اضطراب

_____ التشخيص: _____

لا نعم حالة العظام. التشخيص: _____

لا نعم نوبة / اضطراب عصبي. وصف: _____

لا نعم GI / حالة التغذية. وصف: _____

لا نعم حالة الأمعاء / المثانة. وصف: _____

لا نعم مخاوف صحية أخرى: _____

لا نعم هل يعاني طفلك من أي حالة أخرى من شأنها أن تؤثر على أداء الفصل الدراسي أو التربية البدنية. الانتسطة؟

إذا كان الجواب بالإيجاب، يرجى توضيح ما يلي: _____

لا نعم المخاوف السلوكية / العاطفية: _____

لا نعم النظارات: _____

_____ السبب: _____

_____ تاريخ آخر فحص للعين: _____

لا نعم ضعف السمع: تاريخ آخر فحص للسمع: _____

لا نعم معرفات السمع أ: لا نعم

لا نعم التأمين الصحي: الاسم _____

لا نعم مقدم الرعاية الأولية (طبيب / ARNP / PA)

في الإنترنت الإستمارة متاحة

الأدوية اليومية:

يتطلب قانون الولاية إنذاراً كتابياً من مقدم الرعاية الصحية والوالدين قبل إعطاء أي دواء أو وصفة طبية أو بدون وصفة طبية في المدرسة. نماذج الأدوية متاحة عبر الإنترنت على www.rsd.edu.

لا نعم الأدوية اللازمة في المدرسة: (حدد): _____ (الإذن مطلوب)

لا نعم الدواء اللازم في المنزل: (حدد): _____

الوالد / الوصي (الاسم المطبوع): _____

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____

التاريخ _____

(العمل)

الخليوي أو النقال:

الهاتف: (المنزل) _____

تعتبر هذه المعلومات سرية. لضمان صحة وسلامة طفلك ، ستتم مشاركتها مع موظفي المدرسة حسب الحاجة خلال الوقت الذي يتم فيه تسجيل طفلك في منطقة مدارس ريتشلاند ، ما لم تطلب خلاف ذلك كتابة.

RSD 3/2018 التاريخ الصحي للطلاب (مراجعة) - الظروف التي تهدد الحياة

إشعار منطقة مدارس ريتشلاند بحقوق

الوالدين / الطالب

بموجب المادة 504

نموذج 1-504

قانون إعادة التأهيل لعام 1973 ("القانون") ، الذي يشار إليه عادة باسم "القسم 504" ، هو قانون عدم التمييز الذي سنه كونغرس الولايات المتحدة. والغرض من هذا القانون هو حظر التمييز وضمان حصول الطلاب المعوقين على فرص واستحقاقات تعليمية مساوية لتلك المقدمة للطلاب غير المعوقين.

هذا إشعار بحقوقك بموجب القسم 504. لا تهدف هذه الوثيقة إلى معالجة الحقوق الممنوحة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة ("IDEA") الذي ينطبق على الطلاب المؤهلين للحصول على خدمات التعليم الخاص. يتوفر إشعار مكتب المشرف على التعليمات العامة ("OSPI") للضمانات الإجرائية للتعليم الخاص للطلاب وعائلاتهم من خلال قسم التعليم الخاص بالمنطقة ويحدد الحقوق التي تكفلها IDEA. الغرض من هذا الإشعار هو تحديد الحقوق التي يكفلها القسم 504 للطلاب المعاقين الذين يعانون من إعاقة جسدية أو عقلية تحد بشكل كبير من نشاط واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية غير المؤهلين بموجب IDEA.

توفر القوانين واللوائح الفيدرالية للوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء) والطلاب الحقوق التالية:

