



تعليم الطفولة المبكرة أوراق التسجيل

اسم الطالب: _____ # الطالب: _____

الى الاباء / الاوصياء الاعزاء:

إذا تم تعيين طفلك بالفعل في الفصل الدراسي لتعليم الطفولة المبكرة :

المدرسة المعنية:

من أجل اكمال عملية التسجيل , يجب اكمال الاستمارات الموجودة في الحزمة , و اعادتها الى قسم الطفولة المبكرة قبل أن يبدأ طفلك المدرسة , يُرجى الملاحظة أنه يلزم توثيق الفحص الطبي الحالي خلال ال 12 شهر قبل البدء في البرنامج , و ننصح بشدة فحص الانسان أيضاً .

تتضمن الاستمارات الموجودة في الحزمة ما يلي :

ECE معلومات العائلة

ECE استمارة ترتيبات المواصلات

استمارة الفحص الطبي : يتم اكمالها من قبل الطبيب

استمارة فحص الانسان : يتم اكمالها من قبل طبيب الانسان

ECE أهلية أداة الفحص

الاهداف التنموية و التعليمية للارتقاء الى الجودة

جاهز للنجاح

يُرجى اعادة الاوراق مكتملة الى ecenrollment@columbus.k12.oh.us قبل اليوم الاول من الحضور .

يجب استيفاء جميع متطلبات التسجيل قبل أن يتم تسجيل طفلك رسمياً في برنامج الطفولة المبكرة , ليكون مؤهلاً لحضور الفصل , اذا كانت لديك أي أسئلة اتصل بمكتب تعليم الطفولة المبكرة على 614-365-5822 أو يُمكنك ارسال أسئلتك بالبريد الالكتروني في ECE للتسجيل على ecenrollment@columbus.k12.oh.us.

أفهم أنه يجب اكمال متطلبات التسجيل المذكورة أعلاه قبل أن يتم تسجيل طفلي رسمياً في برنامج تعليم الطفولة المبكرة و يكون مؤهلاً لحضور الفصل الدراسي .

التاريخ

الاباء/الاوصياء

من خلال النقر على المربع ، أقر بأن الاسم المكتوب أعلاه يُستخدم كتوقيع إلكتروني



Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

استمارة معلومات الاسرة

اسم الطفل
من هم في عائلة الطفل ؟
من هم الذين يعيشون مع الطفل في البيت ؟
هل هناك ترتيبات خاصة في العائلة ؟ مثل الابوة و الامومة المشتركة , يعيش في بيتين , أو مميزات أخرى للحضانة ؟ نعم _____ لا _____ تفاصيل اضافية ؟
هل هناك أي تغييرات أو انتقال أو أي خبرة قد مر بها طفلك أو يمر بها الان ؟ (الطلاق , بيت جديد , موت عضو في العائلة , أو صديق , أو حيوان أليف ؟ نعم _____ لا _____ تفاصيل اضافية ؟
الرجاء وضع دائرة على أفضل الكلمات التي تصف شخصية طفلك و سلوكه : نشيط , مغامر , محب , قلق , قائد , مشرق , مشغول , هادئ , مرح , قنوع , مبدع , فضولي , يزعج بسهولة , عاطفي , نشيط , منفعل , ودود , يتبع القواعد , سعيد , متردد , يحب البناء و الانشاء / الروتين , صارخ , محب , غير متحفظ , يحب اهتمام الكبار به , هادئ , حساس , جدي , مشارك بشكل جيد , اجتماعي , عفوي , عنيد أخرى:
هل هناك خصائص شخصية و سلوكية اضافية من المفيد أن نعرفها عن طفلك ؟

أي الأشياء التي تُخيف طفلك ؟ اذا نعم , ما هي ردة فعله/ فعلها ,و ماذا تعمل لتهدئتها أو تهدئته ؟	
ما الذي يجعل طفلك يشعر بالغضب و الاحباط ؟	
هل يذهب طفلك الى المرحاض بشكل مستقل ؟ هل طفلك بحاجة الى مساعدة للذهاب الى المرحاض ؟ اذا نعم ,كيف؟	
في أي ساعة عادة يذهب طفلك الى النوم ليلاً ,وأي ساعة يستيقظ صباحاً ؟	
في أي وقت ,و كم من الوقت يستغرق طفلك في قيلولته عادة ؟	
هل أنت و طفلك متحمسين بأنها / أنه تبدأ في هذا البرنامج ؟	
هل أنت و طفلك قلقون بأنها / أنه تبدأ في هذا البرنامج ؟	
ما هي توقعاتكم عن هذا البرنامج ؟	
ما هي المعلومات الاخرى التي من شأنها أن تكون مفيدة للموظفين الذين يقومون برعاية طفلك ؟	
توقيع الاباء / أولياء الامور	التاريخ



Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education

Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

قسم تعليم الطفولة المبكرة
ترتيبات المواصلات

الرجاء اكمال ما يلي لكل طلاب ECE :

أنا أفهم أن المواصلات ليست متوفرة لكل الطلاب في تعليم الطفولة المبكرة , الا اذا كان طفلي لديه خطة تعليمية فردية .

التاريخ

توقيع الاباء/أولياء الامور

ترتيبات المواصلات :من فضلك أشر الى أدناه

راكب السيارة _____

راكب باص الرعاية اليومية _____

ماشي على الاقدام _____

راكب الباص (الخيار متاح فقط للطلاب الذين لديهم خطة تعليمية فردية)

اذا كان النقل بالسيارة أو بالمشي على الاقدام الرجاء التزويد بقائمة البالغين الذين لديهم التفويض بأخذ الطفل ذهاباً و اياباً من المدرسة .

الهاتف

صلة القرابة

الاسم

الهاتف

صلة القرابة

الاسم

Pre-K Transportation Arrangements Form - ARABIC

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

الاهداف التنموية و التعليمية للارتقاء الى الجودة (SUTQ)

الآباء-الرجاء مساعدتنا في تطوير الهدف التعليمي لطفلك من خلال استكمال الاجزاء المظللة في هذه الاستمارة .سنراجعها معاً خلال اجتماعنا الاول لهذا العام .

اسم الطالب	
تاريخ الميلاد	
الاهداف التنموية / التعليمية ● يرجى تحديد هدفين على الأقل من الجزء على اليسار أو كتابة هدفك الخاص لطفلك	☐ أود أن يتسع انتباه طفلي الى مهمات أو أنشطة (من دون الاجهزة الالكترونية) ☐ اود أن تزداد مهارات طفلي في حل المشكلات و حل النزاعات . ☐ أرغب أن يلعب طفلي مع رفاقه في الصف وأن يُطور مهاراته الاجتماعية و العاطفية ,أي تعلم ادارة عواطفه و تنمية التعاطف مع الآخرين و اقامة علاقات ايجابية مع الآخرين و الحفاظ عليها . ☐ أود أن يقوم طفلي بتحسين مهارات المساعدة الذاتية و مهارات الاستقلال (ارتداء ملابسه بنفسه,الى آخره) ☐ أود أن يكون طفلي قادراً على العد من 1 الى 10 ☐ أود أن يعرف طفلي الابجدية و الحروف الموجودة في اسمه . ☐ أود أن يقوم طفلي بتحسين "كتابته" أو رسمه لمجموعة متنوعة من الاغراض . ☐ أود أن يزيد طفلي من قدرته على اتباع توجيهات أكثر تعقيداً ☐ أخرى: _____
خطوات العمل	● على الآباء اكمال استمارة "معلومات الاسرة " ● يراجع المعلم الاستمارة مع ولي الامر و يطرح أسئلة توضيحية . ● يُكمل المعلم المنهج الدراسي القائم على تقييمات خط الاساس لجميع البيانات الاضافية حول الاهداف المحتملة . ● يتفق ولي الامر و المعلم على هدفين تربويين / تنمويين بشكل تعاوني . ● يتم الابلاغ على التحسن المحرز نحو الاهداف في مؤتمرات الآباء/المعلمين و في بطاقات تقرير الطالب .
مسؤولية الشخص(الأشخاص)	مدرس الفصل , الوالد / الوصي , الوكالات الخارجية / شركاء المجتمع

Rev. 03.15.2019

☐ توقيتات مرئية ☐ لغة اضافية / كتب محو الامية , الالعاب , التقنية . ☐ الوقت المنتظر للاستقلالية ☐ التقنية ☐ كتب المهارات الاجتماعية و الموارد . ☐ تكرار الممارسة . ☐ مناهج متعددة الحواس للتعلم ☐ أخرى: _____	الموارد المحتاجة
	ملاحظات الاجتماع 1 و التقدم
	ملاحظات الاجتماع 2 و التقدم

مراجعة الاجتماع 1 :

توقيع المعلم : _____ التاريخ : _____

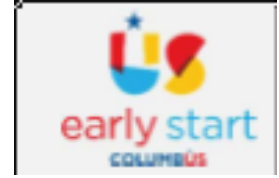
توقيع ولي الامر : _____ التاريخ : _____

مراجعة الاجتماع 2 :

توقيع المعلم : _____ التاريخ : _____

توقيع ولي الامر : _____ التاريخ : _____

Rev. 3.15.2019



جاهز للنجاح
تسريح للوالدين للحصول على معلومات الطفل
فحص للقراءة المبكرة و الحساب المبكر

يلتزم برنامج ما قبل المدرسة الابتدائية لدينا بدعم طفلك من خلال توفير خبرات التعلم المبكر التي ستساعده للاستعداد لصف الكنדרكاردن ,نحن نتشارك مع **ready4success** و مركز Crane لبحاث و سياسات الطفولة المبكرة في جامعة أهيو لتلقي المساعدة للقراءة المبكرة و الحساب المبكر من خلال التوقيع على استمارة الاذن ,سينتلقى معلم طفلك معلومات ستساعدنا في تخطيط الدروس التي ستدعم تعلم طفلك .

أمنح بموجب هذا الاذن (الاسم القانوني لطفلك)

أن يخضع لاختبار الاستعداد للقراءة و/ أو اختبار مهارات الحساب المبكرة لمرحلة ما قبل المدرسة في خريف العام الدراسي (قبل الفحص) و في ربيع العام الحالي (الفحص اللاحق) ,سيتم استخدام هذه المعلومات من قبل المعلم لتحديد الاستراتيجيات التعليمية التي ستساعد الطفل في القراءة المبكرة و الرياضيات المبكرة للتطوير .

بالاضافة الى ذلك قد يقوم فريق Ready 4 Success من مركز Crane باجراء العديد من الملاحظات المسجلة بالفيديو في الفصل الدراسي لطفلك من أجل دعم المعلمين في توفير تعليم جيد للرياضيات و القراءة و الكتابة في الفصول الدراسية لمرحلة ما قبل المدرسة سيتم استخدام أي أشرطة فيديو تم جمعها فقط للتدريب التعليمي لمعلم طفلك , لن يتم أبداً مشاركة أشرطة الفيديو علناً .

أعطي الاذن (اسم المزود) في مدارس مدينة كولمبوس

لمشاركة نتائج الفحص و المعلومات الاساسية (مثل تاريخ الميلاد, اللغة , العرق)مع المدرسة المستقبلية في كولمبوس و/ أو المدرسة المستلمة و اسمح أيضاً لمركز Crane لبحاث و سياسات الطفولة المبكرة بالحصول على معلومات تقييم استعداد طفلي الى صف الكنדרكاردن في مقاطعة المدرسة حتى نتمكن من مشاركة هذه النتائج مع برنامج طفلي في مرحلة ما قبل المدرسة من أجل التحسين . أفهم أن هذه المعلومات ستبقى سرية و لن يتم استخدامها الا لاجراءات التحسين من قبل البرنامج ,أفهم أن جميع المعلومات الشخصية ستبقى سرية .

تاريخ ميلاد الطفل

الاسم القانوني للطالب (الاول ,الوسط , الكنية)

اسم الاب/الوصي القانوني

(الرجاء الاولي) بالاضافة الى ذلك , أمنح الاذن لاستخدام صورة طفلي في ندوات التطور المهني ل **ready4success** لعرض تعلم طفلك و العمل مع معلمه و مدرب القراءة و الكتابة

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

تذكير طبي

وفقًا لإرشادات ترخيص المدارس الحكومية، يُطلب من كل طالب في مرحلة ما قبل المدرسة إحضار وثيقة تثبت فحصًا صحيًا للطفل أو فحصًا بدنيًا سنويًا أجري خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، بالإضافة إلى سجل تطعيمات مُحدَّث قبل بدء الدراسة. يجب على مقدم رعاية صحية مُرخَّص اكمال النموذج الطبي، بالإضافة إلى سجل التطعيمات.

