

إذن الوالدة) ومعلومات التلميذ(ة) – المدارس الإبتدائية والإعدادية

نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند

برامج ما بعد المدرسة "للتعليم والسلامة" و "برامج القرن 21"

أعطي الإذن لمشاركة إبني/إبنتي في برنامج نظام مدارس أوكلاند ما بعد المدرسة لعام 2020-2021

إسم المدرسة: _____

إسم التلميذ(ة) _____
الصف _____ تاريخ الميلاد _____

إسم الوالدة(ة) _____
توقيع الوالدة(ة) _____ التاريخ _____

عنوان المنزل _____
المدينة _____ الرمز البريدي _____

الهاتف الجوال _____

هاتف العمل _____

هاتف المنزل _____

معلومات الاتصال في حالة الطوارئ

في حالة الطوارئ يرجى الإتصال ب....

إسم الشخص _____
العلاقة بالتلميذ(ة) _____ الهاتف: العمل\ المنزل\ الجوال _____

إسم الشخص _____
العلاقة بالتلميذ(ة) _____ الهاتف: العمل\ المنزل\ الجوال _____

هل لدى إبنك\ إبنتك تأمين صحي؟
نعم _____ لا _____

إسم شركة التأمين الصحي _____
رقم البوليصة التأمين _____ إسم صاحب بوليصة التأمين _____

رقم هاتف الطبيب(ة) _____

إسم طبيب(ة) الطفل(ة) _____

أذن وأفوض موظفي البرنامج ما بعد المدرسة بتقديم أو الحصول على العلاج الطبي الطارئ اذا كان ذلك ضروري لإبني/إبنتي خلال برنامج ما بعد المدرسة.

التاريخ _____

التوقيع _____

إسم الوالدة(ة) _____

الإعفاء من المسؤولية

اتفهم أن طبيعة برنامج ما بعد المدرسة وأن المشاركة فيه تطوعية وأتفهم بأن نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند غير مسؤول عن أي خسارة أو ضرر أو مرض أو إصابة تحدث للطالب أو لمتعلقات كنتيجة للمشاركة في برنامج ما بعد المدرسة، بموجب هذه الوثيقة اخلي نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند وضباطه وموظفيه ووكلائه والمتطوعين فيه من أي إجراء قانوني ضدهم لإصابة أو مرض أو موت أو خسارة أو ضرر نتيجة انشطة برنامج ما بعد المدرسة.



توقيع الوالد(ة) والي(ة) الأمر

التاريخ

سياسات البرنامج

- _____ افهم بأنه من المتوقع أن يشارك ابني/ ابنتي في البرنامج ما بعد المدرسة بشكل كلي و عليه:
- ❖ من المفترض أن يشارك تلاميذ المدارس الإبتدائية كل يوم دراسي حتى الساعة 6 مساءً أي 15 ساعة أسبوعياً.
 - ❖ تلاميذ المدارس الإعدادية الذين يشاركون في البرنامج 3 ايام على الأقل في الأسبوع حتى الساعة 6 مساءً أي على الأقل 9 ساعات أسبوعياً سوف تكون لهم الأولوية في التسجيل.

_____ افهم بأن التلاميذ المؤهلين والذين يمكنهم المشاركة بشكل كلي في البرنامج يحصلون على الاولوية في التسجيل. اذا لم يكن ابني/ ابنتي قادر(ة) على الإلتزام بشكل كامل ذلك قد يؤدي الى فقدانه مكانه في البرنامج.

_____ افهم بأن على ابني/ ابنتي (في الصف 2 أو اكبر) تسجيل الدخول في البرنامج يومياً وعلى ابني/ ابنتي (في المرحلة الثانوية) أو الوالد\ والي الأمر أن يسجل خروج الطفل (ة) يومياً.

