

مكتب الخدمات المجتمعية	رقم الهاتف
رقم تعريف العميل	التاريخ

بيان من المدرسة
Statement from School



القسم 1: يقوم العميل بتعبئة هذا القسم قبل تقديمه إلى المدرسة.

بموجب التوقيع هنا، أعطي تصريحًا للمدرسة باستكمال هذا النموذج من أجل قسم الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

اسمك	توقيعك	التاريخ
------	--------	---------

اسم المدرسة

اسم المدرسة المدينة الولاية الرمز البريدي

القسم 2: يقوم الشخص المسؤول عن الحضور/التسجيل في مكتب المدرسة بتعبئة هذا القسم.

أ. أكمل البيانات التالية لكل طالب من خلال حضور هذه العائلة إلى مدرستك.

اسم الطالب	تاريخ الميلاد	جدول المدرسة (يتضمن أيضًا الأيام والأوقات الدقيقة)	هل الطالب في صفوف تعليم خاص؟	هل يحرز الطالب تقدمًا مرضيًا في المدرسة؟	ما هو تاريخ تسجيل الطالب؟	إذا كان عمر الطالب 16 عامًا أو أكبر، فمتى يتوقع تخرجه؟
		<input type="checkbox"/> كامل الوقت <input type="checkbox"/> نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
		<input type="checkbox"/> كامل الوقت <input type="checkbox"/> نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
		<input type="checkbox"/> كامل الوقت <input type="checkbox"/> نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

ب. ما هو عنوان المنزل الذي لديك في الملف الخاص بالطالب؟

ج. أكمل البيانات التالية للأشخاص الذين من المفترض الاتصال بهم في حالة الطوارئ.

الاسم	علاقته بالطالب	العنوان (يتضمن المدينة والرمز البريدي)	رقم الهاتف

د. يُرجى تقديم المعلومات التالية في حال احتجنا الاتصال بك.

التوقيع	اسمك (يُرجى كتابته بوضوح)	تاريخ اليوم
العنوان	رقم الهاتف (يتضمن رمز المنطقة)	رقم الفاكس