|  |  |
| --- | --- |
| **Form 1- Parent Security Pass** | **نموذج 1- بطاقة مرور ولي الأمر** |
| Student’s Name: | **اسم الطالب:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Father’s name: اسم الأب: | Insert Father's photograph  ادرج صورة الأم: |
| Father’s mobile number: رقم جوال الأب: |
| Mother’s name: اسم الأم: | Insert Mother’s photograph  ادرج صورة الأم: |
| Mother’s mobile number: رقم جوال الأم: |
| Maid/Nanny’s Name: : اسم المربية/الخادمه | Insert Maid/Nanny’s photograph  ادرج صورة المربية / الخادمة: |
| Driver’s name: اسم السائق: | Insert Driver’s photograph  ادرج صورة السائق: |

Notes: maximum of 4 Security Passes can be issued per child. Additional and replacement for lost cards may be subject to a small fee (50aed). Parents Security Passes can be collected from the School Receptionist

ملاحظات: عدد 4 بطاقات هو الحد الأقصى للاصدار لكل طالب. سوف تكون هناك رسوم إضافية في حالة فقدان أ و استبدال البطاقات. يمكنكم الحصول على بطاقات المرور من موظف استقبال المدرسة بمقابل 50 درهم امارتي بدل فاقد او تالف.

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 2 - Student Health Record** | **نموذج 2 - سجل الطالب الصحي** |
| Student’s Name……………………………………………….  Date of birth…………………………………………………….  Student’s Entry Year Group ……………………….……  Mother’s name…………………………………………………  Mother’s mobile number: ………………………….……  Father’s name: …………………………………………………  Father’s mobile number: ………………………….………  Emergency contact name: ……………………….………  Emergency contact mobile number: ………….……  Medical Insurance Provider: ………………………….…  Doctor’s name: ……………………… …………………………  Doctor’s contact number: ………………………….……  Child’s eSIS number (if known) ………………………… | اسم الطالب:...........................................................  تاريخ الميلاد: ..........................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:**............  اسم الأم: ...............................................................  رقم تجوال الأم: .......................................................  اسم الأب: ..............................................................  رقم تجوال الأب : .....................................................  أسم المعني في حالة الطوارئ: .......................................  رقم تجوال المعني في حالة الطوارئ: ...............................  شركة التأمين الصحي: .................................................  اسم الطبيب: ..........................................................  هاتف الطبيب: ........................................................  رقم الطالب بأسيس ( في حالة معرفته): .......................... |
| **Medical History:**  Please attach a copy of your child’s immunization record with this form.  Please note according to Federal Law No (27) Of 1981 Concerning the Prevention of Communicable Diseases, Article 20 states, ‘all new born shall be vaccinated and immunized during the first year after birth against any of the following diseases (Tuberculosis, Poliomyelitis, Diphtheria, Tetanus, Whooping Cough and Measles). The Health Administration shall issue the regulations and orders and schedules, which shall regulate immunization and vaccination against the diseases enumerated in Para 1. of this article. The Health Administration shall issue orders and regulations for vaccination of children in the different stages of life’ and Article 21 ‘any one of the parents of the child or his guardian or anyone who support him shall be responsible for taking him to immunization and vaccination canters. School health doctors and school’s principals shall take the children who are under their supervision of vaccination and re-vaccination in accordance with the provisions of Para 2 and 3 of Article 20’.  Please note 3.4 of ADECs Admission and Registration guidelines, which states, ‘ADEC ensures that student vaccination cards are collected at the start of the school year as a mandatory part of the student registration and enrolment policy. If vaccination cards are not submitted or are incomplete, the unrecorded vaccinations will be considered as not administered and the School Nurse shall ensure administration of all catch-up vaccinations, with the provision of signed parental catch-up immunization Program Consent Form’. | **التاريخ الطبى:**  يرجى إرفاق نسخة من سجل تحصين طفلك بهذا النموذج  وفقا للقانون الاتحادي رقم (27) لسنة 1981 بشأن الوقاية من الأمراض المعدية، تنص المادة 20 على التالي:  يجب تطعيم وتحصين المواليد خلال العام الاول بعد الولادة ضد الامراض الآتية:( الدرن – شلل الاطفال – الدفتريا – الكزاز – السعال الديكي – الحصبة )  تصدر الادارة الصحية النظم واللوائح والجداول المنظمة للتحصين والتطعيم ضد الامراض المذكورة في البند السابق  تصدر الادارة الصحية النظم واللوائح لتطعيم الاطفال في مراحل العمر المختلفة .  يجوز للادارة الصحية الاضافة أو الحذف من أي من الامراض الواردة في البند 1 من هذه المادة .  كما تصدر هيئة الصحة أوامر ولوائح تطعيم الأطفال في مختلف مراحل الحياة وفقاً للمادة 21 " التي تنص على التالي:  يكون أي من والدي الطفل أو ولي أمره أو من يقوم بكفالته مسئولا عن تقديمه لمراكز التحصين والتطعيم .  يجب على أطباء الصحة المدرسية ومديري المدارس القيام بتقديم الاطفال الذين تحت اشرافهم للتطعيم واعادة التطعيم وفقا لاحكام البندين 2 و3 من المادة 20.  استناداً إلى دليل السياسات الصادر عن دائرة التعليم و المعرفة ، سياسة رقم 3.4 بشأن مبادئ القبول والتسجيل والتي تنص على تقديم بطاقات التطعيم الخاصة بالطلاب في بداية العام الدراسي كجزء إلزامي لتسجيل الطالب. في حالة عدم تقديم بطاقات التطعيم أو عدم اكتمالها، سيتم اعتبار أن التطعيمات الغير المسجلة غير مأخوذه ، ويجب على ممرضة المدرسة ضمان إدارة جميع اللقاحات اللاحقة، مع تقديم نموذج موقع من ولي الأمر بالموافقة على برنامج التحصين |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Form 2 continued - Student Health Record** | | **تابع نموذج 2 - سجل الطالب الصحي** | | | |
