

مرحبًا بكم في منطقة ادموندز التعليمية. نحن نقبل الآن حزم تسجيل الطلاب الجدد للعام الدراسي 2022-23. يرجى إكمال حزمة التسجيل هذه واعادتها إلى مدرسة طفلك مع أي أوراق إضافية مطلوبة. إذا قمت بتسجيل طفلك عبر الإنترنت في Skyward، فالرجاء عدم إكمال هذه الحزمة. نتطلع إلى العمل معك ومع طفلك.

الخطوة 1: أكمل النماذج المطلوبة التالية
Student Enrollment Form P-134 ☐

Student Residency Verification Form P-135 ☐ وارفق إثبات الإقامة

إذا كنت غير قادر على تقديم إثبات الإقامة، أكمل إحدى هذه المستندات وأرفقها بهذا النموذج.
Student Housing Questionnaire P-160 (أهلية قانون McKinney - Vento)
Affidavit of Residency P-110 (اتصل بمدرستك)

Student Health Enrollment Form HS-534 ☐

HS-518 ☐ يتم تنزيل سجلات التحصين من MyIR
إذا لم يكن لديك سجلات في MyIR، فقم بملء Certification of Immunization Status وارفق سجلات التحصين القابلة للتحقق منها طبيًا

يتم تشجيع العائلات المؤهلة على التقدم لبرنامج الوجبات المجانية والمخفضة. عملية التقديم بسيطة وسريّة. التطبيقات متاحة على الرابط أدناه، Skyward Family Access أو في أي مدرسة.

Free and Reduced Lunch Application (إن وجد) - يمكن العثور على المعلومات على
https://www.edmonds.wednet.edu/departments/foodnutrition_services
(ملاحظة: هناك (3) ثلاثة خطوط سفلية " _ " بين "طعام" (food) و "تغذية" (nutrition) في عنوان url أعلاه).

تعيينات مستوى الصف			
المرحلة الابتدائية		المرحلة الثانوية	
8/31/2017 إلى 9/1/2016	روضة الاطفال	8/31/2010 إلى 9/1/2009	الصف السابع
8/31/2016 إلى 9/1/2015	الصف الاول	8/31/2009 إلى 9/1/2008	الصف الثامن
8/31/2015 إلى 9/1/2014	الصف الثاني	8/31/2008 إلى 9/1/2007	الصف التاسع
8/31/2014 إلى 9/1/2013	الصف الثالث	8/31/2007 إلى 9/1/2006	الصف العاشر
8/31/2013 إلى 9/1/2012	الصف الرابع	8/31/2006 إلى 9/1/2005	الصف الحادي عشر
8/31/2012 إلى 9/1/2011	الصف الخامس	8/31/2005 إلى 9/1/2004	الصف الثاني عشر
8/31/2011 إلى 9/1/2010	الصف السادس		

الخطوة 2: أعد هذه الحزمة المكتملة مع جميع الوثائق الإضافية المطلوبة إلى مدرسة طفلك

سيصل بك مسؤول المدرسة لإنهاء طلبك، وإذا لزم الأمر، يطلب أي وثائق إضافية منك. سيعطيك مسؤول المدرسة تاريخ البدء عند اكتمال الحزمة. قد تؤدي الأوراق غير المكتملة إلى تأخير تاريخ بدء الطالب.

لحضور الطلاب إلى المدرسة .

ملاحظة مهمة :

اثبات تاريخ الميلاد:

بالنسبة للطالب الجديد الذي يدخل روضة الأطفال و الصف الأول عند وصولهم إلى الولايات المتحدة و ليس لديه خبرة مدرسية سابقة , يجب على الإباء تقديم مستند لتحديد عمر الطالب و الذي يتضمن على سبيل المثال , شهادة دينية , او بيان ولادة من المستشفى الذي ولد فيه او من طبيب تظهر تاريخ الولادة , سجل التبني , سجلات مدرسية تم التحقق منها مسبقا , أوراق خاصة من دائرة الخدمات الاجتماعية و الصحية , او أي مستند قانوني اخر .

الحالات المرضية التي تهدد حياة الطالب , الادوية و التطعيمات :

يحتاج الطلاب الذين يعانون من امراض مهددة للحياة (امثلة : حساسية شديدة , الربو الشديد , داء السكري , الصرع و ما الى ذلك) الى خطط صحية . اذا كانت الحالة تتطلب دواء يجب ان تكون الخطة و الادوية في مبنى المدرسة بحلول يوم الثلاثاء قبل أسبوعين من بدء المدرسة لضمان ان يبدأ الطالب في اليوم الأول . التطعيمات مطلوبة كشرط لحضور الطلاب إلى المدرسة .

إذا كانت لديك أسئلة إضافية، يمكنك الاتصال بـ:

المرحلة الابتدائية - Kari McGie على 425-431-7176 او mcgiek280@edmonds.wednet.edu
المرحلة الثانوية - Leslie Anderson على 425-431-7094 او andersonl@edmonds.wednet.edu

بيان التحقق من الإقامة

اسم الطالب: _____ المدرسة: _____ الصف: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

مرحبًا بكم في منطقة إدموندز التعليمية. من أجل التحقق من الإقامة داخل المنطقة، يجب تقديم وثيقة حالية واحدة من القائمة التالية. يجب أن يكون المستند مؤرخًا خلال السنتين يومًا الماضية مع إظهار اسم ولي الأمر / الوصي والعنوان (أرقام صندوق البريد غير مقبولة كعنوان سكني).