سياسة توصيل وأخذ الطلاب من والي البرنامج

كالوالد(ة) والي(ة) الأمر افهم بأن البرنامج ما بعد المدرسة يبدأ بعد نهاية اليوم المدرسي فوراً وينتهي بحلول الساعة 6 مساءً. لن يسمح البرنامج التلاميذ للذهاب إلى بيوتهم قبل تسجيل الخروج من قبل الوالد(ة) والي(ة) الأمر أو شخص المذكور ادناه:



توقيع الوالد(ة) والي(ة) الأمر

التاريخ

اذا كنت عاجز(ة) على إلتقاط طفلي/ طفلي من البرنامج فافوض موظفي البرنامج ما بعد المدرسة بترك طفلي/ طفلي برعاية الشخص التالي:

ارقام الهاتف: المنزل\ العمل\ الجوال

الإسم\ العلاقة بالتلميذ(ة)

ارقام الهاتف: المنزل\ العمل\ الجوال

الإسم\ العلاقة بالتلميذ(ة)

تذكير: يرجى إلتقاط ابني/ ابنتك في الوقت المحدد. ينتهي البرنامج بحلول الساعة 6 مساءً وإذا لم يتم إلتقاط التلميذ(ة) بحلول الساعة 6 مساءً فيصبح موظفي البرنامج مجبرين على الإلتصال بخدمات حماية الطفل أو منقذي القانون. يرجى الملاحظة بأن ثلاث حالات التأخر في إلتقاط طفلك\ طفلك سيؤدي تلقائياً إلى فصله من البرنامج.

الإذن بتقييم البرامج ومتابعة التقدم الذي يحرزه التلميذ (ة)

للعام الدراسي 2020-2021، اعطي الإذن لموظفي البرنامج ما بعد المدرسة وأي مستشار تقييمي معين من قبل البرنامج لمراجعة بيانات إبني\ إبنتي الدراسية (من ضمن ذلك ولكن غير محصور في نتائج الإمتحانات ودفتر العلامات وتقرير الحضور ومؤشرات اخرى للاداء وبيانات ديموغرافية) وادخال بيانات إبني\ إبنتي إلى قاعدة بيانات البرنامج من أجل توفير دعم موجه وإرشاد أكاديمي بالإضافة إلى تقييم فعالية البرنامج ما بعد المدرسة، وايضاً أعطي الإذن لموظفي البرنامج وأي مستشار تقييمي معين من قبل البرنامج لمتابعة تقدم إبني\ إبنتي وأن يتطلبوا من إبني\ إبنتي تعبئة تقييم وذلك لتحديد فعالية البرنامج، وتفهم أيضاً ان الإفصاح عن معلومات الطالب وتعبئة التقييم ليس اجباريا وأنك تستطيع سحب هذا الالتزام في اي وقت وذلك بإبلاغ القائمين على البرنامج خطياً.



التاريخ

توقيع الوالد(ة)\ والي(ة) الأمر

السماح بنشر الصور الفجرافية والفيديو

خلال حضور طفلك\طفلك للبرنامج ما بعد المدرسة قد تشارك/يشترك في نشاط مسجل على شريط فيديو. ويمكن أن تُستخدم هذه الصور/تسجيلات الفيديو لأغراض ترويجية.

_____ **اسمح** للبرنامج ما بعد المدرسة تصوير أو تسجيل طفلي\طفلي على شريط فيديو لأغراض ترويجية
_____ **لا اسمح** بتصوير/ تسجيل طفلي/طفلي على شريط فيديو.

أفوض نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند أو أي طرف ثالث يوافق عليه بتصوير طفلي\طفلي أو تسجيله على شريط فيديو خلال أنشطة البرنامج ما بعد المدرسة وتحرير أو استخدام أي صور أو تسجيلات حسب التقدير المطلق لنظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند. أدرك أنه لن يكون لي اولطفلي\طفلي أي حق قانوني أو مصلحة تترتب عن التسجيل بما في ذلك الفوائد الاقتصادية. أوافق أيضاً على تيرئة سراح وإعفاء نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند وأي طرف ثالث قد يوافق عليه من وض جميع المطالبات والمطالب والأضرار والالتزامات الناجمة عن أو تتعلق باستخدام التسجيلات.



