



طلب التحاق ببرنامج أكاديمية الصيف في شهر يونيو للمراحل الابتدائية والمتوسطة

K5-الصف 8 .الاثنين-الجمعة، 1-26 يوليو 2019 .7:30-11:30 صبا

MILWAUKEE
PUBLIC SCHOOLS

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. البرامج المساندة متوفرة من خلال ميلووكي للترفيه (Milwaukee Recreation).

.Congress School K5-8, CCC, ESY, 5225 W. Lincoln Creek Dr

موقع أكاديمية الصيف لشهر يونيو

بيانات الطالب - كتابة بخط اليد، من فضلك

اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم بطاقة تعريف الطالب المتحق 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)		

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، أضع عنوانك)	العنوان <input type="checkbox"/> أشر هنا إذا كان نفس عنوان الطالب (إذا لم يكن كذلك، أضع عنوانك)
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

طبيب الطالب	اسم/هاتف العيادة
هل لديك أي حساسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صِف:
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 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 طفلك.	
تصريح منح الموافقة والإبراء	

تكملة الطلب على الجانب المقابل.

منح الموافقة: أفهم، بصفتي وليّ 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 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 لوليّ الأمر/الوصي القانوني إلغاؤه كتابة في أي وقت.

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

توقيع وليّ الأمر/الوصي القانوني

اسم وليّ الأمر/الوصي القانوني بخط اليد

أنا وليّ الأمر أو الوصي القانوني للطالب. نعم لا

التوقيع التاريخ

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

المحلية

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