



**MILWAUKEE
PUBLIC SCHOOLS**

طلب التحاق بأكاديمية الصيف لشهر يوليو للمدارس الابتدائية والمتوسطة

K5-الصف 8 · الاثنين-الجمعة، 1-26 يوليو 2019 · 7:30-11:30 صباحًا

لا يوجد دوام مدرسي في 4 أو 5 يوليو

أعد هذا النموذج إلى أي مكتب تابع لمدارس ميلووكي العامة أو فرص التعليم الموسع على العنوان: (W. Vliet St., Room 150 5225) بأسرع ما يمكن. المساحة محدودة. البرامج المسائية متوفرة من خلال ميلووكي للترفيه (Milwaukee Recreation).

المواقع التقليدية = يتحمل الأهل المسؤولية عن توفير المواصلات

Cooper □ K5-8, CCC .S. 21st St 5143	Clement □ K5-8, CCC, ESY .S. Clement Ave 3666	Brown Street □ K5-5, Safe Place .N. 20th St 2029	Bethune □ K5-8, CLC, ESL .N. 35th St 1535
Gaensien □ K5-8, Safe Place, ESY .E. Burleigh St 1250	Fifty-Third □ K5-8, CLC .N. 53rd St 3618	Fernwood Montessori □ K5-8, CCC .S. Pennsylvania Ave 3239	Craig Montessori □ K5-8, CCC .W. Congress St 7667
Mitchell □ K5-8, Safe Place, BIL, ESL .S. 23rd St 1728	Hayes □ K5-8, CLC, BIL, ESL .W. Windlake Ave 971	Greenfield □ K5-8, CLC, BIL, ESL .S. 35th St 1711	Grantosa □ K5-8, Safe Place .N. 82nd St 4850
	Zablocki □ K5-8, CLC W. Oklahoma 1016 .Ave	Vieau □ K5-8, CLC, BIL, ESL .S. 4th St 823	Morgandale □ K5-8, CCC .S. 17th St 3635

موقع أكاديمية الصيف
لشهر يوليو
(أشرف في خانة واحدة)

المواقع الكبرى = الحافلات متوفرة في حدود 2 ميل من الموقع الذي يتم اختياره.
يتحمل الأهل المسؤولية عن توفير المواصلات في المنطقة التي تكون خارج 2 ميل.

Kluge □ K5-5, CLC .N. 67th St 5760	Congress □ K5-8, CCC, ESY .W. Lincoln Creek Dr 5225	Carver □ K5-8, CLC .N. 1st St 1900
---	--	---

المواصلات بالحافلة مطلوبة (أشرف في خانة واحدة): نعم لا

BIL = ثنائي اللغة، CCC = مخيم رعاية أطفال، CLC = مركز تعليم مجتمعي، ESL = الإنجليزية كلغة ثانية، ESY = مد السنة الدراسية

BIL = ثنائي اللغة، CCC = مخيم رعاية أطفال، CLC = مركز تعليم مجتمعي، ESL = الإنجليزية كلغة ثانية، ESY = مد السنة الدراسية

بيانات الطالب - كتابة بخط اليد، من فضلك

اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم بطاقة تعريف الطالب الملتحق في إحدى مدارس ميلووكي العامة	نوع الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
عنوان السكن	المدينة	الرمز البريدي
هاتف البيت	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____ / _____ / _____	
المدرسة الحالية	الصف الحالي	
الأصل العرقي (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إسباني <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض		
الطالب يعيش مع: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوالدين <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> آخر:		
الطالب يتلقى خدمات حاليًا في: <input type="checkbox"/> برنامج الإنجليزية كلغة ثانية (ESL) <input type="checkbox"/> برنامج الخدمات ثنائية اللغة (BIL)		

تكملة الطلب على الجانب المقابل.

بيانات العائلة			
ولي الأمر الأول: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> آخر		ولي الأمر الثاني: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> آخر	
الاسم		الاسم	
العنوان <input type="checkbox"/> أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أصف عنايتك)		العنوان <input type="checkbox"/> أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أصف عنايتك)	
المدينة		المدينة	
الولاية	الولاية	الرمز البريدي	الرمز البريدي
الهاتف: الهاتف المحمول		الهاتف: الهاتف المحمول	
الهاتف: هاتف البيت/العمل		الهاتف: هاتف البيت/العمل	
البريد الإلكتروني		البريد الإلكتروني	

البيانات الطبية	
اسم/هاتف العيادة	طبيب الطالب
صف:	هل لديك أي حساسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل تهدد حياتك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
عوامل صحية أخرى:	
هل تتناول أدوية في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان الطالب بحاجة إلى دواء، فأنا أفهم أنني ملزم بضممان تقديم الدواء وأن نموذج تفويض الدواء محفوظ في مكتب المدرسة. (إذا تم طلب ذلك من قبل طبيب الطالب، يجب تزويد قلم ايبينغرين كل يوم.) يمكنك الحصول على النموذج على موقع مدارس ميلووكي العامة أو من مدرسة طفاك.	

تصريح منح الموافقة والإبراء

منح الموافقة: أفهم، بصفتي ولي الأمر/الوصي القانوني على الطفل المذكور أعلاه، أن هناك أوقات تطلب فيها وسائل الإعلام المحلية ووسائل الإعلام الوطنية و/أو المنظمات غير الربحية التي تقيم شراكة مع مدارس ميلووكي العامة الفرصة لتصوير أشرطة الفيديو والتقاط صور و/أو مقابلة الأطفال داخل مدارس ميلووكي العامة. من خلال التوقيع على هذا، أفهم ذلك وأمنح موافقتي لمدارس ميلووكي العامة للسماح بذلك فيما يتعلق بطفلي.

الإبراء: أفهم أيضًا أنه من خلال التوقيع على الإبراء هذا، أمنح موافقتي لمدارس ميلووكي العامة لعمل أو استخدام صور أو شرائح أو صور رقمية أو نسخ أخرى عني، أو طفلي الصغير، أو مواد مملوكة لي أو لطفلي، أو وضع الصور النهائية أو الشرائح أو الصور لاستخدامها بدون تعويض في إنتاجات البث أو المطبوعات أو على الويب أو غيرها من المواد المطبوعة أو الإلكترونية المتعلقة بدور ووظيفة مدارس ميلووكي العامة.

أفهم أنه من خلال التوقيع على هذا، فإنني، نيابةً عن نفسي وطفلي، أقوم أبزئ ذمة مدارس ميلووكي العامة ومديريها وإداريها وموظفيها وكلائها من أي مطالبات مستقبلية ومن أي مسؤولية تنشأ عن استخدام أي صورة أو صور أخرى.

يسري هذا النموذج على البرنامج الصيفي بأكمله ويجوز لولي الأمر/الوصي القانوني إلغاؤه كتابةً في أي وقت.

نعم، أمنح هذه الموافقة لمدارس ميلووكي العامة. لا أمنح هذه الموافقة لمدارس ميلووكي.

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني

اسم ولي الأمر/الوصي القانوني بخط اليد

أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني لهذا الطالب. نعم لا

التوقيع التاريخ

لاستخدام المكتب فقط: ممثل المدرسة _____ التاريخ _____ مستوى الوحدة الإدارية المحلية _____ التاريخ _____

الطالب الملحق في دورة تعليمية _____ (الحروف الأولى) مكتب المقاطعة _____ التاريخ _____

المستند: نموذج تسجيل في أكاديمية يوليو للمرحلة الابتدائية اللغة _____