



مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال
قائمة التسجيل لولي الأمر/ الوصي

يشترط تقديم الوثائق التالية عند التسجيل برياض الأطفال:

قائمة التحقق لولي الأمر أو الوصي (✓)

- نموذج التسجيل
- رخصة قيادة سارية لولي الأمر أو الوصي (مطلوبة عند التسجيل ويجب أن تشمل العنوان بمدينة دراكوت)
- استمارة تسجيل الطالب
- استمارة بيانات الطلاب للتواصل في حالة الطوارئ
- معلومات الوالد/ الوصي
- استمارة الموافقة على الفحص (موقعة ومؤرخة)
- سجلات التطعيم (مطلوبة عند التسجيل)
- شهادة ميلاد الطفل (مطلوبة عند التسجيل)
- شهادة الإقامة في دراكوت (أمثلة على ذلك: عقد إيجار، نسخة من فاتورة مرافق، فاتورة ضرائب) يُرجى الرجوع إلى التسجيل في المدرسة/نموذج الإقامة.
- شهادة إقامة موثقة
- السجلات الصحية المدرسية في ماساتشوستس
- النموذج الصحي/ نموذج برنامج التأمين الصحي Mass Health /برنامج الرعاية الصحية Medicaid.
- فحص النظر

لن يُسجل الطلاب في حال عدم اكتمال أوراق التسجيل.



مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال
نموذج التسجيل

محل الميلاد

اسم الطالب

تاريخ الميلاد
(يجب تقديم شهادة الميلاد)

عنوان المنزل

يقوم الطالب مع: (✓) كلا الوالدين
الأم
الأب
الوصي

رقم الهاتف

أنثى غير ثنائي الجندر ذكر

اللغة التي يتحدثها الطفل في المنزل

غير ذلك

الإنجليزية

نعم لا لن يلتحق طفلي بالدراسة في رياض الأطفال في دراكوت

نعم لا سيلتحق طفلي بالدراسة في رياض الأطفال في _

(مدرسة خاصة/دينية)

نعم لا سيلتحق طفلي بالدراسة في الصف الأول في دراكوت

للاستخدام الرسمي فحسب

الموظف الذي أتم التسجيل:

تاريخ التسجيل:

شهادة الميلاد

عند تسجيل الطفل لدخول رياض الأطفال، تحقق من أن تاريخ الميلاد يتوافق مع شروط السن للالتحاق بالمدرسة.

مدارس ذراكوت العامة
بيانات ولي الأمر/الوصي

ولي الأمر/الوصي 1 (جهة الاتصال الأساسية/الشخص الذي يعيش مع الطالب)		
الاسم القانوني الأول:	الاسم الأوسط:	الاسم المحبذ:
اللقب القانوني:		
النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> لا ينتمي لثنائية الجنس	البريد الإلكتروني للوصي	
مقر العمل		
لوحة السيارة #	سنة/نوع/لون المركبة:	
صلة القرابة **	الصفة القانونية *	
هل يمكن طرد الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يمكن استقبال الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يعيش الوصي مع الطالب؟ <input type="checkbox"/> (ضع علامة إذا كانت الإجابة نعم)	يتلقى البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (البديل الافتراضي هو الوصي 1)	
عنوان الوصي	هو نفس عنوان الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نوع العنوان <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> عنوان آخر
رقم هاتف المنزل	الهاتف الخليوي	
<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	
رقم هاتف العمل	في حال وجود أرقام أخرى، حددها	
<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	

بيانات ولي الأمر/الوصي 2:		
الاسم القانوني الأول:	الاسم الأوسط:	الاسم المفضل:
اللقب القانوني:		
النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> لا ينتمي إلى ثنائية الجنس	البريد الإلكتروني للوصي	
مقر العمل		
لوحة السيارة #	سنة/نوع/لون المركبة:	
صلة القرابة **	الصفة القانونية *	
هل يمكن طرد الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يمكن استقبال الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يعيش الوصي مع الطالب؟ <input type="checkbox"/> (ضع علامة إذا كانت الإجابة نعم)	يتلقى البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (البديل الافتراضي هو الوصي 1)	
عنوان الوصي	هو نفس عنوان الطالب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نوع العنوان <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> عنوان آخر
رقم هاتف المنزل	الهاتف الخليوي	
<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	
رقم هاتف العمل	في حال وجود أرقام أخرى، حددها	
<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	<input type="checkbox"/> غير مدرج ترتيب الأولويات: 4321 (ضع دائرة)	

* المفتاح المرجعي	
اختر من: أم، أب، زوجة الأب، زوج الأم، أزواج الوالدين، أسرة حاضنة، الجد، أحد الأقارب، شقيق، جار، صديق، أخرى	صلة القرابة **
حدد: والد حاضن، والد غير حاضن، وصي قانوني، تحت وصاية الدولة أو راشد (+18 سنة)	الصفة القانونية *

الأسئلة الشائعة الأسئلة عن العام الأول لطفلك في رياض الأطفال وإجاباتها.

