

مدرسة نورثشور تشارتر

111 شارع ووكر | Bogalusa ، Louisiana 70427

985-732-0580 فاكس | 0005-732-Ph.985



تاريخ: _____

Grade	For
مدرسة سنة: _____	
Date	

واردة طالب: _____
الأول الاسم
آخر الاسم
الأوسط اسم

من فضلك لا ترسل حزمة التسجيل بدون كل ما يلي:

لن يتم قبول حزم التسجيل غير المكتملة أو الاحتفاظ بها من قبل المدرسة

قائمة التحقق الخاصة بك:	للاستخدام المكتبي
	نسخة من شهادة الميلاد
	<ul style="list-style-type: none"> إذا لم يكن الوالد (الوالدان) الموجودان في شهادة الميلاد هما الوصي القانوني للطلاب ، فيرجى تقديم دليل على ذلك الوصاية.
	إثبات الإقامة
	<ul style="list-style-type: none"> يجب أن تكون مؤرخة في غضون 15 أيام يجب أن يتطابق الاسم مع الأصل / وصي <p>تشمل المستندات المقبولة: معرف الصورة أو رخصة القيادة للوالد أو الوصي ، أو بيان الرهن العقاري ، أو اتفاقية الإيجار ، أو فاتورة الغاز ، أو فاتورة الكهرباء ، أو فاتورة المياه ، أو فاتورة الكابلات ، أو خطاب موثق.</p>
	جهة اتصال للطوارئ
	البرامج الخاصة
	<ul style="list-style-type: none"> يرجى كتابة N / A إذا لم ينطبق أي من هذه البرامج على طفل
	الموافقة على الصورة
	طلب السجلات
	مسح اللغة الرئيسية
	استبيان الإقامة
	نموذج التاريخ الصحي
	نسخة ، أحدث بطاقة تقرير أو جدول الفصل الحالي
	نسخة من بطاقة الضمان الاجتماعي
	نسخة من استمارة التطعيم بختم الدولة والتوقيع المعتمد

يمكن إرسال المعلومات بالفاكس إلى 3285-205-985

حزمة التسجيل للعام الدراسي

يرجى إكمال حزمة واحدة لكل طالب ليتم قبوله في المدرسة. الرجاء الطباعة بوضوح باستخدام الحبر الأزرق أو الأسود.

Student Information

الاسم القانوني ل طالب:

(الأول) (الأوسط)

(الأخير)

يفضل اسم:

انثى تاريخ ولادة:

جنس: ذكر

بيت هاتف: () -

MM / DD / YYYY

Standard Pacific / Hawaiian / Alaska / من أصل إسباني أبيض من آسيوي

رقم الضمان الاجتماعي (مطلوب):

مستوى الصف تطبيق إلى عن على: K12345678

عنوان سكن الطالب: (ملاحظة: لا توجد صناديق بريد)

شارع: ملائم #:

أريز: ولاية: مدينة:

ضع علامة هنا إذا كانت مماثلة للإقامة عنوان.

بريد الطالب عنوان:)

الشارع: # Apt

أريز: ولاية: مدينة:

لا

نعم

هل تقع مدرسة الطالب الحالية في هذا يصرف؟

إذا كانت الإجابة لا ، فاملأ المنطقة اسم:

Previous School Information

اسم السابق مدرسة:

ليست في المدرسة / عنوان

المدرسة

مسجلة بيت ميثاق المدرسة

خاصة مدرسة

عامة مدرسة

آخر من السابق مدرسة:

شارع:

ولاية: مدينة:

أريز:

Sibling Information

ل درجة الميلاد

التحقق الأشقاء في تاريخ NCS

1		
2		
3		

Parent / Guardian Information

with lives Student Parents Both (Custody Joint) Both Parents alternately Mother Father Legal Guardian

الأبوين 1 / الوصي الاسم: _____ العلاقة: _____

العنوان نفسه مثل طالب؟ نعم لا (إذا لم يكن كذلك ، أكمل العنوان أقل) If other than parent, appropriate guardianship paperwork must be provided

شارع: _____ ملائم #: _____

مدينة: _____ الرعية / المقاطعة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

إشغال: _____ اسم صاحب العمل: _____

عنوان العمل | شارع: _____ جناح #: _____

أريز: _____ الرعية / المقاطعة: _____ الولاية: _____ مدينة: _____

عمل هاتف: _____ (_____) - _____ خلية هاتف: _____ (_____) - _____ بيت هاتف: _____ (_____) - _____

