

St Monica's Primary School

استمارة التسجيل - الابتدائية

MELBOURNE
ARCHDIOCESE
CATHOLIC SCHOOLS



St Monica's Primary School هي مدرسة تعمل بموافقة رئيس الأساقفة الكاثوليكي في ملبورن وتمتلكها وتديرها وتنظمها مجموعة مدارس الأبرشية الكاثوليكية المحدودة في ملبورن (MACS).

تاريخ انتهاء التسجيل: (insert date)

يُرجى التأكد من إرفاق جميع المعلومات المعنية مع استمارة التسجيل هذه عند التقديم. يُرجى الاطلاع على قائمة التحقق المتعلقة بوثائق ولي الأمر/ الوصي/ أو مُقدم الرعاية في نهاية الاستمارة.

| استمارة التسجيل | |
|--|--|
| إسم الطالب: | |
| عنوان إقامة الطالب: | |
| هل لديك حالياً أطفال آخرون في هذه المدرسة: | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| الهاتف: | |

| OFFICE USE ONLY | Date received: | Birth certificate attached: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| | Enrolment date: | English as an Additional Language: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Start date: | House colour: | | |
| | Student ID: | VSN: | | |
| | Immunisation history statement attached: | Visa information attached (if relevant): | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| جهة الاتصال 1 للطالب (ولي الأمر /1 الوصي /1 مُقدم الرعاية 1) | | | |
|--|--|----------------|-----------------|
| اللقب: (د / السيد / السيدة / الأنسة) | اسم العائلة: | الاسم الأول: | |
| رقم المنزل: | اسم الشارع: | | |
| الضاحية/المنطقة: | الولاية: | الرمز البريدي: | |
| الهاتف: | المنزل: | العمل: | الهاتف المحمول: |
| الرقم صامت: . نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | | |
| خدمة الرسائل القصيرة (SMS): (لأغراض الطوارئ والتذكير) | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | |
| البريد الإلكتروني/الايمل: | | | |

| | |
|-------------------------------|---|
| صلة القرابة بالطالب: | |
| المتطلبات الحكومية | المهنة: ما هي مجموعة المهنة؟ (اختر من قائمة مجموعات المهن في فهرس مجموعات المهن في المدرسة) |
| الديانة: (اذكر الطقس/الشعيرة) | الجنسية: الأصل العرقي إذا لم تكن الولادة في أستراليا: |

بلد الولادة: أستراليا غيره (الرجاء التحديد):

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ما هي أعلى سنة دراسية أكملتها جهة الاتصال 1 (ولي الأمر/ الوصي /1 مُقَدِّم الرعاية 1) في المدرسة الابتدائية أو الثانوية؟ (للأشخاص الذين لم يلتحقوا بالمدرسة الثانوية مطلقاً، ضع علامة في مربع السنة 9 أو أقل) | | | |
| السنة 9 أو أقل | السنة 10 أو ما يعادلها | السنة 11 أو ما يعادلها | السنة 12 أو ما يعادلها |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|---|--------------------------|---------------------------|
| ما هو مستوى أعلى مؤهل أكملته جهة الاتصال 1 (ولي الأمر /1 الوصي /1 مُقَدِّم الرعاية 1) للطالب؟ | | | |
| لا يوجد مؤهل بعد المدرسة | الشهادة من 1 إلى 4 (بما في ذلك الشهادة المهنية/الحرفية) | دبلوم متقدم/ دبلوم | شهادة البكالوريوس أو أعلى |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

جهة اتصال 2 للطالب (ولي الأمر / 2 الوصي / 2 مُقَدِّم الرعاية 2)

| | | |
|--|--------------|-----------------|
| اللقب: (د / السيد / السيدة / الأنسة) | اسم العائلة: | الاسم الأول: |
| رقم المنزل: | اسم الشارع: | |
| الضاحية/المنطقة: | الولاية: | الرمز البريدي: |
| الهاتف: | المنزل: | العمل: |
| الهاتف المحمول: | | |
| الرقم صامت: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | |

خدمة الرسائل القصيرة (SMS): (لأغراض الطوارئ والتذكير) نعم لا

| |
|----------------------------|
| البريد الإلكتروني/الابميل: |
| صلة القرابة بالطالب: |

| | |
|-------------------------------|--|
| المتطلبات الحكومية | المهنة: ما هي مجموعة المهنة؟ (اختر من قائمة مجموعات المهن في فهرس مجموعات المهن في المدرسة) |
| الديانة: (اذكر الطقس/الشعيرة) | الجنسية: الأصل العرقي إذا لم تكن الولادة في أستراليا: |

بلد الولادة: أستراليا غيره (الرجاء التحديد):

| | | | |
|---|--|--|--|
| ما هي أعلى سنة دراسية أكملتها جهة الاتصال 2 (ولي الأمر/ الوصي /2 مُقَدِّم الرعاية 2) في المدرسة الابتدائية أو الثانوية؟ (للأشخاص الذين لم يلتحقوا بالمدرسة الثانوية مطلقاً، ضع علامة في مربع السنة 9 أو أقل) | | | |
|---|--|--|--|

السنة 9 أو أقل السنة 10 أو ما يعادلها السنة 11 أو ما يعادلها السنة 12 أو ما يعادلها

ما هو مستوى أعلى مؤهل أكملته جهة الاتصال 2 (ولي الأمر /2 الوصي /2 مُقدم الرعاية) للطلاب؟

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| لا يوجد مؤهل بعد المدرسة | الشهادة من 1 إلى 4 (بما في ذلك شهادة مهنية/حرفية) | دبلوم متقدم/ دبلوم | شهادة البكالوريوس أو أعلى |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

تفاصيل الطالب

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|
| اسم العائلة: | سنة الدخول (YYYY): | مستوى الدخول/الصف: |
| الإسم/الأسماء الأول: | | الإسم المفضل: |
| تاريخ الولادة: | الديانة: (اذكر الطقس/الشعيرة) | |
| ذكر: <input type="checkbox"/> | أنثى: <input type="checkbox"/> | غير محدد/ غير مسمى /X: <input type="checkbox"/> |

المدرسة السابقة/ الروضة

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| اسم وعنوان المدرسة السابقة/ الروضة: | | |
| أنا أعطي/ نعطي الإذن للمدرسة بالاتصال بالمدرسة السابقة أو الروضة ولجمع التقارير والمعلومات ذات الصلة لدعم التخطيط التعليمي: | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> (إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إكمال استمارة الموافقة على نقل المعلومات.) |

الجنسية

| | | |
|---|----------|-----------------|
| المتطلبات الحكومية | الجنسية: | الأصول العرقية: |
| في أي بلد ولد الطالب؟ <input type="checkbox"/> أستراليا <input type="checkbox"/> غيره (الرجاء التحديد): | | |

هل الطالب من السكان الأصليين أم من جزر مضيق توريس؟

(بالنسبة للأشخاص من السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس، ضع علامة "نعم" لكليهما)

لا نعم، من السكان الأصليين نعم، من جزر مضيق توريس

هل يتحدث الطالب أو جهات اتصاله (ولي الأمر (الوالدان) / الوصي (الأوصياء) / مُقدم (مُقدمي) الرعاية) لغة أخرى غير الإنجليزية في المنزل؟ ملاحظة: سجّل جميع اللغات المستخدمة.

| | | |
|--------|--|--|
| الطالب | جهة الاتصال 1 للطالب (ولي الأمر /1 الوصي /1 مُقدم الرعاية 1) | جهة الاتصال 2 للطالب (ولي الأمر /2 الوصي /2 مُقدم الرعاية 2) |
| لا | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| نعم | أخرى - الرجاء تحديد جميع اللغات | <input type="checkbox"/> |

في حالة عدم ولادته في أستراليا، حدّد حالة الجنسية*

الرجاء تحديد الفئة المناسبة أدناه وتسجيل رقم التأشيرة الفرعية وفقاً للمتطلبات الحكومية (يجب أن تطلع المدرسة على المستندات الأصلية وتحفظ بالنسخ عنها)

مواطن أسترالي لم يولد في أستراليا:

مواطن أسترالي (رقم جواز السفر الأسترالي أو رقم شهادة التجنس/ وثيقة السفر إذا لم تكن دولة الولادة أستراليا)

رقم جواز السفر الأسترالي:

رقم شهادة التجنس:

فئة التأشيرة الفرعية المُسجّلة عند الدخول إلى أستراليا:

تاريخ الوصول إلى أستراليا:

ليس مواطناً أسترالياً في الوقت الحالي، يرجى تقديم المزيد من التفاصيل حسب الاقتضاء أدناه:

مقيم دائم: (إذا تم تحديد هذا الخيار، سجّل رقم التأشيرة الفرعية)

مقيم مؤقت: (إذا تم تحديد هذا الخيار، سجّل رقم التأشيرة الفرعية)

غيره/ زائر/ طالب أجنبي: (إذا تم تحديد هذا الخيار، سجّل رقم التأشيرة الفرعية)

* الرجاء إرفاق التأشيرة / بطاقة ImmiCard / خطاب الإخطار وصفحة الصورة من جواز السفر

معلومات الأسرار المُقدّسة

| | | |
|-------------------------------|----------|-----------|
| العماد/المعمودية | التاريخ: | الأبرشية: |
| التثبيت | التاريخ: | الأبرشية: |
| التوبة/ الإعتراف | التاريخ: | الأبرشية: |
| القربان المُقدّس/ المناولة | التاريخ: | الأبرشية: |

الأبرشية/ الرعية التي يعيش فيها الطالب:

جهات الاتصال في حالات الطوارئ - بخلاف جهات اتصال الطلاب (ولي الأمر/ الوصي/ مُقدّم الرعاية)

| | |
|----------------------|----------------------|
| 1. الاسم: | 2. الاسم: |
| صلة القرابة بالطالب: | صلة القرابة بالطالب: |
| هاتف المنزل: | هاتف المنزل: |
| الهاتف المحمول: | الهاتف المحمول: |

| المعلومات الطبية | |
|---|---|
| اسم الطبيب: | |
| الهاتف: | |
| رقم المديكير: | رقم المرجع: |
| التأمين الصحي الخاص: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | اسم شركة التأمين: <input type="checkbox"/> الرقم: |
| الاشتراك بخدمة الإسعاف: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | الرقم: |
| بطاقة الرعاية الصحية: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | رقم بطاقة الرعاية الصحية: <input type="checkbox"/> تاريخ انتهاء الصلاحية: |
| الحالة الطبية: | |
| <p>يرجى تحديد الحالات الطبية التي يعاني منها الطالب، على سبيل المثال الربو والسكري والحساسية المفرطة و/ أو أي أدوية موصوفة للطالب. يجب تقديم خطة إدارة طبية موقعة من قبل الممارس الطبي المعني (طبيب / ممرضة) لكل حالة من الحالات الطبية المُدرجة.</p> <p>الرجاء إدراج تفاصيل محددة لأي نوع من أنواع الحساسية المعروفة التي لا تؤدي إلى الحساسية المفرطة، على سبيل المثال حمى القش، عشبة الجاودار/الشعير، فرو الحيوانات.</p> | |
| هل تم تشخيص حالة الطالب على أنه معرض لخطر الإصابة بالحساسية المفرطة؟ | |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | |
| إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لدى الطالب قلم حقن ايبينفرين أو أنابين؟ | |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | |

| التطعيمات (يرجى إرفاق بيان تاريخ التطعيم) | |
|---|--|
| يتم تسجيل جميع اللقاحات في سجل التطعيمات الأسترالي (AIR). يجب عليك الحصول على بيان تاريخ التطعيمات (قم بزيارة myGov) وتزويد المدرسة به مع استمارة التسجيل هذه. | بيان تاريخ التطعيمات مُرفق: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| إذا دخل الطالب إلى أستراليا بتأشيرة إنسانية، فهل خضع لفحص طبي للاجئين؟ | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم |

لغرض تلبية التزامات القيام بواجب الرعاية وتسهيل الانتقال السلس لطفلك إلى المدرسة، يرجى تقديم جميع المعلومات المطلوبة. سيساعد هذا المدرسة على تنفيذ التعديلات والاستراتيجيات المناسبة لتلبية الاحتياجات الخاصة لطفلك. إذا لم يتم تقديم المعلومات أو كانت غير كاملة أو غير صحيحة أو مضللة، فقد تتم مراجعة التسجيل الحالي أو الجاري.