1. لديك الحق في أن يتم إبلاغك من قبل المنطقة بحقوقك بموجب القسم 504 (الغرض من هذا الإشعار هو إبلاغك بهذه الحقوق).
2. لديك الحق في أن يشارك طفلك في برنامج التعليم في المنطقة ويستفيد منه دون تمييز على أساس الإعاقة.
3. لديك الحق في تلقي إشعار قبل أن تتخذ المنطقة التعليمية أي إجراء يتعلق بتحديد هوية طفلك وتقييمه و / أو وضعه.
4. يحق لطفلك إجراء تقييم قبل التنسيب الأولي بموجب القسم 504 وأي تغيير كبير لاحق في التنسيب. لديك الحق في رفض الموافقة على التقييم الأولي والتنسيب الأولي لطفلك.
5. لديك الحق في أن يحصل طفلك على تعليم عام مجاني مناسب ("FAPE"). وهذا يشمل حق طفلك في الحصول على التعليم مع الطلاب غير المعوقين إلى أقصى حد مناسب. ويشمل أيضا الحق في أن تقدم المنطقة الوسائل و / أو الخدمات ذات الصلة للسماح لطفلك بفرصة متساوية للمشاركة في الأنشطة المدرسية و / أو الوسائل التعليمية و / أو ذات الصلة والخدمات المقدمة لطفلك دون تكلفة باستثناء تلك الرسوم المفروضة على الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء) على الأطفال غير المعاقين.
6. يحق لطفلك الحصول على مرافق و / أو خدمات و / أو أنشطة مماثلة لتلك المقدمة للطلاب غير المعاقين.
7. لديك الحق في اتخاذ قرارات تقييم و / أو تعليمية و / أو تنسيب لطفلك بناء على معلومات من مجموعة متنوعة من المصادر ، من قبل مجموعة من الأشخاص الذين يعرفون طفلك وبيانات تقييم طفلك و / أو خيارات التنسيب.

8. لديك الحق في منح طفلك فرصة متساوية للمشاركة في الأنشطة غير الأكاديمية واللامنهجية التي تقدمها المنطقة.
9. لديك الحق في فحص السجلات التعليمية لطفلك والحصول على نسخة من هذه السجلات. لديك أيضا الحق في الحصول على رد على الطلبات المعقولة للحصول على تفسيرات وتفسيرات لسجلات تعليم طفلك.
10. لديك الحق في مطالبة المنطقة التعليمية بتعديل السجلات التعليمية لطفلك إذا كنت تعتقد أنها غير دقيقة و / أو مضللة و / أو تنتهك حقوق الخصوصية لطفلك. إذا رفضت المنطقة هذا الطلب ، فيحق لك الطعن في هذا الرفض بموجب قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة ("FERPA").
11. لديك الحق في طلب الوساطة أو جلسة استماع محايدة فيما يتعلق بإجراءات المقاطعة فيما يتعلق بتحديد هوية طفلك وتقييمه و / أو وضعه التعليمي مع فرصة مشاركة الوالدين في جلسة الاستماع والتمثيل من قبل محام.
12. إذا كنت ترغب في الطعن في إجراءات المنطقة فيما يتعلق بتحديد هوية طفلك وتقييمه و / أو وضعه التعليمي ، فيجب عليك تقديم طلب كتابي لعقد جلسة استماع مع بريان مور ، منسق برنامج قسم الطلاب 504 ، 615 Snow Ave ، ريتشلاند ، واشنطن 99352 ؛ أرسل بريدا إلكترونيا إلى: Brian.Moore@rsd.edu استخدام طلب جلسة استماع (نموذج 504-2). سيتم تحديد موعد جلسة استماع أمام مسؤول جلسة استماع محايد وسيتم إخطارك كتابيا بتاريخ ووقت ومكان جلسة الاستماع.
13. إذا كنت لا توافق على قرار مسؤول جلسة الاستماع المحايد ، فيحق لك مراجعة هذا القرار من قبل محكمة ذات اختصاص قضائي. إذا انتصرت في دعوى الحقوق المدنية ضد المقاطعة ، فيحق لك طلب دفع أتعاب المحاماة المعقولة من خلال المحكمة.
14. لديك الحق في تقديم شكوى أو شكوى محلية إلى الولايات المتحدة. مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة التعليم أو تقديم شكوى في المحكمة الفيدرالية. عنوان المكتب الإقليمي الذي يغطي ريتشلاند: وزارة التعليم الأمريكية مكتب الحقوق المدنية
915 الجادة الثانية ، غرفة 3310
98174-1099
سياتل ، واشنطن الهاتف: (509)607-1600
الموقع الإلكتروني: www.ed.gov/OCR
عنوان البريد الإلكتروني: OCR.seattle@ed.gov

الآباء - هل أطفالك مستعدون للمدرسة؟

التطعيمات المطلوبة للعام الدراسي 2020-2021

التعليمات: لمعرفة اللقاحات المطلوبة للمدرسة ، ابحث عن درجة طفلك في العمود الأول. انظر إلى الصف المطابق عبر الصفحة للعثور على كمية اللقاحات المطلوبة لطفلك لدخول المدرسة.