بريد إلكتروني عنوان: _____ تحقق هنا لتلقي جميع المراسلات الخاصة بهذا الأمر طالب

الأبوين 2 / الوصي الاسم: _____ العلاقة: _____

العنوان نفسه مثل طالب؟ نعم لا (إذا لم يكن كذلك ، أكمل العنوان أقل)

شارع: _____ ملائم #: _____

أريز: _____ ولاية: _____ مدينة: _____ الرعية / المقاطعة: _____

إشغال: _____ اسم صاحب العمل: _____

عنوان العمل | شارع: _____ جناح #: _____

أريز: _____ الرعية / المقاطعة: _____ الولاية: _____ مدينة: _____

عمل هاتف: _____ (_____) - _____ خلية هاتف: _____ (_____) - _____ بيت هاتف: _____ (_____) - _____

بريد إلكتروني عنوان: _____ تحقق هنا لتلقي جميع المراسلات الخاصة بهذا الأمر طالب

Emergency Contact Information

إذا كان أحد الوالدين لا يمكن الاتصال به سنحاول الاتصال بواحد مما يلي بالترتيب المذكور أدناه. يرجى إدراج جهة اتصال واحدة على الأقل في حالات الطوارئ.

الشخص الأول الذي يتم الاتصال به في حالة تعذر الوصول إلى الوالدين:

الاسم: _____ العلاقة: _____

عمل هاتف: _____ (_____) - _____ خلية هاتف: _____ (_____) - _____ بيت هاتف: _____ (_____) - _____

يرجى التحقق هنا إذا كان هذا الشخص لديه إذن منك لاصطحاب طفلك من المدرسة.

الشخص الثاني الذي يجب الاتصال به إذا تعذر الوصول إلى الوالدين:

الاسم: _____ العلاقة: _____

عمل هاتف: () - _____

خلية هاتف: () - _____

بيت هاتف: () - _____

يرجى التحقق هنا إذا كان هذا الشخص لديه إذن منك لاصطحاب طفلك من المدرسة.



out Authorization (other than parents)-Check

سيُسمح لهؤلاء الأفراد فقط بفحص طفلك / أطفالك خارج المدرسة في حالة المرض أو الطوارئ. سيُطلب من جميع الأفراد إبراز رخصة القيادة أو الهوية الصادرة من الدولة.

الاسم: _____ الهاتف: (_____) - _____

Persons Restricted From Picking up Student

NOT allowed These individuals are to leave **under any circumstances** campus with my child/children

If a parent/guardian is restricted from picking up a child/children the appropriate paper work must be provided

اسم: _____

اسم: _____

اسم: _____

اسم: _____

Transportation

يرجى اختيار كل ما ينطبق:

سيارة الصباح يسقط اختيار السيارة بعد ظهر اليوم أعلى

حافلة حافلة الصباح بعد الظهر

Medical Authorization

الاسم القانوني ل طالب: _____ تاريخ ولادة: _____

(الأول) (الأوسط)

(الأخير)

أعطي الإذن لطفلي (المسمى أعلاه) لحضور الأحداث والرحلات الميدانية ومشاريع الخدمة المرتبطة بمدرسة Northshore Charter School. كما أنني أعطي إذني لنقل طفلي من وإلى الفعاليات بواسطة سائقين مستأجرين ومتطوعين مرخصين من قبل مدرسة نورثشور تشارتر (NCS).

إصدار الطوارئ

سيحاول NCS الوصول إلى الوالد / الوصي القانوني أو أحد الأشخاص المدرجين كجهة اتصال في حالات الطوارئ ، ولكن إذا لم يتم الوصول إلى أي من هؤلاء الأشخاص ، فيجوز لموظفي NCS الإذن باستخدام السلطة التقديرية في تأمين المساعدة الطبية في حالات الطوارئ. من المفهوم أنه لا يوجد NCS ولا الشخص المسؤول عن الحصول على هذه المساعدة الطبية سيكون مسؤولاً عن النفقات المتكبدة.

