



MILWAUKEE  
PUBLIC SCHOOLS

# طلب التحاق ببرنامج الإنجليزية كلغة ثانية 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 طفلك الحالية التابعة لمدارس ميلووكي العامة بأسرع ما يمكن.  
للمزيد من الاستفسارات، يُرجى الاتصال على الرقم 475-8732 (414). المساحة محدودة.

Hayes □ K5-8, CLC .W. Windlake Ave 971	Greenfield □ K5-8, CLC .S. 35th St 1711	Bethune □ K5-8, CLC .N. 35th St 1535	موقع دورة الإنجليزية كلغة ثانية في شهر يوليو (اختر واحدًا)
	Vieau □ K5-8, CLC .S. 4th St 823	Mitchell □ K5-8, Safe Place .S. 23rd St 1728	

بيانات الطالب – كتابة بخط اليد، من فضلك	
اسم العائلة	الاسم الأول
رقم بطاقة تعريف الطالب الملتحق في إحدى مدارس ميلووكي العامة	نوع الجنس □ ذكر □ أنثى
عنوان السكن	المدينة
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:	
مستوى الوحدة الإدارية المحلية: _____	المستوى الحالي لإتقان اللغة (أشر في خانة واحدة): □ 1 □ 2 (تشجع الصفوف 3 و 4 و 5 على التسجيل في البرنامج أحادي اللغة.)

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، أضع العنوان، من فضلك)	العنوان □ أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أضع العنوان، من فضلك)
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

تكملة 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 فلم 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 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، 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 الغاؤه 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 للطالب. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التوقيع التاريخ	

لاستخدام المكتب فقط: ممثل المدرسة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ مستوى الوحدة الإدارية

الطالب المتاح في دورة تعليمية \_\_\_\_\_ (الحروف الأولى) مكتب المقاطعة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_