الحماق (جدري الماء)	MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)	شلل الاطفال	DTaP / Tdap (الخنثاق والكزاز والسعال الديكي)	التهاب الكبد الوبائي ب
جرعة 2 أو تحقق مقدم الرعاية الصحية من إصابة الطفل بالمرض	جرعة 2	4 جرعات*	5 جرعات*	3 جرعات
جرعة 2 أو تحقق مقدم الرعاية الصحية من إصابة الطفل بالمرض	جرعة 2	4 جرعات*	5 جرعات DTaP* و 1 جرعة تداب	3 جرعات

* قد تكون جرعات اللقاح أقل من المدرجة حسب حالة طفلك.

معلومات إضافية: يجب على الطلاب الحصول على جرعات اللقاح في الأطر الزمنية الصحيحة للامتثال لمتطلبات المدرسة. تحدث إلى مقدم الرعاية الصحية أو موظفي المدرسة إذا كانت لديك أسئلة حول متطلبات التحصين المدرسي.

هناك لقاحات مهمة للأطفال غير مطلوبة لدخول المدرسة. يمكنك العثور على معلومات حول هذه اللقاحات في www.immunize.org/cdc/schedules.

الآباء - هل اطفالك مستعدون للمدرسة؟

التطعيمات المطلوبة للعام الدراسي 2021-2022

التعليمات : لمعرفة اللقاحات المطلوبة للمدرسة ، ابحث عن درجة طفلك في العمود الأول. انظر إلى الصف المطابق عبر الصفحة للعثور على كمية اللقاحات المطلوبة لطفلك لدخول المدرسة.

الحماق (جدرى الماء)	MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)	شلل الاطفال	DTaP / Tdap (الخنناق والكزاز والسعال الديكي)	التهاب الكبد الوبائي ب
جرعة 2 أو تحقق مقدم الرعاية الصحية من إصابة الطفل بالمرض	جرعة 2	4 جرعات*	5 جرعات*	3 جرعات
جرعة 2 أو تحقق مقدم الرعاية الصحية من إصابة الطفل بالمرض	جرعة 2	4 جرعات*	5 جرعات DTaP* و 1 جرعة تداب	3 جرعات

* قد تكون جرعات اللقاح أقل من المدرجة حسب حالة طفلك.

معلومات إضافية: يجب على الطلاب الحصول على جرعات اللقاح في الأطر الزمنية الصحيحة للامتثال لمتطلبات المدرسة. تحدث إلى مقدم الرعاية الصحية أو موظفي المدرسة إذا كانت لديك أسئلة حول متطلبات التحصين المدرسي.

هناك لقاحات مهمة للأطفال غير مطلوبة لدخول المدرسة. يمكنك العثور على معلومات حول هذه اللقاحات في www.immunize.org/cdc/schedules.

شهادة من حالة التلقيح أو التطعيم (رابطة الدول المستقلة)

تاريخ: تمت المراجعة
وقعت COE في الملف؟

يرجى الطباعة. انظر مرة أخرى للحصول على إرشادات حول كيفية ملء هذا النموذج أو طباعته من نظام معلومات التحصين بولاية واشنطن .

الاسم الأخير للطفل :	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):
أعطى الإذن لمدرسة طفلي / رعاية الطفل لإضافة معلومات التلقيح إلى نظام معلومات التلقيح لمساعدة المدرسة في الحفاظ على سجل طفلي.			
الحالة المشروطة فقط: أقر بأن طفلي يدخل المدرسة / رعاية الطفل في الحالة الشرطية. لكي يبقى طفلي في المدرسة ، يجب أن أقدم الوثائق المطلوبة للتلقيح بحلول المواعيد النهائية المحددة. انظر مرة أخرى للحصول على إرشادات حول الحالة الشرطية.			
X	X	X	X
توقيع ولي الأمر / الوصي	تاريخ	توقيع الوالد / الوصي مطلوب إذا كان البدء في حالة شرطية	تاريخ