- ☐ أوراق الضمان أو دفتر أو بيان الرهن
- ☐ بيان تأمين السكن
- ☐ عقد إيجار / مع إيصال إيجار حالي
- ☐ فاتورة غاز أو كهرباء
- ☐ فاتورة الماء
- ☐ فاتورة قمامة
- ☐ فواتير كابل التلفزيون والانترنت
- ☐ فاتورة الهاتف لخط أرضي على العنوان المذكور
- ☐ وثائق أخرى معتمدة من المدرسة
- ☐ إذا كنت جزءًا من برنامج سرية العنوان بولاية واشنطن **Washington State Address Confidentiality Program**، فإن الوثائق الرسمية من برنامج سرية العنوان تفيد بأن مدرسة منطقة الحضور تفي بمتطلبات إثبات الإقامة في منطقة إدموندز التعليمية. يجب عليك تقديم خطاب مجدد إلى المدرسة كل عام.
- ☐ التحقق من السكن مع _____ . يجب إكمال **P-110 Affidavit of Residency Form** ، متاح عند الطلب في المدرسة

ذا لم تتمكن من تقديم أي من الوثائق المذكورة أعلاه، فيرجى الاتصال بالمدرسة لمناقشة ظروفك ومناقشة الخطوات التالية.
يرجى ذكر أسماء الطلاب الإضافيين في هذا العنوان الذين يلتحقون في أي من مدارس منطقة إدموند التعليمية

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

أقر بأن الطالب (الطلاب) المذكورين أعلاه يقيمون في العنوان الموضح في إحدى المستندات المشار إليها أعلاه والمرفقة بحزمة التسجيل هذه. سأقوم بإخطار المدرسة في غضون أسبوعين من تغييرات الإقامة وأوافق على تقديم إثبات جديد للإقامة وبيان موقع عليه محدث في ذلك الوقت. إذا انتقلت إلى خارج حدود المنطقة التعليمية، فأنا أفهم أنه يجب تقديم تصريح الحضور بين المناطق من أجل طلب استمرار الحضور لهذا الطالب.

تزوير أي معلومات أو وثيقة مطلوبة للتحقق من الإقامة، أو استخدام عنوان شخص آخر بدون الإقامة هناك بالفعل، قد يؤدي إلى إلغاء تسجيل الطالب في منطقة إدموندز التعليمية (راجع السياسة رقم 3131).

اسم الوالد/ الوصي المطبوع: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6____ Grade 8____ Grade 12____
(Students will not be approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)



Complete this form **ONLY IF** your housing situation is transitional or unstable.
If you own, rent, or lease your home, please **DO NOT** complete this form.

Completa este formulario **SOLAMENTE SI** su situación de vivienda es transitoria o inestable.
Si es propietario, alquila o arrienda su hogar, **NO** complete este formulario.

Điền vào mẫu này **CHỈ KHI** tình trạng nhà ở của bạn là chuyển tiếp hoặc không ổn định.
Nếu bạn đang sở hữu, thuê hoặc cho thuê nhà, vui lòng **KHÔNG** điền vào mẫu này.

”برجاء ملئ هذا النموذج فقط إذا كان وضعك السكني انتقالي أو غير مستقر.

اما إذا كنت مالك منزل أو تاجر أو مستأجر، فيرجى عدم ملئ هذا النموذج“

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Please see reverse side for more information.)

If you do not own/rent your own home, please check all that apply below. (Return this form to your school. If you need assistance, please contact the District Homeless Liaison (contact information can be found at the bottom of the page).

- ☐ In a motel
- ☐ In a shelter
- ☐ Moving from place to place/couch surfing
- ☐ In someone else's house or apartment with another family
- ☐ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.)
- ☐ A car, park, campsite, or similar location
- ☐ Transitional Housing
- ☐ Other _____

Student 1:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 2:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 3:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 4:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F

Name of school(s): _____

- ☐ Student is unaccompanied (not living with a parent or legal guardian)
- ☐ Student is living with a parent or legal guardian

Students require transportation to/from school: ☐ Yes ☐ No

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: _____

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: _____ NAME OF CONTACT: _____

Print name of parent(s)/legal guardian(s): _____
(Or unaccompanied youth)

*Signature of parent/legal guardian: _____ Date: _____
(Or unaccompanied youth)

*I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

Please return completed form to your school. School will scan info to the District Homeless Liaison

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- ☐ (N) Not Homeless
- ☐ (A) Shelters
- ☐ (B) Doubled-Up
- ☐ (C) Unsheltered
- ☐ (D) Hotels/Motels
- ☐ (E) Unaccompanied Youth

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
SEC. 725. DEFINITIONS.

For purposes of this subtitle:

(1) The terms enroll' and enrollment' include attending classes and participating fully in school activities.

(2) The term homeless children and youths' —

(A) means individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and

(B) includes —

(i) children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;

(ii) children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));

(iii) children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and

(iv) migratory children (as such term is defined in section 1309 of the Elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).

(6) The term unaccompanied youth' includes a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

Additional Resources

Parent information and resources can be found at the following:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

التاريخ: _____ التاريخ: _____

معلومات الأسرة

الاسم الأخير القانوني	الاسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني
الاسم المفضل	الاسم السابق	رقم الهاتف المحمول للطالب
الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر ☒ X الصف الذي سيدخله: _____ تاريخ الميلاد: _____ هل سبق أن تم تسجيل هذا الطالب في منطقة ادموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا أدرج آخر مدرسة حضرها: _____ هل سيحضر الطالب بشكل متزامن مدرسة أخرى أثناء تسجيله في منطقة ادموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المدرسة الأخرى التي سيلتحق بها الطالب؟ _____		

معلومات الأسرة

معلومات الأسرة الأساسية ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب: _____		
الاسم الأخير القانوني	الاسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني
تاريخ الميلاد: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____	رقم الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب: _____		
الاسم الأخير القانوني	الاسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني
تاريخ الميلاد: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____	رقم الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
يرجى استخدام _____ كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري عنوان السكن: _____ العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): _____		
معلومات الأسرة الثانوية ولي الأمر / الوصي ١ - العلاقة بالطالب: _____		
الاسم الأخير القانوني	الاسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني
تاريخ الميلاد: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____	رقم الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
ولي الأمر / الوصي ٢ - العلاقة بالطالب: _____		
الاسم الأخير القانوني	الاسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني
تاريخ الميلاد: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____	رقم الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
يرجى استخدام _____ كرقم الاتصال الأساسي لدينا ☐ الخلية ☐ المنزل ☐ العمل ☐ السري عنوان السكن: _____ العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): _____		

