

ARLINGTON PUBLIC SCHOOLS

استقصاء اللغة المنزل

أعزائي الآباء و أولياء الأمور:

اسم الطالب أو الطالبة: _____

من أجل مساعدة طفلكم علي النجاح في المدرسة، نرجو منكم الإجابة علي الأسئلة التالية لكل طفل في أسرتم. و سنتساعدنا أجبونكم في تكوين أفضل برنامج تعليمي ممكن لطفلكم.

1. ما هي اللغة التي أدركها أو تحدثها طفلكم أو لا؟

2. ما هي اللغة التي تتحدثون بها مع طفلكم في أغلب الأوقات بالمنزل؟

3. ما هي اللغة التي يستخدمها طفلكم في أغلب الأوقات حينما يتحدث معكم بالمنزل؟

4. ما هي اللغة التي يستخدمها طفلكم في أغلب الأوقات حينما يتحدث مع أفراد آخرين من الأسرة؟

5. ما هي اللغة التي يستخدمها طفلكم في أغلب الأوقات حينما يتحدث مع أصدقاء؟

6. ما هي اللغة أو اللغات التي يستطيع طفلكم قراءتها؟

7. ما هي اللغة أو اللغات التي يستطيع طفلكم كتابتها؟

8. ماذا كان عُمر طفلكم حينما بدأ في الذهاب إلي المدرسة؟

9. هل ذهب طفلكم إلي المدرسة كل عام منذ كان في هذا السن؟ نعم _____ كلا _____
لو كلا، فبرجاء الشرح:
10. هل تُفضّل أن يكون الاتصال الشفوي و التحريري من المدرسة بالإنجليزية أم بلغتكم المنزلية؟

توقيع أحد الوالدين/ ولى الأمر

To be completed by Qualified English as a Second Language or English Language Learner Program Staff Before Placement:

| Date of School Enrollment: | Student's First Name | Student's Family Name | Age | Birthdate | Grade |
|--|----------------------|-----------------------|---|-----------|-------|
| | | | | / / | |
| Relationship of Person Completing Survey: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other Specify : | | | Number of Years Student has been in the US: _____ | | |
| Recommendation: <input type="checkbox"/> Proficiency Testing to determine LEP status and Academic Records Review. Certified /Qualified ELL staff must make this assessment/recommendation. <input type="checkbox"/> Proficient -No Sheltered Immersion Program -Note that this decision must be made with a full assessment of student proficiency based on either local proficiency testing or academic records from the previous school district showing reclassification of student from Limited English Proficient (LEP) to Formerly Limited English Proficient (FLEP) using multiple criteria. Qualified staff must conduct this assessment. | | | Signature of ELL Staff: | | |

CC: Principal
ESOL Coordinator PK-12
Guidance Counselor

Home Language Survey
Arabic Form