

الاسم الأوسط (قانوني)	الاسم الأول (قانوني)	لاحقة الاسم (على سبيل المثال: JR أو II)	اللقب (قانوني)
وثائق قانونية (على سبيل المثال: حجز، أمر تقييد، إلخ) إذا لم يكن هناك تنبيه قانوني: أدخل "غ/م" يرجى تقديم وثائق داعمة			الاسم المفضل
الهاتف الرئيسي	تاريخ الميلاد	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الوالد/الوصي - عنوان البريد الإلكتروني الأساسي
الرمز البريدي	المدينة	رقم الشقة	عنوان الإقامة
الرمز البريدي	المدينة	رقم الشقة	عنوان المراسلة
هل تحتاج إلى إرسال البلاغات بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟			
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الأسبانية	<input type="checkbox"/> الفرنسية
<input type="checkbox"/> الكريولية الهايتية	<input type="checkbox"/> البرتغالية	<input type="checkbox"/> الفيتنامية	

الدواء الذي يتم تناوله حالياً (وصفة طبية أو بدون وصفة طبية)		
السجل الطبي/القيود البدنية		
الحساسية للأدوية، الغذاء، أو غيرها من المواد...		
أدوية	طعام	مواد أخرى

معلومات الوالد/الوصي (يرجى ذكر الوالد/الوصي حسب أولوية الاتصال).

أخذ الطالب من المدرسة	العلاقة	الاسم الشخصي	اللقب
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			
الرمز البريدي	المدينة	رقم الشقة	عنوان السكن
هاتف العمل	صاحب العمل	الهاتف الخليوي	الهاتف المنزلي

أخذ الطالب من المدرسة	العلاقة	الاسم الشخصي	اللقب
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			
الرمز البريدي	المدينة	رقم الشقة	عنوان السكن
هاتف العمل	صاحب العمل	الهاتف الخليوي	الهاتف المنزلي

جهات الاتصال الإضافية على الصفحة التالية

\*\*يجب تقديم إثبات العنوان إلى مكتب التسجيل بالمدرسة من أجل تغيير العنوان رسمياً في النظام.

\*نموذج طلب النظام الغذائي - يجب على الوالد/أولياء الأمور إكمال وتوقيع الجزء الأممي من النموذج بالكامل. توقيع الإفصاح عن المعلومات الطبية ضروري في حالة الحاجة إلى الاتصال بالطبيب فيما يتعلق بالوجبات الغذائية المتعلقة بالإعاقات الطبية.

## جهات الاتصال الإضافية

أخذ الطالب من المدرسة	الوصاية	هاتف الاتصال	العلاقة	الاسم الشخصي	اللقب
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				

## الخدمات الصحية المدرسية

وفقاً لقانون فلوريدا رقم 1001.42، مشروع القانون رقم 1557: يجب على وليّ الأمر/الوصيّ التقيد بالخدمات الصحية: يجب إكمال الاختيار الصريح عبر الإنترنت لإجراء الفحوصات والخدمات السريرية والخدمات الصحية الأخرى. وفيما يلي توجيهات لإكمال الوثيقة الرقمية:

1. من خلال (OCPS) <https://parents.classlink.com/ocps> قم بتسجيل الدخول إلى بوابة وليّ الأمر التابعة لمدارس مقاطعة أورانج العامة قم بملء نماذج موافقة وليّ الأمر
2. [ocps.net/Skyward](https://ocps.net/Skyward) في حال وجود أي أسئلة، يُرجى التواصل مع المدرسة التابع إليها طفلك/طفلتك أو زيارة
- 3.

في حالة الطوارئ، أدرك أن المدرسة ستصل إلى نظام الطوارئ الطبي 911 على الفور. ومن أجل تقديم الرعاية بشكل مُعجّل، فإنني أُمّنح الإذن لموظفي المدرسة لتقديم المعلومات الطبية لفريق الطوارئ المستجيب لبدء العلاج والنقل إلى منشأة مناسبة. كما أُمّنح الإذن للأفراد والعاملين الطبيين المناسبين لبدء العلاج فور وصولهم إلى المنشأة المناسبة. وأطلب أن يتم إخطاري بحالة طفلي/طفلتي وإدخاله/إدخالها في أقرب وقت ممكن. وفي حال تعذر الوصول إليّ، فإنني أطلب من منشأة الدخول إخطار أحد الأشخاص الآخرين المذكورين أعلاه بحالة طفلي/طفلتي وإدخاله/إدخالها. وأوافق على أن أكون مسؤولاً من الناحية المالية عن العلاج الشامل لطفلي/طفلتي ونقله/نقلها

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق وأقر بالشروط الواردة هنا.

التاريخ: \_\_\_\_\_

الوالد/ الوصي: \_\_\_\_\_

\*مجلس إدارة مقاطعة أورانج في فلوريدا مفوض بجمع أرقام الضمان الاجتماعي ("SSN") للطلاب على النحو المنصوص عليه في القسمين 1008.386 و (5) (أ) من نظام فلوريدا الأساسي. يعتبر توفير رقم SSN الطالب في نموذج التسجيل اختياريًا وهو غير مطلوب كشرط للتسجيل في المقاطعة. سيتم استخدام أي رقم SSN تم توفيره فيما يتعلق بالتسجيل فقط لأغراض البحث والإبلاغ والتسجيل. لا يجوز استخدام مجموعة رقم SSN لإنفاذ الهجرة. تقديم رقم SSN الطالب إلى مجلس إدارة مقاطعة أورانج في فلوريدا لهذه الأغراض يعني أنك توافق على استخدام رقم SSN الطالب بالطريقة الموضحة.

ينص قانون ولاية فلوريدا، المادة 837.06، على أن كل من يدلي ببيان كاذب عن قصد بهدف تضليل موظف حكومي في أدائه لواجبه الرسمي، يكون مذنباً بارتكاب جنحة من الدرجة الثانية.

(يسري هذا النموذج حتى اليوم الأول من العام الدراسي التالي أو سنة واحدة من تاريخ التوقيع، أيهما أحدث)