إذا كان طفلكم بحاجة إلى فحص صحي أو تطعيمات، يُرجى التواصل مع مقدم الرعاية الصحية أو خدمات الصحة المدرسية بمستشفى Nationwide للأطفال على الرقم 614-355-2590 في أقرب وقت ممكن لحجز موعد. إذا راجع طفلك مستشفى Nationwide للأطفال خلال العام الماضي لإجراء فحص صحي، يُمكن للوالد/الوصي الوصول إلى هذه المعلومات عبر الإنترنت من خلال MyChart.

يمكنك إرسال وثنائى فحص الطفل الصحي/الفحص الطبي السنوي، بما في ذلك سجل التطعيمات، عبر البريد الإلكتروني إلى ECNurses@columbus.k12.oh.us، أو بالفاكس إلى 614-365-8745، أو إعادتها إلى معلم الفصل. نقبل نموذج CCS الطبي المرفق، أو نموذج ODJFS الطبي، أو أي وثيقة رسمية من مقدم الرعاية الصحية تثبت زيارة الطفل الصحي أو الفحص الطبي السنوي خلال 12 شهر الماضية.

يجب أن يكون لدينا توثيق للفحص البدني السنوي أو فحص العافية للطفل في الملف قبل أن يتمكن طفلك من البدء في حضور المدرسة.



COLUMBUS CITY SCHOOLS HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES

Preschool Medical Form

NOTE: All Pre-Kindergarten children entering Columbus City Schools are required to have medical and dental examinations within the current calendar year. This information is confidential and becomes a part of the student's cumulative record.

Name _____ Address _____
School _____ Grade _____ Room _____ Date of Birth _____

HEALTH SCREENING:

Height _____ Weight _____ Visual Acuity: Right _____ Left _____
Hearing Acuity: Right _____ Left _____
Date of Exam _____ Strabismus: _____ Color vision _____

IMMUNIZATION REQUIREMENTS:

Section 3313.671 of the Ohio Revised Code requires children of school age to be immunized against diphtheria, whooping cough, tetanus, polio, rubeola, rubella, mumps and Hepatitis B.

DtaP, DPT, DT					
Polio					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Hib					
TB Test		Results			
Other					
Other					

PHYSICAL EXAMINATION:

Surgical History:

Medical History:

Current medical diagnosis:

Allergies:

Medications:

Head and Neck _____
BP _____
Orthopedic _____
Chest _____ Heart _____
Lungs _____ Abdomen _____
Hernia _____ Extremities _____
Neurological _____
Behavioral/Emotional _____

Urinalysis	
Hemoglobin	
Sickle Cell	
Serum Lead	
Other Labs	

Please indicate any physical activity restrictions or required adaptations to physical education program:

Based upon this child's medical history and physical condition at the time of examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in an early childhood education program within Columbus City Schools.

Date of Exam _____ Health Care Provider Signature _____
Phone _____ Provider printed name or stamp _____

FAX Form to (614)365-8745

Rev. 03/2019

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities



**COLUMBUS CITY SCHOOLS
HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES**

**Dental Record
(To be completed by the dentist)**

SCHOOL _____

NAME _____

ADDRESS _____

PHONE # _____ BIRTHDATE _____

PARENT NAME _____

Child was examined on _____
(Date)

The following services have been performed: (*Please Check*)

Radiographs _____

Oral Prophylaxis _____

Fluoride Treatment _____

Restorations _____

The following statements are applicable: (*Please Check*)

All necessary services have been performed _____

No restorative services are required at this time _____

The child is in treatment and future
appointments have been arranged _____

_____, D.D.S.
Signature

Approved: Columbus Dental Society

**** Please fax completed form to the nurse at 614-365-8745 ****