

## برنامج أكاديمية دراسة القدرة

### استمارة التسجيل / البيانات

يرجى إكمال المعلومات التالية لكل طفل مسجل في البرنامج.

اسم الطفل : \_\_\_\_\_ رقم بطاقة تعريف المدرسة # \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد ( الشهر / اليوم / السنة ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى

المرحلة الدراسية (الذي سيذهب له الطاب) ( اختر واحدا ) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 مدرسة الطفل :

قياس قميص الطفل ☐ شاب صغير ☐ شاب وسط ☐ شاب كبير ☐ بالغ صغير ☐ بالغ وسط

الرجاء تسجيل الدخول والخروج ( اختر واحدا )

☐ طفلي يستخدم الباص للذهاب من والى المدرسة ( اولياء الامر يجب ان يوقعوا في الاسفل للسماح باستخدام الباص ).

اسمح لطفلي باستخدام الباص من والى اكااديمية دراسة القدرة

☐ سيتم نقل طفلي من والى البرنامج يوميا من قبل شخص بالغ .

عنوان منزل الطفل البريدي : \_\_\_\_\_

الرمز البريدي

الشارع

اولياء الامر / الرعاية #1 : \_\_\_\_\_

اسم العائلة

الاسم الاول

العلاقة بالطفل : \_\_\_\_\_ يسمح له باصطحاب الطفل ؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي : \_\_\_\_\_ ارقام الهواتف الاخرى \_\_\_\_\_

عنوان البريد الالكتروني : \_\_\_\_\_

اولياء الامر / الرعاية #2 : \_\_\_\_\_

اسم العائلة

الاسم الاول

العلاقة بالطفل : \_\_\_\_\_ يسمح له باصطحاب الطفل ؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي : \_\_\_\_\_ ارقام الهواتف الاخرى \_\_\_\_\_

عنوان البريد الالكتروني : \_\_\_\_\_

اسماء للاتصال في حالة الطوارئ الاسم الاول واسم العائلة	العلاقة بالطفل	رقم الهاتف الرئيسي	ارقام الهواتف الاخرى	يسمح باخذ الطفل
نعم-لا-لا-لا-لا				
نعم-لا-لا-لا-لا				
نعم-لا-لا-لا-لا				

ادرج جميع الادوية التي يحصل عليها الطفل خلال وجوده في أكاديمية دراسة القدرة ( اذا كان الجواب دون ادوية اترك الحقول فارغة).

اسم الدواء : \_\_\_\_\_ المتطلبات \_\_\_\_\_  
اسم الدواء : \_\_\_\_\_ المتطلبات \_\_\_\_\_  
اسم الدواء : \_\_\_\_\_ المتطلبات \_\_\_\_\_

جميع الادوية الموصوفة من الطبيب يجب جلبها الى ممرضة المدرسة مع التعليمات المصعلقة على العلبة الاصلية .

الرجاء ادراج جميع حالات الحساسية او اية حالات صحية ( اذا لا يوجد اترك فارغا )

الرجاء ادراج جميع حالات الحساسية من الطعام او اية قيود غذائية او مشاكل صحية ( اذا لا يوجد اترك فارغا )

توقعي في الاسفل يشير الى :

انني قمت بقراءة استمارة التسجيل للتأكد من صحتها واتفهم ان اية تغييرات يجب اخبار اكاديمية دراسة القدرة بها فوراً .

انا ملتزم بالحضار طفلي لأكاديمية دراسة القدرة يوميا . اذا كان طفلي مريض او غير قادر على الحضور ساخبر مدير البرنامج في الموقع مسبقاً .

انا اتفهم ان الرحلة المدرسية في الاسبوع الاخير مفتوحة لجميع الدارسين الذين تكون نسبة حضورهم على الاقل 85% .

توقيع الاباء او اولياء الامور \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الاباء او اولياء الامور \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

<p>لاستخدام المدرسة فقط : الاولوية قائمة الانتظار</p> <p>لاستخدام الواي فقط : تم ارسال التاكيد : _____ تمت الاضافة الى القائمة _____ تم الادخال في بي دي ام _____</p> <p>معلومات دخول النجمة _____ .</p>
--

## التنازل والسماح بالاطلاق لأكاديمية دراسة القدرة

يشير توقيعني أدناه إلى أنني أُمْنَح طفلي الإذن للمشاركة في برنامج أكاديمية دراسة القدرة بما في ذلك جميع أنشطة الزخرفة والرحلات الميدانية والمشي وعملية التقييم. أفهم أن عملية التقييم تشمل جمع البيانات الديموغرافية والحضور والنتائج الأكاديمية ونتائج تطوير الشباب.

أعطي إذنني ، في حالة الطوارئ ، لنقل طفلي إلى أقرب مستشفى للعلاج.

أعطي عائلة لانكستر و واي إم سي اي، و واي ام سي اي في الولايات المتحدة الأمريكية ، مديرية مدارس مقاطعة لانكستر وشركاء أكاديمية دراسة القدرة الإذن لاستخدام صورة طفلي ، وفيديو ، والاسم في أي مقال أو لينت عرضها في المدرسة أو في وسائل الإعلام.

أعطي تصريحًا لطفلي للمشاركة في الرحلات الميدانية والسفر بالباص المدرسي مع البرنامج الصيفي.

أوافق على أن أعطي عائلة لانكستر و واي إم سي اي، و واي ام سي اي في الولايات المتحدة الأمريكية ، مديرية مدارس مقاطعة لانكستر وشركاء أكاديمية دراسة القدرة ، الحق في استخدام بيانات المدرسة الخاصة بطفلي واجابات الاستطلاع الخاصة بي بأي شكل أو طريقة مهما كانت ، ولن يكون لدي أي حق بالاعتراض على هذا الآن أو في المستقبل.

أتفهم وأوافق على أنه يمكن استخدام اجابات الاستطلاعات والاستبيانات كجزء من عمل آخر قامت به واي ام سي اي في الولايات المتحدة الأمريكية أو آخرين ، وأن واي ام سي اي في الولايات المتحدة الأمريكية قد تقدم هذا العمل إلى الآخرين أيضًا.

لن يتم الكشف عن أي معلومات عن طفلي لأي شخص خارج عملية البحث. سيحافظ طاقم البحث على سرية معلومات طفلي من خلال عدم الكشف عن اسمه من خلال أي مادة أو بيانات.

إذا كان طفلي لديه برنامج خطة تعليم خاصة أو خطة أخرى موثقة ، فأنا أعطي تصريحًا لمديرية مدارس مقاطعة لانكستر لمشاركة هذه المعلومات مع واي ام سي اي عائلة لانكستر. سيتيح هذا واي ام سي اي العمل بشكل تعاوني مع مديرية مدارس المقاطعة في لانكستر لدعم احتياجات طفلي التعليمية إلى أقصى حد ممكن من قدرة واي ام سي اي .

توقيع الوالدين / الوصي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الوالدين / الوصي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_