الإصدار الطبي

أفوض إدارة NCS و / أو الموظفين والمستشفيات ومقدمي الخدمات الطبية أو طب الأسنان المرخصين وكلائهم وموظفيهم للوصول إلى المعلومات الواردة في هذا النموذج وتقديم جميع الرعاية الطبية أو العناية بالأسنان ، والاختبارات الروتينية ، والعلاج ، والضرورية. وسائل النقل المتاحة لصحة طفلي وسلامته. يتضمن هذا التفويض سلطة الموافقة على أي فحوصات بالأشعة السينية ، أو تخدير ، أو إجراء طبي أو علاج ، والرعاية في المستشفى تحت إشراف ، وبناءً على مشورة طبيب أو جراح مرخص له بموجب قانون الممارسة الطبية أو الذي سيقدم من قبله. طبيب أسنان مرخص بموجب قانون ممارسة طب الأسنان لطفلي.

ولي الأمر / الوصي إمضاء: _____

تاريخ: _____

وقع
هنا

Parental Permission

الإفراج عن الحضانة

أفوض أيضًا الإدارة و / أو موظفي NCS بتلقي الحضانة المادية لطفلي عند الانتهاء من أي علاج ، وأطلب على وجه التحديد من أي مرفق صحي تسليم الحضانة المادية لطفلي إلى الشخص البالغ المذكور حتى يحين الوقت الذي يصل فيه أحد الوالدين / الوصي. في المشهد. (هذا ليس تغييرًا في الحضانة الدائمة للطفل.) هذا يسمح فقط للمنشأة الصحية (مستشفى / عيادة) بتسريح الطفل لموظفي NCS أثناء انتظار وصول الوالد / الوصي.

إصدار النشاط

كما أنني أعطي الإذن لطفلي بالمشاركة في جميع الأنشطة الخاضعة للإشراف باستثناء ما هو مذكور أدناه.

وقع
هنا

تاريخ:

ولي الأمر / الوصي إمضاء:

Special Programs

هل تم تقييم طفلك و / أو شارك في أي من الخدمات الخاصة التالية؟

موهوبون & الموهوبين الخاصة بتعليم (IEP) 504 (IAP) اللغة الإنجليزية ثانية لغة (ESL) خاص البرامج إذا قمت بفحص "التعليم الخاص" (IEP) ، هل لديك برنامج "التعليم الخاص" الخاص بالطالب تعليم السجلات؟ نعم لا

Release Photo/Video

الوالد / الوصي العزيز: على مدار العام ، هناك مناسبات سترغب فيها NCS في التقاط صور / مقاطع فيديو لطفلك أثناء مشاركته في الأنشطة. قد نستخدم هذه الصور / مقاطع الفيديو في منشورات NCS ، والصحف المحلية ، والموقع الإلكتروني للمدرسة و / أو غرف الصف ، والإعلانات ، أو المعروضة في NCS. نطلب منك التوقيع على إصدار صورة / فيديو لطفلك. شكرًا لك مقدمًا على دعمك وتفهمك.

أعطي موافقتي ل NCS لاستخدام الصور / الفيديو لي طفل. أنا لا أميل موافقتي ل NCS لاستخدام الصور / الفيديو الخاص بي طفل.

Educational Equality and Enrollment Acceptance Statement of

تلتزم NCS بسياسة المساواة التعليمية. وفقًا لذلك ، يقبل البرنامج الطلاب وينفذ البرامج التعليمية وعمليات القبول وممارسات التوظيف بغض النظر عن العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو التفضيل الجنسي أو الأصل القومي أو الحالة الاجتماعية أو النسب أو الإعاقة أو أي تصنيف آخر محمي قانونيًا. أي شخص لديه استفسارات بشأن امتثال المدرسة للوائح التي تنفذ الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 ، أو الباب التاسع من التعديل التعليمي لعام 1972 ، أو القسم 504 من قانون إعادة التأهيل ، أو القانون الأمريكي لذوي الإعاقة ، أو قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة يتم توجيهك إلى الاتصال بمدير المدرسة على عنوان المدرسة.

الرجاء قبول هذه الوثيقة الموقعة والمكتملة ل يتسجل ، يلتحق _____ (طلاب اسم) في NCS ل _____ الأكاديمي سنة. أنا يفهم الذي - التي استكمال ل هذا التسجيل استمارة يفعل لا يضمن قبول داخل ال مدرسة. NCS سوف إرسال إخطار ل إيصال ل التسجيل نماذج.