- س: ما هو السن المحدد الذي يجب أن يبلغه طفلي لكي يبدأ الدراسة في رياض الأطفال في سبتمبر؟
ج: يجب أن يبلغ الطفل خمس سنوات يوم 31 أغسطس أو قبل هذا الموعد.
- س: كيف أعرف إذا ما كان طفلي مستعدًا بالفعل؟
ج: يكون طفلك مستعدًا إذا كان قادرًا على:
*مراعاة احتياجاته الأساسية في المرحاض
*الانفصال عن الوالد أو الوصي دون صعوبة جمة
*ارتداء معطفه وقبعته
*اتخاذ بعض الخيارات دون مساعدة
*العمل في مجموعة.
*اتباع الإرشادات البسيطة
*إبداء الحماس بشأن الدراسة والتعلم.
*التواصل مع الكبار وزملائه
- س: ما الذي يمكنني قوله لطفلي بشأن الحافلة؟
ج: علم طفلك أن يحافظ على أمنه خلال الذهاب إلى الحافلة وانتظارها وصعودها والترجل منها. ومن المهم تعليمه أن عليه الجلوس والبقاء في مقعده. تذكر أن الأطفال في رياض الأطفال يحتاجون إلى شخص مسؤول معهم في محطة الحافلات عند ذهابهم وعودتهم من المدرسة.
- س: ما الأشياء التي يجب أن يحضرها طفلي؟
ج: حقيبة الظهر مفيدة في حمل الأدوات المدرسية الهامة والكتب وغيرها من وإلى المدرسة يوميًا. ستوفر المدرسة كافة الأدوات التي سيحتاجها الطفل. لا يجب عليه إحضار الألعاب والأغراض الشخصية من الضروري كتابة اسم طفلك على حقيبة الظهر وعلى أي قطع ملابس قد ينزعها.
- س: ماذا عن وجبات الطعام والوجبات الخفيفة؟
ج: يمكن للطفل أن يحضر وجبات خفيفة معه. ويمكن للأطفال شراء الغذاء المدرسي أو إحضار الغذاء معهم.
- س: كيف يبدو اليوم الدراسي في رياض الأطفال؟
ج: سيشارك طفلك يوميًا في مجموعة متنوعة من الأنشطة المنظمة بعناية والتي تعزز تنمية إمكانات الطفل على أتم وجه. ينظم المعلمون هذه الأنشطة من المناهج الدراسية المقررة لرياض الأطفال التي تضم الرياضيات والعلوم والدراسات الاجتماعية وآداب اللغة والكتابة والصحة وبرنامج الفنون المتكاملة الذي يضم الفن والموسيقى والحركة. سيدمج المعلمون المجالات الدراسية مع التركيز على تعلم القراءة والكتابة والأدب
- س: ما هو تدريس القراءة والكتابة؟
ج: يتضمن تدريس القراءة والكتابة كل الأنشطة التي تشجع على القراءة والكتابة والتحدث والاستماع في المنزل وفي المدرسة. يجعل المعلمون الأطفال ينهمكون في أنشطة القراءة والكتابة ويحثوا الآباء على المشاركة في أنشطة الأسرة في البيت. يمكن أن يعمل الآباء والمعلمين معًا لخصصوا وقتًا للقراءة يوميًا ويجعلوها أمرًا ممتعًا.
- س: ما دوري كوالد في تجربة طفلي في الدراسة برياض الأطفال؟
ج: عليك قضاء الصيف الذي يسبق دخول الروضة في مساعدة طفلك على تحقيق توصيات القبول بالدراسة التي سيتم إخبارك بها في فحص الروضة. عليك أن تخطط لإشراك طفلك في محاولات يومية للقراءة. تعد مكتبة دراكوت المجانية مصدرًا رائعًا يمكنك اصطحاب طفلك إليها لممارسة القراءة. احرص على أن يتفاعل طفلك ويلعب مع الأطفال الآخرين لكي تضمن تنمية الوعي الاجتماعي لديه. اسمح لطفلك بأن يكتب ويلون ويقص الورق ويلصقه. ستعزز هذه الأنشطة تنمية المهارات الحركية الدقيقة.
- س: هل يتلقى أطفال الروضة تقارير متابعة بالتقدم المحرز؟
ج: يتلقى طلاب الروضة تقارير متابعة بالتقدم الذي يحققونه في ديسمبر ومارس ويونيو. كما يمكنك تحديد موعد مع معلم الطفل في أي وقت من خلال الاتصال بالمدرسة وترتيب لقاء من خلال سكرتيرة المدرسة.
- س: هل يمكن لولي الأمر التطوع في الفصل/الرحلات الميدانية؟
ج: الآباء الذين يرغبون في التطوع في فصول الروضة الدراسية يجب عليهم ملء استمارة السجل الجنائي التي سوف تُرسل إلى مكتب السجل الجنائي من قبل مدارس دراكوت العامة.

مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال
استمارة الموافقة على الفحص



استمارة الموافقة على فحص أطفال الروضة

أقر بموجب هذه الوثيقة أنني منحت الموافقة لطاقم العمل المتخصص في مدارس دراكوت العامة لتقييم/فحص طفلي باستخدام أداة تقييم معترف بها مهنيًا ولإتاحة أي بيانات تقييمية ذات الصلة لأغراض مهنية فحسب في إطار نظام المدرسة.

اسم الطفل: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____

العنوان: _____

هل حضر طفلك أو شارك من قبل في:

لا نعم

(١) برنامج رعاية الأطفال ذوي الدخل المنخفض (هيدستارت)؟

إذا كانت الإجابة نعم، ما هي مواعيد الحضور؟

البداء _____ الانتهاء _____

لا نعم

(٢) برنامج متخصص في مرحلة ما قبل المدرسة
برعاية إدارة الصحة العامة مثل مركز آن سوليفان.

إذا كانت الإجابة نعم، ما هي مواعيد الحضور؟

البداء _____ الانتهاء _____

لا نعم

(٣) برنامج متخصص في مرحلة ما قبل المدرسة
برعاية أي وكالة أو نظام مدرسي محلي أو في الولاية؟

إذا كانت الإجابة نعم، ما هي مواعيد الحضور؟

البداء _____ الانتهاء _____

استطلاع تجربة التعليم في الطفولة المبكرة

يُرجى تحديد الاختيار الذي يصف تجربة ما قبل المدرسة لطفلك في العام الدراسي قبل دخول الروضة وصفاً دقيقاً. حدد خياراً واحداً فقط، وحدد الساعات إذا كان منطبقاً.

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

لم يلتحق طفلي بأي برنامج رسمي للتعليم في الطفولة المبكرة

لم يلتحق طفلي بأي برنامج رسمي للتعليم في الطفولة المبكرة ولكنه شارك في خدمات رعاية الأسرة المنسقة والمشاركة المجتمعية (CFCE).

لم يلتحق طفلي بأي برنامج رسمي للتعليم في الطفولة المبكرة ولكنه شارك في خدمات برنامج التعليم المنزلي للطفل والوالد (PCHP).

لم يلتحق طفلي بأي برنامج تعليم في الطفولة المبكرة رسمي ولكنه شارك في خدمات الأسرة المنسقة والمشاركة المجتمعية (CFCE) وبرنامج التعليم المنزلي للطفل والوالد (PCHP).