| **Immunisation Date/Pre-School Booster Dates** | | **تاريخ التطعيم/ تاريخ الدعم قبل المدرسة** | | | |
| Diphtheria, Pertussis & Tetanus (DPT) الدفتيريا، السعال الديكي والكزاز | 1st | 2nd | 3rd | 4-5 years |  |
| Polio (drops or injection)  شلل الأطفال (قطرات أو حقن) |  |  |  |  |  |
| Mumps, Measles & Rubella (MMR)  النكاف، الحصبة والحصبة الألمانية |  | |  |  |  |
| Tuberculin Skin Test (M)  اختبار السلين الجلد |  |  |  |  |  |
| BCG Vaccination  لقاح السل [بي سي جي) |  |  |  |  |  |
| Hepatitis B Vaccine  لقاح التهاب الكبد ب | Date: |  | Pos: | Neg: |  |
| Varicella Vaccine  لقاح الجدري المائي | Date: |  |  |  |  |
| Human Papilloma Virus Vaccine (girls) (الحليمي البشري (الفتيات لقاح الورم | Date: |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parental Signed Undertaking** | تعهّد وتوقيع وليّ الأمر |
| I hereby confirm that my child has not received childhood vaccinations and confirm that I understand that my child is required to obtain the required BCG Vaccination vaccinations during the school year and this shall be considered a condition for re-registration for the next school year. | **أحيطكم علمًا بأنّ ابني لم يحصل على اللّقاحات اللّازمة في مرحلة الطّفولة وعليه فأنا أؤكّد إدراكي التّامّ بضرورة حصول ابني على هذه اللّقاحات المطلوبة وذلك خلال العام الدّراسي والّذي يعدّ شرطًا من أجل إعادة تسجيله للعام الدّراسيّ القادم.** |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: .............................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ………………….………. التاريخ: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 2 continued - Student Health Record** | **تابع نموذج 2 - سجل الطالب الصحي** |
| **Please indicate with a tick if your child suffers from, or has had, any of the following:** | يرجى وضع إشارة إذا ما كان طفلكم يعاني من / أو عانى سابقًا من أحد الخيارات التّاليّة**:** |
| Asthma – which medication (if any): | **الربو – اسم الدواء ان وجد:** |
| Epilepsy | **الصرع** |
| Chicken Pox | **الجدري** |
| Measles | **الحصبة** |
| Eye / sight Problem | **اضطرابات النظر** |
| Glasses | **نظارات طبية** |
| Ear / Hearing Problem | **اضطرابات الأذن / السمع** |
| Eczema | **الاكزيما** |
| Heart Disorders | **اضطرابات قلبية** |
| Physical Disability | **اعاقة جسدية** |
| Diabetes | **السكري** |
| Other | **اخرى** |
| If you have ticked any of the above, please give more details: | **يرجى** يرجى إعطاء مزيد من التّفاصيل إذا وضعتم إشارة أمام أحد الأمراض المذكورة أعلاه: |
| Does your child have any medical condition that may affect their learning? If so, please give details: | يرجى إعطاء مزيد من التّفاصيل في حال كان لدى طفلك أيّ حالة طبيّة قد تؤثّر على تعلّمه؟ |
| Is your child allergic to any food, medicine etc.? Has this been confirmed by a Doctor? Please give details: | يرجى إعطاء مزيد من التّفاصيل إذا كان طفلكم يعاني من أيّ حساسيّة تجاه أنواع محدّدة من الطّعام؟ وهل تمّ تأكيد هذه الحساسيّة من الطّبيب؟ |
| Has your child ever had an infectious disease? E.g. hepatitis: | هل تعرض طفلكم لأيّ نوع من أنواع الأمراض المعديّة؟ كالتهاب الكبد الوبائيّ: |
| Has your child ever had an operation? If so, please give details: | يرجى إعطاء مزيد من التّفاصيل في حال تمّ إجراء أيّة عمليّة جراحيّة لطفلكم: |
| Is your child on any regular medication? If so, please give details: | يرجى إعطاء مزيد من التّفاصيل في حال كان طفلكم يأخذ أيّ نوع من الدّواء بشكل مستمرّ: |
| Is there anything the school should know regarding your child’s health that is not mentioned on this form? If so, please state: | هل هناك أشياء أخرى على المدرسة معرفتها فيما يتعلّق بصحّة طفلك و لم يرد ذكرها في هذا النّموذج؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى ذكرها بالتّفصيل |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: …………………….………. التاريخ: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 3 - School Health General consent form** | **نموذج 3 - موافقة عامة/ الصحة المدرسية** |
| Student’s Name: ...........................................  Student’s Entry Year Group: ......................... | اسم الطالب:..............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:............** |
| If your child is to be administered a medication from your doctor during school hours, it will only be given with completed appropriate documentation from the parents and doctor. If you give your child any medication before he / she comes to school, please inform the nurse.  Medication including paracetamol / Calpol etc. cannot be administered by the school nurse without prior permission from a parent / guardian. It is the parent’s responsibility to ensure that any change of contact numbers is provided to the school office without delay.  Students in years 1 to 12 will be routinely health screened by the school nurses, to include height, weight and basic vision checks, as per Health Authority Abu Dhabi (HAAD) requirements and HAAD notified of results. | نرجو منكم تزويدنا بكافّة الأوراق الضّرورية من الطّبيب المشرف على طفلكم إذا ما كان بحاجة لأخذ دواء معين خلال أوقات الدّوام المدرسيّ، وفي حال وجوب أخذ هذا الدّواء قبل قدوم الطّالب إلى المدرسة فنرجو منكم إبلاغ الممرّضة بذلك .  كما لا يمكن للطّالب الحصول على الأدوية المختلفة من ممرّضة المدرسة حتى وإن كانت كـأدوية الباراسيتامول paracetamol / أو كلبول Calpol وغيرها من الأدوية إلّا بإذن مسبق من وليّ الأمر، وعليه فإنّنا نهيب بأولياء الأمور تزويدنا بأرقام هواتفهم وإعلام المدرسة في حال تغيير هذه الأرقام دون أيّ تأخير حفاظًا على سلامة اطفالهم  كما سيكون هناك فحص دوريّ روتينيّ من قبل ممرّضات المدرسة لطّلاّبنا من الصّفّ الأوّل وحتّى الصّفّ الثّاني عشر والّذي سيشمل طول الطّالب ووزنه إضافة إلى فحص النّظر الأساسيّ وذلك تطبيقًا للوائح هيئة أبوظبي للصّحّة مع إطلاع الهيئة على نتائج تلك الفحوصات. |