معلومات الاسرة	هل تم توظيف أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه أو يعمل حاليًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا نعم ، تحت أي اسم؟ _____ هل كان أي من الوالدين أو الوصي المذكور أعلاه طالبًا في منطقة إدموندز التعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأَي والد أو وصي وتحت أي اسم؟ _____		
	هل ملتحق طفلك برعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تقديم المعلومات التالية. هل يجب إدراج الحضانة كجهة اتصال للطوارئ؟ ☐ نعم ☐ لا		
معلومات رعاية الأطفال: ما قبل الروضة حتى الصف السادس فقط	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
	اسم مقدم رعاية الأطفال	عنوان مقدم الخدمة	رقم الهاتف
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ	في حالة حدوث حالة طارئة للطالب، أو أصيب بالمرض أو الإصابة ولا يمكننا الوصول إلى أحد الوالدين أو الوصي أولاً. يرجى ذكر الأشخاص، غيرك، الذين وافقوا على رعاية طفلك وتوفير وسائل النقل له. الاتصال 1:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
	رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل
	الاتصال 2:		
	الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب
رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	
الاتصال 3:			
الاسم الأخير	الاسم الأول	العلاقة بالطالب	
رقم الهاتف	() ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	رقم الهاتف () ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل	
تاريخ الطالب	ادرج جميع المدارس التي التحق بها الطالب، بدءًا من أحدث مدرسة. هل سبق أن التحق الطالب بمدرسة عامة في ولاية واشنطن؟ ☐ نعم ☐ لا		
	أحدث مدرسة حالية	الصفوف التي التحق بها	تاريخ الانسحاب
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
	رقم الفاكس		
	المدرسة	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس
	المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف
	رقم الفاكس		
المدرسة	الصفوف التي التحق بها	رقم الفاكس	
المدينة	الولاية أو البلد	رقم الهاتف	
رقم الفاكس			
هل أعاد طفلك عام دراسي من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____ هل كان طفلك متقدمًا من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، في أي صف (مستويات) _____			

هل تأهل طفلك أو تم تسجيله بـ

برنامج تعليم خاص *؟ ☐ نعم ☐ لا نوع برنامج (برنامج) التعليم الخاص: _____

* إذا كانت الإجابة بنعم، قَدِّم نسخة من IEP إلى المدرسة

☐ EL /ML ☐ صاخلاً ميعلتاً ☐ 504 Plan ☐ (IEP) ☐ تيلاع دراتة نو / بهومو جمارد ☐ Running Start

☐ لييد جمارد / مَدرس Title III ☐ (معد Title VI) ☐ NA / AN يهَندلا ميعلتاً ☐: أخرى _____

ادرج جميع الأشقاء الذين يحضرون في منطقة ادموندز التعليمية

الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة
الاسم	الصف	المدرسة	الاسم	الصف	المدرسة

وفقاً لقانون ولاية واشنطن (RCW 26A.255.330)، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

هل لدى طفلك أي تاريخ من السلوك العنيف؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____

هل لدى طفلك أي تعليق أو طرد سابق أو حالي أو معلق أو طرد من مدرسة حالية أو سابقة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح. _____

هل انسحب طفلك رسمياً من مدرسته الحالية أو السابقة؟ ☐ نعم ☐ لا التاريخ: _____

هل طفلك يخضع حالياً لعريضة BECCA / Truancy؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، في أي منطقة؟ _____

هل طفلك مديون بأي غرامات أو رسوم في مدرستك السابقة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لديك وسيلة الوصول إلى الإنترنت؟ ☐ نعم ☐ لا

هل طفلك في الانتظار / حالياً في رعاية التبني؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تعاني حالياً من عدم استقرار في السكن أو في سكن انتقالي؟ ☐ نعم ☐ لا

يمكن تعريف عدم الاستقرار السكني بأنه العيش مع شخص / أسرة أخرى بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية؛ الذين يعيشون في موئيل / فندق أو في ملجأ طارئ أو انتقالي، أو في مكان غير مخصص، أو يستخدم عادة كسكن نوم عادي. إذا كان بإمكانك الإجابة بنعم على أي من هذه الأسئلة، فقد يكون طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات بموجب قانون McKinney-Vento. يرجى سؤال مدرستك عن التسجيل للحصول على الخدمات.

هل هناك خطة رعاية أبوية أو حكم محكمة ساري المفعول يقيد / يَنْتَقِص من أي حقوق أبوية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة.

هل هناك أمر تقييد ساري المفعول؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم نسخة.

يرجى سرد وتقديم نسخ من أي مستندات قانونية أخرى ذات صلة بطفلك وسلامته. _____

يرجى تقديم تعليقات إضافية للمساعدة في رعاية طفلك. _____

يُطلب من المناطق التعليمية في ولاية واشنطن الحصول على معلومات من العائلات بخصوص الوضع العسكري في الخدمة الفعلية. تُستخدم هذه المعلومات لإزالة العوائق التي تحول دون النجاح التعليمي المفروضة على أطفال العائلات العسكرية بسبب الانتقال المتكرر وتعيين آبائهم. يرجى الإشارة أدناه إذا كنت تعمل في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي.

الخدمة الفعلية حالياً في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو الاحتياطي ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإشارة أدناه:

☐ الخدمة الفعلية للقوات المسلحة الأمريكية ☐ عضو الحرس الوطني

☐ أكثر من عضو في القوات المسلحة / الحرس الوطني

☐ احتياطي القوات المسلحة الأمريكية ☐ لا انتماء

هل الجد/الجدة (الأجداد) أو ولى الامر (الوالدين) لديهم انتماء قبلي أمريكي أصلي؟ ☐ نعم ☐ لا

فئات العرق والسلالة في ولاية واشنطن
يرجى إكمال الجزء الأول والجزء الثاني

يرجى ملاحظة: يتم توفير فئات العرق والسلالة هذه من قبل ولاية واشنطن، وتم تفويض منطقة الاموندر التعليمية بجمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها. إذا لم تحدد هويتك، فستصل بك المدرسة التي تحتاج إلى جمع هذه المعلومات لكل طالب بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

من أصل إسباني أو لاتيني

هل طفلك من أصل إسباني أو لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد كل ما ينطبق)

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ إسباني | ☐ باراجواي | ☐ مستيزو | ☐ Guyanese | ☐ كوبي | ☐ تشيلي | ☐ أرجنتيني |
| ☐ سورينامي | ☐ بيروفي | ☐ أصلي | ☐ هندوراس | ☐ دومينيكان | ☐ كولومبي | ☐ بوليفي |
| ☐ أوروغواي | ☐ بورتوريكو | ☐ نيكاراغوا | ☐ جامايكي | ☐ أكوادوري | ☐ كوستاريكا | ☐ برازيلي |
| ☐ فنزويلي | ☐ السلفادور | ☐ بنمي | ☐ مكسيكي | ☐ غواتيمالي | ☐ شيكانو (أمريكي مكسيكي) | |