حضر طفلي إلى منزل مقدم خدمة رعاية الأطفال الأسرية مرخص (حدد الساعات أدناه)

لفترة تقل عن 20 ساعة في الأسبوع
لفترة تزيد عن 20 ساعة في الأسبوع

التحق طفلي ببرنامج رعاية في مركز (حدد الساعات أدناه)

لفترة تقل عن 20 ساعة في الأسبوع
لفترة تزيد عن 20 ساعة في الأسبوع

التحق طفلي ببرنامج مقدم خدمة رعاية الأطفال الأسرية مرخص وكذلك برنامج الرعاية في مركز (حدد الساعات أدناه)

لفترة تقل عن 20 ساعة في الأسبوع
لفترة تزيد عن 20 ساعة في الأسبوع

التعريفات:

خدمات الأسرة المنسقة والمشاركة المجتمعية (CFCE): برامج محلية تقدم الخدمات للعائلات التي بها أطفال بعمر المدرسة من أصلاهم (مثل مجموعات لعب الوالد/الطفل، وأنشطة الوالد والطفل).

برنامج التعليم المنزلي للطفل والوالد (PCHP): برنامج زيارات منزلية ممول من إدارة التعليم والرعاية المبكرة.

رعاية الأطفال الأسرية المرخصة: تشير إلى رعاية الطفل مع مجموعة أطفال في منزل مرخص من إدارة التعليم والرعاية المبكرة. ويُمكن أن يشمل الرعاية في منزل أحد أفراد العائلة، إذا كان مقدم الخدمة قريب للطفل ويعمل مقدم رعاية أطفال مرخص من إدارة التعليم والرعاية المبكرة يقدم الرعاية للأطفال من عائلات مختلفة.

الرعاية في مركز: تشير إلى رعاية الأطفال في مجموعة، ويشمل دور الحضانة الخاصة والعامة، ومراكز برنامج هيدستارت ومراكز الرعاية النهارية ودور الحضانة العامة المتكاملة.

مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال
شروط فحص النظر



أضاف كومولث ماساتشوستس مؤخرًا شرط صحي للطلاب الملتحقين بالروضة:

(القوانين العامة بولاية ماساتشوستس، الفصل 71 الفقرة 57:

عقب دخول الروضة أو في غضون 30 يومًا من بدء العام الدراسي، يقدم ولي الأمر أو الوصي للمدرسة شهادة صحية معتمدة من موظف تثبت أن الطفل، خلال الـ 12 شهرًا الماضي، قد اجتاز فحص النظر الذي أجراه موظف مرخص من إدارة الصحة العامة وتدريب على طرق فحص النظر التي طورتها إدارة الصحة العامة بالتعاون مع إدارة التعليم. فيما يتعلق بالأطفال الذين لا يجتازون فحص النظر والأطفال الذين تم تشخيصهم بتأخر النمو العصبي، يجب تقديم دليل على ذلك من خلال فحص عين شامل يجريه طبيب عيون مرخص يختاره ولي أمر الطفل أو الوصي عليه ويشير فيه الطبيب إلى التشخيص والعلاج المناسب والتنبؤ بوضع الحالة والتوصيات ومتابعة العلاج حسبما يقتضي الأمر. يمكن أن يُعفى أي طفل لأسباب دينية من هذه الفحوص استنادًا على طلب خطي من الوالد أو الوصي شريطة ألا يتم مخالفة القوانين واللوائح المتعلقة بالأمراض المعدية.

في حال تم تحديد موعد مع طبيب متخصص أثناء شهر سبتمبر، يُرجى إرسال موعد اللقاء بالإضافة إلى بيانات اتصال مقدم الخدمة الطبية إلى ممرضة المدرسة.

يؤدي عدم الالتزام بتلبية هذه الشروط إلى استبعاد طفلك من المدرسة. يُرجى الاتصال بممرضة المدرسة إذا كان لديكم أي أسئلة.

يُرجى وضع علامة في المربع أدناه وإرفاق نسخة من أي من الوثائق باعتباره تأكيدًا على أنه قد تم إجراء فحص النظر المطلوب.

اسم الطالب

تاريخ الفحص

توقيع ولي الأمر

التاريخ

يُرجى استيفاء استبيان إقامة الطالب المتعلق بكل طالب ينتظم في الدراسة في مدارس دراكوت العامة.

بيانات الطالب

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____

السن: ____ الصف الحالي: ____ النوع: ذكر ____ أنثى ____ لا ينتمي إلى ثنائية الجنس ____

عنوان المنزل: _____ صندوق بريد: _____

المدينة: _____ الدولة: _____ الرمز البريدي: _____

اسم الوالد أم الوصي القانوني: _____ صلة القرابة: _____

عنوان المنزل: _____ صندوق بريد: _____

المدينة: _____ الدولة: _____ الرمز البريدي: _____

رقم هاتف المنزل: _____ رقم هاتف المنزل #: _____

مركز الإقامة

1. أين ينام الطالب ليلاً؟ (إذا وضعت علامة في المربع الذي يشير إلى (لا شيء مما تقدم) يُرجى تخطي السؤال 2 و3)

مع أكثر من أسرة في منزل أو في شقة بسبب صعوبات اقتصادية	في نزل أو فندق	في مأوى
مع أصدقاء أو أفراد الأسرة (بخلاف الوالد/الوصي) بسبب صعوبات اقتصادية	في حضانة كفالة الطفل	في سيارة، عربة مقطورة، حديقة مخيم
		لا شيء مما تقدم

2. هل نتجت ترتيبات المعيشة المحددة في السؤال 1 عن خسارة المسكن أو صعوبات اقتصادية؟ نعم لا غير متأكد

3. من الذي يعيش معه الطالب؟

أحد الأقارب، الأصدقاء أو أشخاص بالغون آخرون	1 والد وشخص بالغ آخر	2 من الوالدين	1 والد
	أحد البالغين لكنه ليس الوالد أو الوصي القانوني		بمفرده دون أي من البالغين

شهادة تصديق صحة بيانات ولي الأمر/الوصي
يشهد ولي الأمر/الوصي أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة.

اسم الوالد/الوصي: _____ التوقيع: _____

التاريخ: _____ رقم الهاتف #: _____ رقم الهاتف الخليوي #: _____

يكفل قانون ماكينبي فينتو لمساعدة المشردين في التعليم، الحقوق التعليمية المذكورة أعلاه للطلاب المشردين.