| **Parental consent for Medical Issues** | **موافقة أولياء الأمور فيما يتعلّق بالحالات الطّبّيّة** |
| 1. I agree to my child receiving medical treatment and examination, including assessment of vital signs (e.g.: blood pressure, temperature, pulse, heart rate, respiratory rate, finger-prick blood sugar test) as required. 2. I agree to take my child to his / her doctor or health clinic for a medical examination / test, whenever such an examination, in the opinion of the Principal / Nurse, is considered to be necessary in the general interests of health and hygiene in the school and following this provide a certificate signed by a qualified practitioner. 3. In case of an accident or other emergency illness where I cannot be contacted as set down in the school procedure, I agree to the school taking appropriate action by contacting the emergency services or escorting my child to hospital.   4-I give consent for routine health checks to be carried out in accordance with Health Authority Abu Dhabi, School Screening Program for height , weight, vision Acuity, colour blindness ( for Grade 5)and results submitted to Health Authority Abu Dhabi. | 1. أوافق على تلقّي ابني للعلاج والفحوصات الطّبيّة الّتي تشمل قياس العلامات الحيويّة مثل: فحص ضغط الدّم و قياس درجة الحرارة و ضربات القلب ومعدّل التّنفّس إضافة إلى اختبار نسبة السّكّر في الدّم من خلال وخز الإصبع عند الحاجة لذلك. 2. أوافق على أن آخذ ابني لطبيبه المشرف عليه أو لمراجعة العيادات وذلك عندما يرى مدير المدرسة والممرّض المسؤول ضرورة لذلك حفاظًا على الصّحّة والسّلامة العامّة مع تزويد المدرسة بشهادة فحص طبيّ موقّعة من طبيب مؤهّل. 3. أوافق على اتّخاذ المدرسة لما تراه مناسبًا من إجراءات السّلامة عند تعرّض ابني لأيّ حادث كالاتّصال بقسم الطّوارئ أو نقله لأقرب مستشفى حتى وإن لم تتمكّن من التّواصل معي وفق السّياسة المتّبعة في المدرسة. 4. أوافق على إجراء الفحوصات الطّبيّة الرّوتينيّة والدّوريّة الّتي تقوم بها المدرسة وتشمل الاسعافات الاوليه ، قياس الوزن و الطول و فحص النظر والتطعيمات للطلبه المعنين،و إرسال النّتائج للهيئة الصّحيّة والّتي تنفّذ وفقًا لقوانين هيئة الصّحّة في أبوظبي. |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | |

Please note that we cannot be held responsible for any outstanding medical information or condition that has not been supplied. We can only act on the information supplied. It is the parents’ responsibility to inform the school of their child’s medical condition or allergies

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 4 - Parental Consent to Administer Emergency Medication** | **نموذج 4 -** موافقة وليّ الأمر على إعطاء الأدوية في حالات االطّوارئ |
| Student’s Name: ………………………….……………….  Date of birth: ………………………………………….…….  Student’s Entry Year Group: ………….………….…  Current year group: ……………………………………… | اسم الطالب: .............................................................  تاريخ الميلاد: ..............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:**:..............  االصف الحالي:............................................................. |
| **I consent that my child be given the appropriate medication in the following cases** | **أوافق على إعطاء ابني الأدويّة التّالية في حالات الطّوارئ المذكورة أدناه:** |
| 1. Administration of Epinephrine in an acute allergic reaction (anaphylactic shock) 2. Administration of Salbutamol Inhaler to control asthmatic symptoms 3. Administration of Oral Glucose for hypoglycaemia 4. Administration of Paracetamol to control mild to moderate pain and fever   Administration (topical) of Antihistamine Cream for allergic reaction | 1. دواء الأدرينالين في حالات ردّ الفعل التّحسّسيّ أو (الصّدمة التّحسّسيّة). 2. بخّاخ دواء سالبوتامول للتّحكّم في الأزمات التّنفّسيّة (الرّبو). 3. الجلوكوز عن طريق الفم عند نقص نسبة السّكّر في الدّم. 4. الباراسيتامول للتّحكّم بدرجة حرارة الجسم وبالآلام الخفيفة. 5. مراهم وكريمات مضادّات الحساسيّة الموضعيّة |
| Any precautions that school personnel need to know? (please give details in English) | \* ما هي الاحتياطات الّتي يجب على فريق المدرسة معرفتها عن حالة ابنكم؟ (الرّجاء إعطاء التّفاصيل باللّغة الإنجليزيّة) |
| Any contraindications (a drug or procedure should not be used). that school personnel need to know? (please give details in English) | \* هل هناك أي موانع صحيّة لدى ابنكم يجب على فريق المدرسة معرفتها؟ (الرّجاء إعطاء التّفاصيل باللّغة الإنجليزيّة) |
| What are possible reactions/side effects? (please give details in English) | \* ما هي الآثار الجانبية أو ردود الفعل المتوقّعة؟ (الرّجاء إعطاء التّفاصيل باللّغة الإنجليزيّة) |
| What should be done in the event of reaction/side effect? (please give details in English) | \* ما ينبغي القيام به في حال حدوث الآثار الجانبيّة أو ردود الفعل المتوقّعة؟ (الرّجاء إعطاء التّفاصيل باللّغة الإنجليزيّة |
| **\* Please circle the appropriate yes/no sentence below:** | **\* الرّجاء اختيار نعم/لا المناسب أدناه:** |
| **YES,** the above medication can be administered by a HAAD Licensed School Nurse / Physician in accordance with this standard and the relevant policies.  **NO** The above medication cannot be administered by a HAAD Licensed School Nurse | **نعم** أوافق على إعطاء ممرضة المدرسة المرخّصة من هيئة أبوظبي للصحّة الأدويّة المذكورة أعلاه لابني وذلك وفق السّياسات ذات الصّلة.  **لا**  أوافق على إعطء ابني الأدويّة المذكورة أعلاه من قبل ممرّضة المدرسة المرخّصة من هيئة أبوظبي للصّحّة. |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 5 - Additional Support Information** | **نموذج 5 - معلومات الدعم الإضافي** |