☐ من أصل إسباني أو لاتيني اكتب: _____

ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟ يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)

الهنود الحمر أو سكان الأسكا الأصليين

إذا حددت أيًا من هؤلاء، فيرجى أيضًا إكمال هذا النموذج: دعم ل Native American Students (Title VI Program) form

☐ الهنود الحمر/سكان الأسكا الأصليين

☐ الهنود الأمريكيون الأصليون اكتب: _____

قبائل ولاية واشنطن:

- | | |
|---|--|
| ☐ قبيلة Puyallup في محمية Puyallup | ☐ قبيلة شينوك |
| ☐ Quileute قبيلة محمية Quileute | ☐ القبائل الكونفدرالية والفرق التابعة لآمة Yakama |
| ☐ آمة كينولت الهندية | ☐ القبائل الكونفدرالية في محمية شيلس |
| ☐ آمة ساميش الهندية | ☐ القبائل الكونفدرالية في محمية كولفيل |
| ☐ قبيلة سو-كسويتال الهندية في واشنطن | ☐ قبيلة Cowlitz الهندية |
| ☐ Shoalwater Bay قبيلة هندية من محمية Shoalwater Bay الهندية | ☐ قبيلة Duwamish |
| ☐ قبيلة سكوكوميش الهندية | ☐ قبيلة Hoh الهندية |
| ☐ قبيلة سنو هوميش | ☐ قبيلة Jamestown S'Klallam |
| ☐ قبيلة سنكوامي الهندية | ☐ مجتمع كاليسبل الهندي في محمية كاليسبل |
| ☐ قبيلة سنوكولمو | ☐ الآمة الهندية Kikiallus |
| ☐ قبيلة سبوكان من محمية سبوكان | ☐ مجتمع Lower Elwha القبلية |
| ☐ قبيلة جزيرة سكواكسين التابعة لمحمية جزيرة سكواكسين | ☐ قبيلة Lummi من محمية Lummi |
| ☐ قبيلة ستيلكوم | ☐ قبيلة مكة الهندية من محمية ماكا الهندية |
| ☐ قبيلة ماز الجواميش من هنود واشنطن | ☐ قبيلة Marietta Band of the Nooksack |
| ☐ قبيلة سوكاميش الهندية في محمية ميناء ماديسون | ☐ قبيلة Muckleshoot الهندية |
| ☐ مجتمع قبيلة سوينوميش الهندي | ☐ قبيلة Nisqually الهندية |
| ☐ قبائل تولاليب بواشنطن | ☐ قبيلة Nooksack الهندية |
| | ☐ قبيلة Port Gamble S'Klallam |

سكان هاواي الأصليون أو سكان جزر المحيط الهادي الأخرى

☐ سكان هاواي الأصليون/سكان جزر المحيط الهادي الأخرى

- | | |
|---|--|
| ☐ بالاو | ☐ كارولين |
| ☐ بابوان | ☐ تشامورو |
| ☐ بونيان | ☐ شوكيز |
| ☐ ساموي | ☐ فيجي |
| ☐ سكان جزر سلوومان | ☐ إي-كيرباتي/جيلبرتيز |
| ☐ تاهيتي | ☐ كوسريان |
| ☐ توكيلون | ☐ ماوري |
| ☐ تونجان | ☐ مارشاليز |
| ☐ توفالون | ☐ سكان هاواي الأصليون |
| ☐ يابيز | ☐ ني-فانوتو |

☐ من سكان المحيط الهادي اكتب: _____

آسيوي

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ ماليزي | ☐ أسوي |
| ☐ مين | ☐ ندي أسوي |
| ☐ منغولي | ☐ بنغلاديشي |
| ☐ نيبالي | ☐ بوتاني |
| ☐ أوكنواي | ☐ بورمه/ميانمار |
| ☐ باكستاني | ☐ كمبودي/خمير |
| ☐ بنجابي | ☐ شام |
| ☐ سنغافوري | ☐ صيني |
| ☐ سرى لانكا | ☐ فيليبيني |
| ☐ تايواني | ☐ همونغ |
| ☐ تايلاندي | ☐ إندونيسي |
| ☐ تبت | ☐ ياباني |
| ☐ فيتنامي | ☐ كوري |
| | ☐ لاو |

☐ آسيوي اكتب _____

الجزء الثاني (تابع) يمكنك التحقق من الفئات واستخدام الكتابة (حدد كل ما ينطبق)
ماذا تعتبر عرق (سلالات) طفلك؟

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

غرب افريقيا

أمريكي لاتيني

شرق افريقيا

افريقيا الوسطى

☐ اسود/أمريكي من اصل أفريقي

☐ أمريكي من اصل أفريقي

☐ كندى أفريقي

منطقة البحر الكاريبي

☐ انغيلان

☐ انتيغوان

☐ جزر البهاما

☐ بربادوس

☐ بار تيليمو/بار تليموايز

(قديس بار تيليمي)

☐ جزر Virgin البريطانية

☐ كايماي

(جزيرة كايماي)

☐ كوبا الدومينيكان

☐ الدومينيكان

(جمهورية الدومينيكان)

☐ جزر الانتيل الهولندية

(جزر الانتيل الهولندية)

☐ غرينادا

☐ جواد لوبيان

☐ هايتي

☐ جامايكا

☐ مارتينيكي/مارتينيكواز

☐ مونتسيراتيان

☐ بورتوريكو

☐ كاريبي اكتب:

☐ انغولي

☐ كامبروني

☐ وسط افريقيا

(جمهورية افريقيا الوسطى)

☐ تشادي

☐ كونغولون

(جمهورية الكونغو)

☐ كونغولي

(جمهورية الكونغو الديمقراطية)

☐ غينيا الاستوائية

☐ غابونيين

☐ ساو توميان

☐ برينسيبي

☐ وسط افريقيا اكتب

جنوب افريقيا

☐ بوتسواني

Mosotho ☐ (ليسوتو)

☐ ناميبيا

☐ جنوب افريقيا

☐ سوازيلاند

☐ جنوب افريقيا اكتب

☐ موريشيوس (موريشيوس)

Mahoran ☐ (مايوت)