تاريخ	تاريخ	تاريخ	تاريخ	تاريخ	تاريخ	تاريخ	▲ مطلوب للمدرسة ● مطلوب رعاية الطفل / مرحلة ما قبل المدرسة
مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	مم / يوم / سنة	
اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو رعاية الطفل							
							▲ دتب (الخنق والكزاز والسعال الديكي)
							▲ تداب (الكزاز ، الدفتيريا ، السعال الديكي) (الصف 7+)
							▲ د.ت أو تي دي (الكزاز ، الخناق)
							▲ التهاب الكبد ب
							● المستدمية النزلية من النوع ب (المستدمية النزلية من النوع ب)
							▲ IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV / OPV)
							▲ OPV (شلل الأطفال)
							▲ MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)
							● بي سي في / بي بي إس في (المكورات الرئوية)
							▲ الحماق (جدري الماء) [?] تاريخ المرض الذي تم التحقق منه بواسطة IIS
اللقاحات الموصى بها (غير مطلوبة لدخول المدرسة أو رعاية الأطفال)							
							الانفلونزا (الانفلونزا)
							التهاب الكبد الوبائي أ
							فيروس الورم الحليمي البشري (فيروس الورم الحليمي البشري)
							إم سي في / إم بي إس في (أنواع مرض المكورات السحائية W ، C ، A ، Y)
							مينب (مرض المكورات السحائية من النوع ب)

توثيق مناعة المرض (استخدام مقدم الرعاية الصحية فقط)		
إذا كان الطفل المذكور اسمه في رابطة الدول المستقلة لديه تاريخ من مرض الحماق (جدري الماء) أو يمكن أن يظهر مناعة عن طريق فحص الدم (العيار) ، فيجب أن يتحقق من قبل مقدم الرعاية الصحية.		
أشهد أن الطفل المسمى في رابطة الدول المستقلة لديه: <input type="checkbox"/> تاريخ مؤكد من مرض الحماق (جدري الماء). <input type="checkbox"/> دليل مختبري على المناعة (عيار) ل المرض (الأمراض) المشار إليها أدناه.		
<input type="checkbox"/> الدفتيريا	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي أ	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي ب
<input type="checkbox"/> هيب	<input type="checkbox"/> الحصبة	<input type="checkbox"/> النكاف
<input type="checkbox"/> الحصبة الألمانية	<input type="checkbox"/> كزاز	<input type="checkbox"/> الحماق
<input type="checkbox"/> شلل الأطفال (يجب أن تظهر جميع الأنماط المصلية 3 مناعة)		
▶		
تاريخ توقيع مقدم الرعاية الصحية المرخص		
▶		

مقدم الرعاية الصحية أو الاسم الرسمي للمدرسة: التوقيع: _____ التاريخ: _____
إذا تم التحقق من ذلك من قبل المدرسة أو موظفي رعاية الأطفال ، فيجب إرفاق سجلات التحصين الطبي بهذا المستند.

أقر بأن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة ويمكن التحقق منها.

تعليمات لاستكمال شهادة حالة التحصين (CIS): اطبعها من نظام معلومات التحصين (IIS) أو املأها يدوياً.

للطباعة مع ملء معلومات التحصين:

أسأل عما إذا كان مكتب مقدم الرعاية الصحية الخاص بك يدخل التطعيمات في نظام معلومات التحصين في غرب أستراليا (سجل واشنطن على مستوى الولاية). إذا فعلوا ذلك ، فاطلب منهم طباعة CIS من IIS و سيتم ملء معلومات تلقيح الطفل تلقائياً. يمكنك أيضاً طباعة CIS في المنزل عن طريق الاشتراك وتسجيل الدخول إلى MyIR على <https://wa.myir.net>. إذا كان مزودك لا يستخدم IIS ، فأرسل بريداً إلكترونياً أو اتصل بوزارة الصحة للحصول على نسخة من CIS لطفلك: waisrecords@doh.wa.gov أو 0337-397-866-1.