| Student’s Name: …………………………………………….  Date of birth: ………………………………………………….  Student’s Entry Year Group: ………………………….  Current year group: ……………………………………….. | اسم الطالب...................................................................  تاريخ الميلاد ..................................................................  الصف الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة..................  الصف الحالي:.................................................................... |
| **Additional Support** | الدعم الاضافي |
| Does your child have a physical disability?  If yes, please give details  ………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………..…………………………….. | هل يعاني طفلك من إعاقة جسدية؟  إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل  …............……………………………………………………………………..  ………………………………………………………..…………………………….. |
| Has your child ever been assessed by a qualified Psychiatrist, Psychologist or Therapist? If yes, please give details  ………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………………..…………………..… | هل تم تقييم طفلك من قبل طبيب نفسي مؤهل، طبيب نفساني أو معالج؟إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل  ………………………………………………………..…………………………….  ………………………………………………………..……………………………... |
| Has your child ever attended a qualified Psychiatrist, Psychologist or Therapist (Speech, Language, Occupational) for sessions? If yes, please give details  ………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………..…………………………….. | هل سبق أن حضر طفلك جلسة مع طبيب نفسي مؤهل أو ط  بيب نفساني أو معالج( خطاب، لغة، مهني ) ؟  إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل  …………………………………………………………………………….  ……......…………………………………………………………………. |
| In school, has your child ever received additional support for his/ her learning? If Yes, please give details  ………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………..…………………………….. | في المدرسة، هل تلقى طفلك أي وقت مضى دعما إضافيا لتعلمه؟ إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………. |
| If you answered yes to any of the above questions, please attach any related documents when you return this form.  We need to ensure that we can meet your child’s academic, social and emotional needs fully. Failure to disclose attendance at, or assessment by, a qualified Psychologist, Psychiatrist or Therapist may result in your child’s offer of a school place being withdrawn. | **إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة أعلاه، يرجى إرفاق الوثائق المؤيدة عند إعادة هذا النموذج.**  **نحن نسعي الى ضمان تلبية احتياجات طفلك الأكاديمية والاجتماعية والعاطفية تماما، ففي حالة عدم الكشف ما اذا كان طفلك قد زار أو تم تقيميه من قبل طبيب نفسي مؤهل، طبيب نفسي أو معالج سوف تكون النتيجة سحب المكان الذي تم عرضه لطفلك.** |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 6 - Consent Form for photography and images of children** | **نموذج 6 - الموافقة على الصور الفتوغرافية و صور الأطفال** |
| Student’s Name: .........................................  Student’s Entry Year Group: ............................ | اسم الطالب:...............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:.............** |
| During your child’s time at our schools, Aspen Heights School may wish to take photographs and / or video footage of activities that involve your child. These images may be used in our school brochure or in other printed publications that we produce, as well as on our website and our official social media sites, or on project display boards at our school. Video or webcam recordings may also be made for school-to-school conferences, monitoring or other educational use. Photography or filming will only take place with the permission of the Principal and under appropriate supervision.  From time to time, our school may be visited by the media who will take photographs or film footage of a visiting dignitary or other high profile event. Pupils will often appear in these images, which may appear in local or national newspapers, or on televised news programs. Photography or filming will only take place with the permission of the Principal and under appropriate supervision.  We request your permission to photograph or make any recordings of your child for promotional purposes. Please state below if you **do not give** permission for local media use – please note this may result in your child not being able to participate in school wide events. | أثناء تواجد طفلك في مدرسة آسبن هايس قد نرغب في التقاط بعض الصور الفوتوغرافية و / أو لقطات فيديو للأنشطة التي يشارك فيها الطفل. يمكن استخدام هذه الصور في كتيب المدرسة أو في مطبوعات أخرى تنتجها المدرسة، وكذلك يمكن تحميلها على موقعنا الالكتروني ومواقع وسائل الاعلام الاجتماعية الرسمية للمدرسة، أو على لوحات عرض المشروع الخاص بمدرستنا. كما يمكن إجراء تسجيلات فيديو قد يتم تبادلها بين مؤتمرات مدارس اخرى أو استخدامات تعليمية أخرى.ان التصوير الفوتوغرافي أو التسجيلي يكون فقط بإذن من مدير المدرسة و تحت إشراف مناسب.  في بعض الأحيان قد يقوم بزيارة مدرستنا بعض و سائل الإعلام أو فعاليات رفيعة المستوى، بدورها سوف تقوم بالتقاط بعض الصور أو لقطات تسجيلية و غالبا ما يظهر الطلاب في هذه الصور، و التي قد تظهر في الصحف المحلية أو الوطنية، أو على البرامج الإذاعية التلفزيونية. أن التصوير الفوتوغرافي أو التسجيلي سوف يتم بإذن من مدير المدرسة و تحت إشراف مناسب.  لذا نطلب إذنك للتصوير أو إجراء أي تسجيلات لطفلك لأغراض ترويجية. يرجى الذكر أدناه إذا **لم تمنح** الإذن لاستخدام الصور في وسائل الإعلام المحلية - عليه يرجى العلم أن هذا قد يؤدي إلى عدم تمكن طفلك من المشاركة في أحداث المدرسة. |