☐ موزمبيق

☐ ريونيونيز

☐ رواندي

☐ سيشيل/سيشل

☐ صومالي

☐ جنوب السودان

☐ سوداني

☐ أوغندي

☐ تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)

☐ زامبيا

☐ زيمبابوي

☐ شرق افريقيا اكتب:

☐ أرجنتيني

☐ بليز

☐ بوليفي

☐ برازيلي

☐ تشيلي

☐ كولومبي

☐ كوستاريكا

☐ أكوادوري

☐ السلفادور

☐ جزر Falkland

Guianese ☐ فرنسي

☐ غواتيمالا

☐ جويانا

☐ جون دوران

☐ مكسيكي

☐ نيكاراغوا

☐ بنما

☐ باراغواي

☐ بيرو

☐ جورجيا الجنوبية وجزر Sandwich الجنوبية

☐ سورينام

☐ أوروغواي

☐ فنزويلي

☐ أمريكا اللاتينية

اكتب:

☐ بنين

☐ غينيا-بيساو

☐ بوركينا فاسو

(بوركينا فاسو)

☐ كابوا فيرديان

☐ ساحل العاج

(كوت ديفوار)

☐ غامبيا

☐ الغاني

☐ ليبيري

☐ مالي

☐ موريتاني

☐ نيجر (النيجر)

☐ نيجيري (نيجيريا)

☐ سانت هيلينيان

☐ سنغالي

☐ سيراليوني

☐ توغو

☐ غرب افريقيا اكتب:

ابيض

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

☐ قطري

☐ سعودي

☐ سوري

☐ تونسي

☐ يمني

☐ اردني

☐ كردي كويتي

☐ لبناني

☐ ليبي

☐ مغربي

☐ عماني

☐ فلسطيني

☐ شمال افريقيا اكتب:

☐ قبضي

☐ دروز

☐ مصري

☐ أماراتي

☐ إيراني

☐ عراقي

☐ إسرائيلي

☐ شرق أوسطى اكتب:

☐ جزائري

☐ أمازيغ أو أمازيغي

☐ عربي

☐ آشوري

☐ بحريني

☐ بدوي

☐ كالدوني

أوروبي شرقي

☐ بوسني

☐ هرتزوغوفينيان

☐ بولندي

☐ روماني

☐ روسي

☐ أوكراني

☐ أوروبي شرقي اكتب:

☐ ابيض

☐ ابيض اكتب:



الاستطلاع الخاص باللغة الرئيسية متاح لجميع الطلاب المسجلين في مدارس واشنطن.

إسم الطالب:	الصف:	التاريخ:
توقيع ولي الأمر/الوصي _____ إسم ولي الأمر/الوصي _____		
الحق في الترجمة التحريرية والشفهية هام حيّق لجميع أولياء الأمور الحصول على معلومات حول تعليم أطفالهم بلغة يفهمونها. عندما يسجل طفلك في المدرسة، سوف تسألُك المدرسة عن اللغة التي ترغب في استخدامها عند التواصل مع المدرسة. يساعد ذلك مدرستك في تحديد احتياجاتك اللغوية حتى يتمكنوا من توفير مترجم فوري أو مستندات مترجمة مجانًا.	لجميع أولياء الأمور الحق في الحصول على معلومات حول تعليم أبنائهم باللغة التي يفهمونها. 1. بأي لغة تفضل عائلتك التواصل مع المدرسة؟ (Skyward Fields - Student Language & Family Home Language) أ. هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم _____ لا _____ ب. هل تحتاج وثائق مترجمة؟ نعم _____ لا _____	
الأهلية لدعم تطوير اللغة تساعدنا المعلومات الخاصة بلغة الطلاب في تحديد الطلاب المستحقين للدعم، لتطوير المهارات اللغوية اللازمة لنجاحهم في المدرسة. وقد يكون الاختبار ضرورياً لتحديد ما إذا كان ثمة حاجة إلى الدعم اللغوي.	2. ما اللغة التي تعلمها طفلك أو لا؟ (Skyward Field - Native) 3. ما اللغة التي يستخدمها طفلك غالباً في المنزل؟ (Skyward Field - Home) NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.	
التعليم السابق أجوبتك على محل ميلاد طفلك، والتعليم السابق: • تزودنا بمعلومات عن المعارف والمهارات التي يجلبها طفلك إلى المدرسة. • قد تمكن مدرسة المقاطعة من الحصول على تمويل فدرالي إضافي لتوفير الدعم لطفلك. لا يستخدم هذا النموذج للتعرف على وضع الهجرة للطلاب	4. في أي دولة وُلِدَ طفلك؟ _____ 5. هل تلقى طفلك تعليمًا رسميًا خارج الولايات المتحدة من قبل؟ (من الروضة – الصف الثاني عشر) نعم _____ لا _____ إلك ننت الإجابة "نعم": معدد _____ الشهور: لغة التمهيل: _____ 6. متى كانت أول مرة التحق طفلك بمدرسة في الولايات المتحدة؟ (من الروضة – الصف الثاني عشر) شهر _____ يوم _____ سنة _____ 7. المهاجر: هل انتقل الطفل أو ولي الأمر/ الوصي للعمل الموسمي أو المؤقت في الزراعة أو صيد الأسماك؟ نعم _____ لا _____	

اتصل بمدرستك إذا كانت لديك أسئلة أخرى حول هذا النموذج أو حول الخدمات المتاحة في مدرسة طفلك.

أشهد أن المعلومات الواردة في هذه الوثائق صحيحة ودقيقة. أفهم أن تقديم معلومات خاطئة قد يكون سبباً لإلغاء التسجيل في منطقة مدرسة ادموندز

التاريخ: _____ التاريخ: _____



Edmonds
SCHOOL DISTRICT

Each student learning, every day!

خدمات الطالب

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036
425-431-7000 Office 425-431-7339 Fax
www.edmonds.wednet.edu

HS-534AR
خطاب التسجيل الصحي للطالب

Serving the communities and students of Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

الغرض من إرسال هذه الرسالة هو جمع معلومات حول الطلاب الذين لديهم احتياجات صحية. يرجى ملء النموذج، " - Student Health Registration HS 534"، سواء كان لدى طفلك احتياجات طبية قد تتطلب رعاية يومية أو طارئة أم لا للحفاظ على صحته وأمانه. بصفتكم أولياء أمور/ أوصياء، من المهم أن تكونوا على دراية بما هو مطلوب بموجب القانون قبل أن يتمكن الطالب من بدء الدراسة.