لملء النموذج باليد:

1. اطبع اسم طفلك وتاريخ ميلاده ، وقم بتوقيع اسمك في المكان المشار إليه في الصفحة الأولى.
2. اكتب تاريخ كل جرعة لقاح يتم تلقيها في أعمدة التاريخ (ك MM / DD / YY). إذا تلقى طفلك لقاحاً مركباً (حقنة واحدة تحمي من عدة أمراض) ، فاستخدم الأدلة المرجعية أدناه لتسجيل كل لقاح بشكل صحيح. على سبيل المثال ، سجل Pediatix تحت الخناق والكزاز والسعال الديكي ك DTaP والتهاب الكبد B مثل التهاب الكبد B وشلل الأطفال مثل IPV.
3. إذا كان طفلك مصاباً بمرض جذري الماء (الحماق) وليس اللقاح ، فيجب على مقدم الرعاية الصحية التحقق من مرض جذري الماء لتلبية متطلبات المدرسة.
 - إذا تمكن مقدم الرعاية الصحية الخاص بك من التحقق من إصابة طفلك بجذري الماء ، فاطلب من مقدم الرعاية تحديد المربع الموجود في قسم توثيق مناعة المرض والتوقيع على النموذج.
 - إذا وصل موظفو المدرسة إلى IIS وشاهدوا التحقق من إصابة طفلك بجذري الماء ، فسيقومون بتحديد المربع الموجود أسفل الحماق في قسم اللقاحات.
4. إذا كان بإمكان طفلك إظهار مناعة إيجابية عن طريق اختبار الدم (العيار) ، فاطلب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك تحديد المربعات الخاصة بالمرض المناسب في قسم توثيق مناعة المرض ، و التوقيع على النموذج وتأريخه. يجب عليك تقديم تقارير معملية مع رابطة الدول المستقلة هذه.
5. قدم دليلاً على السجلات التي تم التحقق منها طبياً ، باتباع الإرشادات أدناه.

السجلات الطبية المقبولة

- يجب التحقق من جميع سجلات التطعيم طبياً. ومن الأمثلة على ذلك:
- نموذج شهادة حالة التحصين (CIS) مطبوع بتاريخ التطعيم من نظام معلومات التحصين بولاية واشنطن (IIS) أو MyIR أو IIS الخاص بولاية أخرى.
 - نسخة ورقية مكتملة من CIS مع توقيع التحقق من صحة مقدم الرعاية الصحية.
 - نسخة ورقية مكتملة من CIS مع سجلات التطعيم المرفقة المطبوعة من السجل الصحي الإلكتروني لمقدم الرعاية الصحية مع توقيع أو ختم مقدم الرعاية الصحية. يجب على مدير المدرسة أو الممرضة أو من ينوب عنه التحقق من أن التواريخ الموجودة في CIS قد تم نسخها بدقة وتقديم توقيع على النموذج.

الحالة المشروطة

يمكن للأطفال الدخول والبقاء في المدرسة أو رعاية الطفل في حالة مشروطة إذا كانوا يلحقون باللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو رعاية الطفل. (يتم توزيع جرعات سلسلة اللقاح بين الحد الأدنى فترات ، لذلك قد يضطر بعض الأطفال إلى الانتظار لفترة من الوقت قبل الانتهاء من التطعيمات. هذا يعني أنهم قد يدخلون المدرسة أثناء انتظار جرعة اللقاح التالية المطلوبة). لدخول المدرسة أو رعاية الطفل في حالة مشروطة ، يجب أن يحصل الطفل على جميع جرعات اللقاح التي يحق له تلقيها قبل بدء المدرسة أو رعاية الطفل.

يمكن للطلاب في حالة مشروطة البقاء في المدرسة أثناء انتظار الحد الأدنى من التاريخ الصالح لجرعة اللقاح التالية بالإضافة إلى 30 يوماً أخرى لتسليم وثائق تلقيح. إذا كان الطالب يلحق بلقاحات متعددة ، فستستمر الحالة الشرطية بطريقة مماثلة حتى تكتمل جميع اللقاحات المطلوبة.

إذا انتهت الفترة المشروطة البالغة 30 يوماً ولم يتم تقديم الوثائق إلى المدرسة أو رعاية الأطفال ، فيجب استبعاد الطالب من الحضور الإضافي ، وفقاً ل RCW 28A.210.120. تتضمن الوثائق الصالحة دليلاً على المناعة ضد المرض المعني ، أو السجلات الطبية التي تظهر التطعيم ، أو نموذج شهادة الإعفاء (COE) المكتمل.