| **Conditions of use:**   1. This form is valid for the period of time your child attends the school and thereafter. 2. We will not use the personal details or full names (which means first name and family name) of any child or adult in a photographic image on video, on our website or in our school brochure, except in the school yearbooks. 3. We will not include personal e-mail or postal addresses, or telephone or fax numbers on video, on our website, in our school brochure or in other printed publications. 4. We may include pictures of pupils and teachers that have been drawn by the pupils. 5. We may use group or class photographs or footage with very general labels, such as “a science lesson” or “making decorations”. 6. We will not use potentially embarrassing or distressing images and images will not be associated with distressing or sensitive issues. 7. We will only use images of pupils who are suitably dressed.   I have read and understood the conditions above and agree to allow my child’s image to be used by the school.  I give permission for my child’s photograph to be used by the media (please tick) **YES 🞎 NO 🞎** | **شروط الاستخدام:**   1. هذا النموذج صالح للفترة الزمنية التي يداوم فيها طفلك في المدرسة وبعد ذلك 2. لن نستخدم التفاصيل الشخصية أو الأسماء الكاملة (أي الاسم الأول واسم العائلة) لأي طفل أو بالغ في صورة فوتوغرافية على الفيديو أو على موقعنا الإلكتروني أو في كتيب مدرستنا، باستثناء الكتب المدرسية. 3. لن نقوم بإدراج عناوين بريد إلكتروني أو بريدية شخصية أو أرقام هاتفية أو فاكس على الفيديو أو على موقعنا الإلكتروني أو في كتيب مدرستنا أو في منشورات مطبوعة أخرى. 4. قد نقوم بتضمين صور التلاميذ والمعلمين التي رسمها التلاميذ 5. قد نستخدم مجموعة أو فئة الصور أو لقطات مع تسميات عامة جدا، مثل "درس العلوم" أو "صنع الزينة". 6. نحن لن تستخدم الصور المحرجة أو الفاجعه أو الصور التي تكون مرتبطة مع قضايا مؤلمة أو حساسة 7. سوف نستخدم فقط صور التلاميذ الذين يرتدون ملابس مناسبة.   **لقد قرأت وفهمت الشروط المذكورة أعلاه وأوافق على السماح باستخدام صورة طفلي من قبل المدرسة.**  **أعطي الإذن لتصوير طفلي و لاستخدامها من قبل وسائل الإعلام**  **(يرجى وضع علامة) نعم 🞎 لا 🞎** |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | |
| **Form 7- Consent Form for Use of Photographic Devices at School Events by Parents, Guardians or Carers** | **نموذج 7 - استمارة الموافقة على استخدام أجهزة التصوير الفوتوغرافي في الأحداث المدرسية من قبل الآباء أو الأوصياء أو مقدمي الرعاية** |
| Student’s Name: .........................................  Student’s Entry Year Group: ............................ | اسم الطالب:...............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:.............** |
| At Aspen Heights our aim is to protect pupils, family and staff from inappropriate use of photographic images, whilst acknowledging that families wish to photograph or film their children at school events throughout their school career.  Parents / carers are welcome to take videos and digital images of their children at school events for their own personal use. To respect everyone’s privacy and in some cases protection, these images should not be published or made publicly available on social networking sites. Photographs or videos generated by parents at school events are for the sole use of the family concerned. They are not for display, distribution or any other purpose outside of that family.  Parents / carers should not comment on any activities involving other students in the digital / video images.  We therefore ask parents to sign this consent form. This will be retained on your child’s school records while they attend this school.  Parents need to understand that where they feel unable to agree to the statement limiting the taking and use of photographs for family purposes only, they will be prohibited from taking such photographs and videos in school.  Where parents feel unable to give consent for their child’s photograph to be taken during school activities by other parents in school, it will be necessary to exclude their child from certain school events and activities.  **I agree and acknowledge:**   1. I acknowledge the school statement and agree that any photos or videos I produce are for the sole use of my family. 2. I consent to my child being photographed during school activities by parents or other family members of other children who attend the school, in accordance with this school statement. 3. I understand that this consent form will be retained by the school until my child leaves this school. 4. I will ensure that all parties attending school events are aware of this policy and abide by the rules set out within it.   **I have read and understood the conditions above and agree to allow my child’s image to be used by the school.** | هدفنا في أسبن هايتس هو حماية الطلاب والعائلة والموظفين من الاستخدام غير المناسب للصور الفوتوغرافية، مع إقرار الأسر التي ترغب في تصوير أو تسجيل الأحداث الخاصة بأطفالهم طوال دوامهم في المدرسة.  نرحب بالآباء / مقدمي الرعاية باخذ الصور و التسجيلات الرقمية لأطفالهم في الأحداث المدرسية للاستخدام الشخصي الخاص بهم.  لاحترام خصوصية كل فرد حمايته ، لا ينبغي نشر هذه الصور أو إتاحتها للجمهور على مواقع الشبكات الاجتماعية. ان الصور الفوتوغرافية أو مقاطع الفيديو التي يتخذها الآباء في المناسبات المدرسية هي لاستخدام الأسرة المعنية فقط وليست للعرض أو التوزيع أو لأي غرض آخر خارج تلك العائلة.  يجب على الآباء / مقدمي الرعاية عدم التعليق على أي أنشطة تشمل الطلاب الآخرين في الصور الرقمية / الفيديو.  لذلك نطلب من الآباء توقيع نموذج الموافقة هذا و الذي سیتم الاحتفاظ به في سجلات المدرسة الخاصة بطفلك أثناء دوامهم في ھذه المدرسة.  أذا شعر الآباء بأنهم غير قادرين بالموافقة على البيان الذي يقيد أخذ الصور واستخدامها لأغراض عائلية فقط، أنه يحظر عليهم أخذ صور ومقاطع الفيديو في المدرسة.  أذا شعر الآباء بأنهم غير قادرين على إعطاء الموافقة على تصوير طفلهم من قبل أباء أخر في الانشطة المدرسية سيكون من الضروري استبعاد طفلهم من هذه الأنشطة المدرسية و الفاعليات.  أوافق وأقر:   1. أقر ببيان المدرسة وأوافق على أن أي صور أو مقاطع فيديو أنتجها هي للاستخدام عائلتي فقط. 2. أوافق على تصوير طفلي أثناء أنشطة المدرسة من قبل أباء أو أفراد عائلة لألطفال آخرين الذين يدوامون بالمدرسة، وفقا لبيان المدرسة. 3. أفھم أن استمارة ھذه ستحتفظ بھا المدرسة حتی یغادر طفلي ھذه المدرسة. 4. سوف أضمن ادراك هذه السياسيه لكل المرافقين معي في الفاعليات المدرسية وأن تلتزم بالقواعد الواردة فيها.   لقد قرأت وفهمت الشروط المذكورة أعلاه وأوافق على السماح باستخدام صورة طفلي من قبل المدرسة. |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Form 6 - Consent Form for photography and images of children** | | | **نموذج 6 - الموافقة على الصور الفتوغرافية و صور الأطفال** | |