- ✓ الطلاب المكفولون بموجب قانون ماكينبي فينتو لمساعدة المشردين في التعليم لديهم الحق في:
- ✓ متابعة الدراسة في المدرسة التي كانوا ينتظمون في الدراسة فيها قبل أن يصبحوا مشردين (المدرسة الأساسية التي درس فيها).
- ✓ الحصول على وسيلة نقل إلى المدرسة الأساسية.
- ✓ الالتحاق بالمدرسة دون تقديم عنوان دائم وحضور الصفوف الدراسية أثناء اتخاذ المدرسة الإجراءات اللازمة المتعلقة بسجلات النقل للمدرسة وسجلات التطعيمات أو أي وثائق أخرى لازمة للالتحاق بالدراسة.
- ✓ تلقي نفس البرامج والخدمات الخاصة، حسبما يقتضي الأمر، مثل كافة الأطفال الآخرين المشاركين في هذه البرامج.

مدارس دراكوت العامة

الالتحاق بالمدرسة/الإقامة

1. الإقامة

لكي ينتظم الطالب في الدراسة في مدارس دراكوت العامة، يجب أن يكون الطالب مقيمًا بالفعل في مدينة دراكوت إلا إذا انطبق أحد الاستثناءات (المحددة في الجزء الخامس). من المفترض عادةً أن يكون محل إقامة الطفل القاصر هو محل الإقامة القانونية لوالديه أو الوصي القانوني الذي يتولى حضانة الطفل الفعلية. يعد محل الإقامة الفعلي للطالب هو المكان الذي يعيش فيه الطالب/الطالبة بصفة دائمة. عند تحديد محل إقامة الطالب، تحتفظ مدارس دراكوت العامة بحقها في طلب تقديم مجموعة متنوعة من السجلات والوثائق وأن تحقق في محل إقامة الطالب الفعلية.

إن قرار تحديد أن الطالب لا يعيش فعليًا في مدينة دراكوت يحرم الطالب من أهلية الالتحاق بمدارس دراكوت العامة، أو إذا كان الطالب ملتحقًا بالمدرسة بالفعل، فسوف يؤدي ذلك إلى إنهاء التحاقه بالمدرسة. الوالد أو الوصي القانوني أو الطالب الذي بلغ سن الرشد (18) والذي يتضرر من قرار الإقامة، يجوز أن يطعن في هذا القرار لدى المدير العام للمدارس ويكون قراره نهائيًا في هذا الشأن.

2 إجراءات التحقق من الإقامة

قبل أن يلتحق أي طالب بمدارس دراكوت العامة، يجب على ولي أمره أو الوصي القانوني عليه أن يقدم:

1. شهادة إقامة موقعة

2. إثبات الإقامة في مدينة دراكوت (3 وثائق) متضمنًا نسخة من رخصة القيادة

3. استمارة التواصل في حالة الطوارئ المستوفاة والتابعة لمدارس دراكوت العامة

يجب على كل المتقدمين للدراسة تقديم وثيقة واحدة على الأقل من العمود أ، ب على حدة. الوثائق الواردة في العمود ج ضرورية ولازمة للتسجيل إلى جانب أي من الوثائق الأخرى التي قد تُطلب منهم، على سبيل المثال لا الحصر الوثائق الواردة في العمود أ، ب، ج (المذكورة أدناه).

لا تقبل مدارس دراكوت العامة اتفاقات البيع والشراء.

العمود أ	العمود ب	العمود ج (وثائق إلزامية)
إثبات الإقامة	عقد إثبات الإيجار (يجب أن يُذكر فيه العنوان في مدينة دراكوت)	إثبات الهوية الشخصية (بطاقة الهوية الشخصية وعلما صورة شخصية) أو
وثيقة دفع أقساط الرهن العقاري الأخيرة والضريبة العقارية أو كليهما معًا	الفاتورة الأخيرة بتاريخ يرجع إلى 60 يومًا ويُذكر فيها عنوان مدينة دراكوت:	نسخة من رخصة قيادة سارية تضم عنوان مدينة دراكوت أو
نسخة من عقد الإيجار ووثيقة مدفوعات الإيجار الأخيرة	فاتورة الغاز، وفاتورة النفط، وفاتورة القنوات الفضائية، وفاتورة التأمين على المنزل	نسخة من بطاقة الهوية الشخصية وعلما صورة شخصية في ولاية ماساتشوستس إذا كانت رخصة القيادة لا تشير إلى العنوان في مدينة دراكوت و
شهادة المالك لإثبات محل الإقامة وصك مدفوعات الإيجار الأخيرة	فاتورة هاتف المنزل (ليس الهاتف الخليوي)	نسخة من شهادة تسجيل المركبة (إذا ما توفرت)
القسم 8 الاتفاق	وثيقة الضرائب الانتقائية	

ينص قانون ولاية ماساتشوستس على أنه عليك إبلاغ سجل المركبات بتغيير عنوان إقامتك خلال 30 يومًا.

يجوز للمدير أو من ينوب عنه التحقق من عنوان المنزل ورقم هاتف المنزل لكل طالب على حدة على الأقل مرة واحدة أثناء العام الدراسي. يجب إبلاغ مشرف الحضور في مدارس دراكوت العامة عن أي مخالفات على الفور. يتعين على الأباء إخطار المدرسة عند حدوث أي تغيرات في عناوينهم أو عنوان الطالب في غضون خمسة أيام من تغيير العنوان.

مدارس دراكوت العامة الالتحاق بالمدرسة/الإقامة(يتبع)

3 الإنفاذ

في حال طرح أي تساؤل حول إقامة الطالب في مدينة دراكوت أثناء انتظامه في الدراسة في مدارس دراكوت العامة، سيخضع محل إقامة الطالب لمزيد من البحث والتحقيق. قد تنشأ هذه التساؤلات بشأن محل الإقامة استناداً إلى تقديم شهادات غير كاملة لإثبات الإقامة أو شهادات مريبة أو متناقضة أو بسبب بلاغات مجهولة أو رسائل البريد التي تعود إلى مدارس دراكوت العامة؛ نظراً لأن العنوان غير صالح أو مجهول أو لأسباب أخرى.

يجوز للمدير أو المسؤول أن يطلب وثائق إضافية، ويمكنه الحصول على خدمات الشرطة وإدارات المدينة وموظفي هيئة التحقيقات لإجراء التحقيق فيما يتعلق بمقر إقامة الطالب.

وإذا تبين أن المعلومات المقدمة بشأن محل الإقامة في دراكوت هي معلومات خاطئة أو زائفة، يتحمل ولي الأمر/الوصي المسؤولية لدفع تعويض مالي لمدارس دراكوت العامة نظير التكاليف المتكبدة في تعليم الطالب (القوانين العامة في ولاية ماساتشوستس الفصل 76، البند 5).

