

بلدة نورث بروفيانس دائرة المدارس

2240 Mineral Spring Avenue, North Providence, Rhode Island 02911
(401) 233-1106 - الفاكس: (401) 233-1106 - رقم الاتصال عن بُعد للضَّم: (800) 745-6575

اللجنة المدرسية
السيد/ Anthony R. Marciano، المحترم رئيس اللجنة
السيدة/ Gina M. Picard، حاصلة على ماجستير في التربية، نائب رئيس اللجنة
السيد/ Steven M. Andreozzi، موظف
السيد/ Donald J. Cataldi
السيد/ Roderick E. DaSilva
السيد/ Ronald Iannetta، حاصلة على ماجستير في التربية.
السيد/ Stephen D. Palmieri

السيدة/ Melinda A. Smith، حاصلة على ماجستير في التربية، المُشرف
السيدة/ Lisa K. Jacques، حاصلة على ماجستير في التربية، مُشرف مُساعد
السيد/ John J. McNamee، حاصلة على شهادة المحاسب القانوني المُعتمد، مدير الشؤون المالية
السيد/ Christopher B. Jones، حاصلة على ماجستير في التربية، مدير قسم التربية الخاصة

دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيانس قائمة المراجعة الخاصة بالبنود اللازمة

لتسجيل الطالب

تاريخ التنقيح: 2016/04/26

السادة الآباء/الأوصياء

يجب تقديم البنود التالية لإتمام تسجيل ابنكم:

1. مستند إثبات إقامة، ونموذج إفادة إقامة مشفوعة بقسم وموثقة، وإفادة مالك عقار مشفوعة بقسم وموثقة (يجب تقديم نموذجين آخرين؛ أي بيان رهن عقاري/كشف إيجار، ويجب أن يُذكر في أيٍّ منهما اسم الطالب (أسماء الطلبة)، وفاتورة خدمات مرفقية)
2. شهادة ميلاد (أصلية)، وهوية الوالد/الوصي
3. مستند خطي يُثبت حصول ابنكم على التطعيمات التالية:
 - a. 5 جرعات من اللقاح الثلاثي ضد الدفتريا، والتيتانوس، والسعال الديكي (DTP/DTPaP) (4 جرعات في حالة إعطاء الجرعة الأخيرة بعد سن 4 سنوات)
 - b. 4 جرعات من اللقاح الثلاثي ضد الدفتريا، والتيتانوس، والسعال الديكي (DTP/DTPaP) (3 جرعات في حالة إعطاء الجرعة الأخيرة بعد سن 4 سنوات)
 - c. جرعتان من لقاح الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)
 - d. 3 جرعات من لقاح التهاب الكبد الوبائي (ب)
 - e. جرعتان من لقاح جدري الماء (أو إشعار مُوقَّع من طبيب ابنكم، يُفيد أنه قد أصيب بمرض جدري الماء)
4. اختبار السلين الجلدي (PPD) - لا يلزم تقديم نتيجة هذا الاختبار إلا إذا كان الطالب المُتقدم من خارج الدولة.
5. مستند يُثبت خضوع ابنكم للفحص البدني خلال الاثني عشر شهرًا السابقة لبدء الدراسة
6. فحص البصر (قد يُجرى في أثناء الفحص البدني)
7. فحص تركيز الرصاص في الدم
8. لا يتم أيُّ تسجيل إلا بالحجز فقط؛ لذا يُرجى الاتصال بالسيدة/ Lisa V على الرقم 401-233-1100 (تفريعية: 11107)؛ لترتيب موعد زيارة، بمجرد استيفاء جميع الاشتراطات المطلوبة.

تُعاد شهادة الميلاد على الفور، بينما تحتفظ المدرسة بالمستندات الأخرى كجزء من سجل ابنكم لديها. وتُقام عيادات للتطعيم المجاني سنويًا. وسيكون لدى مُعلمة التمريض بالمدرسة قائمة تضم العيادات المتاحة.

طلبة الروضة والصف الأول: يجب أن يكون عُمر الأبناء خمس سنوات بحلول الأول منسبتمبر من العام الدراسي أو قبل حلوله؛ للالتحاق بالروضة لذلك العام؛ وست سنوات بحلول الأول من سبتمبر من العام الدراسي أو قبل حلوله؛ للالتحاق بالصف الأول.

لا تُمَيِّز دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيانس على أساس العُمر، أو الجنس، أو الدين، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الإعاقة؛ طبقًا لأحكام القوانين واللوائح المعمول بها. ويُرجى الاتصال بمكتب المُشرف فيما يتعلق بالأفراد المعاقين الذين يحتاجون إلى مساعدة أو ترتيبات خاصة للمشاركة في برنامج أو نشاط تُموِّله دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيانس. وتُطلب منكم تقديم إشعار مسبق مدته 48 ساعة؛ ليتسنى الاضطلاع بالترتيبات اللازمة.

دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيدانس ~ نموذج تسجيل الطالب

يُرجى تعبئة نموذج تسجيل واحد لكل طفل يُراد تسجيله

بيانات الطالب:

(يُرجى الطباعة)

التاريخ:

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم المُفضَّل	السَّن
الصف المُلتحق به	تاريخ الميلاد	تاريخ القيد بالولايات المتحدة اليوم/الشهر/السنة	تربية خاصة	نعم/لا
النوع	تاريخ الميلاد	محل الميلاد	برنامج التربوي الفردى	نعم/لا

متعلِّم لغة إنجليزية نعم/لا العنوان الحالي:

الشارع: رقم اختبار تحديد المستوى المتقدم: المدينة:

الولاية: الرمز البريدي: هاتف المنزل: البريد الإلكتروني:

اسم الوالد/الوصي: اسم الوالد/الوصي:

الهاتف الخليوي الخاص بالوالد/الوصي: صلة القرابة: الهاتف الخليوي الخاص بالوالد/الوصي: صلة القرابة:

يتوقف التسجيل على توفر الأماكن المتاحة، علماً بأن التعيين المدرسي للطالب خاضع للتغيير.

الخلفية العرقية

يُرجى تحديد أنسب فئة ترغب في أن يُصنَّف ابنكم ضمنها، أو وضع دائرة حولها؛ لبيتسني تصنيف الطالب تصنيفاً صحيحاً (طبقاً لما تقتضيه أحكام القانون الفيدرالي والقانون المعمول به في كل ولاية على حدة)، وحسبما تُفضِّل الأسرة. وستُستخدم هذه المعلومات في الإفادة بالأعداد الإجمالية للتلاميذ، ولن يُفْرَج عنها بشكل يسمح بالتعرُّف على هوية صاحبها دون الحصول على إذن منكم بذلك. يُرجى التحديد من القوائم المُبيَّنة أدناه. ** يُرجى العلم بأنه في حالة الإجابة بـ (نعم) التي تُفيد أن الطالب من أصل إسباني/لاتيني، فإنه يجب تحديد عرق أيضاً؛ وذلك طبقاً لتوجيهات ولاية رود آيلاند. شكراً لكم.

ما عرَّفك؟ (اختر جميع الإجابات المنطبقة)

**هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني (اختر إجابة واحدة)

هندي أمريكي أو من سكان آلاسكا الأصليين

ليس من أصل إسباني/لاتيني

آسيوي

نعم، من أصل إسباني/لاتيني

أسود أو أمريكي من أصل إفريقي

من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين

دولة الخلفية العائلية

أبيض

البيانات المدرسية السابقة

اسم المدرسة: آخر صف تم الالتحاق به:

عنوان الشارع: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

الهاتف: الفاكس:

تاريخ اليوم: توقيع الوالد/الوصي القانوني (البالغ):

لاستعمال المكتب فقط:

التعيين المدرسي

متعلِّم اللغة الإنجليزية

البرنامج التربوي الفردي/504

محل الإقامة

اعتماد المُسجِّل

اعتماد المُمرَّضة

رقم خط سير الحافلة

تاريخ البدء

دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيدانس ~ بيانات الطوارئ الخاصة بالطالب
(لأغراض الطوارئ والمعلوماتية فقط)

تاريخ ميلاد الطالب: _____

الاسم الأخير للطالب: _____ الاسم الأول: _____ الصف الدراسي: _____ اسم المُعلِّم: _____

بيانات عنوان الإقامة:

الرقم/الشارع	الوحدة رقم	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
يتوفر اتصال بالإنترنت بالمنزل نعم/لا	هل هناك أي مشاكل تتعلق بالحضانات؟ نعم/لا	أليست هناك أي طلبات اتصال؟ نعم/لا		

(جهة الاتصال رقم 1)

بيانات رب الأسرة (الوالد/الوصي الذي يعيش في المنزل فقط)

هل يعيش الوالدان في منزل الأسرة؟ نعم/لا

صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الاسم الأول	الحالة الاجتماعية
ذكر/أنثى	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	أعزب/متزوج أرم/منطلق
النوع	رقم الهاتف المفضل	رقم الهاتف الثاني	رقم الهاتف الثالث	عنوان البريد الإلكتروني
اسم صاحب العمل:	رقم هاتف العمل	رقم هاتف العمل	رقم هاتف العمل	تفريفة
الوضع العسكري: نعم/لا	نشط: نعم/لا	فرع الخدمة:		

(جهة الاتصال رقم 2)

صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الاسم الأول	الحالة الاجتماعية
ذكر/أنثى	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	أعزب/متزوج أرم/منطلق
النوع	رقم الهاتف المفضل	رقم الهاتف الثاني	رقم الهاتف الثالث	عنوان البريد الإلكتروني
اسم صاحب العمل:	رقم هاتف العمل	رقم هاتف العمل	رقم هاتف العمل	تفريفة
الوضع العسكري: نعم/لا	نشط: نعم/لا	فرع الخدمة:	العنوان:	

(جهة الاتصال رقم 3)

(حالات الطوارئ - لا يتم الاتصال بها إلا إذا تعذر التواصل مع أي من الجهات المبيّنة أعلاه)

صلة القرابة	الاسم الأخير	الاسم الأول	رقم الهاتف المفضل	رقم الهاتف الثاني	رقم الهاتف الثالث	عنوان البريد الإلكتروني
	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	(هاتف المنزل/الهاتف الخليوي/هاتف العمل)	

يرجى إدراج أسماء الأبناء الآخرين الموجودين في منزل الأسرة، والمسجلين في نظام دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيدانس؛ أو الأبناء الذين في مرحلة ما قبل المدرسة، الذين سيلتحقون بالروضة في بلدة نورث بروفيدانس. يرجى استخدام ظهر هذا النموذج إذا احتجت إلى مساحة إضافية. شكرًا لكم.

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	النوع	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف
ذكر/أنثى			ذكر/أنثى			
الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	النوع	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف

*** سياسة دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيدانس - لن يستطيع أي شخص غير مدرج في هذا النموذج فصل أي طالب إلا إذا أجرى الوصي ترتيبات مُسبقّة لذلك خطيًا. ويجب التحقق من هوية أي شخص يفصل طالبًا في جميع حالات الفصل. ***

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

محل الإقامة

يلزم وجود محل إقامة لإتمام جميع التسجيلات

في حالة ملكيتكم لمحل إقامتكم

يجب أن يُعَبَّى الوالد إفادة إقامة مشفوعة بقسم، وأن يُقدَّم بيان رهن عقاري، وفاتورة خدمات مرفقية.

في حالة تأجيركم لمحل إقامتكم

يجب أن يُعَبَّى الوالد إفادة إقامة مشفوعة بقسم، وأن يُوثَّقها.

يجب أيضًا أن يُعَبَّى مالك العقار الذي تُقيم فيه إفادة إقامة مشفوعة بقسم وموثَّقة، ويجب أن تُقدَّم عقد إيجار، أو خطابًا مُوثَّقًا من مالك العقار الذي تُقيم فيه، على أن يُذكر فيه اسم الوالد، واسم الطالب، وتاريخ ميلاد الطالب، وعنوان يُفيد بأنك تعيش هناك، وفاتورة خدمات مرفقية. وفي حالة إدراج الخدمات المرفقية في عقد الإيجار الخاص بكم، يُرجى التأكد من أن ذلك منصوص عليه في عقد الإيجار، أو في خطاب خطي مُوثَّق من مالك العقار.

في حالة إقامتكم مع أحد أفراد العائلة

يجب أن يُعَبَّى الوالد إفادة إقامة مشفوعة بقسم، وأن يُوثَّقها.

يجب أيضًا أن يُعَبَّى هذا الفرد -مالك العقار الذي تُقيم فيه- إفادة إقامة مشفوعة بقسم، وأن يُوثَّقها، ويجب أن تُقدَّم عقد إيجار، أو خطابًا مُوثَّقًا من هذا الفرد المالك للعقار الذي تُقيم معه، على أن تُذكر فيه أسماء الأبناء، واسم الطالب، وتاريخ ميلاد الطالب، وعنوان يُفيد بأنك تعيش هناك، وفاتورة خدمات مرفقية.

وفي حالة إدراج الخدمات المرفقية، يُرجى التأكد من أن ذلك منصوص عليه في عقد الإيجار، أو في خطاب خطي مُوثَّق من هذا الفرد المالك للعقار الذي تُقيم فيه.