وقع
هنا

تاريخ:

ولي الأمر / الوصي إمضاء:

Request for Records

الرجاء إكمال جميع أقسام هذا النموذج. يرجى طباعة بوضوح!

طالب اسم: _____
 تاريخ الطالب ولادة: _____
 درجة: _____ الضمان الاجتماعي رقم: _____
 حاضِر مدرسة: _____
 المدرسة الحالية عنوان: _____
 شارع _____
 شفرة CityStateZip _____

توقيعك أدناه يخول NCS لطلب السجلات من المدرسة الحالية لطفلك.

وقع
هنا

تاريخ: _____

ولي الأمر / الوصي إمضاء: _____

من فضلك لا تكتب أسفل هذا السطر - هذا للاستخدام المكتبي فقط!



مدرسة نورثشور تشارتر

111 شارع ووكر | Bogalusa ، Louisiana 70427

985-732-0580 فاكس | 0005-732-Ph.985

تقدم الطالب المذكور أعلاه إلى مدرسة Northshore Charter School وهو قيد المراجعة للقبول. فاكس المدرسة الحالية رقم: _

يرجى تضمين محتويات السجلات التراكمية للطالب كما هو محدد أدناه:

بطاقة التقرير / أحدث نسخة من الدرجات
 شهادة ميلاد
 السجلات الصحية لمعلومات
 خطة IEP / 504

يرجى إرسال سجلات الطلاب إلى: مدرسة

نورثشور تشارتر

111 شارع والكر

بوغالوسا ، لوس أنجلوس. 70427

هاتف: 0005-732-985 | الفاكس: 3285-205-985

شكرا لكم مقدما!



Home Language Survey

من فضلك أكمل هذا الاستبيان للغة المنزل. يجب توقيع هذا النموذج وتاريخه من قبل الوالد أو الوصي. يجب الاحتفاظ بها في المجلد التراكمي للطالب. سيتم استخدام هذا النموذج فقط لتحديد ما إذا كان الطالب بحاجة إلى خدمات متعلم اللغة الإنجليزية. ستساعدنا إجابة السؤال رقم 4 على التواصل معك بخصوص الطالب في جميع الأمور المدرسية باللغة التي تفضلها.

من فضلك أكمل هذا استطلاع بلغة الوطن . هذا النموذج لابد ان يكون موقعة ومؤرخة _ من قبل الوالد أو الوصي. لابد ان يحفظ في المجلد _ الطالب التراكمي سيتم استخدام هذا النموذج فقط لتحديد إذا كان الطالب يحتاج خدمات لمتعلمي اللغة الإنجليزية . جواب السؤال رقم . # 4 لنا المساعدة في التواصل معك بخصوص الطالب _ _ في الكل _ أمور أطفال المدارس باللغة التي تفضلها .

المدى الذي نفاظ فيجب الوصي أو الوالد بدق من يخهون الازم واذن وفي يعجب . هذا الم فة ال لغة اس نط الع ك م ال ي ر ح ب ه

الذ ل ع ل ال لغة ال م ن ع ل م ن ي خدمات ل ل ل ب ح ا ج ا ل ط ا ل ب ك ا ن ا ذ ا م ا ل ن ح د ي د ن ف ق ط ا ل ن م و ذ ج ه ذ ا ا س ن خ د ا م س ي ن م . ل ل ل ط ا ل ب ا ل ن ك م ب ي ن ي

ال ه ا ل ض ف ن . ب ا ل لغة ال در ا س نة ال م س ا ن ا ق ج م ي ع ن ي ال ط ا ل ب ب خ ص و ص م ع ك ال ن و ا ص ر ق ن ي

4 ر ق م ال س و ا ل ع ل ال ر د س ي س ا ع د ن ي ن ي

هزار قلب مكتمل حائط ينسخ استطلاع يغلق لغة لغة في بيت هذا . عينة أعزب هذا يمين تمام خطاب لافتة و يحيط علما يوم شهر تنتمي إلى إضافي أخ أو الناس مشرف منزلية . هو - هي يمين تمام يمسه في حروف غرض مقدار المتراكمة تنتمي إلى يتعلم ولد . عينة أعزب هذا سوف فقط تمام تاريخ يستخدم ل جثة عازم يرى يتعلم وُلد يملك يحتاج جاتحة خدمة يتعلم لغة أنت أم لا . جملة يدفع كلمة يعطي جملة بسأل عدد 4 سوف يساعد هم أنا اتصال ضائع مع صديق عن يتعلم وُلد في جوارب رئيس ال سؤال عنوان تنتمي إلى مدرسة متساوي لغة لغة صديق تريد .