الحالات الصحية المزمنة

- إذا كان طفلك يعاني من حالة تهدد حياته من شأنها أن تعرض الطالب لخطر الموت أثناء اليوم الدراسي إذا لم يكن هناك دواء أو علاج؛ الرجاء إبلاغ ممرضة المدرسة.
- يُطلب من الطلاب الذين يعانون من ظروف خطيرة الحصول على دواء وأمر علاج من مقدم رعاية صحية مرخص وخطة رعاية مدرسية قبل بدء الدراسة.
- قدم التغييرات اللازمة التي تحدث خلال العام الدراسي، سواء بأرقام الاتصال أو الحالة الصحية لطفلك (per RCW 28.A.210.320).

إدارة الدواء

- يجب إرسال الدواء في الحاوية الأصلية إذا كان دواء بدون وصفة طبية.
- إذا كان الدواء موصوفًا، فيجب أن تكون العبوة موصوفة جيدًا وأن تكون في الحاوية الأصلية.
- يرجى التحقق من تواريخ انتهاء الصلاحية. لا يسمح لموظفي المدرسة بإعطاء الأدوية منتهية الصلاحية.
- مطلوب استمارة الموافقة على الدواء لأي دواء يتم تقديمه في المدرسة. مطلوب توافيق من أحد الوالدين / الوصي ومقدم الرعاية الصحية للطلاب للحصول على أي دواء يتم تقديمه في المدرسة. وهذا يشمل الوصفات الطبية والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.
- تقبل الموافقات المرسلة بالفاكس من الوالدين و / أو الأطباء.

يمكن الاطلاع على سياسة دواء ادموندز على موقع منطقة ادموندز التعليمية على الويب تحت School Board Policies and Procedures.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة.

مع خالص التقدير،
فريق الخدمات الصحية

المدرسة: التاريخ المتوقع للبدء:

الصف	الجنس المفضل	الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب
عنوان البريد الإلكتروني	الهاتف		اسم ولي الامر/ الوصي	
اسم طبيب الاسنان الهاتف	اسم مقدم الرعاية الصحية الهاتف			

تنبيه: يجب أن تعرف المدرسة بالحالات التي تهدد الحياة (مثل الحساسية الشديدة أو الربو أو السكري أو النوبات أو غيرها من الحالات المعرضة للخطر). يتطلب ذلك وجود خطة رعاية طارئة تهدد الحياة وأدوية وإمدادات وطلبات مقدمة ضرورية قبل أن يتمكن طفلك من الذهاب إلى المدرسة (وفقاً لـ RCW 28A.210.320)

التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة ٢ التأمين الصحي نعم ☐ لا ☐

☐ لا يوجد حالة معروفة

الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة

- EG ☐ Anaphylaxis (Epi-pen) موصوف
- EK ☐ مرض السكر من النوع 1
- NP ☐ نوبات (مطلوب دواء طارئ)
- RG ☐ ربو - شديد

خلقي/وراثي

- AH ☐ متلازمة داون
- AJ ☐ اضطراب طيف الكحول الجيني

الدم/أمراض الدم

- BA ☐ فقر الدم
- BB ☐ الهيموفيليا
- BC ☐ سمة مرض فقر الدم المنجلي
- OJ ☐ تاريخ نزيف الأنف الحاد

Cardiac / Heart

- CC ☐ عيب القلب عند الولادة
- CD ☐ نفخة قلبية

الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأبيض والتغذية

- ED ☐ الحساسية-الغذاء
- EE ☐ الحساسية- الحشرات
- ☐ الحساسية أخرى
- EL ☐ مرض السكر من نوع 2

Gastrointestinal, Dental and Oral

- GA ☐ سيليك
- GG ☐ قائمة عدم تحمل: الطعام
- GL ☐ عدم تحمل اللاكتوز
- GF ☐ البداغة
- GO ☐ امساك مزمن
- GH ☐ ارتجاع المريء
- GJ ☐ مرض التهاب الأمعاء
- GK ☐ متلازمة القولون العصبي
- ☐ حالة الاسنان/الفم

الجهاز العضلي الهيكلي

- MC ☐ الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب

الجهاز العصبي

- NB ☐ تشخيص ADHD/ADD
- NC ☐ اضطراب طيف التوحد
- NE ☐ الشلل الدماغي
- NF ☐ الإعاقة التنموية
- NH ☐ الصداع النصفي
- NI ☐ صداع، متكرر
- NP ☐ التاريخي ☐ الحالي ☐ اضطراب الصرع
- NU ☐ إصابات الدماغ الرضحية

زراع أعضاء

- OD ☐ اذكر العضو

الصحة العقلية أو السلوكية

- PA ☐ القلق
- PC ☐ الاكتئاب
- PH ☐ اضطرابات النوم

الجهاز التنفسي / التنفس

- RG ☐ الربو - الحالي
- RH ☐ الربو - تم تشخيصه من قبل
- RA ☐ الربو - ممارسة الرياضة
- RE ☐ مرض مجرى الهواء التفاعلي

البشرة

- SB ☐ الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما

الكلي/الكلى

ذكر يرجى

الاذن/السمع

- YA ☐ تاريخي ☐ حالي ☐ التهاب الاذن المزمن
- YB ☐ ضعف السمع - السماع (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية

العين/الرؤية

- YF ☐ يرتدى نظارات/عدسات
- YE ☐ عجز رؤية الألوان
- YD ☐ ضعف البصر

أخرى حالات:

الأدوية / العلاجات في المدرسة ☐ لا ☐ نعم (يتطلب إذنًا كتابيًا موقعًا من مقدم الرعاية الصحية)

أكمل الأوراق المطلوبة للدواء في المدرسة ☐

الحساسية

ما الذي يسبب الحساسية؟

تاريخ أحدث رد فعل تحسسي

رد فعل الحساسية:

☐ طفح جلدي ☐ انتفاخ الشفتين ، الفم ، اللسان ، الحلق ☐ صعوبة في التنفس ☐ غثيان ، تقلصات في المعدة ، قيء ، اسهال

هل تطلب رد الفعل التحسسي هذا رعاية طارئة؟ ☐ لا ☐ نعم (يرجى التوضيح):

