



Lexington Public Schools

146 Maple Street ❖ Lexington, Massachusetts 02420

Mary Ellen N. Dunn.
Assistant Superintendent for Finance and Business

Tel: (781) 861-2563 x215
Fax: (781) 863-5829

ولي الأمر العزيز:

يحتاج الأطفال إلى وجبات صحية لكي تساعد على التعليم، **Lexington Public Schools** تقدم وجبات صحية في كل الأيام الدراسية. ويبلغ سعر وجبة الفطور \$2.00؛ سعر وجبة الغذاء \$3.00. قد يستحق أولادكم الوجبات المجانية أو المخفضة. يبلغ سعر وجبة الفطور المخفضة \$0.40 وسعر وجبة الغذاء المخفضة \$0.40.

1. هل يتعين علي أن أعيب استمارة لكل طفل؟ لا. قم بتعبئة الاستمارة لطلب للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة. استخدم استمارة واحدة فقط لطلب وجبات مجانية ومخفضة لكل الطلبة من أهل بيتك. لا يمكننا قبول استمارة غير مكتملة، لذا تأكد من أنك عبات كل المعلومات المطلوبة. إرسال الاستمارة المعبأة إلى: **any school office your child attends**

2. من يستطيع الحصول على وجبات مجانية؟ من حق أطفال الأسر الذين يحصلون على الكوبونات الغذائية أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة ومعظم الأطفال في الأسر الحاضنة أن يحصلوا على وجبات مجانية، بغض النظر عن دخل الأسرة. كما يمكن لأطفالكم أن يحصلوا على وجبات مجانية إذا كان دخل الأسرة في الحدود المجانية لإرشادات الدخل الفيدرالية.

3. هل من حق الأطفال المشردين أو الهاربين أو المهاجرين أن يحصلوا على الوجبات المجانية؟ يرجى الاتصال بـ **Linda Chase 781-861-2490 x231** لتتأكد ما إذا كان أطفالكم من المستحقين، إذا لم يتم إخباركم بأنهم سيحصلون على وجبات مجانية.

4. من يستطيع الحصول على وجبات مجانية؟ ويمكن لأطفالكم أن يحصلوا على وجبات مخفضة إذا كان دخل أهل البيت في حدود الأسعار المخفضة الموضحة في قائمة الدخل الاتحادية، المبينة في هذه الاستمارة.

5. هل يتعين علي أن أعيب الاستمارة إذا كنت قد حصلت على خطاب في هذه السنة الدراسية يفيد بأنه قد تمت الموافقة على حصول طفلي على وجبات مجانية أو مخفضة؟ يرجى قراءة الخطاب بدقة واتباع التعليمات الموجودة فيه. اتصل بمدرستك على **781-861-2563 x215** إذا كانت لديك أي استفسارات.

6. أنا مشارك في برنامج الغذاء المساعد للنساء والرضع والأطفال (WIC)، هل من حق طفلي أن يحصلوا على وجبات مجانية؟ الأطفال في الأسر المشاركة في برنامج الغذاء المساعد للنساء والرضع والأطفال من الممكن أن يكون من حقهم أن يحصلوا على الوجبات المجانية أو الوجبات المخفضة. يرجى تعبئة الاستمارة.

7. هل ستتم مراجعة المعلومات التي سأقدمها؟ نعم، وقد يطلب منك إرسال دليل مكتوب.

8. إذا لم أكن أستحق الوجبات المجانية والمخفضة، هل يمكنني أن أقدم طلباً في وقت لاحق؟ نعم يمكنك أن تقدم طلباً في أي وقت خلال السنة الدراسية إذا زاد عدد أهل بيتك، أو انخفض دخلك، أو إذا بدأت تحصل على الكوبونات الغذائية، أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو أي معونات أخرى. إذا فقدت وظيفتك، قد يحق لأطفالك الحصول على الوجبات المجانية أو المخفضة.

9. ماذا لو لم أتفق مع قرار المدرسة بشأن طلبي؟ عليك أن تتكلم مع المسؤولين في المدرسة. كما يمكنك أن تطالب شفاهة أو كتابة بعقد جلسة للنظر في الطلب، عن طريق الاتصال أو الكتابة لـ: **Mary Ellen Dunn, Assistant Superintendent for Finance and Business, Lexington Public Schools, 146 Maple Street, Lexington, MA 02420**

10. هل يمكنني أن أقدم طلباً إذا كان أحد أهل بيتي من غير مواطني الولايات المتحدة؟ نعم. لا ينبغي أن تكون أنت أو أطفالك من مواطني الولايات المتحدة لكي تستحقوا الوجبات المجانية أو المخفضة.