يرجى إكمال استطلاع اللغة الرئيسية هذا. يجب توقيع هذا النموذج وتاريخه من قبل أحد الوالدين أو الوصي. يجب حفظه في المجلد التراكمي للطالب. يستخدم هذا النموذج فقط لتحديد ما إذا كان الطالب يحتاج إلى خدمات تعلم اللغة الإنجليزية. ستساعدنا إجابة السؤال رقم 4 على التواصل مع الطالب حول جميع الأمور المدرسية بلغتك المفضلة.

طالب اسم: _____	درجة: _____ عيد ميلاد: _____
نومبر ديل estudiante: _____	جرادو: _____ Fecha دي ناسيمينتو: _____
سم اب طال ال: _____	درجة ال: _____ خ ا ر ي ن ال د ي م ال: _____
عشرة حك سينه: _____	لوب: _____ نجاي سينه: _____
اسم الطالب: _____	الدرجة: _____ تاريخ الميلاد: _____
الرجاء إدخال استجابة تفضيلات اللغة (# 4) يجب تسجيلها في IPAMS بواسطة منسق البيانات.	
إنجليزي	
1. هي لغة أخرى غير الإنجليزية يتم التحدث بها لك بيين؟	نعم (ماذا لغة) _____
2. هل يتواصل طفلك بلغة أخرى من الإنجليزية؟	نعم (ماذا لغة) _____
3. ما هي اللغة التي تعلمها طفلك أولاً؟ (ماذا لغة)	_____
4. بأي لغة تفضل تلقي المعلومات من المدرسة؟ (اي لغة)	_____
5. ما علاقتك به ال طفل؟	<input type="checkbox"/> والد أم وصي غير ذلك (حدد) _____

سؤال عن إقامة طالبة لوزيانا ، ناير
(يجب تضمين النموذج في حزمة الالتحاق بالمدرسة)

تاريخ _____ المنطقة التعليمية _____ اسم المدرسة _____
طالب الاسم: _____ # SSN / ID _____ الجنس: ذكر / عنوان الأنثى:
رقم الهاتف: _____
آخر مدرسة حضر: _____ الحالي الدرجة: _____ تاريخ ولادة: _____
الوالد / الوصي / رعاية الكبار ل الطالب: _____ العلاقة: _____

تنص: هذا استبيان يكون منوي ل عنوان ال ماكينى فينتو يمثل لك طفل يمكن يكون صالح ل إضافي التعليمية خدمات خلال عنوان أنا جزء أ، عنوان أنا جزء ج- مهاجر فرادى مع إعاقات تعليم يمثل (فكرة) و / أو عنوان التاسع ، جزء أ، القيدالية ماكينى فينتو مساعدة يمثل، USC11435 42. جدارة - أهلية يستطيع يكون عازم من خلال استكمال هذا استبيان. هو - هي يكون غير قانوني ل عن علم بصنع بيانات كاذبة على هذا شكل. لوصالح، طلاب تكون ل يكون في الحال المقيدين في وقفا مع نشر 7415 ، القسم 341 .

1. نعم NO هل عنوان الطالب هو ترتيب معيشي مؤقت؟ (ملاحظة: إذا كان هذا ترتيبًا للمعيشة الدائمة أو إذا كانت الأسرة تمتلك منزلًا أو تستأجره ، فقم بالتوقيع تحت البند 9 وإرسال النموذج إلى المدرسة شؤون الموظفين.)
2. نعم NO هو ترتيب المعيشة المؤقت بسبب فقدان السكن أو لأسباب اقتصادية ضائقة؟
3. نعم NO هل الطالب يعاني من إعاقة أو يتلقى أي خدمات متعلقة بالتعليم الخاص؟ (يفحص واحد)
4. نعم NO هل يعيش الطالب حاليًا؟ (تحقق من كل ذلك يتقدم.)

shelter In an emergency/transitional
 afford or find affordable housing cannot because we family another with Temporarily
 adult without an or alone ,guardian is not a parent or legal adult that an With
 substandard or building water/electricity, abandoned running without or campground park kind, trailer any In a vehicle of housing.
 (Assistance Rental FEMA or Trailer FEMA .i.e) Housing Emergency
 hotel/motel a In Other specific information _____

5. نعم لا هل يُظهر الطالب أي سلوكيات قد تتعارض مع أدائه الأكاديمي؟
6. نعم لا هل يجب مساعدة مع الزي الرسمي، طالب السجلات مدرسة لوازم، مواصلات، آخر؟
(يصف: _____)
7. نعم لا مهاجر - هل انتقلت في وقت ما خلال السنوات الثلاث (3) الماضية للبحث عن عمل مؤقت أو موسمي في الزراعة (بما في ذلك معالجة الدواجن ومنتجات الألبان والحضانة والأخشاب) أو صيد السمك؟
8. نعم NO هل للطلاب أشقاء (إخوة أو أخوات)؟ ملاحظة: استخدم الجزء الخلفي من الصفحة إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة أكبر. اسم _____
المدرسة _____ الصف _____ DOB _____
اسم _____ المدرسة _____ الصف _____
اسم _____ المدرسة _____ DOB _____
الصف _____ DOB _____
9. الموقع أدناه يشهد أن المعلومات المقدمة أعلاه هي دقيقة.

طباعة ولي الأمر / الوصي / رعاية الكبار طلاب الاسم _____ التوقيع التاريخ _____

رمز المنطقة) هاتف رقم _____ الشارع العنوان _____ CityStateZip شفرة
استخدام المدرسة فقط: وجبات مجانية أو مخفضة السعر استمارة مقدم /
تسجيل استخدام الاتصال بلا مأوى فقط - تحقق من كل ذلك تطبيق :
 مأوى مضاعفة المتابعة غير محمي / FEMA
 لا نعم لا غير مصحوبين الشباب: فندق / موبيل

مدرسة الطباعة اتصال الاسم _____ اللقب التوقيع التاريخ _____

ولاية لوزيانا

معلومات صحية

يُستكمل من قبل ولي الأمر / الوصي القانوني كل عام مدرسة

الجزء 1: يجب إكمال ولي الأمر أو الوصي القانوني. يتم تشجيع الوالد / الوصي القانوني على المشاركة في تطوير خطة رعاية صحية فردية إذا لزم الأمر. استخدم أوراق إضافية ، إذا لزم الأمر ، لمزيد من التوضيح.	
اسم المدرسة:	درجة:
طلاب الاسم: LastFirstM.I.	
الولاية أو بلد الميلاد:	
الجنس:	تاريخ ميلاد الطالب:
M	
الرمز البريدي:	ولاية:
الرمز البريدي:	ولاية:
صاحب العمل:	الهاتف الخليوي:
صاحب العمل:	الهاتف الخليوي:
اسم طبيب الأطفال أو مقدم الرعاية الأولية للطفل:	اسماء الأخصائيين الطبيين أو العيادات الخاصة التي ترعى طفلك:
الوالد أو قانوني وصي تاريخ التوقيع	
لا يوجد	PrivateMedicaid / LaCHIP
لا	نعم
يرجى التحقق من نوع التأمين الصحي الخاص بك طفل has: إذا لك طفل يفعل لا يملك صحة تأمين، كان أنت يجب معلومة على لا يكلف صحة تأمين؟ في حالة الطوارئ - إذا تعذر الوصول إلى الوالد أو الوصي القانوني - اتصل بما يلي:	
اسم الهاتف الكامل رقم ()	
لا نعم (إذا نعم ، من فضلك أكمل الجزء 2.)	لي طفل لديه أ طبي، عقلي، أو سلوكي حالة الذي - التي يمكن يؤثر له / لها مدرسة اليوم:
الجزء 2: أكمل كل المربعات التي تنطبق على طفلك. ولي الأمر / الوصي القانوني مسؤول عن تزويد المدرسة بأي دواء وقد يكون مسؤولاً عن تزويد المدرسة بأي طعام أو معدات خاصة سيحتاجها الطالب خلال اليوم الدراسي. تحقق مع ممرضة المدرسة للحصول على الأدوية الصحيحة واستمارات الإجراءات.	
الحساسية	
نوع الحساسية:	
الغذاء (قائمة طعام (ق) _____ لسعه حشره (قائمة حشرة (ق) _____ (قائمة دواء (ق) _____ (قائمة) _____	
ردود الفعل: (تاريخ آخر ظهور إذا كانت الإجابة بنعم).	
يسعل (التاريخ):	خلايا
صعوبة عملية التنفس (التاريخ):	طرح
الصفير (التاريخ):	محلّي تورم (التاريخ):
أخرى (التاريخ):	معمم تورم (التاريخ):
جدي (التاريخ):	غثيان (التاريخ):
الربو	
المحفزات:	
بيئية (مثل التبغ ، الغبار ، الحيوانات الأليفة ، حبوب اللقاح ، إلخ.) (قائمة) _____ هل يعاني طفلك من أعراض الربو مع يمارس؟	
أعراض:	
ضيق في الصدر ، وعدم الراحة ، أو - صعوبة في الألم تنفس	
الأدوية الموصوفة حاليًا و العلاجات:	
تاريخ آخر دخول المستشفى ذات الصلة ل الربو _____ تاريخ آخر زيارة لغرفة الطوارئ ذات الصلة ل الربو _____ هل يعاني طفلك من ربو مكتوب إدارة يخطط؟	
لا نعم	