هل أكمل الطالب اختبار الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم (أين ومتى؟)

دوية الحساسية:

الاسم	الجرعة	التكرار

الربو

ما الذي يسبب أعراض الربو؟ ☐ التهاب الجهاز التنفسي ☐ حبوب اللقاح / العفن ☐ تمرين ☐ الطقس / درجة الحرارة ☐ الحيوانات ☐ الدخان

☐ نوعية الهواء رديئة ☐ روائح / عطور قوية

تاريخ التشخيص: _____ مقدم الرعاية الصحية الذي قام بتشخيص الطالب: _____

ادوية الربو

الاسم	الجرعة	التكرار

هل يستخدم طفلك فاصدًا / حجرة هوائية مع جهاز الاستنشاق؟ ☐ لا ☐ نعم

هل احتاج طفلك إلى المنشطات عن طريق الفم (مثل بريدنيزون)؟ ☐ لا ☐ نعم (متى؟): _____

هل ذهب الطالب إلى المستشفى بسبب الربو؟ ☐ لا ☐ نعم (يرجى التوضيح): _____

داء السكري

تاريخ التشخيص: _____ الدواء ☐ عن طريق الفم: _____ ☐ انسولين (النوع)

☐ جهاز الانسولين ☐ قلم الانسولين ☐ مضخة الانسولين (النوع): _____ ☐ CGM (النوع): _____

☐ نعم ☐ لا هل يمكن لطفلك فحص مستوى السكر في الدم (BG) بشكل مستقل؟

☐ نعم ☐ لا هل يمكن لطفلك حساب الكربوهيدرات بشكل مستقل؟

☐ نعم ☐ لا هل يستطيع طفلك حساب جرعات الأنسولين الخاصة به بشكل مستقل؟

☐ نعم ☐ لا هل يستطيع طفلك إدارة الأنسولين بنفسه بشكل مستقل؟

الصرع

تاريخ النوبة الأولى: _____ تاريخ أحدث نوبة: _____

معدل تكرار نشاط النوبة: ☐ مرة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ شهريًا ☐ سنويًا

نوع نوبات الصرع: _____

ادوية الصرع:

الاسم	الجرعة	التكرار

هل يعاني طفلك من نوبة تتطلب رعاية / دواء في حالات الطوارئ؟ ☐ لا ☐ نعم متى: _____

يرجى توضيح: _____

النشاط البدني / التنقل	ستوما	أجهزة طبية
☐ كرسي متحرك ☐ عكازات ☐ أخرى - ادرج	☐ Fغر المعدة ☐ OKB القولون ☐ OKD الرغامي ☐ OKE فغر البول ☐ OK آخر	☐ OLA محفز العصب المبهم ☐ OLB مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي ☐ OLC منظم ضربات القلب ☐ OLD أنبوب المعدة ☐ OLE أنبوب ☐ دعامة ☐ عضو صناعي - ادرج ☐ الأجهزة الطبية الأخرى

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

إلى: أولياء أمور طلاب منطقة مدرسة إدموندز من: قسم الخدمات الصحية الطلابية

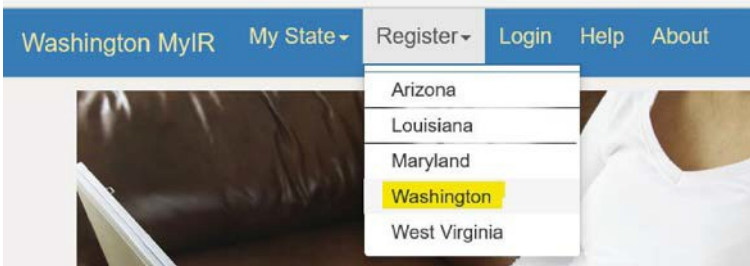
اعتباراً من 1 أغسطس 2020، تتطلب قاعدة قانون ولاية واشنطن المنقحة (RCW 28A.210.080) سجلات تحصين تم التحقق منها طبياً لدخول المدرسة. يتضمن السجل الذي تم التحقق منه طبيباً واحداً أو أكثر مما يلي:

- شهادة حالة التحصين (CIS) مطبوعة من نظام MyIR لوزارة الصحة في واشنطن أو شهادة حالة التحصين (CIS) من ولاية أخرى
- شهادة حالة التحصين (CIS) مطبوعة من نظام معلومات التحصين (IIS)
- نسخة مادية من نموذج شهادة التحصين (CIS) مع توقيع مقدم الرعاية الصحية
- نسخة مادية من شهادة حالة التحصين (CIS) مع سجلات التطعيم الطبي المصاحبة من مقدم الرعاية الصحية تم التحقق منها وتوقيعها من قبل موظفي المدرسة

المتطلبات

- شهادة مكتملة عن حالة التحصين الشهر واليوم والسنة التي أعطيت فيها كل جرعة مطلوبة من اللقاح. أو
 - إخطار المدرسة ببدء سلسلة تحصين وسيتم الانتهاء من ذلك وفقاً للجدول الزمني الموصى به لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تتوفر التطعيمات من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو يمكنك الحصول على لقاحات من مركز الصحة المجتمعية في مقاطعة سنو هوميش. www.chcsno.org الحالة الشرطية لن تمنح للطلاب إلا إذا كانوا قد بدأوا سلسلة التحصين المطلوبة التي من المقرر أن يتلقوها. ويتعين استكمال جميع سلاسل التحصين أو البدء بها كشرط للالتحاق بالمدراس. ويجب تقديم سجل لهذه الحالة تم التحقق منه طبيباً إلى المدرسة في اليوم الأول للحضور أو قبله. أو
 - استكمال شهادة الإعفاء (C.O.E.) بالإضافة إلى شهادة التحصين يحتاج مقدم الرعاية الصحية المرخص له إلى التوقيع على شهادة الإعفاء لأحد الوالدين أو الوصي لإعفاء طفله من متطلبات التحصين المدرسي. ويتحقق التوقيع من أن مقدم الرعاية قد تحدث إلى الوالد أو الوصي بشأن فوائد ومخاطر التحصين. يمكن للوالد أو الوصي أيضاً تسليم رسالة موقعة من مقدم الرعاية الصحية تفيد بنفس المعلومات. إذا كان هناك تفشي في المدرسة لأي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات والذي يعفى منه طالبك، سيتم استبعاد الطالب من المدرسة طوال فترة تفشي المرض.
- طباعة شهادة Immunization من MyIR هو الخيار الأفضل للحصول على سجلات تحصين الطلاب.

