

TESTING NOTIFICATION AND OPT-IN FORM
ASVAB for Schools

عزيزي ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي،

تتوفر أمام طلاب المدارس الثانوية في المراحل الدراسية 10 و 11 و 12 الذين تزيد أعمارهم عن 16 عاماً الفرصة لأداء اختبار الكفاءة المهنية في القوات المسلحة (ASVAB).

إن اختبار ASVAB، الذي يتم تقديمه بصيغة ورقية وإلكترونية، هو عبارة عن تقييم يشتمل على أسئلة متعددة الأجوبة وهو مصمم لمساعدة الطلاب على تحديد نقاط القوة لديهم واهتماماتهم ومساراتهم المهنية المحتملة. تتوفر معلومات إضافية حول اختبار ASVAB على الرابط التالي:

www.asvabprogram.com/parents

وتشمل الاعتبارات المتعلقة بتقديم الموافقة ما يلي:

- تتطلب المشاركة في الاختبار عبر الإنترنت من الطالب استخدام برامج الحاسوب التي لا تشرف عليها مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) والتي لا تسمح باستخدام التكييفات أثناء أداء الاختبار.
- سيتبادل الطلاب معلومات التعريف عن الهوية الشخصية مع إحدى المؤسسات: الاسم وتاريخ الميلاد والمرحلة الدراسية والجنس (اختياري).
- قد يكون من اللازم على الطلاب إنشاء حساب لغرض المشاركة.
- لن تتم مشاركة النتائج من إدارة هذا الاختبار مع الجهات القائمة على التجنيد العسكري؛ ومع ذلك، إذا اختار الطالب في وقت لاحق استكشاف التجنيد العسكري، فقد يكون لديك خيار السماح للجهات القائمة على التجنيد العسكري بالإطلاع على ذلك في ذلك الوقت.

يتم إجراء اختبار ASVAB في مدرستنا في _____.

تتطلب مشاركة الطالب في اختبار ASVAB الحصول على موافقتك. يرجى التوقيع وإعادة إستمارة المشاركة أدناه إلى منسق اختبار ASVAB في المدرسة _____، في أجل أقصاه _____.

إذا كان لديكم أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الإتصال بـ _____ على _____.

إستمارة تقديم الموافقة للمشاركة في اختبار ASVAB

يرجى إكمال تعبئة هذا الجزء من الإستمارة وإعادتها فقط إذا كنت ترغب في مشاركة الطالب في اختبار ASVAB.

أفهم أن اختبار ASVAB هو أداة تقييم مهني قد تساعد الطلاب على تحديد المجالات المهنية التي تناسب مهاراتهم. علاوة على ذلك، أفهم أن المشاركة في اختبار ASVAB طوعية وأن قيادة معالجة القبول العسكري هي الجهة المشرفة على هذا الاختبار. أقر بأنه على الرغم من أن هذه الخدمات سيتم تقديمها في المدرسة، إلا أنها ليست جزءاً من المناهج الدراسية. أفهم أن مشاركة الطالب في هذه الخدمات طوعية تماماً وأن لدي الحق في إلغاء هذه الموافقة في أي وقت.

أوافق بموجب هذا التفويض على مشاركة الطالب في اختبار ASVAB.

اسم الطالب (يرجى الكتابة بوضوح): _____ رقم هوية الطالب في مدارس FCPS: _____

اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: _____

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: _____ التاريخ: _____