

For Office Use Only:

Registration Date: _____

 Home Language Survey ESL SPED IEP Received

Proof of Residency

 Requested Attached**استمارة بيانات التلميذ بالمدارس العامة ببرينتري****ملحوظة: من المهم للغاية أن تقوموا بإخطارنا إذا حدث تغيير****في هذه المعلومات في أي وقت خلال العام****التلميذ(ة)**

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الاسم الأوسط: _____
العنوان: _____ تاريخ الميلاد: _____ ذكر أنثى
هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____ البريد الإلكتروني: _____
بلد الميلاد: _____ مدينة الميلاد: _____ اللغة الأولى المتحدث بها في المنزل: _____
إسباني/ لاتيني نعم لا (من ثقافة الكوبية، المكسيكية، البورتوريكية، أمريكا الوسطى/ الجنوبية)
هل تم تسجيل التلميذ(ة) من قبل في المدارس العامة ببرينتري؟ نعم لا
آخر مدرسة داوم بها التلميذ(ة): _____ هذه المدرسة كانت عامة خاصة
من الذي يتمتع بالحضانة القانونية للتلميذ(ة)؟ كلا الوالدين الأم الأب وصي شخص آخر (حدد)

طرف الاتصال 1

العلاقة: الأم الأب الوصي
الاسم: _____ العنوان: _____
رقم الهاتف الرئيسي: _____ رقم هاتف العمل: _____
رقم هاتف بديل: _____ البريد الإلكتروني الرئيسي: _____
اسم جهة العمل: _____ الوظيفة: _____
هل يستطيع طرف الاتصال استلام التلميذ(ة)؟ نعم لا
هل يستطيع طرف الاتصال استلام مراسلات المدرسة؟ نعم لا

طرف الاتصال 2

العلاقة: الأم الأب الوصي
الاسم: _____ العنوان: _____
رقم الهاتف الرئيسي: _____ رقم هاتف العمل: _____
رقم هاتف بديل: _____ البريد الإلكتروني الرئيسي: _____
اسم جهة العمل: _____ الوظيفة: _____
هل يستطيع طرف الاتصال مع التلميذ(ة)؟ نعم لا
هل يستطيع طرف الاتصال استلام مراسلات المدرسة؟ نعم لا

وضعية عائلات العسكريين (دعماً لقانون فالور)

هل التلميذ طفلاً لعضو عامل في القوات المسلحة/ الحرس الوطني/ الاحتياط وفقاً لأوامر الخدمة الفعلية؟ نعم لا
هل التلميذ طفلاً لعضو عامل أو من قدامى المحاربين، خرج من الخدمة لظروف طبية أو تقاعد خلال فترة عام واحد؟ نعم لا
هل التلميذ طفلاً لعضو عامل في القوات المسلحة مات في أثناء الخدمة؟ نعم لا

الأخوة (نرجو إدراج جميع الأخوة وتواريخ ميلادهم)

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

أطراف الاتصال في حالة الطوارئ (نرجو منكم القيام بإخطار هؤلاء الأشخاص بأنه قد يتم الاتصال بهم في حالة الطوارئ)
في حالة وقوع حادث أو مرض حاد لطفلي، وعندما لا يمكن الوصول إلي على الفور، يرجى الاتصال بالأشخاص المحليين التالية:

الاسم: _____ العلاقة: _____ الاسم: _____ العلاقة: _____
هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____ هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____
رقم هاتف العمل: _____ رقم هاتف العمل: _____

For Office Use Only (DO NOT TRANSLATE)

Grade: _____ Teacher: _____ LASID: _____ Date Records Requested: _____
Homeroom: _____ Counselor: _____ SASID: _____ Date Records Received: _____
House: _____ Social Worker: _____ Played Varsity Sports Yes No Forwarded to Counselor
Bus: _____ Forwarded to Nurse