احتياجات إضافية

هل طفلك مؤهل أو يتلقى حالياً دعم من البرنامج الوطني للتأمين ضد الإعاقة (NDIS)؟
 نعم لا

هل طفلك مُصاب بـ:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> التوحد (ASD) | <input type="checkbox"/> مخاوف سلوكية | <input type="checkbox"/> ضعف في السمع |
| <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية/ تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> مشاكل في الصحة العقلية | <input type="checkbox"/> اللغة الشفهية أو النطق / صعوبات في التواصل |
| <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه/ اضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط | <input type="checkbox"/> إصابة الدماغ المكتسبة | <input type="checkbox"/> ضعف في الرؤية |
| <input type="checkbox"/> الموهبة | <input type="checkbox"/> إعاقة جسدية | <input type="checkbox"/> حالة أخرى (الرجاء تحديدها) |

هل راجع طفلك من قبل:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> طبيب الأطفال | <input type="checkbox"/> أخصائي العلاج الطبيعي | <input type="checkbox"/> أخصائي السمعيات |
| <input type="checkbox"/> معالج نفسي/ استشاري | <input type="checkbox"/> أخصائي العلاج الوظيفي | <input type="checkbox"/> أخصائي النطق |
| <input type="checkbox"/> طبيب نفسي | <input type="checkbox"/> الممرضة (الممرض) | <input type="checkbox"/> أخصائي آخر (الرجاء التحديد) |
| | <input type="checkbox"/> المختصة بسلاسة البول | |

هل أرفقت كل المعلومات والتقارير المعنية؟

نعم لا

تفاصيل عن الإخوة المتحقين بمدرسة / روضة

أذكر جميع الأطفال في عائلتك المتحقين بالمدرسة أو الروضة (من الأكبر إلى الأصغر) - بما في ذلك مقدم الطلب:

| | | | |
|-------|-----------------|---------------------|---------------|
| الاسم | المدرسة/ الروضة | السنة الدراسية/الصف | تاريخ الولادة |
|-------|-----------------|---------------------|---------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ترتيبات الرعاية بالمنزل

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> العيش مع العائلة المباشرة | <input type="checkbox"/> الرعاية خارج المنزل |
| <input type="checkbox"/> الوصي/ مُقَدِّم الرعاية | <input type="checkbox"/> مشاركة التربية، مثلاً أسبوع واحد مع كل والد/والدة: أيام مع ولي الأمر 1/ الوصي 1/ مُقَدِّم الرعاية 1 أيام مع ولي الأمر 2/ الوصي 2/ مُقَدِّم الرعاية 2 |
| <input type="checkbox"/> الرعاية من الأقرباء | <input type="checkbox"/> أخرى (الرجاء التحديد) |

أوامر المحكمة أو الأوامر القضائية المتعلقة بتربية الأطفال (إذا انطبقت)

هل توجد حالياً أي أوامر من المحكمة أو أوامر قضائية متعلقة نعم لا
بتربية الأطفال تتعلق بالطالب؟

إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب تقديم نسخ من أوامر المحكمة / الأوامر القضائية المتعلقة بتربية الأطفال (على سبيل المثال أوامر عدم التدخل أو أوامر من محكمة الأسرة / محكمة الصلح الفيدرالية أو أوامر من محكمة أخرى ذات صلة).

