

For Official Use

للاستخدام الإداري

- ES MS HS
 GE SE ELL

استمارة تسجيل التلميذ(ة)

يتم إكمال هذا الجزء بواسطة الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر:

معلومات التلميذ(ة)

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	رقم هوية التلميذ(ة)
عنوان المنزل (رقم المنزل، اسم الشارع، رقم الشقة، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)			
تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر)	السن	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> ليس ذكراً ولا أنثى	مكان الميلاد
اسم، مدينة، ولاية آخر مدرسة داوم بها التلميذ(ة) (أو مدرسته الحالية)		آخر صف أكمله	
معلومات التأمين الصحي: هل لدى التلميذ(ة) تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا أجبت بنعم، أي نوع من التأمين هو؟ <input type="checkbox"/> تأمين صحي خاص <input type="checkbox"/> ميديكيد (Medicaid) <input type="checkbox"/> تأمين (Child Health Plus B) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا أجبت بلا، هل ترغب بأن يتم الاتصال بك من أجل الحصول على تأمين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
معلومات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة: هل يحصل التلميذ(ة) على خدمات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا أجبت بنعم، هل لديك نسخة من خطة التعليم الفردي (IEP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

معلومات الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر

الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالتلميذ(ة)
عنوان المنزل (رقم المنزل، اسم الشارع، رقم الشقة، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)		
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل/ الهاتف المحمول	البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر

To Be Completed by Enrollment Staff: (يتم إكمال هذا الجزء بواسطة موظفي التسجيل)

Registration (check one): <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school Transfer Request (check one): <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify): Notes:	Disposition: Enrolled School Name _____ DBN Referred to: School Name _____ DBN 1) _____ 2) _____ 3) _____
---	---

لقد التقيت بمستشار(ة) التوجيه وأعرف خياراتي وأفهم عملية الإلحاق بالمدرسة. أفهم المعلومات المقدمة ولقد حصلت على المعلومات الضرورية للمضي قدماً.

اسم/ توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ التاريخ: _____

اسم/ توقيع مستشار(ة) التوجيه: _____

تعليقات إضافية: _____

STUDENT NAME: LAST

FIRST

DATE: