**نموذج طلب موعد**

شكراً لاهتمامكم في المسار (لخدمات تطور الطفل). يرجى تعبئة النموذج أدناه لنتمكن من تحديد نوع الخدمة الأفضل التي يحتاجها ابنكم/ابنتكم، هذا وسيقوم أحد موظفي المسار بالاتصال بكم خلال (24-48) ساعة.

|  |
| --- |
| اسم ولي الأمر:في حال لم يكن معبئ الطلب والد/والدة الطفل، يرجى تحديد نوع العلاقة بالطفل  |
| اسم الطفل: |
| عمر الطفل: | الجنس: ذكر أنثى |
| العنوان: |
| رقم هاتف المنزل: |
| رقم الهاتف النقال: |

 **في حال كان المطلوب هو إجراء تقييم للطفل، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية:**

ما هو التساؤل أو القلق فيما يخص الطفل:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل هناك تشخيص طبي لحالة الطفل؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**في حال كانت الجلسات العلاجية أو التربوية هي المطلوبة، يرجى الإجابة عن السؤال التالي:**

هل هناك تقرير سابق لتقييم الطفل ؟ يرجى تحديد تاريخ التقييم والجهة التي أعدته.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**في حال كانت خدمات المدرسة هي المطلوبة، يرجى الإجابة عن السؤال التالي:**

هل الطفل مسجل في مدرسة؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجى تحديد اسم المدرسة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**يرجى ذكر أي استفسار أو تعليق ادناه:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_