نموذج تحويل طالب إلى مراقبة التربية الخاصة" برنامج فصول بطئ التعلم "

**وزارة التربية**

**الإدارة العامة لمنطقة مبارك الكبير التعليمية**

**إدارة الأنشطة التربوية**

**مراقبة الخدمات الاجتماعية والنفسية**

**التوجيه الفني للخدمة النفسية المدرسية**

اسم الطالب :............................................................................................................................

المدرسة :............................................................. الصف : .....................................................

الجنسية :................................................................................... تاريخ الميلاد : / / م

عنوان السكن ....................................................................... رقم الهاتف :...............................

مصدر تحويل الطالب :..................................................................................................................

* رأي ولي الأمر في تحويل الطالب إلى برنامج الفصول الخاصة : موافق ( ) غير موافق ( )

اسم الأب : .................................................. التوقيع :............................ التاريخ : / / م

اسم الأم : .................................................. التوقيع :.............................. التاريخ : / / م

اسم مدير المدرسة :...................................... التوقيع : ........................... التاريخ : / / م

**ملاحظات :**

* علما أن البرنامج يبدأ من الصف الثالث الابتدائي ويستمر إلى الصف التاسع ، ثم يلتحق ببرنامج تأهيل مهني بالتعاون مع الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب .
* وفي حالة رغبة ولى الامر اكمال المرحلة الثانوية للتعليم العام تنفذ المادة الاولى من قرار وزارى رقم 440 / 2011 .
* لا يعتمد نقل الطالب إلا بعد موافقة جميع الجهات المعنية بالأمر والوارد ذكرها بالنموذج .
* ترسل صورة من النموذج بعد توقيعها من جميع الأطراف إلى مراقبة التربية الخاصة بالمنطقة التعليمية .
* مطلوب توقيع الأم فقط في حالة وفاة الأب أو حصول الأم على حكم حضانة التعليمية .

1**- الاختبارات السابقة التي تم تطبيقها :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| م | اسم الاختبار | تاريخ التطبيق | العمر الزمنى | نسبة الذكاء | جهة التطبيق |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2- مستوى الطالب التحصيلي :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المراحل التعليمية | رياض الأطفال | | الابتدائي | | | | | المتوسط | | | |
| السنوات الدراسية | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| سنوات البقاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **جوانب الضعف والقوة للمستوى التحصيلي للطالب** .................................................................................................................................................................................................................................................................................

3- **الحالة الصحية للطالب** ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4- **النطق والكلام** .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

5- **الحالة السلوكية للطالب :-**

**هل لدى الطالب إي مشاكل سلوكية :-**  فرط نشاط ( ) خوف ( ) عدوان ( ) انطواء ( ) أخرى تذكر ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

اسم الباحثة النفسية :....................................................... التوقيع والتاريخ ....................................................................

مكتب الخدمة النفسية ........................................ الهاتف ................................................................................. الموجه الفنى:............................................... التوقيع والتاريخ .........................................................................

**رأي مراقب التربية الخاصة** ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

التوقيع :.................................. التاريخ : / /