

استمارة التسجيل للفحص المبكر للطفولة

المعلومات العامة والتعليمات: يجب أن يتم إكمال الصفحة الأولى من استمارة التسجيل من قبل والد/ولي أمر الطفل. الصفحة الثانية يجب أن يكملها موظفو المنطقة التعليمية فقط. يرجى الطباعة أو التعبئة إلكترونياً

الاسم القانوني للطفل: (الاسم الأول، اسم الوالد، اللقب):

الاسم المستعار أو اسم آخر للطفل: (الاسم الأول، اسم الوالد، اللقب):

تاريخ ولادة الطفل: الجنس: ذكر : أنثى
الوالد أو ولي الأمر: الهاتف: صندوق البريد:
العنوان:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:
الوالد أو ولي الأمر: الهاتف: صندوق البريد:
العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

يرجى إكمال سؤال الانتماء العرقي أدناه: الأمريكيون الأصليون: شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية لأمريكا الشمالية ويحافظ على الهوية الثقافية من خلال الانتماء القبلي أو الاعتراف المجتمعي. (اختر خياراً واحداً)

لا، ليس من أصل أمريكي أصلي نعم، من أصل أمريكي أصلي

يرجى إكمال أسئلة الانتماء العرقي الفيدرالية أدناه. يمكنك اختيار أكثر من إجابة في الجزء ب. راجع أعلى الصفحة الثانية للحصول على تفاصيل حول كيفية إكمال هذا القسم.

الجزء أ - هل الطفل من أصل إسباني/لاتيني؟ (اختر واحداً)

لا، ليس من أصل إسباني/لاتيني نعم، من أصل إسباني/لاتيني

*الجزء ب - ما هو الانتماء العرقي لطفلك؟ (اختر كل ما ينطبق)

الأمريكيون الأصليون/سكان ألaska الأصليون آسيوي أفريقي/أمريكي أفريقي
سكان هاواي الأصليون/جزر المحيط الهادئ أبيض

معلومات عن اللغة المفضلة الأساسية و اللغة المفضلة الثانوية

ما هي اللغة التي تعلمها طفلك أولاً؟ الإنجليزية لغة أخرى (يرجى تحديدها)
ما هي اللغة الأكثر استخداماً في المنزل؟ الإنجليزية لغة أخرى (يرجى تحديدها)
ما هي اللغة التي يستخدمها طفلك عادة؟ الإنجليزية لغة أخرى (يرجى تحديدها)

معلومات عن الفحص السابق للصحة و النمو

هل تلقى طفلك فحصاً صحياً وتنموياً شاملاً كطفل في مرحلة ما قبل المدرسة أو الروضة (سن 3-5 سنوات)؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، ما هي تواريخ الفحص: مكان الفحص:

هل سبق أن تم تقييم طفلك للتعليم الخاص أو تلقى خدمات التعليم الخاص من خلال برنامج التعليم الفردي (IEP) أو خطة التعليم الفردية للأسرة (IFSP)؟

نعم لا

تأكيد صحة المعلومات أعلاه من قبل الوالد أو ولي الأمر

بموجب هذه الاستمارة، أنا أؤكد أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وحديثة حسب معرفتي

التاريخ

توقيع الوالد أو ولي الأمر

تعليمات وتعريفات لأسئلة الجزء أ والجزء ب عن العرق و الانتماء العرقي
السؤال في الجزء أ يتعلق بالانتماء العرقي، وليس العرق. بغض النظر عما يتم اختياره في الجزء أ، على والد الطفل أن يستمروا في الإجابة على السؤال في الجزء ب بالإشارة إلى عرق الطفل عن طريق تحديد مربع واحد أو أكثر.

الأمريكيون الأصليون أو سكان الاسكا الأصليون – شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في أمريكا الشمالية والجنوبية (بما في ذلك أمريكا الوسطى)، ويحافظ على الانتماء القبلي أو الارتباط المجتمعي.

الآسيوي – شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في الشرق الأقصى أو جنوب شرق آسيا أو شبه القارة الهندية، بما في ذلك، على سبيل المثال، كمبوديا، الصين، الهند، اليابان، كوريا، ماليزيا، باكستان، الفلبين، تايلاند وفيتنام.

أفريقي أو أفريقي أمريكي – شخص له أصول في أي من المجموعات العرقية السوداء في إفريقيا.

من أصل إسباني/لاتيني – شخص من أصل كوبي، مكسيكي، بورتوريكي، من أمريكا الجنوبية أو الوسطى أو من ثقافة إسبانية أخرى، بغض النظر عن العرق.

سكان هاواي الأصليون أو سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون – شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في هاواي، غوام، ساموا أو جزر المحيط الهادئ الأخرى.

أبيض – شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في أوروبا، الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY

Screening District Number and Type: _____

Screening Date: _____ Screening District Name: _____

Child's Resident District Name: _____

Resident Screening District Number and Type: _____

MARSS ID Number: _____

Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)

(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

___ 41 - Screening by District

___ 44 - Private Provider

___ 42 - Child and Teen Checkups/EPSTD

___ 43 - Head Start

___ 45 - Conscientious Objector, no screening

Check the **Primary** type of referral following the early childhood health and developmental screening using STATUS END CODES (SEC). Only one box may be checked. Must have a valid SEC for – STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use "no referral" SEC 60. (To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator.)

Status End Codes:

___ 60 - No referral

___ 64 - Referral to early childhood programs*

___ 61 - Referral to special education

(*School Readiness, Head Start, Early Childhood Family Education, family literacy)

___ 62 - Referral to health care provider

___ 65 – Referral offered, parent declined

___ 63 - Referral to special education AND health care provider

___ 66 - Rescreen planned

SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION

I hereby verify that the above information is true and current to the best of my knowledge.

School District Early Childhood Screening Coordinator Signature

Date