التاريخ

توقيع الوالد(ة)\ والي(ة) الأمر \ مسؤول على رعاية الطفل

ملاحظة خاصة حول رسوم البرنامج

افهم بأن بعض البرامج ما بعد المدرسة لدى نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند تتطلب برسوم يتم تحديد كميتها على حسب دخل الأسرة وهذا لكي نخدم عدد اكبر من التلاميذ ونوفر اكثر من الخدمات. افهم بأنه لن يُرفض طلب تسجيل أي طفل(ة) مؤهل(ة) للبرنامج على اساس عجز الأسرة على دفعة الرسوم.

الإعفاء حول الخروج المبكر (إختياري) – تلاميذ الإبتدائية والإعدادية

- ❖ من المفترض أن يشارك تلاميذ المدارس الإبتدائية كل يوم دراسي حتى الساعة 6 مساءً أي 15 ساعة أسبوعياً.
 - ❖ تلاميذ المدارس الإعدادية الذين يشاركون في البرنامج 3 ايام على الأقل في الأسبوع حتى الساعة 6 مساءً أي على الأقل 9 ساعات أسبوعياً سوف تكون لهم الأولوية في التسجيل.
- التلاميذ اللذين يستطيعون الإلتزام الكامل بالبرماج سوف يعطون الأولوية للتسجيل.

وفقاً لسياسات نظام مدارس أوكلاند حول الخروج المبكر بإمكان العائلات طلب خروج أبنائها في وقت قبل نهاية البرنامج لأي سبب من الأسباب التالية:

- برنامج مماثل
- طوارئ عائلي
- ظروف عائلية – شخصية
- موعد طبي
- النقل
- الامن في المجتمع المحلي
- حدث مع طفل(ة)
- ظروف اخرى إن كانت مناسبة

موقع المدرسة: _____

إسم البرنامج: _____

إسم التلميذ(ة): _____

المرحلة الدراسية: _____

اطلب الخروج المبكر لإبني/ إبنتي من البرنامج ما بعد المدرسة في الساعة _____ مساءً (وضع إشارة بجانب السبب)

انا خائف(ة) على سلامة إبني/ إبنتي اذا كان عائد إلى البيت لوحده بعد غروب الشمس

انا غير قادر(ة) على التقاط إبني/ إبنتي بعد هذا الوقت

شيء اخر: _____

بموجب هذه الوثيقة انا، كوالد(ة) \ والي(ة) الأمر، اخلي نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند وضباطه وموظفيه ووكلائه والمتطوعين فيه من أي إجراء قانوني ضدهم لإصابة أو مرض أو موت أو خسارة أو ضرر نتيجة خروج إبني/ إبنتي المبكر من

البرنامج ما بعد المدرسة

التاريخ

توقيع الوالد(ة) والي(ة) الأمر

الإعفاء حول خروج التلميذ(ة) من البرنامج بدون مراقبة راشد (إختياري)

فقط للتلاميذ في عمر 12 أو أكبر

موقع المدرسة: _____

إسم التلميذ(ة): _____

المرحلة الدراسية: _____

تاريخ ميلاد التلميذ(ة): _____

إذا وصلت إلى البرنامج في وقت متأخر عند وقت الخروج أو إذا كنت غير قادر(ة) على التقاط إبني/إبنتي في نهاية يوم البرنامج ما بعد المدرسة:

أعطي الإذن لموظفي البرنامج ما بعد المدرسة بإبني/إبنتي بالخروج من البرنامج بدون مراقبة راشد.

بموجب هذه الوثيقة أنا، كوالد(ة) \ والي(ة) الأمر، أخلي نظام المدارس العامة بمقاطعة أوكلاند وضباطه وموظفيه ووكلائه والمتطوعين فيه من أي وجميع اسباب إجراء قانوني لإصابة أو مرض أو موت أو خسارة أو ضرر نتيجة خروج إبني/إبنتي من البرنامج ما بعد المدرسة بدون مراقبة راشد.