ويجب أن يُقدَّم هذا الفرد بيان رهن عقاري، وفاتورة خدمات مرفقية.

راجع الإفادات المشفوعة بقسم الواردة في هذه الحزمة

محل الإقامة

إفادة إقامة مشفوعة بقسم عيَّها الوالد

المدارس الحكومية ببلدة نورث بروفيديانس
2240 Mineral Spring Avenue
North Providence, RI 02911

في شأن: _____

اسم الطالب

إفادة إقامة مشفوعة بقسم عيَّها الوالد

مُتَلَّ أمامي السيد/ _____ في اليوم الموافق _____ من شهر _____ 20 _____ ، وشهد وأقسم وأكَّد صحة الحقائق التالية، بعد أن حلف اليمين:

- (1) أنني الوالد الطبيعي أو الوالد بالتبني لـ _____ ، الذي أحظى بحضنته.
- (2) أنني مُقيم حاليًا في _____ ، التي تقع في بلدة نورث بروفيديانس، ولاية رود آيلاند.
- (3) _____ يُقيم ويعيش معي بالفعل في العنوان المشار إليه.
- (4) أُفِرُّ بأنه قد يزورنا مسؤول الحضور، أو الشخص المُكَلَّف من دائرة المدارس؛ بغية التحقق من هذه الإقامة.
- (5) أُفِرُّ بأن هذه الإفادة قد قُدِّمَت بعد حلف اليمين أمام دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيديانس؛ بغية تحديد ما إذا كان _____ مستوفيًا للشروط اللازمة للالتحاق بمدرسة مُسجَّلة في نظام دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيديانس.
- (6) لقد أرفقت بعض المستندات الحقيقية، والدقيقة، والصحيحة؛ لتأكيد صحة ما ورد في هذه الإفادة المشفوعة بقسم.
- (7) جميع المعلومات الواردة في هذا المستند حقيقية ودقيقة.

توقيع الوالد:

ولاية رود آيلاند مقاطعة بروفيديانس

حلف اليمين أمام الكاتب العدل

في هذا اليوم الموافق _____ من شهر _____ 20 _____ ، مُتَلَّ أمامي بشخصه _____ وأقسم على صحة ودقَّة ما ورد في الإفادة المشفوعة بقسم أعلاه، بعد أن قرأها وحلف اليمين أولاً.

توقيع الكاتب العدل

تاريخ انتهاء ولاية الكاتب العدل: _____

(النموذج "أ")

ملاحظة: في حالة تقديم معلومات زائفة بعد حلف اليمين، فإنك سُنَّحَال إلى المحاكمة بتهمة شهادة الزور؛ علمًا بأنه قد يُوقَّع على الشخص المُدان بشهادة الزور عقوبة السجن لمدة عشرين عامًا.

وكذلك، سننَّخِذ دائرة المدارس الإجراء القانوني المناسب؛ لتحصيل قيمة الخدمات التعليمية التي تلقَّها الطالب. وستشتمل جهود التحصيل هذه على فرض حجز تحفظي، وضريبة على عقار، وأجور، وممتلكات شخصية.

دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيدانس
إفادة إقامة مشفوعة بقسم من مالك العقار/المؤجر/المالك
إفادة مشفوعة بقسم

اسمي _____ وأدلي وأشهد بموجبه بالآتي:
مالك العقار/مالك محل الإقامة أو المؤجر الفعلي

يُرجى إكمال البنود الثلاثة التالية والتوقيع أثناءه.

1. أنا مالك/مؤجر العقار الواقع في _____
العنوان الذي يسكن فيه الوالد
2. والد/وصي، أو طالب يزيد سنُّه عن 18 عامًا
، الوالد أو الوصي القانوني على الطالب
، يستأجر مني هذا العقار بموجب عقد إيجار، أو عقد إيجار من الباطن، عن تراضٍ وعلى أساس شهري، باعتباره محلَّ إقامته الأساسي.
اسم الطالب
3. أُقرُّ بموجبه أن الطرف المذكور أعلاه يُقيم معي في العنوان المشار إليه أعلاه.
وُفِّعَ، مع العلم بالعواقب والعقوبات المترتبة على شهادة الزور، في هذا اليوم الموافق _____ من شهر _____ 20 _____.

توقيع مالك العقار أو المؤجر

الاسم مطبوعًا: _____

العنوان مطبوعًا: _____

رقم الهاتف مطبوعًا: _____

أقسم، بصفتي مُقدم إفادة الإقامة/الملكية المشفوعة بقسم هذه - مع العلم بالعواقب والعقوبات المترتبة على شهادة الزور - أن المعلومات المُبيَّنة أعلاه دقيقة، وأفهم أنه يجوز لمُحقِّق الإقامة التَّحقُّق من صحة المعلومات الواردة في هذه الإفادة القانونية.

والد/وصي، أو طالب يزيد سنُّه عن 18 عامًا

الاسم مطبوعًا: _____

العنوان مطبوعًا: _____

رقم الهاتف مطبوعًا: _____

ولاية رود آيلاند مقاطعة بروفيدانس

حلف اليمين أمام الكاتب العدل

في _____ في هذا اليوم الموافق _____ من شهر _____ 20 _____، ممثِّل أمامي بشخصه _____ وأقسم على صحة ودقَّة ما ورد في الإفادة المشفوعة بقسم أعلاه، بعد أن قرأها وحلف اليمين أولاً.

توقيع الكاتب العدل

تاريخ انتهاء ولاية الكاتب العدل: _____

(النموذج "أ")

ملاحظة: في حالة تقديم معلومات زائفة بعد حلف اليمين، فإنك ستُحال إلى المحاكمة بتهمة شهادة الزور؛ علمًا بأنه قد يُوقَّع على الشخص المُدان بشهادة الزور عقوبة السجن لمدة عشرين عامًا. وكذلك، ستُنخَذ دائرة المدارس الإجراء القانوني المناسب؛ لتحصيل قيمة الخدمات التعليمية التي تلقَّها الطالب. وستشتمل جهود التحصيل هذه على فرض حجز تحفظي، وضريبة على عقار، وأجور، وممتلكات شخصية.

التحديث السنوي للتاريخ الصحي

ملاحظة: سَتُستخدَم المعلومات الواردة في هذا النموذج في تحديث سجلات الحالة الصحية الخاصة بابتك. لذا، يُرجى تعبئة هذا النموذج وإعادته إلى مُعلِّمة التمريض المُعتمَدة بالمدرسة في أسرع وقتٍ ممكن. شكرًا لكم.

اسم الطالب: _____

تاريخ الميلاد: _____ الصف الدراسي: _____ اسم المُعلِّم: _____

اسم طبيب الأطفال: _____ الهاتف: _____

اسم طبيب الأسنان: _____ الهاتف: _____

المعلومات الصحية

إذا كان لابنك تشخيصي مَرَضِيٌّ أو حالة صحية مُسبِّقَةٌ، يُرجى ذكرها: _____

اذكر أمراض الحساسية: _____

إذا كان لديه حساسية تجاه لدغات النحل أو تناول طعام مُحدَّد، فهل يحتاج إلى العلاج بقلم EpiPen؟ نعم لا

اذكر العمليات الجراحية التي خضع لها: _____

اذكر الأمراض أو الإصابات الخطيرة التي أُصيب بها: _____

اذكر أيَّ حالة صحية يجب أن تكون مُعلِّمة التمريض المُعتمَدة بالمدرسة على دراية بها: _____

يُرجى التأكد من عدم مُعاناة ابنك من أيِّ من المشاكل الصحية التالية:

_____ الربو _____ التهابات الحلق (بشكل متكرر)

_____ مرض في العظام أو المفاصل _____ قوباء

_____ مرض السُّكْرِيّ _____ مشاكل في الأسنان

_____ نوبات _____ التهابات بالأذن/انابيب تهوية الأذن: اليُسرى اليمنى كلتاهما

_____ مشاكل في القلب _____ مشاكل في الدورة الشهرية

_____ مشاكل في الكلى _____ صداع/صداع نصفي

_____ مشاكل في البصر (هل تحتاج/يحتاج إلى نظارة/عدسات لاصقة؟ نعم لا)

إذا كانت الإجابة بنعم على أيِّ مما سبق، يُرجى الشرح: _____

يُرجى ذكر الأدوية التي يتناولها ابنك حاليًا، وسبب تناولها:

الدواء: _____ السبب: _____

الدواء: _____ السبب: _____

توقيع الوالد/الوصي: _____ التاريخ: _____

يُرجى ملاحظة المعلومات التالية بشأن الفحوص الصحية في المدرسة

فحص البصر: يُفحص الأبناء عند دخول المدرسة، وفي الصفوف الدراسية: الأول، والثاني، والثالث، والرابع، والخامس، والسادس، والتاسع؛

فحص السمع: في مرحلة ما قبل الروضة، ومرحلة الروضة، والصف الأول، والصف الثاني، والصف الثالث أي طلبة جُند لم يخضعوا لفحص مُسبِّقٍ للسمع