11. من الأشخاص الذين يتعين علي ذكرهم كأفراد لأسرتي؟ يجب عليك ذكر كل المقيمين في بيتك، سواء كانوا أو لم يكونوا من أقاربك (مثلاً: الجدود، أقارب آخرين، أو أصدقاء). ويجب أن تذكر نفسك وكل الأطفال المقيمين معك.

12. ماذا لو كان دخلي يختلف من وقت لآخر؟ أذكر المبلغ الذي تتلقاه عادةً. على سبيل المثال، إذا كنت عادة تحصل على 1000 دولار شهرياً، ولكنك لم تحصل إلا على 900 دولار في الشهر الماضي بسبب قيامك بكم أقل من العمل، أذكر أنك

13. **إننا في الجيش، فهل نذكر بدل السكن كجزء من الدخل؟** إذا كان سكنك تابع لمبادرة خصخصة الإسكان الحربي، لا تذكر بدل السكن كجزء من الدخل. كل البدلات الأخرى يجب ذكرها كجزء من إجمالي دخلك.

إذا كانت لديك أي استفسارات أخرى أو كنت بحاجة إلى مساعدة، اتصل على **781-861-2563 x215**.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 781-861-2563 x215
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 781-861-2563 x215
مع خالص التحية،

Mary Ellen Dunn
Assistant Superintendent for Finance and Business

تعليمات خاصة بتقديم الطلب

إذا كانت أسرتك تحصل على الكوبونات الغذائية أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، عليك إتباع التعليمات التالية:

الجزء الأول: أذكر اسم الطفل/ أسماء الأطفال، المدرسة، الصف الدراسي، ورقم حالة الكوبونات الغذائية أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF).

الجزء الثاني: ضع علامة (صح) في المربع الصحيح، إذا وُجد.

الجزء الثالث: تخطي هذا الجزء.

الجزء الرابع: تخطي هذا الجزء.

الجزء الخامس: وقع على الاستمارة. ليس من الضروري أن تذكر رقم الضمان الاجتماعي.

الجزء السادس: أجب على هذا السؤال إذا أردت.

ضع علامة (صح) في المربع الصحيح، واتصل بـ Linda Chase 781-861-2490 x231.
قم بتعبئة الاستمارة بإتباع التعليمات الخاصة بكل بقية أفراد الأسرة.

إذا كنت تقدم الطلب لأحد الأبناء بالرضاعة، اتبع التعليمات التالية:

الجزء الأول: استخدم استمارة منفصلة لكل ابن بالرضاعة. أذكر اسم الطفل، والمدرسة، والصف الدراسي.

الجزء الثاني: تخطي هذا الجزء.

الجزء الثالث: ضع علامة (صح) وأذكر الدخل الشهري المخصص لاستخدام الطفل الشخصي، إن وجد.

الجزء الرابع: تخطي هذا الجزء.

الجزء الخامس: وقع على الاستمارة. ليس من الضروري أن تذكر رقم الضمان الاجتماعي.

الجزء السادس: أجب على هذا السؤال إذا أردت.

على جميع أفراد الأسر الآخرين، بما في ذلك الأسر المشاركة في برنامج الغذاء المساعد للنساء والرضع والأطفال (WIC) اتباع التعليمات التالية:

الجزء الأول: أذكر اسم كل طفل، والمدرسة، والصف الدراسي.

الجزء الثاني: ضع علامة (صح) في المربع الصحيح، إن وُجد.

الجزء الثالث: تخطي هذا الجزء.

الجزء الرابع: إتبع التعليمات التالية للإبلاغ عن إجمالي دخل الأسرة في الشهر الماضي:

الحقل 1 - الاسم: أذكر الاسم الأول واسم العائلة لكل شخص يقيم في بيتك، سواء كانوا أو لم يكونوا من أفراد أسرتك (مثلاً:

الجدود، أقارب آخرين، أو أصدقاء). ويجب أن تذكر نفسك وكل الأطفال المقيمين معك. استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

الحقل 2 - إجمالي الدخل من الشهر الماضي وعدد المرات التي تم فيها تلقيه: أمام اسم كل شخص أذكر نوع الدخل الذي يتلقاه،

وعدد المرات التي تلقاه فيها. على سبيل المثال، *العائدات من العمل* أذكر إجمالي دخل كل فرد من عمله. وهو لا يعادل المرتب الصافي

الذي يستلمه الشخص بالفعل. **إجمالي الدخل هو المبلغ الذي يكسبه الشخص قبل خصم الضرائب وأي التزامات مالية أخرى.** ستجد

هذا المبلغ على بيان الراتب، أو يمكنك أن تسأل رئيسك في العمل. أمام هذا المبلغ، أذكر عدد المرات التي يتلقى فيها الشخص هذا المبلغ

(أسبوعياً، كل أسبوعين، مرتين في الشهر، شهرياً). أي دخل آخر: أذكر المبلغ الذي تلقاه كل شخص في الشهر الماضي من الرعاية

الاجتماعية، ورعاية الطفل، والنفقة (الحقل الثاني)، المعاشات، الضمان الاجتماعي (الحقل الثالث)، وكل مصادر الدخل الأخرى (الحقل

الرابع). في حقل "مصادر دخل أخرى"، أذكر أي تعويضات عمالية، إعانة البطالة، إعانة الإضرابات، دخل الضمان الإضافي

(SSI)، وإعانة قدامى المحاربين، أو إعانة المعاقين، أو التبرعات التي يقدمها أشخاص غير مقيمين في بيتك بشكل منتظم، وأي مصادر

دخل أخرى. قم بالإبلاغ عن الدخل الصافي لمن كان صاحب عمل، أو يمتلك مزرعة، وكان له دخل من الإيجار. أمام المبلغ، أذكر

عدد المرات التي يتلقى فيها الشخص هذا المبلغ. إذا كان سكنك تابع لمبادرة **خصخصة الإسكان الحربي**، لا تذكر بدل السكن هنا.

الحقل 3 - ضع علامة إذا لم يكن هناك دخل: إذا لم يكن للشخص دخل، ضع علامة (صح) في المربع.

الجزء الخامس: يجب أن يوقع شخص بالغ من أفراد الأسرة على الاستمارة وأن يكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص به أو أن يضع

علامة في المربع إذا لم يكن لديه رقماً.

الجزء السادس: أجب على هذا السؤال إذا أردت.

استمارة طلب وجبات مدرسية مجانية ومخفضة للعائلة

الجزء الأول - الأطفال في المدرسة (استخدم استمارة منفصلة لكل ابن بالرضاعة)			
اسماء كل الأطفال في هذه المدرسة (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	اسم المدرسة	الصف الدراسي	رقم حالة الكوبونات الغذائية أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) ، إذا ذكرت رقم حالة الكوبونات الغذائية أو المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة TANF، تخطي حتى الجزء الخامس.

الجزء الثاني - إذا كنت تقدم الطلب نيابة عن طفل مشرد أو مهاجر أو هارب، ضع علامة (صح) في المربع المناسب واتصل بـ Linda]
 مشرد مهاجر هارب
 Chase 781-861-2490 x231]

الجزء الثالث: الطفل بالرضاعة

إذا كان هذا الطلب خاص بطفل يقع تحت المسؤولية القانونية لهيئة رعاية اجتماعية أو محكمة، ضع علامة في هذا المربع ثم أذكر مبلغ الدخل الشهري المخصص لاستخدام الطفل الشخصي: \$ _____ . تخطي هذا الجزء إلى الجزء الخامس.

الجزء الرابع - إجمالي دخل كل أسرة - عليك أن تخبرنا بالمبلغ وعدد المرات التي يتم تلقي الدخل فيها

1. الاسم (أذكر كل أهل البيت)	2. إجمالي الدخل وعدد المرات التي تم فيها تلقيه. على سبيل المثال: \$100/الشهر / \$100/مرتين في الشهر / \$100/كل اسبوعين / \$100/الاسبوع				3. ضع علامة إذا لم يكن هناك دخل
	المعاشات، التقاعد، الضمان الاجتماعي	الرعاية الاجتماعية، ورعاية الطفل، والنفقة	العائدات من العمل قبل الخصومات	أي دخل آخر:	
(مثال) جين سميث	\$100/الاسبوع	\$150/الاسبوع	\$200/الاسبوع	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	_____ / _____ \$	<input type="checkbox"/>

