

GUILFORD COUNTY FIELD TRIP INFORMATION/PERMISSION SLIP

معلومات عن رحلة مدرسية في محافظة جيلفورد \ استمارة موافقة

اسم المدرسة : مدرسة الوافدين الجدد

قد تم التحضير لرحلة مدرسية بهدف إغناء تجربة الطلاب المشاركين. تقام الرحلة المدرسية عادة كتنشيط تعليمي بعد إتمام برنامج تعليمي بالمدرسة. لايسمح للطلاب بالذهاب إلى الرحلة إلا بموافقة الوالد أو ولي الأمر. بناءً على قانون نورث كارولينا، المدرسة مسؤولة عن الطلاب، في حال حدوث إي حادث. سيتم الإتصال بالأباء مباشرةً. الأب أو الأمر مسؤول عن التكاليف الطبية. سلوك الطالب أثناء الرحلة ذو أهمية كبيرة. يتوقع من الطالب أن يظهر أضل سلوك. للأسف، من الممكن أن يؤدي سلوك غير لائق من الطالب إلى عقاب مدرسي. في بعض الحالات القصوى من الممكن إعادة الطالب إلى المنزل فلى نفقة الوالدين.

التفاصيل التالية مزودة لإعلامكم:

المكان المقصود: _____
المعلمة المشرفة: _____
تاريخ الذهاب: _____ الوقت: _____
تاريخ العودة: _____ الوقت: _____
وسيلة النقل: _____
معلومات أخرى: _____
الكلفة المادية: _____
الترتيب للوجبة الغذائية: _____

الأباء: نرجو منكم إبقاء الجزء الأعلى من هذه الإستمارة كمرجع لكم. نرجو إكمال المعلومات ادناه، ثم قص الورقة على الخط المنقط، ثم إعادتها إلى المدرسة بتاريخ: _____

PARENTAL FIELD TRIP CONSENT FORM

استمارة موافقة للذهاب إلى الرحلة المدرسية

المكان المقصود: _____
المعلمة المشرفة: _____

أنا أشهد بأن: (اسم الطالب) _____ مسموح له بالذهاب إلى الرحلة تبعاً لكل الشروط الموضحة أعلاه و أنا مسؤول عن كل التكاليف المادية. أسمح بما يلي بالنسبة لتناول الدواء أثناء الرحلة. ضع إشارة بجانب العبارة الموافق عليها. _____
لاأسمح بأخذ أي دواء _____
أسمح بأخذ الدواء حسب الإستمارة الموجودة حالياً في المدرسة. _____
أسمح بأخذ الدواء تبعاً للمعلومات الموضحة بالإستمارة المرفقة (يجب تعبئة استمارة تناول الدواء خاصة توضح أخذ الدواء خارج وقت يوم المدرسي المعتاد. _____

توقيع الأب: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

تاريخ ميلاد الطالب: _____

اسم الطبيب: _____ رقم الهاتف _____

شركة التأمين الصحي: _____

رقم التأمين: _____

إذا لم يكن بالإمكان الإتصال بالأب في حال الطوارئ. نرجو تزويدنا باسم و رقم هاتف لشخص آخر (صديق أو قريب) .

الإسم: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____ التاريخ _____