فحص الأسنان: جمع طلبة مرحلة ما قبل الروضة إلى الصف الخامس حتى الصف السابع فحص الجَنَف: في الصفوف السادس والسابع والثامن

يُجري هذه الفحوص أشخاص مُدرَّبون على إجرائها. وإذا قرَّرتَ عدم إجراء أيِّ من هذه الفحوص في المدرسة، يجب عليك تقديم دليل مُقنع إلى مُمرَّضة المدرسة، يُبيد بأن الفحص/الاختبار ذاته قد أجراه مُقدِّم خدمات

الرعاية الصحية الخاص بالطالب خلال السنة أشهر السابقة. يُرجى تقديم هذه المستندات إلى مُمرَّضة المدرسة، بحلول الأول من شهر أكتوبر.

دائرة المدارس ببلدة نورث بروفيانس

مكتب الصحة

نموذج التفويض بتناول أدوية

اسم الطالب: _____

تاريخ الميلاد: _____ الصف الدراسي: _____ اسم المُعَلِّم: _____

تَصْرِفُ مُعَلِّمَةُ التَّمْرِیضِ الْمُعْتَمَدَةِ بِالمدرسة الأَدویة التَّالِیة عَلَی النُّحُو اللّازِمِ.

یَتَنَاوَلُ الطَّالِبُ جَرَعَةً "واحدة" من هذه الأَدویة، وَذَلِك طَبَقًا لِسیاسة الأَدویة المَعْمُولُ بِهَا فی بِلدَةِ نُورث بروفیدانس.

تایلنول (أسیتامینوفین أو ما یُعَادِلُهُ)

مورتن (ایبوبروفین أو ما یُعَادِلُهُ)

قرص أو قرصان من أقراص "تامز"

إِذَا كان ابْنُکُمْ ما یزال بِحاجة إلى تناول هذه الأَدویة بِشکلٍ مُنتَظِمٍ، فَسِیلِزِمُ تَقْدِیمُ تَفْوِیضٍ مُکْتَمِلٍ لِتَنَاوُلِ هذه الأَدویة بِبِلدَةِ نُورث بروفیدانس، وَذَلِك نَمُودَجٌ مُوافِقَةٌ مُوقَّعٌ مِنَ الطَّیِّبِ المُعالِجِ لِطالِبٍ. وَیَجِبُ أَنْ یُنْقَلَ هذه الأَدویة إلى المدرسة شَخْصًا بِالْعَیْ، عَلَی أَنْ تُکُونَ فی حَواِیةِ أَصْلِیةِ عَلَیْها فُصاَصَةٌ تُوضِّحُ اسمَ الطَّالِبِ.

تفویض الوالد/الوصی:

لَقَدْ قرأتُ سِیاسةَ الأَدویة المَعْمُولِ بِهَا فی بِلدَةِ نُورث بروفیدانس، وَفَهَمْتُها. وَأَطْلُبُ أَنْ یَتَنَاوَلَ ابْنِی الأَدویة المُبِیَّتَةَ أَعْلاه طَبَقًا لِما تُنصُّ عَلَیهِ هذه السِیاسة، وَأَفْهَمُ أَنْ المدرسة تُقدِّمُ خِدمةً، وَتُتَحَمَّلُ المَسْئُولِیةَ الكامِلةَ عَن أَیِّ آثارٍ جَانِیْبِیةٍ تُنتِجُ عَن التَّدَاوِیِ بِهذه الأَدویة.

مِلاحِظَةٌ: لَنْ یَتَنَاوَلَ ابْنُکُمْ أَیًّا مِنَ الأَدویة المُبِیَّتَةَ أَعْلاه إِلَّا بَعْدَ أَنْ یُضَمَّ إلى مِلفِهِ نَمُودَجُ التَفْوِیضِ بِتَنَاوُلِ الأَدویة، الَّذِی أَصْدَرَهُ مِکْتَبُ الصِّحَّةِ.

یُرجى ذِکرُ أَیِّ مِنَ أَمْرَاضِ الحِساسِیةِ:

اذکر أَیَّ حَالةٍ صِحِّیةٍ یَجِبُ أَنْ تُکُونَ مُعَلِّمَةُ التَّمْرِیضِ الْمُعْتَمَدَةِ بِالمدرسة عَلَی دِراِیةِ بِها:

التاریخ: _____

توقیع الوالد/الوصی: _____

نموذج المشاركة الرياضية