

الطالب(ة): اسم العائلة \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_ الأوسط \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ الجنس \_\_\_\_\_ رقم بطاقة التعريف \_\_\_\_\_  
Student: Last Name First MI DOB Sex ID#

الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر (الذي يسكن الطالب معه): \_\_\_\_\_ صلة القربى \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian (Student resides with) Relationship

لغة الاتصال المفضلة لدى الوالد(ة): \_\_\_\_\_ المكتوبة \_\_\_\_\_ الشفهية \_\_\_\_\_  
Parent's Preferred Language of Communication: Written Oral

رقم هاتف المنزل \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_ الجوال \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_  
Home Telephone Work Telephone Cell No. E-mail

العنوان \_\_\_\_\_ الحي \_\_\_\_\_ الشقة \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
Address Borough Apt. ZIP

والد(ة) أو ولي(ة) الأمر آخر: \_\_\_\_\_ صلة القربى \_\_\_\_\_  
Other Parent/Guardian: Relationship

لغة الاتصال المفضلة لدى الوالد(ة): \_\_\_\_\_ المكتوبة \_\_\_\_\_ الشفهية \_\_\_\_\_  
Parent's Preferred Language of Communication: Written Oral

رقم هاتف المنزل \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_ الجوال \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_  
Home Telephone Work Telephone Cell No. E-mail

العنوان \_\_\_\_\_ الحي \_\_\_\_\_ الشقة \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
Address Borough Apt. ZIP

اذكر أندية أسماء ثلاثة (3) أشخاص يمكن الاتصال بهم في حالات الطوارئ أو إن كان الطفل مريضاً في المدرسة.  
List below names of three (3) persons who may be called in case of emergency or if child is sick in school.  
لن يتم تسليم الطفل إلا للأشخاص المذكورين في هذه البطاقة.

**CHILD WILL BE RELEASED ONLY TO PERSONS NAMED ON THIS CARD.**

الاسم _____	رقم الهاتف _____	صلة القربى _____
الاسم _____	رقم الهاتف _____	صلة القربى _____
الاسم _____	رقم الهاتف _____	صلة القربى _____
Name _____	Telephone _____	Relationship _____

في حال وجود شخص لا يحق له الوصول إلى الطفل، يُرجى الإشارة إليه:

If there is a person who may NOT HAVE ACCESS to child, please indicate:

الاسم \_\_\_\_\_ صلة القربى \_\_\_\_\_ هل هناك أمر حماية؟ نعم / Yes / لا / No  
Name Relationship Order of Protection Exists?

سيتم إخطار المدير كتابة عن أي تغييرات في المعلومات المذكورة في هذه البطاقة  
Principal will be notified in writing of any changes to information on this card

الصف \_\_\_\_\_ الفصل \_\_\_\_\_ غرفة رقم \_\_\_\_\_ المعلم \_\_\_\_\_  
Grade Class Room No. Teacher

**HEALTH INFORMATION / المعلومات الصحية**

اسم الطبيب/العيادة: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_  
Name of Physician/Clinic: Telephone

**Health Alert / تنبيهات صحية**

هل يعاني الطفل من أي حالة صحية قد تؤثر على مشاركته في أنشطة بدنية؟ نعم / Yes / لا / No  
Does child have any health condition that may affect participation in physical activities?

حالات القصور \_\_\_\_\_ (مثل صعود الدرج، المشاركة في الصالة الرياضية)  
Limitations (e.g., stair climbing, participation in gym)

**Allergies / الحساسيات**

خدمات بموجب أحكام الفقرة 504 في السنة الحالية؟ نعم / Yes / لا / No في السنة الماضية؟ نعم / Yes / لا / No  
Services provided under Section 504 of the current year? Previous Year?

لدى طفلي (ضع علامة X على كل ما ينطبق) تأمين صحي خاص \_\_\_\_\_ ميديكيد \_\_\_\_\_ ليس لديه أي تأمين صحي \_\_\_\_\_  
My child has (X on that apply) Private health insurance Medicaid No health insurance

في حال اختيار "ليس لديه أي تأمين صحي"، هل أنت مستعد للكشف عن معلومات الاتصال الخاصة بك في هذه البطاقة للتعرف على خيارات للتأمين؟ نعم / Yes / لا / No  
If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options?

في حال تعذر الاتصال بأي من المذكورين، ماذا تريد من المدرسة أن تفعل في حال مرض طفلك أو إصابته؟  
If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

ليكن معلوماً أنه في الحسم النهائي في حالة الطوارئ سيبقى الحكم لسلطات المدرسة.

سوف تكون توصيات الوالد(ة) المبينة أعلاه محل احترام قدر الإمكان.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

المدرسة التي يحضرها / School of Attendance	الاسم الأول / First Name	اسم العائلة / Last Name
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**FOR SCHOOL USE / لاستخدام المدرسة**

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record \_\_\_\_\_

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____