**نع**

**المكرم ولي أمر الطالبة : ........................................................................................**

**السلام عليكم و رحمته و بركاته و بعد**

**نرجو منكم تعبئة البيانات الواردة أدناه بكل دقة ليتسنى لنا تقديم الخدمة الإرشادية اللازمة لابنتكم عند الحاجة لذلك**

**شاكرين و مقدرين لكم حسن تعاونكم و تجاوبكم معنا ... و الله ولي التوفيق**

**أولاً : معلومات عامة :-**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطالبة** | **السجل المدني** | **الجنسية** | **مكان الميلاد** | **تاريخ الميلاد** | **نوع السكن / شقة , فيلا , شعبي** | **سكن / ملك , إيجار** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم ولي الأمر** | **صلة القرابة** | **مستوى تعليمه** | **مهنته** | **عنوان العمل** | **رقم جوال ولي الأمر** |
|  |  |  |  |  |  |
| **هل الأب على الحد الجنوبي** | **مرابط ( نعم - لا ) مشارك ( نعم - لا )** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم والدة الطالبة** | **الجنسية** | **مستوى تعليمها** | **مهنتها** | **عنوان العمل** | **رقم جوال والدة الطالبة** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عدد أفراد الأسرة** | **عدد الأخوة الذكور** | **عدد الأخوة الإناث** | **رقم هاتف المنزل** | **رقم هاتف آخر للتواصل** |
|  |  |  |  |  |

**ثانياً : الجانب الصحي :-**

**هل تعان ابنتك من احد الأمراض التالية :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** |
| **ضعف السمع** |  |  | **ضعف النظر** |  |  | **السكري** |  |  |
| **فقر الدم** |  |  | **حساسية الصدر** |  |  | **ارتفاع ضغط الدم** |  |  |
| **كثرة التبول** |  |  | **نوبات من الصرع** |  |  | **الربو** |  |  |
| **أمراض دم وراثية** |  |  | **حدد مرض الدم الوراثي إن وجد** |  | | | | |
| **أي أمراض أخرى أو حالات صحية يلزم العناية بها** | | |  | | | | | |

**ثالثاً : الجانب النفسي :-**

**هل تعاني ابنتك من احد الحالات التالية :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** |
| **الخجل و الانطواء** |  |  | **السرحان** |  |  | **تأتأة أو فأفأة في الكلام** |  |  |
| **الخوف المرضي** |  |  | **الاعتداء على الغير ( عدواني )** |  |  | **بطء الفهم / سرعة نسيان** |  |  |
| **القلق و التوتر** |  |  | **الأنانية ( أنانية )** |  |  | **نشاط حركي زائد ( فوضوي )** |  |  |
| **صعوبة في نطق بعض الحروف و ما هي :-** | | |  | | | | | |
| **حالات نفسية يلزم العناية بها :-** | | |  | | | | | |

**رابعاً : الجانب الاجتماعي و الاقتصادي :-**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **نعم** | **لا** |  | **نعم** | **لا** |  | | **نعم** | **لا** |
| **الأب متوفي** | |  |  | **الأم متوفية** |  |  | **الأم مطلقة** | |  |  |
| **هل كان من شهداء الواجب** | |  |  | **هل كانت تعمل في مجال التعليم** |  |  | **الزواج بآخر** | |  |  |
| **هل كان يعمل في مجال التعليم** | |  |  | **الطالبة مسجلة في الضمان الاجتماعي** |  |  | **مع من تعيش الطالبة** | |  | |
| **الدخل ( منخفض ، متوسط , مرتفع )** | |  | | **الطالبة تستفيد من خدمات الجمعيات الخيرية** |  |  | **اسم الجمعية** | |  | |
| **في حالة تنطبق شروط التسجيل في برنامج تكافل على الطالبة ‘ هل ترغب بتسجيل ابنتكم** | | | | |  |  | **يمكنكم الاطلاع على البرنامج من خلال موقع مؤسسة تكافل الخيرية** | | | |
| **عنوان المنزل** |  | | | | **كيف تحضر ابنتك إلى المدرسة ( وسيلة المواصلات )** | | | |  | |
| **كيف تعود ابنتك إلى المنزل ( وسيلة المواصلات )** | | | |  | |
| **في حالة حدوث طارئ صحي لاقدر الله ، هل توافق على نقل ابنتكم لأقرب مشفى** | | | | | **نعم** | | | **لا** | | |
|  | | |  | | |

**توقيع ولي الأمر على صحة المعلومات أعلاه**

**اسم ولي الأمر : التوقيع : أعدت النموذج مرشدة الطالبات : نوره الزهراني**

**التوقيع :**

**المملكة العربية السعودية**

**وزارة التعليم**

**الإدارة العامة للتعليم بـ.............**

**إدارة التوجيه و الإرشاد**

**وحدة الخدمات الإرشادية**

**المدرسة /**

**العام الدراسي :1440 / 1441هـ**

**الصف : .......... الفصل ( )**