

School	Track
Grade	Room
Teacher/Counselor	
Bus #	Bus Stop

الجنس:  أنثى  ذكر

الاسم: \_\_\_\_\_

الأوسط \_\_\_\_\_

الأخير \_\_\_\_\_

الاسم الأخير (إن كان مختلف) \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
الشفقة \_\_\_\_\_  
تاريخ الولادة \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_

سجل أسماء الوالدين أو ولي الأمر توقيع الوالدين أو ولي الأمر الذي يعيش الطفل معهم:

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_  
هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
إلى الطفل: \_\_\_\_\_  
إلى الطفل: \_\_\_\_\_  
إلى الطفل: \_\_\_\_\_  
إلى الطفل: \_\_\_\_\_  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_

من يملك حق رعاية الطفل في حال طلاق الوالدين أو انفصالهم؟ على الوالدين إعلام المقاطعة فوراً في حال حدوث أي تغيير.  
 أب  أم  مشترك

الحضنة الروضة: الاسم \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

في حالة المرض أو طوارئ أو حادث ولم يتمكن العنصر على الوالدين أو ولي الأمر، يجاز للأشخاص البالغين التاليين أن يقوموا بدور الوالدين ولي الأمر. (الرجاء كتابة أسماء جارين محليين أو أصدقاء أو أقرباء أو مربين)

1. الهاتف \_\_\_\_\_ القرابة \_\_\_\_\_

2. الهاتف \_\_\_\_\_ القرابة \_\_\_\_\_

اسم الطبيب \_\_\_\_\_ التامين الصحي من قبل \_\_\_\_\_ الرقم # \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ رقم هاتف الطبيب \_\_\_\_\_ خيار المشفى \_\_\_\_\_

على الوالدين اختيار أحد الخيارين:

1. في حالة الطوارئ وعدم تواجد الوالدين أو ولي الأمر أقوض دائرة الموظفين في المدرسة بالقيام بالترتيبات لحصول طفلي على الرعاية الطبية المشفى بما فيه التقلبات

اللازمة حسب ما يروه مناسب. أفوض الطبيب المسمى أعلاه للقيام بالعناية والعلاج اللازم. في حال عدم تواجد ذلك الطبيب. أفوض القيام بالعناية والعلاج من قبل أي

طبيب أو جراح مرخص. أو أفوض على كافة التكاليف الناتجة عن ذلك.

2. لا أفوض على الإقعدة أعلاه وأرغب الإجراءات التالية في حالة الطوارئ:

\_\_\_\_\_ لا تؤمن التامين الطبي لطلاب ولكن توفر التامين الاختياري للطلاب. لقد حصلت

أنتي على علم بأن المقاطعة المدرسية

على المعلومات عن هذا البرنامج.

توقيع الوالدين أو ولي الأمر \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ X X

توقيع الوالدين أو ولي الأمر \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

أقلب الصفحة وأكمل المعلومات الصحية