| Student’s Name: .........................................  Student’s Entry Year Group: ............................ | | | اسم الطالب:...............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:.............** | |
| During your child’s time at our schools, Aspen Heights School may wish to take photographs and / or video footage of activities that involve your child. These images may be used in our school brochure or in other printed publications that we produce, as well as on our website and our official social media sites, or on project display boards at our school. Video or webcam recordings may also be made for school-to-school conferences, monitoring or other educational use. Photography or filming will only take place with the permission of the Principal and under appropriate supervision.  From time to time, our school may be visited by the media who will take photographs or film footage of a visiting dignitary or other high profile event. Pupils will often appear in these images, which may appear in local or national newspapers, or on televised news programs. Photography or filming will only take place with the permission of the Principal and under appropriate supervision.  We request your permission to photograph or make any recordings of your child for promotional purposes. Please state below if you **do not give** permission for local media use – please note this may result in your child not being able to participate in school wide events. | | | أثناء تواجد طفلك في مدرسة آسبن هايس قد نرغب في التقاط بعض الصور الفوتوغرافية و / أو لقطات فيديو للأنشطة التي يشارك فيها الطفل. يمكن استخدام هذه الصور في كتيب المدرسة أو في مطبوعات أخرى تنتجها المدرسة، وكذلك يمكن تحميلها على موقعنا الالكتروني ومواقع وسائل الاعلام الاجتماعية الرسمية للمدرسة، أو على لوحات عرض المشروع الخاص بمدرستنا. كما يمكن إجراء تسجيلات فيديو قد يتم تبادلها بين مؤتمرات مدارس اخرى أو استخدامات تعليمية أخرى.ان التصوير الفوتوغرافي أو التسجيلي يكون فقط بإذن من مدير المدرسة و تحت إشراف مناسب.  في بعض الأحيان قد يقوم بزيارة مدرستنا بعض و سائل الإعلام أو فعاليات رفيعة المستوى، بدورها سوف تقوم بالتقاط بعض الصور أو لقطات تسجيلية و غالبا ما يظهر الطلاب في هذه الصور، و التي قد تظهر في الصحف المحلية أو الوطنية، أو على البرامج الإذاعية التلفزيونية. أن التصوير الفوتوغرافي أو التسجيلي سوف يتم بإذن من مدير المدرسة و تحت إشراف مناسب.  لذا نطلب إذنك للتصوير أو إجراء أي تسجيلات لطفلك لأغراض ترويجية. يرجى الذكر أدناه إذا **لم تمنح** الإذن لاستخدام الصور في وسائل الإعلام المحلية - عليه يرجى العلم أن هذا قد يؤدي إلى عدم تمكن طفلك من المشاركة في أحداث المدرسة. | |
| **Conditions of use:**  1.This form is valid for the period of time your child attends the school and thereafter.  2.We will not use the personal details or full names (which means first name and family name) of any child or adult in a photographic image on video, on our website or in our school brochure, except in the school yearbooks.  3.We will not include personal e-mail or postal addresses, or telephone or fax numbers on video, on our website, in our school brochure or in other printed publications.  4.We may include pictures of pupils and teachers that have been drawn by the pupils.  5.We may use group or class photographs or footage with very general labels, such as “a science lesson” or “making decorations”.  6.We will not use potentially embarrassing or distressing images and images will not be associated with distressing or sensitive issues.  7.We will only use images of pupils who are suitably dressed.  I have read and understood the conditions above and agree to allow my child’s image to be used by the school.  I give permission for my child’s photograph to be used by the media (please tick) **YES 🞎 NO 🞎** | | | **شروط الاستخدام:**  1.هذا النموذج صالح للفترة الزمنية التي يداوم فيها طفلك في المدرسة وبعد ذلك  2. لن نستخدم التفاصيل الشخصية أو الأسماء الكاملة (أي الاسم الأول واسم العائلة) لأي طفل أو بالغ في صورة فوتوغرافية على الفيديو أو على موقعنا الإلكتروني أو في كتيب مدرستنا، باستثناء الكتب المدرسية.  **3.** لن نقوم بإدراج عناوين بريد إلكتروني أو بريدية شخصية أو أرقام هاتفية أو فاكس على الفيديو أو على موقعنا الإلكتروني أو في كتيب مدرستنا أو في منشورات مطبوعة أخرى.  4.قد نقوم بتضمين صور التلاميذ والمعلمين التي رسمها التلاميذ  5.قد نستخدم مجموعة أو فئة الصور أو لقطات مع تسميات عامة جدا، مثل "درس العلوم" أو "صنع الزينة".  6.نحن لن تستخدم الصور المحرجة أو الفاجعه أو الصور التي تكون مرتبطة مع قضايا مؤلمة أو حساسة  سوف نستخدم فقط صور التلاميذ الذين يرتدون ملابس مناسبة.  **لقد قرأت وفهمت الشروط المذكورة أعلاه وأوافق على السماح باستخدام صورة طفلي من قبل المدرسة.**  **أعطي الإذن لتصوير طفلي و لاستخدامها من قبل وسائل الإعلام**  **(يرجى وضع علامة) نعم 🞎 لا 🞎** | |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | | | | |
| **Form 8- Information and Communications Technology (ICTT)** | | | **نموذج 8 - ت المعلومات والاتصالات** | |