كما قد يتحمل ولي الأمر/الوصي مسؤولية دفع بعض التكاليف الإضافية، ومن بينها على سبيل المثال لا الحصر أتعاب المحامين التي تكبدها مدارس دراكوت العامة في سعيها للحصول على تعويض نظير تعليم الطالب.

عقب اتخاذ القرار المبدئي بأن الطالب يعيش فعلاً في مدينة أو بلدة أخرى غير مدينة دراكوت، يتم إنهاء التحاق الطالب بمدارس دراكوت العامة على الفور.

4 العقوبات

بالإضافة إلى إنهاء التحاق الطالب بالمدرسة وفرض العقوبات الأخرى التي ينص عليها القانون، تحتفظ مدارس دراكوت العامة باسترداد التعويض استناداً إلى تكاليف الخدمات التعليمية المقدمة طوال فترة عدم وجود إقامة (القوانين العامة في ولاية ماساتشوستس الفصل 76، البند 5).

5. استثناءات

١. لا تنطبق شروط الإقامة على الحالات التالية:

- الطلاب الملتحقين بالمدرسة الثانوية للدراسة في برامج خاصة تمت الموافقة عليها من قِبَل لجنة المدرسة مثل برامج التبادل الدراسي
- الطلاب الذين قُبِلوا في المدارس التي اختاروها
- الطلاب الذين يدفعون الرسوم الدراسية حسبما ينص القانون
- الطلاب المؤهلين للدراسة في مدارس دراكوت العامة بموجب قانون ماكينني فينتو لمساعدة المشردين في التعليم.

مدارس دراكوت العامة - شهادة الإقامة

يُطلب من كل الأشخاص الذين يسجلون طالبًا/طالبهم في مدارس دراكوت العامة توقيع شهادة إثبات الإقامة التي تتضمن عقوبات شهادة الزور المتعلقة بالمعلومات المقدمة في الوثائق. علاوة على ذلك، فإن أي شخص يدعي ادعاءً باطلاً أن أحد الطلاب يعيش معه أو يزعم أنه ولي أمر الطالب، قد يتعين عليه دفع رسوم الطالب بالكامل مدارس دراكوت العامة بالإضافة إلى الرسوم القانونية التي تنشأ عن ذلك. (القوانين العامة في ولاية ماساتشوستس الفصل 76، البند 5).

أنا _____ ولي أمر أو الوصي القانوني

(اسم ولي الأمر/الوصي - يُرجى كتابة الاسم بخط اليد)

_____ (اسم الطالب - يُرجى كتابة الاسم بخط اليد)

يعيش كلانا في دراكوت في _____

(العنوان في دراكوت)

أنا/نحن نقر أنه يتعين علينا إخطار مدرسة الطالب المذكورة أعلاه بأي تغيير يطرأ على عنوان الطالب السالف ذكره في غضون (5) أيام من تغيير عنوان الإقامة.

كما نتفهم أنه في حال طرح أي تساؤل حول إقامة الطالب في مدينة دراكوت أثناء انتظامه في الدراسة في مدارس دراكوت العامة، سيخضع محل إقامة الطالب لمزيد من البحث والتحقيق، كما نقر بأنه يجوز للمدير أو المسؤول أن يطلب وثائق إضافية، ويمكنه الحصول على خدمات الشرطة وإدارات المدينة وموظفي هيئة التحقيقات لإجراء التحقيق فيما يتعلق بمقر إقامة الطالب.

لقد تم إبلاغي بالمعلومات، وأدركت أنه في حال قدمت أنا أو الطالب معلومات زائفة بشأن محل إقامتنا في دراكوت، فإنني سأتحمل مسؤولية دفع تعويض مالي لمدارس دراكوت العامة نظير التكاليف التي تكبدتها في تعليم الطالب، كما أدرك أنني قد أتحمّل مسؤولية دفع بعض التكاليف الإضافية، ومن بينها على سبيل المثال لا الحصر أنعاب المحامين التي تكبدتها مدارس دراكوت العامة في سعيها للحصول على تعويض نظير تعليم الطالب. ومن خلال التوقيع أدناه، أوافق أنه قد تم إخباري وإبلاغي بالكامل بما يتعلق بالمعلومات المذكورة أعلاه وبشأن المسؤوليات المحتملة.

يجب أن تُقدّم هذه الاستمارة إلى كاتب العدل المختص حسب الأصول ليوقعها ويصدق عليها في كومنولث ماساتشوستس.

موقّعة تحت عقوبة شهادة الزور في _____ يوم _____ 20_____

توقيع الوالد/الوصي

موقّع عليها من قِبَل كاتب العدل في كومنولث ماساتشوستس

في _____ يوم _____ بتاريخ 20، أقر أنا كاتب العدل الموقع أدناه أنه حضر أمامي (اسم الموقع على الوثيقة) وثبت لدي من خلال أدلة الهوية المقنعة وهي _____، أنه هو الشخص الموقع على الوثائق السابقة والمرفقة في حضوري.

تاريخ التوقيع تاريخ انتهاء صلاحية تفويض كاتب العدل

توقيع كاتب العدل

(إذا لم يتطلب الأمر حضور مترجم، يُرجى كتابة (لا ينطبق) أعلاه)

استبيان اللغة الأم

تشرط لوائح إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ولاية ماساتشوستس أن تحدد كل المدارس اللغة (اللغات) التي يتحدثها الطلاب في المنزل لكي تحدد احتياجاتهم اللغوية الخاصة. وتُعد هذه المعلومات ضرورية للمدارس لتقديم تعليم هادف لجميع الطلاب. وفي حال كان الطالب يتحدث لغة أخرى بخلاف اللغة الإنجليزية في المنزل، يتعين على المنطقة التعليمية أن تجري تقييمًا إضافيًا لطفلك. يرجى مساعدتنا على تلبية هذا المتطلب المهم من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية. نشكرك على مساعدتك.