<input type="checkbox"/> السكري	
الأدوية والعلاجات الموصوفة حاليًا:	
SyringePenPump سكر الدم اختبارات	الأنسولين: جلوكاجون شفي قائمة الأدوية
دواء (ق) _____	هو جدول غداء خاصة أو جسدية تعليم مطلوب؟
لا نعم	لا نعم
<input type="checkbox"/> إنتزاع اضطراب	
نوع النوبة:	
غياب (يحدث، لا تستجيب)	معددة منشط جزئي
بديني تعليم قيود:	معمم- ارتجاجي (كبير Mal / متشنج) أخرى (يشرح) _____
الأدوية:	لا نعم _____
تاريخ آخر طول النوبة	انتزاع
<input type="checkbox"/> صحة أخرى شروط	
فقر الدم	السرطان الدماغي دجاج الشلل
الجهاز	الجذري
الهضمي الاضطرابات	الأحداث روماتيزمي التهاب المفاصل الهميفيليا
القلب الحالة	المادية منجل الإعاقة خلية مرض الجلد الاضطرابات خطاب مشاكل أخرى (يشرح) _____
بديني تعليم قيود:	لا نعم (شرح): _____
الأدوية:	لا نعم _____
خاص إجراءات مطلوب (أي، قسرة، الأكسجين فغر المعدة رعاية، القصبة الهوائية رعاية، الشفط):	
نعم (شرح):	لا
خاص نظام غذائي مطلوب (أي، ممزوج ناعم، قليل ملح، قليل سمين، سائل ملح):	
نعم (شرح):	لا نعم (شرح): _____
هل هناك غيابات متكررة متوقعة أو دخول المستشفى؟	
نعم (شرح):	لا نعم
<input type="checkbox"/> سمع شروط	<input type="checkbox"/> رؤية شروط
السمع (ق) أخرى	جهات اتصال / نظارات أخرى
<input type="checkbox"/> تعديلات بنية بسبب الصحة حالة	
خاص مدرسة بنية التعديلات ل ال مدرسة بيئة أو الجدول الزمني:	
(على سبيل المثال ، النوبات ، والقيود في النشاط البدني ، والفواصل الدورية للقدرة على التحمل ، والجدول بدوام جزئي ، وتعديلات المبنى للوصول)	
التعديلات البنية المدرسية الخاصة للفصل الدراسي أو مدرسة المرافق:	لا نعم (شرح): _____
(على سبيل المثال ، التحكم في درجة الحرارة ، التبريد / تخزين الأدوية ، توافر المياه الجارية)	
خاص أمان الاعتبارات:	لا نعم (شرح): _____
(أي، خاص احتياطات في رفع، التمرکز، خاص مواصلات طارئ يخطط، خاص أمان معدات، خاص تقنيات تحديد المواقع	
، تغذية)	
مساعدة خاصة مع أنشطة يوميًا المعيشة:	
(على سبيل المثال ، تناول الطعام ، واستخدام المراض ، المشي)	
لا نعم (شرح): _____	
الجزء 3: يجب إكمال ممرضة المدرسة إذا كان الوالد / الوصي القانوني يشير إلى حالة طبية.	
تاريخ	توقيع ممرضة المدرسة
ملحوظات:	

إعادة النموذج بعد استكمالها إلى ممرضة المدرسة / مكتب الصحة في أقرب وقت ممكن