

استبيان أولياء أمور التلاميذ الجدد

عزيزنا ولي الأمر:

صُمم هذا الاستبيان ليساعدنا على تكوين أفضل صورة ممكنة عن طفلك ضماناً لإلحاقه بسهولة في المدرسة. لا تردد في إضافة أي معلومات أخرى عن طفلك ترى أنها قد تكون مفيدة. نرجو منك أن تجيب فقط عن الأسئلة التي لا تجد فيها حرجاً. ستُحاط كل المعلومات بالسرية.

تاريخ اليوم _____

المدرسة المراد الالتحاق بها _____

اسم الطفل كاملاً _____

الاسم _____
اللقب _____

تاريخ الميلاد _____ محل الميلاد _____

الأسرة:

قام بملء هذا النموذج الأب الأم غير ذلك

العنوان _____

رقم الهاتف _____

اسم الأب _____

تاريخ الميلاد _____

محل الميلاد _____

المهنة _____

اسم الأم _____

تاريخ الميلاد _____

محل الميلاد _____

المهنة _____

الحالة الاجتماعية للوالدين (أي متزوجين، مطلقين، الخ) _____

من له حق الحضانة قانوناً؟ _____

في حالة لو كان الوالدان منفصلان، ما هو جدول مواعيد زيارات من ليس له حق الحضانة؟

الأطفال: يُرجى سرد أطفالك في المساحة المخصصة التالية بحسب ترتيب ولادتهم، بدءاً بالأكبر سناً. أدرج الطفل الذي ترغب في إلحاقه بحسب ترتيبه في القائمة.

الاسم	النوع	تاريخ الميلاد	المدرسة	السنة الدراسية	تاريخ/التبني
1					
2					
3					
4					
5					
6					

هل يوجد بالمنزل أطفالهم لديهم احتياجات خاصة (أي من الناحية الطبية أو المعنوية أو التأديبية أو من حيث المتطلبات الدراسية)؟ أدرج اسم الطفل، إن وُجد، مرفقاً بالشرح:

هل هناك شخص آخر يقطن بالمنزل؟ إن كانت الإجابة بنعم، فمن هو وكم من الوقت سيتمكث؟

تجارب الطفل السابقة مع برامج الرعاية النهارية و/أو الحضانات:

إلى (تاريخ)	من (تاريخ)	المكان

اللغات الأخرى غير الإنجليزية التي يُتحدث بها إلى الطفل:

أغلب الوقت بشكل متكرر أحياناً

أي فرد (أفراد) الأسرة يتحدث إلى الطفل بهذه اللغة؟

اهتمامات طفلك والأنشطة التي يقوم بها هي:

الاعتبارات المنزلية الخاصة التي قد تتعارض مع أداء طفلك في المدرسة تشمل:

نرجو منك وصف مهارات طفلك الاجتماعية (القدرة على بناء صداقات والتوافق مع الآخرين، الخ)

ما هي في رأيك المادة الدراسية التي يمتاز فيها طفلك؟
ما هي في رأيك المادة الدراسية التي يجد فيها طفلك صعوبة؟

نرجو منك وصف الأنشطة التي يفضل طفلك ممارستها في وقت فراغه (القراءة، مشاهدة التلفاز، اللعب بالخارج، الخ)

نرجو منك وصف أي مشكلات يعاني منها طفلك مما قد يعرقل نجاحه في المدرسة (مشكلات دراسية، اجتماعية، معنوية، بدنية، منزلية، الخ)

اسرد الانتقالات التي تمت خلال آخر خمس سنوات:

ضع علامة أمام أي مما يلي إن كانت تمثل مشكلة لطفلك:

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الركن للهرب | <input type="checkbox"/> القلق العام |
| <input type="checkbox"/> التبول في الفراش | <input type="checkbox"/> الصداع |
| <input type="checkbox"/> نوبات الغضب | <input type="checkbox"/> وجع البطن |
| <input type="checkbox"/> قضم الأظافر | <input type="checkbox"/> المخاوف (المرضية) |
| <input type="checkbox"/> الكوابيس | <input type="checkbox"/> فرط الاعتماد على الغير |
| <input type="checkbox"/> الاستياء | <input type="checkbox"/> فرط الحساسية |
| <input type="checkbox"/> الشعور بالوحدة | <input type="checkbox"/> النزعة إلى التدمير |
| <input type="checkbox"/> مفرط النشاط | <input type="checkbox"/> الاكتئاب |
| <input type="checkbox"/> ينتقد ذاته | |

أضف أي معلومات أو تعليقات ترغب في ذكرها إلى هذا النموذج بشأن أي من المشكلات السابقة الذكر. استخدم ظهر الصفحة إن لزم الأمر:

عادات النوم/وقت النوم:

- ينام الطفل في وقت ملائم نعم لا
يستيقظ خلال الليل نعم لا
يمشي أثناء النوم نعم لا
يتحدث أثناء النوم نعم لا

معلومات أخرى:

هل طفلك:

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| • يشاهد التلفاز لمدة تزيد عن 3 ساعات في اليوم؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| • يشاهد التلفاز بصوت مرتفع للغاية؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| • يقول "ماذا، ماذا؟" طوال الوقت؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| • يجلس على مقربة شديدة من شاشة التلفاز؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

تاريخ العائلة الأوسع نطاقاً (أبناء العموم، الأعمام، العمات، الوالدين، الخ.):

هل يعاني أي من أفراد الأسرة مما يلي، إن كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح:

مرض طويل الأجل أو عيوب خلقية

مشكلات في العضلات

نوبات مرضية

فقدان البصر

فقدان السمع

مشكلات بسبب الكحول

مشكلات عصبية

صعوبات في التعلم

صعوبات في القراءة

صعوبات في الرياضيات

صعوبات في التحدث (عجز)

التذكر

هل خضع طفلك للتقييم في مكان آخر؟ نعم لا
إن كانت الإجابة بنعم، فلم وأين؟

هل يجوز لنا الاتصال بهم؟ نعم لا

إن كان هناك شيء آخر ترغب في ذكره عن طفلك، لا تتردد في التعليق:
