

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
OFFICE OF PARENT, FAMILY AND COMMUNITY ENGAGEMENT
440 N. BROAD STREET, SUITE 114
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130

KARREN N. DUNKLEY
DEPUTY CHIEF

TELEPHONE: (215)-400-4180
FAX: (215)-400-4181

يكفل مكتب مشاركة الوالدين والأسرة والمجتمع مشاركة الوالدين ويدعم شراكات الأسرة والمدرسة والمجتمع. ابتداء من أيلول/سبتمبر 2009، تطلب المنطقة التعليمية من متطوع من الأهل (أو منابو آخر) في كل مدرسة للعمل كممثل عن كل مدرسة تخدمها المنطقة التعليمية لتمثيلها في فريق (PREP). نظرا للتنوع داخل المدارس، فإننا نشجع على مشاركة أكثر من الفئات الممثلة تمثيلا قليلا؛ بما فيها الأهل محدودي اللغة الانجليزية والذكور وأهل الطلاب منخفضي الدخل والمراهقين والجدود/المهتمين بالطفل. العضوية في رابطة البيت والمدرسة أو أي منظمة أخرى هي ليست متطلبا.

سيستلم ممثلو PREP تدريبا فصليا ومعلومات عن قوانين وقواعد العنوان الأول. وستشمل مواضيع (على سبيل المثال لا الحصر) حقوق الوالدين ومسؤولياتهم وتقديرات الولاية والمنطقة المحلية، وثغرات التحصيل الدراسي، وعملية التحسين المدرسي، والخدمات التعليمية التكميلية (SES). نحن نطلب من كل ممثل (و/أو من منابوه) عرض بدوره عن التدريب للوالدين في كل مدارسهم. وسيتم دعوة الممثلين لتمثيل المنطقة التعليمية على المستوى المحلي والإقليمي، والمؤتمرات الولايتية والمناسبات (بتكلفة بسيطة أو بدون تكلفة).

سيقوم بالمساعدة كل من أمناء المظالم الإقليميين، والأشخاص ذو الصلة في "عدم تخلف أي طفل" الإقليمي، وأعضاء الهيئة الاستشارية للأهل الإقليمية، ودائرة الموظفين في مكتب الأهل والأسرة والمشاركة المبنية على المجتمع، وأمناء المظالم المدرسية، بمساعدة دورات التدريب في المدارس. الرجاء وضع هذه المعلومات في مكان بارز في مدرستك. ينبغي تقديم أسماء الأهل المعنيين إلى المدرسة أو أمناء تظلم الأهالي قبل 19 حزيران/تموز.

يجب على كل مهتم استكمال الطلب المرفق (موجود في مدرسة طفلك أو من خلال أمناء تظلم الأهل أو في مركز موارد الأهل). ويمكن إرسال الطلبات (المرفقة) بالفاكس إلى مكتبنا على الرقم 215-400-4048 أو إحضارها إلى مركز موارد الأهل والمجتمع في 440 North Broad Street الطابق الأول.

شكرا لكم على تعاونكم معنا. يمكن ألاتصال بالأنسة قبيلة أ. ديفاين على الرقم 215-400-6443 أو إرسال بريد الكتروني إلى qadivine@philasd.org للاستفسار.

قبيلة أ. ديفاين

مديرة مكتب مشاركة الأهل والعائلة

The School District of Philadelphia منطقة فيلادلفيا التعليمية
Parents 'R' Equal Partners (PREP) Representative طلب تطوع لممثل الأهل المتساوي في الحقوق
Voluntary Application

ما هو العنوان الأول

العنوان الأول هو قسم من القانون المدعو "لن نسمح بتخلف أي طالب" الذي أقره الكونجرس في 2002. ويحتوي هذا القانون على تنظيمات للمدارس العامة الابتدائية والثانوية بخصوص المواضيع كاستعمال الأموال الفدرالية وتدريب المعلم والتحصيل الأكاديمي وحقوق الأهل وتعليم بعض الطلاب المختلفين والمساواة في الرياضة.

Date التاريخ _____

أكتب بوضوح بالانجليزية

Name الاسم _____

Address العنوان _____ Zip الرقم البريدي _____ - _____

Home Phone هاتف البيت _____ Cell Phone الهاتف الخليوي _____

E-mail البريد الإلكتروني _____ Fax الفاكس _____

Child/rens Name(s) اسم الأطفال _____ Grade(s) الصف _____ School(s) المدرسة _____ Region(s) المنطقة _____

أي من المجموعات التالية تريد تمثيلها؟ أشر إلى كل ما ينطبق عليك:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> أفريقي African | <input type="checkbox"/> جود Grandparent | <input type="checkbox"/> Parent of High School Student
أهل طلاب المدارس الثانوية |
| <input type="checkbox"/> African American
أفريقي أمريكي | <input type="checkbox"/> Immigrant/Refugee
مهاجرون/لاجئون | <input type="checkbox"/> Pre – K/Early Childhood
ما قبل الحضانة/ الطفولة المبكرة |
| <input type="checkbox"/> أسوي Asian | <input type="checkbox"/> لاتيني Latino | <input type="checkbox"/> Region المنطقة _____ |
| <input type="checkbox"/> Caregiver حضانة | <input type="checkbox"/> أحادي الاتجاه الجنسي LGBT | <input type="checkbox"/> Teen Parent أهل المراهقين |
| <input type="checkbox"/> English Language Learner
متعلمو اللغة الانجليزية | <input type="checkbox"/> Other غيره _____ | <input type="checkbox"/> Special Needs احتياجات خاصة _____ |

خبرة -- الرجاء تزويدنا بمعلومات المؤسسات والمجموعات والمجالس التي خدمت بها:

Name of Organization, etc. المؤسسة	Experience in last 5 yrs/Prior 5 سنوات	Name of Contact اسم الصلة	Phone الهاتف
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

بتقديم هذا الطلب أقر أنني أريد أن يتم اختياري للتطوع في تمثيل الأهل المتساوي الحقوق

Signed التوقيع _____

Date التاريخ _____

: الرجاء إرجاعها إلى: Quibila A. Divine; 440 N. Broad Street, Room 114; Philadelphia, PA 19130; (Fax) 215-400-4048; e-mail qadivine@philasd.org or call 215-400-6443