| Student’s Name: .........................................  Student’s Entry Year Group: ............................ | | | اسم الطالب:...............................................................  الصف **الدّراسيّ للطّالب عند التحاقة بالمدرسة:.............** | |
| Digital technologies have become integral to the lives of children and young people, both within schools and outside school. These technologies provide powerful tools, which open new opportunities for everyone. They can stimulate discussion, promote creativity and stimulate awareness of context to promote effective learning. Young people should have an entitlement to safe internet access at all times.  **This acceptable use policy is intended to ensure:**   * That young people will ‘think’ and be responsible users, staying safe while using the internet and other communication technologies for educational, personal and recreational use. * That school systems and users are protected from accidental or deliberate misuse that could put the security of the systems and users at risk. * That parents are aware of the importance of e-safety and are involved in the education and guidance of young people with regard to their on-line behaviour.   The school will make every effort to ensure that pupils will have good access to digital technologies to enhance their learning and will, in return, expect the pupils to agree to be responsible users. Each class will have their own set per child, of tablets (FS1 and FS2)/ chrome books (Y1 – Y6). Parents are requested to sign the permission form below to show their support of the school in this important aspect of the school’s work.  **Permission Form**  As the parent of the above pupil I give permission for my son / daughter to have access to the internet and to ICT systems at school.I understand that the school has discussed the acceptable use agreement with my son / daughter and that they have received, or will receive, e-safety education to help them understand the importance of safe use of technology and the internet – both in and out of school.  I understand that the school will take every reasonable precaution, including monitoring and filtering systems, to ensure that young people will be safe when they use the internet and ICT systems. I also understand that the school cannot ultimately be held responsible for the nature and content of materials accessed on the internet and using mobile technologies.  I understand that my son’s / daughter’s activity on the ICT systems will be monitored and that the school will contact me if they have concerns about any possible breaches of the acceptable use policy. All pupils have a responsibility towards the care and safe-keeping of any ICT equipment. Any misuse of school property will be investigated and acted on accordingly. I understand that where pupils damage equipment through inappropriate behaviour the responsibility for the cost repair or replacement will be passed on to their parent or guardian.  I will encourage my child to adopt safe use of the internet and digital technologies at home and will inform the school if I have concerns over my child’s e-safety. | | | أصبحت التقنية الرقمية جزءً لا يتجزء من حياة الأطفال و الشباب، سواء داخل المدراس أو خارجها. توفر هذة التتقنيات أدوات قوية تتيح فرص جديدة للجميع لتحفيز النقاش ، تعزيز الإبداع ، تحفيز الأدراك و ارتقاء التعلم. لذا ينبغي علي الصغار التمتع الآمن اثناء مرورهم بشبكة التصفح الالكتروني في جميع الاوقات.  تهدف سياسة الاستخدام المتفق عليها إلى ضمان ما يلي:   * أن يفكر الصغار بشكل مسؤول و ان أن يبقوا امنين أثناء استخدام شبكة التصفح الالكتروني و تقنية الاتصالات الآخرى التعليمية ، الشخصية و الترويجية. * حماية الانظمة المدرسية و المستخدمين من إساءة الاستخدام العرضية أو المتعمدة التي قد تعرض آمن الانطمة و المستخدمين للخطر. * أن يدرك الأباء أهمية السلامة الالكترونية و مشاركاتهم في تعزيز التوجيه السلوكي للصغار في استخدمات الأنتر نت.     ستبذل إدارة المدرسة قصار جهدها لضمان حصول الطلاب على فرص جيدة للوصول إلى التكنولوجيا الرقمية و على تعزيز تعلمهم، و في المقابل نتوقع إقرار الطلبة بأن يكونوا مستخدمون مسؤولون.  سوف يكون لكل طالب جهاز لوحي لكل صف في المرحلة التمهيدية الأولى و الثانية. و كتب الكترونية لطلاب المرحله الإبتدائية ( الأولى – السادسة)  نطلب من الآباء التوقيع على نموذج الإذن أدناه و إظهار دعمهم للمدرسة في هذا الجانب الهام.  نموذج الأذن:  بصفتي ولي أمر الطالب المذكور أعلاه، أعطي له الأذن لاستخدام الانترنت و أنظمة تقنية المعلومات بالمدرسة.  أدرك ان المدرسة ناقشت مع ابني/ ابنتي طريقة الاستخدام الالكتروني المقبول و الآمن . و انهم حصلوا أو سوف يحصلوا على مساعدة على فهم أهمية الاستخدام الآمن  للانترنت و تقنية المعلومات سواء داخل المدرسة أو خارجها.  أدرك أن المدرسة سوف تتخذ كل الاحتياطات ، بما في ذلك الرصد و نظم التصفية لضمان الاستخدام الآمن لتقنية المعلومات و الاتصالات من قبل الصغار . كما اعلم ان المدرسة لن تتحمل المسؤولية كاملة عن طبيعة و محتوى المواد التي يتم الوصول اليها عن طريق شبكة الانترنت و استخدام التقنيات الجوالة.  أدرك أن نشاط أبني أو أبنتي على أنظمة تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات سوف يتم رصده و أن المدرسة سوف تتواصل معي إذا كان لديهم مخاوف من وقوع أي مخالفة لسياسة الأستخدام المتفق عليها. و يتحمل الطلبة مسؤولية رعاية أجهزة تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات و حفظها بصوره أمنه.و سيتم التحقيق في أي سوء استخدام لممتلكات المدرسة و اتخاذ الاجراءت اللازمه.  أدرك أنه عند اضرار الطلاب لممتلكات المدرسة عن طريق سلوك غير ملائم سوف يتحمل الأباء/ ولي الأمر مسؤولية تكاليف، الاصلاح أو الاستبدال.  سأقوم بتشجيع ابني/ابنتي على الاستخدام الآمن للإنترنت والتقنيات الرقمية في المنزل، وسوف أقوم بتبليغ المدرسة إذا كان لدي أي مخاوف بشأن ذلك | |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: ...................................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ……………………….………. التاريخ: | | | | |