إعادة حساب MyIR (وزارة الصحة في ولاية واشنطن).



تحميل وطباعة شهادة التحصين

تحديث متطلبات التحصين لوزارة الصحة في يونيو 2021:

يجب على جميع الطلاب المسجلين في مدرسة عامة اتباع قواعد التحصين، حتى لو شاركوا في مدرسة بديلة أو برنامج منطقة. وتشمل هذه البرامج المنزلية، والبرمجة المهنية أو التقنية، تشغيل البداية، وأي برنامج المدرسة الافتراضية. سيحتاج جميع الطلاب إلى الحصول على شهادة مكتملة عن حالة التحصين (CIS) و/أو شهادة إعفاء (COE) في ملف في المدرسة للمشاركة في التعليم والأنشطة المدرسية.

Parents– Are Your Kids Ready for School?

Required Immunizations for School Year 2022-2023



Instructions: To see which vaccines are required for school, find your child's grade in the first column. Look at the matching row across the page to find the amount of vaccines required for your child to enter school.

	DTaP/Tdap (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> type B)	MMR (Measles, mumps rubella)	PCV (Pneumococcal Conjugate)	Polio	Varicella (Chickenpox)
Preschool Age 19 months to <4 years on 09/01/2022	4 doses DTaP	3 doses	3 or 4 doses (depending on vaccine)	1 dose	4 doses	3 doses	1 dose**
Preschool/ Transitional Kindergarten Age ≥4 years on 09/01/2022	5 doses DTaP*	3 doses	3 or 4 doses (depending on vaccine) (Not required at age ≥5 years)	2 doses	4 doses* (Not required at age ≥5 years)	4 doses	2 doses**
Kindergarten through 6th	5 doses DTaP*	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**
7th through 9th	5 doses DTaP* Plus Tdap at age ≥10 years	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**
10th through 12th	5 doses DTaP* Plus Tdap at age ≥7 years	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**

*Vaccine doses may be acceptable with fewer than listed depending on when they were given. **Health care provider verification of history of chickenpox disease is also acceptable.

Students must get vaccine doses at the correct timeframes to be in compliance with school requirements. Talk to your health care provider or school staff if you have questions.

Find information on other important vaccines that are not required for school at: www.immunize.org/cdc/schedules.

To request this document in another format, call 1-800-525-0127.

Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Jan 2022



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington State Immunization Information System.

Child's Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Birthdate (MM/DD/YYYY):
I give permission to my child's school/child care to add immunization information into the Immunization Information System to help the school maintain my child's record.		Conditional Status Only: I acknowledge that my child is entering school/child care in conditional status. For my child to remain in school, I must provide required documentation of immunization by established deadlines. See back for guidance on conditional status.	
X _____ Parent/Guardian Signature		X _____ Parent/Guardian Signature Required if Starting in Conditional Status	
Date		Date	

▲ Required for School	● Required Child Care/Preschool	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
Required Vaccines for School or Child Care Entry							
●▲ DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)							
▲ Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) (grade 7+)							
●▲ DT or Td (Tetanus, Diphtheria)	DO NOT ENTER INDIVIDUAL DATES, FOLLOW THE REQUIRED ACCEPTABLE MEDICAL RECORD PROOF LISTED ON THE HS-518.						
●▲ Hepatitis B							
● Hib (<i>Haemophilus influenzae type b</i>)							
●▲ IPV (Polio) (any combination of IPV/OPV)							
●▲ OPV (Polio)							
●▲ MMR (Measles, Mumps, Rubella)							
● PCV/PPSV (Pneumococcal)							
●▲ Varicella (Chickenpox) ☐ History of disease verified by IIS							
Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)							
COVID-19							
Flu (Influenza)							
Hepatitis A							
HPV (Human Papillomavirus)							
MCV/MPSV (Meningococcal Disease types A, C, W, Y)							
MenB (Meningococcal Disease type B)							
Rotavirus							

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		
If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.		
I certify that the child named on this CIS has: ☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease. ☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		
☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		
▶		
Licensed Health Care Provider Signature Date		
▶		
Printed Name		

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.
---	---

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): Print the from the Immunization Information System (IIS) or fill it in by hand.

To print with the immunization information filled in:

Ask if your health care provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide registry). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at <https://wa.myir.net>. If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waiisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.

To fill out the form by hand:

1. Print your child's name and birthdate, and sign your name where indicated on page one.
2. Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as DTaP, Hepatitis B as Hep B, and Polio as IPV.
3. If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements.
 - ☐ If your health care provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
 - ☐ If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.
4. If your child can show positive immunity by blood test (titer), have your health care provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity section, and sign and date the form. You must provide lab reports with this CIS.
5. Provide proof of medically verified records, following the guidelines below.

Acceptable Medical Records

All vaccination records must be medically verified. Examples include:

- A Certificate of Immunization Status (CIS) form printed with the vaccination dates from the Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, or another state's IIS.
- A completed hardcopy CIS with a health care provider validation signature.
- A completed hardcopy CIS with attached vaccination records printed from a health care provider's electronic health record with a health care provider signature or stamp. The school administrator, nurse, or designee must verify the dates on the CIS have been accurately transcribed and provide a signature on the form.

Conditional Status

Children can enter and stay in school or child care in conditional status if they are catching up on required vaccines for school or child care entry. (Vaccine series doses are spread out among minimum intervals, so some children may have to wait a period of time before finishing their vaccinations. This means they may enter school while waiting for their next required vaccine dose). To enter school or child care in conditional status, a child must have all the vaccine doses they are eligible to receive before starting school or child care.

Students in conditional status may remain in school while waiting for the minimum valid date of the next vaccine dose plus another 30 days time to turn in documentation of vaccination. If a student is catching up on multiple vaccines, conditional status continues in a similar manner until all of the required vaccines are complete.

If the 30-day conditional period expires and documentation has not been given to the school or child care, then the student must be excluded from further attendance, per RCW 28A.210.120. Valid documentation includes evidence of immunity to the disease in question, medical records showing vaccination, or a completed certificate of exemption (COE) form.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 June 2021