دليل مرجعي للأسماء التجارية للقاحات بالترتيب الأبجدي للحصول على قائمة محدثة ، قم بزيارة <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html> / <http://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

الاسم التجاري	لقاح	الاسم التجاري	لقاح	الاسم التجاري	لقاح	الاسم التجاري	لقاح	الاسم التجاري	لقاح
أكت هيب	هيب	فلوريكس	إنفلونزا	هافريكس	التهاب الكبد أ	مينفيو	المكورات السحائية	روتاريكس	لقاح فيروس الروتا (RV1)
أداسيل	تداب	فلوسيلفاكس	إنفلونزا	هيبيريكس	هيب	بدياريكس	DTaP + التهاب الكبد B + IPV	روتاتيك	لقاح فيروس الروتا (PV5)
أفلوريا	إنفلونزا	فلولافال	إنفلونزا	هيب تايتز	هيب	PedvaxHIB	هيب	تينفاك	تي دي
بيكسيرو	مينب	فلومبست	إنفلونزا	ايبول	IPV	خماسي	DTaP + Hib + IPV	ترومبا	مينب
بوستريكس	تداب	فلوفيرين	إنفلونزا	إنفانريكس	دتب	استرواح مائي	بي بي إس في	تويزريكس	التهاب الكبد أ + التهاب الكبد B الوبائي ب
سيفاريكس	2v فيروس الورم الحليمي البشري	فلوزون	إنفلونزا	كينريكس	DTaP + IPV	بريفنار	بي سي في	فاكتا	التهاب الكبد أ

الحماق	فاريفاكس	MMR + الحماق	بروكواد	MCV4 أو MCV	ميناكترا	4v فيروس الورم الحليمي البشري	جارداسيل	دتب	دابتاسيل
		التهاب الكبد الوبائي ب	ريكومبيفاكس HB	إم بي إس في 4	مينومون	9v فيروس الورم الحليمي البشري	جارداسيل 9	التهاب الكبد الوبائي ب	انجريكس-ب

2019 DOH 348-013 نوفمبر

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى هذا المستند بتنسيق آخر ، فيرجى الاتصال بالرقم 0127-525-800-1 (TDD / TTY call 711).

منطقة مدارس ريتشلاند سياسة الاستخدام المقبول

الوصول إلى الإنترنت متاح لجميع الطلاب الذين يوافقون على اتباع هذه الإرشادات. يحق للوالدين / الأوصياء رفض الوصول إلى الإنترنت في المنطقة التعليمية لطلابهم ويطلب منهم توصيل رغباتهم من خلال إكمال نموذج إلغاء الاشتراك أدناه.

يسعدنا أن نقدم لطلاب منطقة ريتشلاند التعليمية استخدام شبكة كمبيوتر المنطقة ، بما في ذلك الوصول إلى الإنترنت. سيمكن الإنترنت الطلاب من استكشاف آلاف المكتبات وقواعد البيانات والموارد التعليمية في جميع أنحاء العالم. يجب تحذير العائلات من أن المواد الموجودة على الإنترنت قد تحتوي على عناصر غير قانونية أو تشهيرية أو غير دقيقة أو يحتمل أن تكون مسيئة لبعض الأشخاص. بينما هدفنا هو جعل الإنترنت متاحاً لمزيد من الأهداف والغايات التعليمية ، قد يجد الطلاب طرقاً للوصول إلى مواد أخرى أيضاً. نعتقد أن الفوائد التي تعود على الطلاب من الإنترنت في شكل موارد معلومات وفرص للتعاون تتجاوز أي عيوب. في نهاية المطاف ، يتحمل الآباء والأوصياء على القاصرين مسؤولية وضع ونقل المعايير التي يجب على أطفالهم اتباعها عند استخدام مصادر المعلومات الإعلامية. تحقيقاً لهذه الغاية ، تدعم منطقة مدارس ريتشلاند وتحترم حق كل عائلة في تقرير ما إذا كانت ستسمح بالوصول إلى الإنترنت أم لا.