بيانات الطالب	
الاسم الأول الاسم الأوسط اللقب النوع _____ / _____ / _____ دولة الميلاد تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) تاريخ انتظام الطالب في الدراسة لأول مرة في أي مدرسة في الولايات المتحدة (شهر/يوم/سنة)	
معلومات عن المدرسة	
تاريخ بدء الدراسة في المدرسة الجديدة (شهر/يوم/سنة) اسم المدرسة السابقة واسم المدينة الصف الحالي _____ / _____ / 20/____	
أسئلة للوالدين/الأوصياء	
ما هي اللغة الأم لكل والد/وصي؟ (ضع دائرة حول واحدة)	ما اللغة (اللغات) التي تتحدثها مع طفلك؟ (يشمل الأقارب - الأجداد، الأعمام والعمات، الخ - ومقدمي الرعاية)
_____ (الأم/الأب/الوصي)	نادراً / أحياناً / غالباً / دائماً
_____ (الأم/الأب/الوصي)	نادراً / أحياناً / غالباً / دائماً
ما اللغة التي فهمها وتحدثها طفلك أولاً؟	ما هي اللغة التي يستخدمها طفلك كثيراً؟
ما اللغات الأخرى التي يعرفها طفلك؟ (حدد كل ما ينطبق)	ما اللغات التي يستخدمها طفلك؟ (ضع دائرة حول واحدة)
تحدث / قراءة / كتابة _____	نادراً / أحياناً / غالباً / دائماً _____
تحدث / قراءة / كتابة _____	نادراً / أحياناً / غالباً / دائماً _____
هل تحتاج إلى معلومات مكتوبة من المدرسة بلغتك الأم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل ستحتاج إلى مترجم فوري/مترجم في اجتماعات المعلمين مع أولياء الأمور؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
توقيع الوالد/الوصي:	تاريخ اليوم: (شهر/يوم/سنة) _____ / _____ / _____
X	

للاستخدام الرسمي فحسب: يجب أن يتم إرسال نسخة من استبيان اللغة الأم إلى رئيس قسم تعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية



مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال
شروط التطعيم

يناير 2024

عزيزي ولي الأمر:

يشترط قانون الدولة أن يخضع كل الطلاب للفحص الجسدي في رياض الأطفال. حيث يستلزم قانون التطعيم المدرسي، الفصل 76، البند 15 أن يتم تطعيم كل الأطفال الذين ينتظمون في الدراسة بالمدرسة ضد شلل الأطفال والدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية و التهاب الكبد وجدي الماء. يتم إعفاء البعض بسبب معتقدات دينية أو أسباب صحية.

الطفل الذي يبلغ خمس (5) سنوات يجب أن يتلقى إجمالي خمس (5) حقن للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي وأربع (4) حقن من لقاح شلل الأطفال (قد يستخدم اللقاح الفموي/الشراب في دول أخرى) واثنين (2) حقن للحصبة وثلاث (3) حقن لالتهاب الكبد الوبائي ب واثنين (2) حقن لجدري الماء و(1) تطعيم للتسمم بالرصاص وتطعيم السل.

نظرًا لأن طبيب الأسرة لديه معرفة شاملة للحالة الصحية لطفلك، نشجعه على إجراء هذا الفحص. يُرجى جعل طبيبك يملأ سجل الصحة المدرسية في ماساتشوستس المرفق وإرساله إلى ممرضة المدرسة بحلول 31 أغسطس.

يجب تقديم التقارير إلى ممرضة المدرسة أو إرسالها عبر البريد إلى العنوان التالي.

❖ إذا لم تُقدم أي من التطعيمات المطلوبة، يُمكن أن يُستبعد الطالب من المدرسة حتى إرسال نماذج التطعيمات المناسبة المحدثة إلى ممرضة المدرسة ومراجعتها.

ممرضة المدرسة مدرسة أنجلسبي الابتدائية 1580 Lakeview Ave دراكوت، بولاية ماساتشوستس 01826	ممرضة المدرسة مدرسة جرينمونت أفينيو 37 .Greenmont Ave دراكوت، بولاية ماساتشوستس 01826	ممرضة المدرسة مدرسة كامبل 1021 Methuen St دراكوت، بولاية ماساتشوستس 01826	ممرضة المدرسة مدرسة بروكسايد الابتدائية 1560 .Lakeview Ave دراكوت، بولاية ماساتشوستس 01826
--	---	---	--

دليل أولياء الأمور بشأن الخدمات الصحية المدرسية في دراكوت

إن ممرضة المدرسة هي حلقة الوصل بين المنزل والمدرسة فيما يتعلق بالأمور الصحية. تشترط الإدارة الفعالة لاحتياجات الرعاية الصحية الترابط بين الطلاب، وأولياء الأمور، والأطباء، والمدرسة. تعمل ممرضة المدرسة عن كثب مع المعنيين بالتنسيق بين موارد المدرسة والمنزل والمجتمع لتعزيز الصحة الشاملة لكل الطلاب والعاملين. تقدم ممرضة المدرسة الرعاية الطبية في حالات الحوادث والأمراض والأدوية وحالات الطوارئ، كما تجري برامج الفحص التي تفرضها الدولة وتساعد في تعزيز الصحة وتوفير بيئة صحية وآمنة، وتعدّ مصدرًا هامًا للمعلومات بشأن الشواغل الصحية. يُرجى التواصل مع الممرضة إذا كانت لديكم أي أسئلة بشأن صحة طفلكم.

أوراق بيانات الطالب للاتصال في حالات الطوارئ

يُرجى استيفاء بيانات استمارة بيانات الطالب للاتصال في حالات الطوارئ. تقدم هذه الاستمارة المعلومات اللازمة للاتصال بك في حال حدوث أي حالات طارئة وتُحدّث بيانات طفلك الصحية من عام لآخر. يُرجى إبلاغ الممرضة بأي تغييرات تطرأ في حالة طفلك الصحية في أي وقت أثناء العام الدراسي.

حالات الطوارئ الصحية

يُرجى إبلاغ ممرضة المدرسة بشأن أي حالات مرضية، مثل داء السكري، والربو، والصرع، وأنواع الحساسية التي تهدد الحياة تجاه بعض الأشياء، مثل الفستق وأي أطعمة أخرى، ولدغات الحشرات، أو بعض الأدوية التي قد تسبب حالة صحية طارئة مع طفلك. يُرجى توفير إبر الحساسية وأجهزة الاستنشاق إذا طُلبت. ستعمل ممرضة المدرسة معك لتطوير خطة رعاية صحية لتلبية احتياجات طفلك الصحية.

