



## استفتاء عن لغة المنزل HOME LANGUAGE QUESTIONNAIRE (HLQ-ARABIC)

عزيزي الأب أو ولي الأمر:  
من أجل تزويد طفلكم بأفضل ثقافة  
ممكنة يحتم علينا معرفة قدرة طفلكم  
على فهم التحدث، القراءة، والكتابة  
باللغة الإنجليزية. تعاونكم بالإجابة  
على هذه الأسئلة له تقديرا عظيم،  
وشكرا

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL	
DISTRICT	Please print or type clearly
SCHOOL	المدرسة
STUDENT NAME	اسم الطالب
DATE OF BIRTH	تاريخ الميلاد
Month	الشهر
Day	اليوم
Year	السنة
STUDENT IDENTIFICATION NUMBER	رقم الطالب
COUNTRY OF BIRTH / ANCESTRY	بلد الميلاد أو الأصل
NUMBER OF YEARS ENROLLED IN SCHOOL OUTSIDE THE U.S.	عدد السنوات الدراسية خارج أمريكا
NAME/POSITION OF SCHOOL	اسم ومرتبة المسؤول الذي اكمل هذا
PERSONNEL COMPLETING THIS SECTION	
DETERMINATION:	التقدير
	محدود اللغة <input type="checkbox"/> Possible LEP
	خبير باللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> English Proficient

ضع علامة (X) في الصندوق المناسب

_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	1. ما هي اللغة أو اللغات المتحدث بها في منزل أو سكن الطالب؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	2. ما هي اللغة أو اللغات المتحدث بها معظم الأوقات مع الطالب في المنزل أو السكن؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	3. ما هي اللغة أو اللغات التي يفهمها الطالب؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	4. ما هي اللغة أو اللغات التي يتحدث بها الطالب؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	5. ما هي اللغة أو اللغات التي يقرأها الطالب؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	6. ما هي اللغة أو اللغات التي يكتبها الطالب؟
_____ وضع	<input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> إنجليزي	7. في رأيك، كم قدرة الطالب على الفهم، التحدث، القراءة، و الكتابة بالإنجليزية؟
_____	لا شيء	قليل فقط	جيد جدا
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الشهر Month:

اليوم Day:

السنة Year:

التاريخ Date

توقيع الأب أو ولي الأمر أو آخر  
Signature of Parent or Guardian