



MILWAUKEE
PUBLIC SCHOOLS

طلب التحاق ببرنامج ثنائي اللغة للمرحلة الابتدائية في شهر يوليو

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

لا يوجد دوام مدرسي في 4 و 5 يوليو
أعد هذا النموذج لمدرسة طملك الحالية التابعة لمدارس ميلووكي العامة بأسرع ما يمكن.
للمزيد من الاستفسارات، يُرجى الاتصال على الرقم 475-8565 (414). المساحة محدودة.

Hayes □ Bilingual Grades K5-8 CLC, BIL, ESL .W. Windlake Ave 971	Greenfield □ Bilingual Grades K5-7 CLC, BIL, ESL .S. 35th St 1711	موقع دورة يوليو ثنائية اللغة (اختر واحدًا)
Vieau □ Bilingual Grades K5-8 CLC, BIL, ESL .S. 4th St 823	Mitchell □ Bilingual Grades K5-8 Safe Place, BIL, ESL .S. 23rd St 1728	

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 □ ذكر □ أنثى	
عنوان السكن	المدينة	الرمز البريدي
هاتف البيت	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____ / _____ / _____	
المدرسة الحالية	الصف الحالي	
الأصل العرقي (اختر كل ما ينطبق): □ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين □ آسيوي □ أسود أو أمريكي من أصل إفريقي □ أمريكي من أصل إسباني □ من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ □ أبيض		
الطالب يعيش مع: □ الأم □ الأب □ الوالدين □ الوصي القانوني □ أحد الأقارب □ آخر:		

بيانات العائلة			
ولي الأمر الأول: □ الأم □ الأب □ الوصي □ آخر	ولي الأمر الثاني: □ الأم □ الأب □ الوصي □ آخر		
الاسم	الاسم		
العنوان □ أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أضف العنوان، من فضلك)	العنوان □ أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أضف العنوان، من فضلك)		
المدينة	المدينة		
الولاية	الرمز البريدي	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف: الهاتف المحمول	الهاتف: الهاتف المحمول		
الهاتف: هاتف البيت/العمل	الهاتف: هاتف البيت/العمل		
البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني		

تكلمة الطلب على الجانب الاخر من الصفحة.

البيانات الطبية

اسم/هاتف العيادة	طبيب الطالب
صِف:	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، فإنا أفهم أنني ملزم بضمان تقديم الدواء وأن نموذج تفويض الدواء محفوظ في مكتب المدرسة. (إذا تم طلب ذلك من قبل طبيب الطالب، يجب تزويد قلم إيبينغرين كل يوم.) يمكنك الحصول على النموذج على موقع مدارس ميلووكي العامة أو من مدرسة طفلك.	

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 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، نيابة عن نفسي وطفلي، أقوم أبرئ ذمة مدارس ميلووكي العامة ومديريها وإدارييها وموظفيها ووكلائها 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 كتابة 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 _____

مستوى الوحدة الإدارية	التاريخ	لاستخدام المكتب فقط: ممثل المدرسة
التاريخ	(الحروف الأولى) مكتب المقاطعة	الطالب المتاح في دورة تعليمية