| **Form 9 - Home and School agreement:** | نموذج 9- اتفاقية المنزل و المدرسة | |
| Aspen Heights British School is a busy and welcoming community of learners who relentlessly strive to be the best they can be. We facilitate learning that is relevant, meaningful and fun, enabling children to make progress that they can be proud of.  Through our actions and teaching we encourage children to be respectful and courteous, consider the feelings of others and feel empowered and confident to work collaboratively to make a positive difference to our global community- now, and in the future.   * **Be kind and think of others.** * **Do your best and feel proud.** * **Work together and love learning.** * **Smile!**   **Children:**  To help me learn at school I will use our 4Cs:   * **Courtesy –** I will be polite and courteous to all, demonstrating good manners in both words and actions. I will show the same respect for all adults and children in our school community. * **Consideration –** I will think about the needs of others and their feelings, understanding the impact that my words and actions can have on others. * **Common Sense –** I will think first before I act and make any decisions. I will come to school ready to learn and have fun. * **Cooperation –** I will work together with my class-mates and adults in our school.   **Families:**  To support my children’s learning in school I will do my best to:   * Make sure my child arrives at school on time and is collected promptly. * Support the school behaviour policy and work with teachers to ensure my child is ready for learning. * Make sure that my child wears their full school uniform. * Encourage my child to bring a water bottle to school each day and to eat healthy food. * Attend Family Information Meetings and discussions about my child’s progress at school. * Support my child with his/her home learning activities, listen to my child read in English and Arabic) and wherever possible promote opportunities for home learning. * Ensure that my child goes to bed at a reasonable time during the week. * Engage in dialogue with the school about my child’s wellbeing and learning. | **مجتمع مدرسة أسبن هايتس البريطانية مجتمع مشغول ومرحب بالمتعلمين الذين يسعون بلا كلل إلى أن يكونوا الأفضل. نحن نقدم تعليم وثيق الصلة بالموضوع، ذو هدف ومتعة، مما يمكن الأطفال من إحراز تقدم يفتخروا به.**  **فنحن نشجع الأطفال من خلال أعمالنا وتعليمنا على أن يكونوا محترمين ومهذبين، وأن يحافظوا على مشاعر الآخرين و نشعرهم بالتمكن و الثقة في العمل بشكل تعاوني لإحداث تغيير إيجابي في مجتمعنا العالمي - الآن، وفي المستقبل.**   * كن حنون و فكر في الآخرين. * ابذل قصار جهدك و اشعر بالفخر. * أعمل معاً وحب التعليم. * ابتسم!   الأطفال:  **لمساعدتي في التعلم في المدرسة سوف أستخدم 4Cs:**  **•** المجاملة **- سوف أكون مهذبا مجاملاً مع جميع، مما يدل على حسن الأخلاق في الكلام و الافعال. وسوف أظهر نفس الاحترام لجميع البالغين والأطفال في مجتمعنا المدرسي.**  **•**  المراعاه **- سوف أفكر في احتياجات الآخرين ومشاعرهم، وأفهم تأثير كلامي وأفعالي على الآخرين.**  **•**  التفكير المنطقي **- سوف أفكر أولا قبل أن أتصرف واتخاذ أي قرارات. سأَتي إلى المدرسة على استعداد للتعلم والمتعة.**  **•**  التعاون **- سأعمل جنبا إلى جنب مع زملائي في الصف مع الكبار في مدرستنا.**  الأباء:  **لدعم تعلم أطفالي في المدرسة سأبذل قصارى جهدي ل:**  **• أتاكد من وصول طفلي إلى المدرسة في الوقت المحدد و اصطحابه على وجه السرعة.**  **• دعم سياسة سلوك بالمدرسة والعمل مع المعلمين لضمان استعداد طفلي للتعلم.**  **• أتأكد من ارتداء طفلي الزي المدرسي الكامل.**  **• تشجيع طفلي على جلب زجاجة ماء إلى المدرسة كل يوم و طعام صحي.**  **• حضور اجتماعات الأباء والمناقشات حول تقدم طفلي في المدرسة.**  **• دعم طفلي في أنشطة التعليم المنزلي، والاستماع إلى قراءة طفلي باللغتين الإنجليزية والعربية ، و تعزز فرص التعليم المنزلي بقدر الإمكان.**  **• التأكد من ذهاب طفلي إلى الفراش في وقت مناسب خلال الاسبوع.**  **• المشاركة في حوار مع المدرسة حول صلاح طفلي وتعلمه** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Form 9 continued - Home and School agreement:** | تابع نموذج 9 - اتفاقية المنزل و المدرسة |
| **School:**  To support your child’s learning and well-being in school, we will:   * Look after your child’s safety. * Endeavour to ensure all pupils make as much progress as possible and enjoy learning. * Deliver a balanced and carefully planned curriculum which meets with the needs of your child and curriculum requirements. * Engage in open dialogue with families about your child’s well-being and learning. * Provide home learning activities, and family workshops, to enable you to support your child’s learning at home. * Contact you if we are concerned about your child’s attendance and punctuality. * Keep you fully informed about your child’s progress and learning targets. * Welcome you as an integral part of our school community. | المدرسة:  **لدعم تعلم طفلك ورفاهه في المدرسة، سنقوم بما يلي:**  **• نعتني بسلامة طفلك.**  **• السعي لضمان حصول جميع التلاميذ على أكبر قدر ممكن من التقدم والتمتع بالتعلم.**  **• تقديم منهج متوازن ومخطط بعناية يلبي احتياجات طفلك ومتطلبات المناهج الدراسية.**  **• الانخراط في حوار مفتوح مع الأسر حول رفاه طفلك والتعلم.**  **• توفير أنشطة التعلم المنزلي، وورش العمل الأسرية، لتمكينك من دعم تعليم طفلك في المنزل.**  **• الاتصال بك إذا كنا نشعر بالقلق إزاء حضور طفلك ودقته في المواعيد المحددة.**  **• إبقاءكم على علم تام عن تقدم المحرز لطفلك و أهداف التعليم.**  **• نرحب بك كجزء لا يتجزأ من مجتمعنا المدرسي.** |
| Parent / Guardian – Full name اسم ولي الأمر: .............................................................  Parent / Guardian Signature: التوقيع: ................................. Date: ………………….………. التاريخ: | |