

توانا بود هر که دانا بود



مکتب اندیشه

ANDISHA COMMUNITY  
LANGUAGE SCHOOL



# مکتب اندیشه

توانا بود هر که دانا بود



## ANDISHA COMMUNITY LANGUAGE SCHOOL

شماره شناسایی متعلم Student ID number

**Important:** Please read the information on page 4 before completing this Enrolment Form.

نوٹ: لطفاً قبل از خانه پوری فورمه، قوانین و مقررات مربوط به محرمانه بودن معلومات را که در صفحه 4 درج میباشد به دقت بخوانید.

بخش 1 - مشخصات متعلم Section 1- Student Details			
Surname	تخلص	Name of other sibling (s) at the school: نام اعضای دیگر فامیل شامل در این مکتب	..1
First name	نام		..2
Sex	جنسیت M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		..3
Date of birth	تاریخ تولد		..4
Home phone number			..5
Address	آدرس		

بخش 2 - مشخصات والدین/ سرپرست Section 2- Family Details			
مادر		پدر	
Details of female family member		Details of male family member	
Surname	تخلص	Surname	تخلص
First name	نام	First name	نام
Mobile Phone No	نمبر موبایل	Mobile Phone No	نمبر موبایل
Current Occupation	وظیفه	Current Occupation	وظیفه
❖ What is your highest level of education: سویه تحصیلات:		❖ What is your highest level of education: سویه تحصیلات:	
Primary School	<input type="checkbox"/> مکتب ابتدائی	Primary School	<input type="checkbox"/> مکتب ابتدائی
Secondary School	<input type="checkbox"/> مکتب لیسه	Secondary School	<input type="checkbox"/> مکتب لیسه
Tertiary education	<input type="checkbox"/> تحصیلات عالی	Tertiary education	<input type="checkbox"/> تحصیلات عالی

Office use

### Section 3– Restrictions

### بخش 3 - معلومات حقوقی و محدودیت ها

Please advise us of any access alert or custody/ guardianship restriction about the student.

اگر محدودیتهای قانونی درباره سرپرستی طفل و یا دسترسی والدین به اطفال وجود دارد لطفاً معلومات بدهید.

Please describe the student's activity restriction if applicable.

اگر فرزند شما محدودیت فعالیت فیزیکی دارد، لطفاً معلومات بدهید.

### Section 4– Medical Details

### بخش 4 - معلومات صحی

Does the student suffer from any impairment, medical condition or allergy? Yes  No

If the answer is yes, please provide the following information:

آیا فرزند شما معیوبیت، مشکل صحی یا حساسیت دارد؟ اگر پاسخ مثبت میباشد لطفاً درباره علایم و اعراض، اقدام طبی ضروری،

پلان صحی، داروها و نحوه تجویز آن معلومات مکفی بدهید. What are the symptoms of this medical condition?

If my child displays any of the above symptoms, please take the following action: ( please tick)

- Inform Hospital  Inform Emergency Contact  
 Administer Medication  Other Medical Action ( please specify):.....

Have you provided the school with a Medical Plan?

Does the student take medication?	Y	N	Name of medication taken:
-----------------------------------	---	---	---------------------------

What is the usual dosage of medication taken?	How frequently is the medication taken?
---	---

Who is to administer medication?(please tick)  
 Student  Teacher  Other (please specify): .....

Where is the medication to be stored?(please tick)   
 With Student  with Teacher  Fridge in Staff Room  Elsewhere (please specify):.....

### Section 5 - Asthma

### بخش 5 - آسما

Answer the following questions **ONLY** if the student from any asthma medical conditions.

Please indicate if the student suffers from any of the following symptoms: (Please tick)

- Cough  Difficulty breathing  wheezing  Exhibits symptoms after exertion  Tight chest

If my child displays any of the above symptoms, please take the following action: (Please tick)

- Inform Hospital  Inform Emergency Contact  
 Administer Medication  Other Medical Action (Please specify):.....

Have you provided the school with an Asthma Management Plan?

Does the student take medication?	Name of medication taken:
-----------------------------------	---------------------------

Is the medication taken regularly by the student (preventive) or only in response to symptoms?

What is the usual dosage of medication taken and how frequently is it taken?

Who is to administer medication?

Where is the medication to be stored?

## بخش 6 - رضایت برای اقدامات طبی و صحتی Section 6 – Consent for Illness/ Injury

In the event of illness or injury to my child whilst at school, on an excursion, or travelling to or from school, I authorise the school coordinator, where she/ he is unable to contact me, to

- Consent to my child receiving such medical or surgical attention as may be deemed necessary by a medical practitioner.
- Administer such first aid as the school coordinator may judge to be reasonably necessary.

Signature of Parent/ Guardian

Date:

در صورت مریضی یا جراحت فرزندم در مکتب، سفرهای علمی و تفریحی بیرون مکتب و یا در جریان رفتن به مکتب یا مراجعت به خانه، من به مسئولین مکتب اجازه می دهم هرگاه با اینجانب به تماس شده نتوانند خدمات و مراقبت های صحتی مورد تأیید داکتران را به فرزندم ارائه نمایند. همچنین آنها میتوانند در صورت لزوم، کمک های اولیه طبی را به اساس نظر مسئولین مکتب اجرا نمایند.

## بخش 7 - رضایت برای چاپ و نشر عکس متعلمین Section 7– Permission to use children’s photographs

I hereby give consent for photographs of my child to be used in school news letters, promotion material, local media or any other material allowed by the school council.

Signature of Parent/ Guardian

Date:

من رضایت دارم که عکس فرزندم در خبرنامه مکتب، مطالب تبلیغی برای مکتب، رسانه های محلی یا هر مورد دیگر که توسط شورای مکتب اجازه داده شود چاپ شود.

## بخش 8 - اعلان محرمانگی Section 8– Privacy Notice

This enrolment form asks for personal information about your child as well as family members. The main purpose for the collecting information is so that Andisha community language school can register your child and allocate staff and resources to provide for their educational and support needs. All school staff are required by law to protect the information provided by this enrolment form.

Health information is asked for so that the school staff can properly care for your child. This includes information about any medical condition or disability your child may have, medication your child may rely on while at school and any known allergies.

With regard to access to your child’s information in most circumstances it can be arranged by contacting the school coordinator. Sometimes, however, access to certain information, such as information provided by someone else, may require a Freedom of Information request. We will advise you if this is required and tell you how you can do this. Please advise us in writing if any information about your child’s file needs to be updated.

در این فرم نام معلومات مربوط به فرزند شما و همچنین فامیل تان درج شده است. هدف اصلی از اخذ این معلومات آنست که فرزندان در مکتب اندیشه شامل شده بتواند و کادر معلمین و امکانات دیگر به منظور تعلیم و رفع نیازهای فرزندان مهیا شود. بر اساس قانون، همه کارمندان مکتب را موظف ملزم به تحفظ از معلومات مندرج در این فرم نام می باشند.

معلومات صحتی بخاطر آن اخذ شده تا کارمندان مکتب از فرزندان مواظبت کرده بتوانند. این معلومات شامل تکالیف صحتی و یا معیوبیت فرزندان، داروهای که احتمالاً در وقت حضور در مکتب استعمال میشود و همچنین موارد شناخته شده حساسیت می باشد.

راجع به دسترسی به معلومات مندرج در دوسیه فرزندان متذکر میگردد که در اکثر اوقات این امر از طریق تماس با مسئولین مکتب امکان پذیر است. هر چند در برخی اوقات دسترسی به بعضی معلومات خاص، مثلاً معلوماتی که توسط شخص دیگر ارائه شده است ممکن است مستلزم درخواست از طریق پروسه “آزادی معلومات” باشد. در این صورت ما این موضوع را به شما اطلاع داده و شما را راهنمایی خواهیم کرد.

لطفا در صورت هر نوع تغییر در معلومات مربوط به فرزندان آنرا به صورت تحریری به ما اطلاع دهید.