الجزء الخامس - التوقيع ورقم الضمان الاجتماعي (لا بد أن يكون الموقع بالغاً)

لا بد أن يوقع على الطلب شخص بالغ من أفراد الأسرة. إذا تم تعبئة الجزء الرابع، يتعين على الشخص البالغ الموقع على الاستمارة أن يكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص به أو أن يضع علامة في مربع "ليس لدي رقم ضمان اجتماعي". انظر بيان قانون الخصوصية في ظهر هذه الصفحة. أتعهد (أعد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأنه قد تم الإبلاغ عن كل مصادر الدخل. أنا أدرك بأن المدرسة سوف تحصل على الأموال الاتحادية على أساس المعلومات التي أقدمها. أنا أدرك بأن موظفي المدرسة قد يتحققوا من صحة المعلومات. أنا أدرك بأنني إذا تعمدت تقديم معلومات غير صحيحة، قد يفقد أطفالي إعانة الوجبات، وقد يتم ملاحقتي قانونياً.

وقع هنا: x _____ اطلع اسمك: _____ التاريخ: _____
 العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____ ليس لدي رقم الضمان الاجتماعي

الجزء السادس - هويات الأطفال العرقية والإثنية (اختياري)

ضع علامة عند هوية/ هويات عرقية: _____
ضع علامة عند هوية إثنية واحدة: _____

- آسيوي أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين أسباني أو لاتيني
 لا أسباني ولا لاتيني من سكان هاواي الأصليين أو إحدى جزر المحيط الهادي الأخرى أبيض
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي غير ذلك

لا تملأ هذا الجزء فهو لاستخدام المدرسة فقط.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____

Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

قد يستحق أطفالكم الوجبات المدرسية المجانية أو المخفضة إذا كان مجموع دخل أهل بيتك واقعاً في الحدود المبينة في هذا الجدول.

For Use by Determining Official Only						
Household Size	Free Meals			Reduced Price Meals		
	# of Household Members	Yearly	Monthly	Weekly	Yearly	Monthly
1	13,273	1,107	256	18,889	1,575	364
2	17,797	1,484	343	25,327	2,111	488
3	22,321	1,861	430	31,765	2,648	611
4	26,845	2,238	517	38,203	3,184	735
5	31,369	2,615	604	44,641	3,721	859
6	35,893	2,992	691	51,079	4,257	983
7	40,417	3,369	778	57,517	4,794	1,107
8	44,941	3,746	865	63,955	5,330	1,230
For Each Additional Person, Add	+ 4,524	+ 377	+ 87	+ 6,438	+537	+ 124

بيان قانون الخصوصية: هذا البيان سيشرح لك كيف أننا سوف نستخدم المعلومات التي تمدنا بها. يتطلب قانون ريتشارد ب. راسل الوطني بشأن وجبات الغذاء المدرسية أن تزودنا بالمعلومات الموجودة على هذا الطلب. أنت لست ملزماً بإعطائنا هذه المعلومات، ولكنك إذا لم تفعل ذلك لن نستطيع الحصول على الموافقة على منح طفلك وجبات مجانية أو مخفضة. عليك أن تذكر رقم الضمان الاجتماعي الخاص بشخص بالغ من أسرتك، ليقوم على الطلب. لست بحاجة إلى رقم الضمان الاجتماعي إذا كنت تقدم الطلب بانثابة عن أحد الأطفال بالرضاعة أو إذا ذكرت رقم حالة من برنامج الكوبونات الغذائية، أو برنامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR) أو رقم معرف آخر لبرنامج FDPIR خاص بطفلك، أو إذا ذكرت أن الشخص البالغ الموقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سوف نستخدم معلوماتك لتحديد ما إذا كان طفلك يستحق الوجبات المجانية أو المخفضة، وإدارة وتطبيق برامج الغذاء والبطون. قد نتشارك معلومات الاستحقاق الخاصة بك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتهم على تقييم وتمويل وتحديد طبيعة الإعانات لبرامجهم، وستشارك أيضاً مع مدققي حسابات البرامج، والمسؤولين التنفيذيين، لمساعدتهم في متابعة أي انتهاكات لشروط البرنامج.