إرشادات الإنترنت في المنطقة :

1. الطلاب مسؤولون عن السلوك الجيد والاتصالات على شبكات الكمبيوتر المدرسية. الاتصالات على الشبكة عامة بطبيعتها. لذلك ، تنطبق قواعد المدرسة العامة والمنطقة التعليمية للسلوك والاتصالات.
2. يتم توفير الشبكة للطلاب لأغراض البحث طالما وافق الطالب على التصرف بطريقة مسؤولة.
3. الوصول إلى أجهزة الكمبيوتر هو امتياز وليس حقاً ، ويستتبع المسؤولية.
4. من المفترض أن يمثل الطلاب لمعايير المنطقة ومدونة قواعد سلوك الشبكة ، ويفهمون أن الإجراءات التأديبية تنتج إذا فشلوا في القيام بذلك.
5. أثناء الامتثال لقانون حماية الإنترنت للأطفال (CIPA - تصفية الإنترنت) وبذل كل محاولة للإشراف على الطلاب أثناء الوصول إلى موارد الإنترنت ، فإن المنطقة ليست مسؤولة عن تقييد أو مراقبة أو

6. التحكم في اتصالات الأفراد الذين يستخدمون الشبكة. يمكن التعامل مع مناطق تخزين الشبكة مثل خزائن المدرسة. لذلك، قد يقوم مسؤولو الشبكة بمراجعة ملفات المستخدم والاتصالات للحفاظ على تكامل النظام والتأكد من أن المستخدمين يستخدمون النظام بشكل مسؤول. يجب ألا يكون لدى المستخدمين أي توقعات بالخصوصية في ملفاتهم الإلكترونية المخزنة على أجهزة كمبيوتر منطقة مدارس ريتشلاند.
7. يجب أن يكون كل استخدام للنظام لدعم التعليم والبحث ومتسقاً مع مهمة المنطقة.

لا يسمح للطلاب الذين يستخدمون شبكة المنطقة التعليمية بالقيام بما يلي:

- الوصول إلى الرسائل أو الصور المسيئة أو إرسالها أو عرضها
- استخدام لغة بذيئة أو تشهيرية
- مضايقة الآخرين أو إهانتهم أو التشهير بهم أو الاعتداء عليهم
- إتلاف أجهزة الكمبيوتر أو تغيير أنظمة الكمبيوتر أو شبكات الكمبيوتر
- تنزيل / تثبيت البرامج والملفات وما إلى ذلك. بدون إذن
- الوصول إلى غرف الدردشة وخدمات المراسلة الفورية والألعاب وما إلى ذلك.
- انتهاك قوانين حقوق الطبع والنشر
- استخدام حساب / كلمة مرور شبكة شخص آخر
- إعطاء اسمه أو عنوانه أو رقم هاتفه
- التعدي على مجلد أو عمل أو ملفات شخص آخر
- إهدار الموارد المحدودة عمداً
- توظيف الشبكة لأغراض تجارية
- يسمح بالوصول إلى حسابات البريد الإلكتروني الشخصية فقط للاستخدامات الموضحة في منهج الفصل الدراسي

أدب

قد تؤدي الانتهاكات إلى فقدان الوصول إلى الإنترنت ، وفقدان استخدام الكمبيوتر أثناء وجودك في المدرسة ، فضلاً عن الإجراءات التأديبية أو القانونية الأخرى.

يرجى ملء النموذج السفلي وإعادته إلى المدرسة. يمكنك الاحتفاظ بالجزء العلوي لسجلتلك الخاصة.

نموذج إلغاء الاشتراك في منطقة مدارس ريتشلاند

إشعار ولي الأمر إلى (_____ المدرسة الحالية) برفض امتيازات الوصول إلى الإنترنت للطفل التالي:

الصف:

اسم الطالب:

بصفتي أحد الوالدين / الوصي على الطالب أعلاه ، أرفض الإذن لطفلي بالوصول إلى الإنترنت في المدرسة. أدرك أن هذا الطلب يحتاج إلى تحديث على أساس سنوي. إذا كنت أرغب في أي وقت في أن يتمكن طفلي من الوصول إلى الإنترنت أثناء وجوده في المدرسة ، فأنا أدرك أن هذا الإذن يجب أن يتم كتابياً وتقديمه إلى مكتب المدرسة.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر / الوصي:

رقم هاتف المنزل:

العنوان:

ملاحظة: يرجى العلم أن بعض قواعد بيانات المكتبة والدوريات وما إلى ذلك مواد موارد الفصول الدراسية والمواد التعليمية التكميلية في جميع المدارس يتم الوصول إليها عبر الإنترنت. من خلال التوقيع على هذا النموذج ، فإنك تمنع الطالب من الوصول إلى موارد المنطقة هذه.