هل هناك أي معلومات أخرى ترغب في أن تكون المدرسة على علم بها؟

تفاصيل العائلة

إلى من يُرسل حساب الرسوم والضرائب المدرسية؟

| اسم العائلة | الاسم الأول | العنوان والبريد الإلكتروني | الهاتف | صلة القرابة بالطالب |
|-------------|-------------|----------------------------|--------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |

يرجى ملاحظة أن إكمال استمارة التسجيل هذه والتوقيع عليها وتقديمها هو شرط مسبق للنظر في تسجيل طفلك في المدرسة، إلا أنه لا يضمن التسجيل. يتم إضفاء الصيغة الرسمية على التسجيل بعد توقيع اتفاقية التسجيل، بعد موافقة المدرسة على التسجيل. يرجى الرجوع إلى شروط وأحكام اتفاقية التسجيل للحصول على المزيد من التفاصيل وشرح الشروط والأحكام التي ستطبق على التسجيل في المدرسة، بمجرد عرضها وقبولها.

| | |
|----------|---|
| التاريخ: | جهة الاتصال 1 للطالب توقيع ولي الأمر / 1 الوصي / 1 مُقدم الرعاية 1: |
| التاريخ: | جهة اتصال 2 للطالب توقيع ولي الأمر / 2 الوصي / 2 مقدم الرعاية 2: |

ملاحظة: تقدم حكومة ولاية فيكتوريا الإرشادات التالية فيما يتعلق بمتطلبات القبول:

الموافقة

توقيع:

- ولي الأمر كما هو مُعرف في قانون الأسرة لعام 1975
- ملاحظة: في حالة عدم وجود أمر محكمة رهن، يتحمل كل من والدي الطفل الذي لم يبلغ 18 عاماً مسؤولية متساوية في تربية الأطفال.
- كلا الوالدين للوالدين المنفصلين، أو نسخة من أمر المحكمة إذا كان لديه أي تأثير على العلاقة بين الأسرة والمدرسة
- مُقدم رعاية غير رسمي، مع إقرار قانوني. مُقدمو الرعاية:
 - قد يكون قريباً أو مُقدم رعاية آخر
 - يقدم رعاية يومية للطالب ويعيش الطالب معه بصورة منتظمة
 - قد يقدم أي موافقة أخرى مطلوبة، على سبيل المثال للرحلات المدرسية.

ملاحظات لمُقدم الرعاية غير الرسمي:

- تكون القرارات القانونية سارية لمدة 12 شهراً
- تسود رغبات أحد الوالدين في حالة حدوث نزاع بين أحد الوالدين المسؤول قانونياً عن الطالب ومُقدم الرعاية غير الرسمي.

إخلاء المسؤولية: سيتم الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية واستخدامها والإفصاح عنها وفقاً لإشعار جمع المعلومات المتعلق بالخصوصية للمدرسة وسياسة الخصوصية المرفقة بحزمة التسجيل هذه والمتاحة على الموقع الإلكتروني <https://www.stmonicasmp.catholic.edu.au>

قائمة التحقق المتعلقة بوثائق ولي الأمر/ الوصي/مقدم الرعاية

يرجى التأكد من إرفاق المستندات التالية باستمرار طلب التسجيل (كما ينطبق على طفلك):

| | |
|---|--------------------------|
| شهادة الولادة | <input type="checkbox"/> |
| بيان تاريخ التطعيمات | <input type="checkbox"/> |
| شهادة العماد | <input type="checkbox"/> |
| الموافقة على الاتصال بالمدرسة السابقة أو الروضة | <input type="checkbox"/> |
| رقم جواز السفر الأسترالي أو شهادة التجنس/ وثيقة السفر إذا لم يكن بلد الميلاد أستراليا | <input type="checkbox"/> |
| معلومات التأشيرة – تأشيرة /بطاقة ImmiCard/ خطاب الإخطار وصفحة الصورة من جواز السفر | <input type="checkbox"/> |
| خطة الإدارة الطبية موقعة من قبل ممارس طبي معني | <input type="checkbox"/> |
| جميع المعلومات والتقارير المعنية والمتعلقة بالاحتياجات الإضافية لطفلك | <input type="checkbox"/> |
| أي أوامر محكمة حالية أو أوامر قضائية متعلقة بتربية الأطفال تتعلق بطفلك | <input type="checkbox"/> |
| أي معلومات إضافية ترغب في أن تكون المدرسة على علم بها | <input type="checkbox"/> |