بيان عدم التمييز: هذا البيان يشرح ما عليك عمله إذا اعتقدت أنك تلقيت معاملة غير عادلة. وفقاً للقانون الاتحادي وسياسة وزارة الزراعة بالولايات المتحدة، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. لتقديم شكوى بحدوث تمييز، يرجى الكتابة لـ **USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410** أو الاتصال بـ **800-795-3272** أو **202-720-6382** (طابعة تليفونية للسم). تلتزم وزارة الزراعة بتكافؤ الفرص في تقديم الخدمات وتعيين الموظفين.

تشارك المعلومات مع برنامج الرعاية الطبية (Medicaid) وبرنامج الدولة للتأمين الصحي للأطفال (SCHIP)

ولي الأمر العزيز:

إذا كان أطفالك يحصلون على الوجبات المدرسية المجانية أو المخفضة، قد يستحقون كذلك الحصول على تأمين صحي مجاني أو مخفض التكلفة عن طريق برنامج الرعاية الطبية (Medicaid) أو برنامج الدولة للتأمين الصحي للأطفال (SCHIP). الأطفال الحاصلون على التأمين الصحي فرصهم أكبر في الحصول على رعاية طبية منتظمة ويقل احتمال غيابهم عن المدرسة بسبب المرض.

وحيث إن التأمين الصحي على هذه الدرجة من الأهمية لصحة الأطفال، فإن القانون يسمح لنا بإخبار برنامج الرعاية الطبية Medicaid وبرنامج الدولة للتأمين الصحي للأطفال SCHIP إذا كان أطفالك يستحقون الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة، إلا إذا طلبت منا ألا نفعل ذلك. ولا يستخدم Medicaid و SCHIP هذه المعلومات إلا لتحديد هوية الأطفال الذين قد يستحقون الانضمام إلى برامجهم. وقد يتصل بك مسؤولو البرامج ليعرضوا عليك ضم أطفالكم إلى برامجهم (تعبئة استمارة طلب وجبات مجانية ومخفضة لا يعني حصول أطفالكم تلقائياً على التأمين الصحي).

إذا كنت لا تريدنا أن نتشارك المعلومات مع Medicaid أو SCHIP، نرجو منك أن تعبئ وترسل الاستمارة التالية (إرسال الاستمارة لن يؤثر على حصول أطفالك على الوجبات المجانية أو المخفضة).

لا! لا أريد أن يتم إعطاء المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع برنامج الرعاية الطبية Medicaid أو برنامج الدولة للتأمين الصحي للأطفال SCHIP

إذا كنت قد وضعت علامة عند "لا"، يرجى تعبئة النموذج أدناه.

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

الاسم مطبوع: _____ العنوان: _____

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ Business Office على [231x 2563-861-781].
قم بإعادة الاستمارة إلى: any school office your child attends

مشاركة المعلومات مع البرامج الأخرى

ولي الأمر العزيز:

لتوفير الوقت والطاقة، قد تتم مشاركة المعلومات التي قدمتها في طلب الوجبات المدرسية المجانية والمخفضة مع برامج أخرى قد يتأهل أطفالك لها. ونحتاج إلى موافقتك على مشاركة المعلومات مع البرامج التالية. إرسال الاستمارة لن يؤثر على حصول أطفالك على الوجبات المجانية أو المخفضة.

لا! لا أريد أن يتم إعطاء المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة إلى أي من هذه البرامج.

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Instrument Lessons (Fees set through Director of Fine and Performing Arts**

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Lexington Public Schools Athletic Department**.

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Preschool Program (reduced benefit)**.

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Guidance Office in my child/children's school**.

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Transportation – for fee based bussing**.

نعم! أريد أن يتشارك المسؤولون المعلومات الخاصة بي من طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة مع **Principal's office at School(s) my child/children attend for Field Trips of Other School .Related Fees (Free)**.

إذا وضعت علامة عند أي من الإجابات بـ "نعم" أعلاه، يرجى تعبئة الاستمارة أدناه. لن تتم مشاركة المعلومات الخاصة بك إلا مع البرامج التي وضعت علامة عندها.

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

الاسم مطبوع _____ :

العنوان: _____

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ **Business Office** على رقم **781-861-2563 x215**

any school office your child attends. قم بإعادة الاستمارة إلى: