**مركز الإرشاد التربوي والنفسي .......................**

**مكان العمل:**

اللقب والاسم: ............................................. ................................. تاريخ الميلاد .............. ................

محل الإقامة ، الرمز البريدي: ......................................... ...................... هاتف. ............................

فئة التلميذ: ......................، مدرسة ....................... ............................. في .................. ......................

**سرى جدا**

**التواصل مع الوالدين**

 أعزائي الوالدين ، عملينا الراشد،

سيتم تزويد طفلك برعاية استشارية متخصصة في مركزنا. لهذا ، نحتاج أيضًا إلى تعاونك.نطلب إكمال دقيق وصحيح للاستبيان التالي. املأ جميع أجزاء الاستبيان.

 بالنسبة لإجابات الاختيار من متعدد ، يكفي:

 **(أ) التأكيد على البند المناسب ؛**

**(ب) عند الاقتضاء ، ضع علامة على المربع مع الإجابة الصحيحة.**

نحن نعتبر معلوماتك سرية للغاية ، فقط لأغراضنا الداخلية. ستتم حماية محتواه وفقا للائحة 2016/679 للبرلمان الأوروبي والمجلس (المشار إليها فيما بعد بـ "اللائحة").

في حالة الفحص ، يعمل مرفق الإرشاد المدرسي وفقًا لتعديل قانون التعليم رقم 82 /2015 ، بصيغته المعدلة ، وفقًا للمواد 16 و 16 أ (3) و (4) و 17 و 28 و 116 و بموجب المرسوم رقم 27/ 2016 ، بصيغته المعدلة ، المواد 11 و 12 و 13 و 14 و 15.سيتم تقديم التقرير والتوصية إلى الشخص الذي يتم تقديم المشورة له. بمجرد إصدار التقرير والتوصية ، يتم إبلاغ الممثل القانوني أو العميل البالغ بمحتواه.

**تقديم المشورة للممثلين القانونيين / العميل البالغ وفقاً للمرسوم رقم 72 /2005 ، بصيغته المعدلة بموجب تعديل المرسوم رقم 197 ، بصيغته المعدلة ، المرسوم رقم 27 /2016 ، بصيغته المعدلة:**

 1.بناءً على موافقة الممثل القانوني أو العميل البالغ، يقدم المهنيون في مرفق الاستشارات ما يلي: الاستشارات ، الرعاية التصحيحية ، المنهجية أو العلاجية والتوصية بالتعاون مع أماكن العمل المتخصصة الأخرى. إذا لزم الأمر ، يفحصون أيضًا الطفل والتلميذ والطالب لوضع تدابير دعم من قبل طبيب نفساني (تقييم مثل الكفاءة الفكرية ، والمعرفة ، والمهارات ، وأسلوب التعلم ، والشخصية ، والملاءمة للاختيارات المهنية المستقبلية) ، والمعلم الخاص (التقييم المبدئي لمستوى القراءة ومهارات الرياضيات).

 2.وتتوافق كثافة الوقت مع طبيعة الرعاية الاستشارية الضرورية - حوالي ساعة إلى خمس ساعات (اعتمادًا على طبيعة الصعوبات ، يمكن إجراء الفحوصات التربوية النفسية أو الخاصة فقط ، أو كل من الفحوص التربوية النفسية والخاصة).

 3.**الهدف هو الإجابة على ما قد يساعد في التخفيف أو التغلب على الصعوبات التي تكمن وراء الاستشارة.** بناءً على نتائج الاستشارة ، سيوصي المستشارون بإجراءات تصحيحية مناسبة أو تدابير دعم ناتجة عن ذلك.

 4.من الضروري لفت الانتباه إلى المخاطر التي قد تنشأ في حالة تأخر أو عدم الامتثال للتوصيات. قد تقدم الخدمة المقدمة مساوئ للعميل ، خاصة إذا كانت نتائج استنتاجات الخبراء تتناقض مع توقعات العميل أو ممثله القانوني أو إذا علم الخبراء بطريقة موثوقة أنه يجري التخطيط أو ارتكاب جريمة جنائية ( التزام الإبلاغ).

 5.يمكننا أن نتوقع الاستفادة من الخدمات الاستشارية المقدمة بعد اكتشاف سبب وطبيعة الصعوبات ، إلى جانب التوصية اللاحقة بالطريقة المناسبة للتعلم أو التنشئة الإضافية للعميل. قد تساعد إرشادات الموظف المحترف أيضًا في التخفيف من صعوبات العميل أو إزالتها.

 6.قبل تقديم المشورة ، يوقع الممثل القانوني أو العميل الراشد موافقة مستنيرة على تقديم المشورة ، وهي صالحة طوال مدة خدمة الاستشارة. يتم تسجيل الخدمات المقدمة في الوثائق بحيث لا تكون حقوق العميل متحيزة ومحمية من أي تدخل غير مصرح به في حياته الخاصة والشخصية.

 7.للوالد الحق في طلب أي بند آخر من خدمات الاستشارات في أي وقت ، والحق في الاستماع إليه بموجب المادة 16 والقسم 5 من قانون التعليم ، والحق في طلب مراجعة بموجب المادة 16 ب من قانون التعليم والحق في تقديم شكوى إلى CSI بموجب المادة 174 (5) من قانون التعليم.

 8.إذا كانت نتيجة الرعاية المشورة هي التشخيص ، يقوم الخبير بإعداد تقرير وتوصية وفقًا للمرسوم رقم 27 /2016 ، بصيغته المعدلة.

 9.تتوفر معلومات عن الاتصالات والأغراض والأسس القانونية للمعالجة وحقوقك في مجال حماية البيانات الشخصية على الموقع الإلكتروني لمرفق الاستشارة (http://www.pepor-plzen.cz/).

