| قم بالتأشير هنا للتأكيد على أن عمرك يتجاوز 18 عامًا وأنك والد/والدة، أو فرد في أسرة أو مقدم رعاية لديه سلطة لتسجيل طفله. | * أنا
 |  |
| --- | --- | --- |
| **معلومات عن الطفل** |
| هل شارك طفلك في Springboard من قبل؟ | * نعم
 | * لا
 |
| الاسم الأول للطفل: | الاسم الأخير للطفل: |
| تاريخ ميلاد طفلي (شهر/يوم/سنة) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| جنس طفلي هو:  | * نعم
* لا
 | * أفضّل ألا أقول
 |
| هل عرق طفلك هسباني أم لاتيني؟ | * ذكر
* أنثى
 | * غير ثنائي
* أفضّل ألا أقول
 |
| عرق/إثنية طفلي هي **[اختر كل ما ينطبق]:** | * أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين
* من أصل آسيوي
* من أصل أسود أو أمريكي أفريقي
* من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادي الأخرى
 | * من أصل أبيض
* عِرق أو أصل آخر: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* أفضّل ألا أقول
 |
| للمشاركين في العام الدراسي، ما هو صف طفلك في العام الدراسي الحالي؟للمشاركين في الصيف، ما هو صف طفلك في العام الدراسي المقبل؟ | * ما قبل الروضة/ مرحلة الروضة الانتقالية
* الروضة
* الصف الأول
* الصف الثاني
* الصف الثالث
 | * الصف الرابع
* الصف الخامس
* الصف السادس
* الصف السابع
* الصف الثامن
 |
| ما هو الصف الذي **كان** طفلك ملتحقًا به خلال العام الدراسي السابق؟ | * ما قبل الروضة/ مرحلة الروضة الانتقالية
* الروضة
* الصف الأول
* الصف الثاني
* الصف الثالث
 | * الصف الرابع
* الصف الخامس
* الصف السادس
* الصف السابع
* الصف الثامن
 |
| اسم المدرسة التي يرتادها طفلك: | اكتب اسم المنطقة التعليمية/الشبكة: |
| رقم الطالب |
| هل يتلقى طفلك/ابنك الطالب حاليًا خدمات التعليم المتخصص (برنامج التعليم الفردي IEP) ( و/أو خطط 504)؟ *يُرجى العلم بأن هذه المعلومات ستُستخدم لتحسين تكافؤ الخبرات المكتسبة من البرنامج لجميع الطلاب.*  | * نعم
* لا
 | * لا أعرف
* أفضّل ألا أقول
 |
| هل يتلقى طفلك/ الطالب خدمات برنامج ESL/ ESOL/ ELL (متعلمي اللغة الإنجليزية)؟ *يرجى ملاحظة أن هذه المعلومات لن تغير البرنامج لطفلك. فستُستخدم لتحسين الخبرات المكتسبة من البرنامج لجميع الطلاب في المستقبل.* | * نعم
* لا
 | * لا أعرف
* أفضّل ألا أقول
 |
| **بيانات الوالدين/ الوصي** |
| الاسم الأول: | الاسم الأخير: |
|
| رقم الهاتف المحمول: | البريد الإلكتروني:مهم: الرجاء تقديم عنوان بريد إلكتروني صحيح كي تتمكن من استلام جوائز البرمجة الرقمية إذا كان طفلك مؤهلاً لها. |
| عنوان الشارع: |
| المدينة:  | الولاية: | الرمز البريدي: |
| ولي الأمر/ الوصي الإضافي | رقم هاتف الوصي الإضافي: |
| في المنزل، عادةً ما تتحدث أسرتنا: |
| **موافقة على استخدام مؤسسة Springboard لصورة طفلك وتسجيله الصوتي واسمه الأول**أمنح الإذن بنشر وتوزيع أي صورة أو صورة شخصية أو اقتباسات رقمية أو تسجيل صوتي أو مقطع فيديو أو تسجيلات أخرى، في جميع الأشكال، والاسم الأول لطفلي في أي وسائط لأغراض ترويجية أو إعلامية تتعلق بمؤسسة Springboard Collaborative. وأُدرك إنه لا يمكن أن تُفرض علي أي أتعاب أو رسوم أو تعويضات أخرى مستحقة للدفع بسبب هذا الاستخدام. | الأحرف الأولى هنا: |
| **موافقة على مراسلة Springboard لك**أوافق على تلقي رسائل نصية من مؤسسة Springboard Collaborative، بما في ذلك تذكيرات بورش العمل وتذكيرات بمواعيد القراءة ونصائح من Springboard Connect واستبيانات. يمكنني التوقف عن تلقي هذه الرسائل في أي وقت عن طريق إرسال رسالة نصية بكلمة "**إيقاف**" (STOP). أوافق على [شروط وأحكام](https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vQnMHrbJU6S1AA9njbuFq6d2_c4IxoQkwnXUwlUV_l2tDHxG2RnSHPzFnxHAARYAnbKDsEuwVMbcfDT/pub) Connect و[سياسة الخصوصية الخاصة بها](https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vSbYRLxoRjG4hu71jYbGl_qwwyh7ZQcZrRW-FFjgM0va9nkLEJOlrh2TSOASAqY9YCiLpnkj-Cyzn7X/pub) | الأحرف الأولى هنا: |
| **اتفاقية استخدام البيانات**أمنح مؤسسة Springboard الإذن باستخدام المعلومات الواردة في هذا النموذج والمستمدة من مشاركة أسرتي في هذا البرنامج وذلك (1) لضمان قدرتي على الانخراط في البرنامج (أي، تسجيل حضور أسرتي وبيانات تقييم الطالب) و(2) تقديم تقرير بنتائج هذا البرنامج. أعلم أن مؤسسة Springboard ستحذف أي معلومات تحدد هوية أسرتي عند إعداد هذه التقارير، مثل أسمائنا أو معلومات الاتصال الخاصة بنا. أدرك أنه يحق لي بعد انتهاء البرنامج طلب حذف معلوماتي من نظام بيانات Springboard عن طريق التواصل مع Springboard مباشرةً. | الأحرف الأولى هنا: |
| **اتفاقية الوالدين**أفهم طبيعة برنامج Springboard Collaborative وأن المشاركة فيه طوعية. وأُدرك أن Springboard Collaborative ليست مسؤولة عن أي فقد أو تلف أو مرض أو إصابة تقع لشخص أو ملكية نتيجة للمشاركة في البرنامج. وبموجبه أعفي وأخلي مسؤولية Springboard Collaborative ومسؤوليها وموظفيها ووكلائها والمتطوعين لديها من أي وجميع المطالبات الخاصة بإصابة أو مرض أو وفاة أو فقد أو تلف ناتج من أنشطة البرنامج. | * نعم
* لا
 |
| هل ترغب في أن يتم الاتصال بك لإطلاعك على الفرص المستقبلية لمشاركة تعليقاتك واقتراحاتك لتحسين برامجنا؟ | * نعم
* لا
 |
| التوقيع: |
| اسمك الكامل: | العلاقة بالدارس (الدارسين): |