_____ التاريخ

_____ توقيع الوالد(ة)\ والي(ة) الأمر

برامج ما بعد المدرسة 2020-2021

اسم البرنامج: _____

موقع المدرسة: _____

نموذج الطالب الصحي معلومات التلميذ(ة) الشخصية:

اسم التلميذ(ة) _____ تاريخ الميلاد _____

المرحلة الدراسية عام 2020-2021 _____ اللغة المتحدثة في البيت _____

معلومات الوالد(ة) والى(ة) الأمر الشخصية:

اسم الوالد(ة) والى(ة) الأمر (الشخصي, العائلي) _____

عنوان بيت التلميذ(ة) _____

الهاتف الثابت (في البيت) _____

هاتف الوالد(ة) الجوال _____ هاتف الوالد(ة) في العمل _____

حالة الطوارئ:

في حالة الطوارئ سنتصل ب: _____

الإسم _____ علاقة الشخص بالتلميذ(ة) _____

رقم هاتف الشخص _____

الصحة:

يرجى وضع علامة على الصندوق المناسب اذا كان لدى طفلك/ طفلتك أي حالة من الحالات الصحية التالية والتي تحتاج إلى العلاج بعد ساعات المدرسة:

<input type="checkbox"/> حساسية شديدة من:	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) إبرة الطوارئ الذاتية (EpiPen®)
<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) جهاز الاستنشاق في المدرسة
<input type="checkbox"/> مرض السكر	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) الدواء في المدرسة
<input type="checkbox"/> النوبات	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) الدواء في المدرسة
<input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) الدواء في المدرسة
<input type="checkbox"/> التليف الكيسي	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) الدواء في المدرسة
<input type="checkbox"/> حالة اخرى:	<input type="checkbox"/> مع التلميذ(ة) الدواء في المدرسة

التاريخ المرضي اذا كان ضروريا: _____

الأدوية الضرورية خلال وبعد ساعات المدرسة: _____

قائمة الاشياء والأدوية التي تسبب الحساسية: _____

إرشادات خاصة

يجب أن يكون لكل تلميذ يعاني من الربو أو مرض السكر أو الحساسية الشديدة دواء طارئ متوفر لموظفي البرنامج ما بعد المدرسة للإستخدام في حدث نوبة ربو أو حالة انخفاض السكر الدموي أو رد الفعل التحسسي بالإضافة إلى خطة إدارة الحالة الصحية مع توقيعك وتوقيع الطبيب(ة). سيحتاج البرنامج ما بعد المدرسة إلى دواء لطفلك\ طفلتك بشكل مستقل عن الدواء الذي تزود المدرسة به.

زر ممرضة المدرسة\ مركز خدمات الصحة في المدرسة لمعلومات إضافية.

التفويض لعلاج قاصر

افوض موظفي البرنامج ما بعد المدرسة لإعطاء الدواء لإبني\ إبنتي الذي يمكن سيكون بحاجة إليه خلال البرنامج ما بعد المدرسة.

في الحالة التي لم يكون الإتصال بي أو بوالدا\ والي أمر اخر ممكناً، أذن موظفي البرنامج ما بعد المدرسة بطلب العلاج المناسب لإبني\ إبنتي\ الطفل(ة) تحت رعايتي.

التاريخ: _____ توقيع الوالد(ة)\ والي(ة) الأمر: _____

اكتب إسمك بخط يدوي واضح: _____

هل لدى إبنك\ إبنتك مشاكل في رؤية؟ _____

هل تم إبلاغك بأن إبنك\ إبنتك يجد صعوبة في الرؤية؟ _____

هل من المفروض أن يلبس إبنك\ إبنتك النظارات الطبية؟ _____

يرجى إعادة هذه الإستمارة إلى برنامج ما بعد المدرسة على الفور وشكراً لكم!