شروط الفحص الجسدي

ينص القانون على إجراء الفحص الجسدي لكل الطلاب الذين يلتحقون بمدرسة جديدة، ولكل طفل يدخل الروضة والصف الرابع والسابع والعاشر. يجب أن تشمل الفحوص الجسدية لطلاب الروضة على فحص الرصاص ونتائجه وفحص البصر ونتائجه. يُوصى بشدة بإجراء فحص السمع رغم أنه لم يُطلب حتى الآن.

الفحوص الرياضية

يشترط إجراء فحص بدني موثّق لكل الطلاب بمقتضى توجيهات رابطة ماساتشوستس للألعاب الرياضية بين المدارس أثناء المشاركة في بعض الرياضات برعاية المدرسة.

برامج الفحص المدرسية

البصر والسمع: يتم إجراء فحص البصر في الصف 5-1، و7+10 وفحص السمع في الصف 1-3، و7+10. سيتم إخطار الوالدين بأي قصور بصري يستدعي متابعة طبية مع طبيبك الخاص أو طبيب العيون، وسيطلب الأمر إرسال خطاب رد مرفق معه نتائج الفحوص. الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم: يتم قياسها في الصفوف 1، 4، و7+10 لمراقبة نمو طفلك وتطوره. سوف يتم إخطار الوالدين بالنتائج، وستطلب استمارة إحالة للطبيب إذا استدعى الأمر.

الفحص الوضعي: ينص القانون على أن يتم فحص كل الطلاب في الصف 5 حتى الصف 9 من أجل الكشف عن الجفث (تقوُّس العمود الفقري الجانبي). سوف يتم إرسال استمارات إحالة للطبيب إلى أولياء أمور الطلاب الذين لا يجتازون هذا الفحص.

الأمراض

بمقتضى توجيهات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، يُرجى عدم إرسال طفلك إلى المدرسة عندما تظهر عليه أعراض بعض الأمراض مثل درجة حرارة < 100، وسعال مستمر، وتقيؤ، وطفح جلدي مجهول السبب. يُرجى إخطار ممرضة المدرسة إذا أصيب طفلك بأي أمراض معدية على سبيل المثال لا الحصر: التهاب الحلق، وقمل الرأس، والتهاب اللوزتين، والتهاب المتحممة، والحصى القرمزية، وجذري الماء، وداء وحيدات النواة، والسعال الديكي.

إرشادات مع بعد الإصابة بالمرض

يجب أن يكون الأطفال قد تعافوا من الحصى تمامًا دون تناول أدوية تقليل الحصى مثل تايلنول وموترين، ودون تناول المضادات الحيوية لالتهاب الحلق والقوباء والتهاب المتحممة، وأن تكون أعراض المرض قد تلاشت لديهم مثل القيء أو الإسهال لمدة 24 ساعة كاملة قبل العودة إلى الدراسة بالمدرسة.

قمل الرأس: يجب أن تفحص ممرضة المدرسة الأطفال قبل إعادتهم للدوام الدراسي. يُرجى أن تبقى مع طفلك أثناء فحصه.

شروط التطعيم

1. قوانين التطعيم المدرسي، الفصل 76، البند 15 من قوانين الولاية تشترط أن تكون كل التطعيمات مستوفاة وحديثة لكل الأطفال الذين يدرسون في المدرسة.
2. يُطلب سجل بكل التطعيمات اللازمة موعّمًا من قِبَل طبيبك لكي يلتحق طفلك بالمدرسة العامة.
3. يجب أن تشمل كل السجلات التواريخ بالكامل.
4. تراجع الممرضة السجلات، وسيتم إبلاغك في حال وجود بعض البيانات المفقودة. يحق للمدرسة استبعاد الطلاب من المدرسة حتى يتم استيفاء شروط السجل الطبي.

الالتحاق بالروضة

5. اللقاح الخلوي 4 لقاح شلل الأطفال 3 التهاب الكبد الوبائي من نوع B
- 2 لقاح الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية 1 الرصاص مخاطر السل
- 2 جرعة من الحمق أو جذري الماء

دخول الصف 1-6

- 4-5 اللقاح الخلوي/اللقاح الثلاثي أو < 3 جرعات من اللقاح الثنائي ضد التيتانوس والدفتريا
- 3 التهاب الكبد الوبائي من نوع B
- 2 جرعة من الحمق أو جذري الماء

دخول الصف 7-12

- 4-5 اللقاح الخلوي/اللقاح الثلاثي أو < 3 جرعات من اللقاح الثنائي ضد التيتانوس والدفتريا، بالإضافة إلى جرعة واحدة من لقاح الدفتريا المعززة
- ≤ 3 لقاح شلل الأطفال 3 التهاب الكبد الوبائي من نوع B
- 2 لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أو 2 الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية
- 1-2 جرعة من الحمق أو جذري الماء

السياسات الدوائية

يُرجى ملاحظة: في صفوف الروضة-5 لا يمكن للممرضة أن تعطي أدوية مثل تايلنول وأدبيل وتامس وما إلى ذلك دون وصفة خطية من الطبيب وموافقة ولي الأمر. يجوز أن تعطي الممرضات تايلنول لعلاج الحصى التي تزيد عن 102 لمنع النوبات الحموية أثناء انتظار وصول ولي الأمر. في الصفوف 6-12، يمكن للممرضات أن تعطي الأدوية التي تباع دون وصفة طبية لعلاج ألم الأسنان وتقلصات الحوض والصداع البسيط، مع الحصول على موافقة مسبقة من ولي الأمر. رجاء الحصول على الاستمارات اللازمة من ممرضة المدرسة أو موقع مدارس دراكوت العامة.

لا يجب أن تُعطى الأدوية (سواء التي لها وصفة طبية أو تباع دون وصفة طبية) أثناء ساعات الدراسة إذا كان ذلك ممكنًا. يُرجى الالتزام بالنظام الطبي في المنزل.

الأدوية طويلة المدى

الأدوية التي يجب أن يتم تناولها في المدرسة يوميًا لبعض الحالات المرضية مثل قصور الانتباه وفرط الحركة والربو، إلخ. رجاء الحصول على إذن تناول الدواء من ممرضة المدرسة. يجب أن يوقع ولي الأمر على وثيقة الموافقة على ذلك، ويوقع الطبيب على وثيقة أخرى يذكر فيها أنه أعطى الوصفة الطبية للطلاب. يجب أن يُحضّر الأدوية إلى المدرسة أحد البالغين المسؤولين في حاوية طبية عليها ملصق يوضح الدواء ويسلمها إلى الممرضة ولا يعطها للطفل أبدًا. سيقبل مؤنة دائرية تكفي لـ 30 يومًا فحسب في المرة الواحدة لا أكثر من ذلك.

الأدوية قصيرة المدى: الأدوية التي يصفها الأطباء مثل المضادات الحيوية التي تستلزم تناولها لمدة 10

أيام أو أقل يمكن تناولها في المدرسة. الحاوية الطبية التي تحوي ملصقًا باسم الطفل يمكن استخدامها بدلًا من أمر الطبيب الموقّع. يُرجى إرسال ملاحظة موقّعة ومؤرّخة تضم الدواء، وسبب تناوله، وإرشادات الجرعة، وموعدها، ومدة الوقت التي يُعطى فيها الدواء للطلاب في المدرسة. نرجو تلقّي زجاجة أو قارورة منفصلة مخصصة للمدرسة.

لن يتم قبول أي أدوية تُوضع في صندوق الشطائر والمغلفات والمناديل، إلخ، ولن تُعطى هذه الأدوية لطفلك أو يسمح له بتناولها.



مدارس دراكوت العامة
رياض الأطفال

الصحة العامة/ برنامج التأمين الصحي Mass Health / استمارة برنامج الرعاية
الصحية Medicaid.

يناير 2024

السيد ولي الأمر أو الوصي لطالب الروضة،

تتيح لنا الأنظمة الفيدرالية تلقي الأموال للطلاب الذين لديهم تأمين صحي في برنامج الرعاية والتأمين الصحي Common Health/Mass Health/Medicaid. وبموجب القانون، فإن مساعدتك لن تؤدي إلى فقدان طفلك استحقاقات وخدمات برنامج Medicaid. مما يتيح لنا تلقي بعض المبالغ المسددة لتغطية بعض الخدمات التعليمية التي يحتاجها أطفالنا. إذا كان لديك تأمينًا صحيًا في برنامج Common Health/Mass Health/Medicaid، يُرجى تقديم المساعدة من خلال إكمال القسم 1 أدناه. إذا لم يكن لديك تأمينًا صحيًا في برنامج Common Health/Mass Health/Medicaid، يُرجى الاطلاع على القسم 2 أدناه.

تصريح التأمين

رقم 1 نعم، أنا _____ ولي أمر أو الوصي على

أمنح الموافقة لمدارس دراكوت العامة لكي تتيح المعلومات لبرنامج الرعاية الطبية (Medicaid) فيما يتعلق بالخدمات المقدمة لطفلي لأجل الحصول على بعض المبالغ المسددة لتغطية تكاليف هذه الخدمات من برنامج ميديكيد (Medicaid).

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

رقم الطالب في برنامج التأمين الصحي Mass Health

رقم الطالب في برنامج Medicaid

رقم الضمان الاجتماعي للطالب

رقم الطالب في برنامج Common Health

ليس لديه تأمينًا

رقم 2. لا، طفلي

صحيًا في برنامج الرعاية الطبية Common Health/Mass Health/Medicaid.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

Student Health and Medical Information

In case of emergency, the school will attempt to contact a parent/guardian before calling the student's primary care provider (physician). Your child will be transported by ambulance to an emergency care facility if necessary.

Student Name _____ DOB _____ Grade _____

Does your child have health insurance? Yes No

Health Insurance Company _____

Policy Number _____

If you do not have health insurance, Massachusetts has health insurance plans that will provide uninsured children with affordable health care (restrictions may apply). Please contact the school nurse for more information about these program.

Local Hospital Preference _____

Physician's Name _____ Phone _____

Dentist Name _____ Phone _____

Please list all medications that your child takes and frequency of use

Medication _____ Medication _____ Medication _____

Frequency _____ Frequency _____ Frequency _____

Please check all that apply to your child and explain in space provided:

Heart Condition Diabetes Asthma Seizure Disorder Migraines

ADD/ADH D Depression Other (Specify) _____

Explain _____

Allergies (food, insects, medication, environment, etc): _____

Is Epipen Needed? Yes No *This must be answered if child has ANY allergies*

Hearing Problems (specify) Left Ear Right Ear Hearing Aids

Vision Problems (Specify) Wears eyeglasses Contact Lenses

I give permission to the school nurse to share information relevant to my child's health condition with appropriate school personnel when needed to meet my child's health and safety needs. I give permission to exchange information with my child's primary care physician for the purpose of referral, diagnosis, and treatment.

Note: Any medication, including over the counter medicine cannot be administered without a prescription by your child's physician. This MUST be completed EACH school year. This includes medication your child may self-administer (insulin, inhalers, Epipen, etc).

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

STUDENT EMERGENCY INFORMATION

NAME

(Please complete the information below)

Grade _____ Home Rm# _____

Student's Name _____
(Last) (First) (Entire Middle Name)

Address _____ Telephone _____

Student Lives With: Mother Father Both Guardian Other _____

Location of Bus Stop _____ Bus # AM _____ Bus # PM _____

Gender Male Female Non Binary

Date of Birth _____ Place of Birth _____

Language Spoken at Home _____

Previous School _____ (If new to Dracut School System)

Day Care Information

Day Care Provider _____ Day Care Telephone _____

Day Care Address _____

In case of emergency please contact:

Contact #1 _____ Relationship _____

Address _____

Home Telephone _____ Work Telephone _____ Ext. _____

Contact #2 _____ Relationship _____

Address _____

Home Telephone _____ Work Telephone _____ Ext. _____

Contact #3 _____ Relationship _____

Address _____

Home Telephone _____ Work Telephone _____ Ext. _____

Should a school building emergency or weather related problems cause students to be dismissed early, who should be contacted?

Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone _____

GRADE

HOMEROOM

TEACHER

ARE YOU HISPANIC OR LATINO? (Select Only One)
 No, not Hispanic or Latino
 Yes, Hispanic or Latino: a person of Cuban, Mexican, Chicano, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

WHAT IS YOUR RACE? YOU MAY SELECT ONE OR MORE RACES.
 White a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
 Black or African American; a person having origins in any of the black racial groups of Africa.
 American Indian or Alaska Native, a person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
 Asian; a person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander; a person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.