 يمكن العثور على فئات البيانات الشخصية التي تمت معالجتها على موقع PPP على الإنترنت ............

إذا لم تتمكن من الحضور ، نطلب إعلانًا في الوقت المناسب حتى نتمكن من دعوة شخص آخر.

سيتم دائمًا تضمين تاريخ أي فحص للمتابعة في التوصية.

 شكرا لتعاونكم.

في ……….. . .. 20 ...

مدير مركز الاستشارة النفسية التربوية

 **معلومات شخصية**

**الآب:** اسم اللقب:....................................................................................

 هاتف:……………………………… البريد الإلكتروني:……………………………………………

**الأم:** اسم اللقب:....................................................................................

 هاتف:……………………………… البريد الإلكتروني:……………………………………………

هل توجد صعوبات في الصحة أو التربية أو التربية في أفراد الأسرة الآخرين؟

...............................................................................................................

...............................................................................................................

...............................................................................................................

ما اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟ .........................................................................

العائلة كاملة : [ ]  [ ]  لا- [ ]  نعم ، يتم رفع الطفل من خلال: الأم - الأب - شخص آخر. ...................

حضانه مشتركة : [ ]  لا- [ ]  نعم

رعاية التبنى:[ ]  لا- [ ]  نعم

**خطوة الوالد ، الوالد الكفيل:**

 اسم اللقب:.........................................................................................

 هاتف:……………………………… البريد الإلكتروني:……………………………………………

الحمل كان: طبيعي - في خطر هل واجهت الأم أي صعوبة؟ لا نعم ما الصعوبة التي واجهتها الأم؟(القيء ، النزيف ، المرض ، نوع المرض ، في أي شهر):

 ............................................................................................................... ..

حمل الطفل إلى مولود سابق الولادة مولود قبل الأوان في ................................ الشهر

كانت الولادة طبيعية - مشاكل (ما هي المشاكل)؟

...........................................بعد الولادة كان الطفل - لم ينعش ، كان - لم يكن لديه صفراء حديث الولادة ، كان - لم يكن لديه مشاكل صحية

(ما هي المشاكل)؟ ............................................. .................................................. .

كان الطفل يرضع رضاعة حتى .............. أسابيع ، لم يرضع.

 حتى الآن كان الطفل يعاني من الأمراض التالية ، على سبيل المثال:

الحصبة الشرى التهاب الاذن الوسطى

الحصبة الألمانية التهاب اللوزتين اصابه في الرأس

جدري الماء مرض الامعاء التهاب السحايا

النكاف القرمزي حمى أخرى

هل كان الطفل مريضًا؟[ ]  لا- [ ]  نعم ماذا كان المرض؟ ...........................

.................................................. .................................................. .................................................. .

 هل كان الطفل في المستشفى؟ لا- نعم في أي عمر ، كم من الوقت ، السبب ...............

............................................................................................................... ...

هل الطفل في رعاية خبير؟ (مثل ، طبيب نفسي ، طبيب نفسي ، طبيب أطفال ، طبيب أعصاب ، معالج النطق ، إلخ) [ ]  لا- [ ]  نعم

أي خبير؟ ......................................................................................................

بدأ الطفل في: الجلوس في ................... أشهر من العمر يتحدث أول كلمة في .................. ... اشهر من العمر.

 الزحف في .................... أشهر من العمر يتكلم في الجمل في الشهر ......................

 المشي في ................. اشهر من العمر

بدأ الطفل في الحفاظ على النظافة الشخصية في ..............................................................

الآن يبلل نفسه في الليل - خلال النهار - لا يبلل نفسه.

المهارات الحركية الإجمالية (البراعة والسيطرة والوضعية والتنسيق بين الأطراف العلوية والسفلية - على سبيل المثال القفز والدراجات والتزلج والتزلج والقفز والقفز بالحبال وألعاب الكرة وغيرها):

[ ]  ماهرا - غير ماهر في ما: ..................................................
 ...............

المهارات الحركية الدقيقة (المهارات الحركية للإصبع والحركة - على سبيل المثال ، البناء من الكتل ، توضيح الخرق ، الديكور ، القطع ، اللصق ، التعامل مع الأشياء الصغيرة)

 ماهرا - غير ماهر في ما: ..................................................

عند العمل والرسم ، يفضل اليد اليمنى - اليسرى - بالتناوب بين اليدين.

في العائلة كان هناك شخص أعسر:[ ]  لا- [ ]  نعم
من ؟................................................ .....

الطفل لديه:

الصداع فرط الحركة ارتباك واختلال العصبية

اضطرابات النوم القلق عدم اليقين عدم الطاعة

الاضطرابات الغذائية الغضب الشديد تدمير الأشياء الخداع الكذب
اضطرابات النطق التحدي الردود العدوان القتال التلعثم

عدم الرضا البطئ التعب الصعوبة في نطق الأصوات الخجل الحياء

الحماقات    نقص التركيز هيكل الجملة غير مناسب التهرب من المدرسة

تجنب الأطفال افتعال الصراعات استخدام أشكال خاطئة السرقة

يخطيء السلبية في التواصل مفردات صغيرة   الاضطرابات الجنسية

 اضطرابات الجهاز الحسي: قصر النظر ، ضعف السمع ، ......................................... .........

يحضر / يدرس الحضانة:[ ]  لا- [ ]  نعم من العمر ..............................

تأجيل الحضور المدرسي [ ]  لا- [ ]  نعم

 في السنة: ................................................... ..

حضر السنة التحضيرية:[ ]  لا- [ ]  نعم ؟

هل خضع الطفل للفحص التربوي النفسي أو الخاص؟  [ ]  لا- [ ]  نعم

متى و اين؟ .................................................. .................................................. ..................

**II. سبب زيارة مرفق الاستشارة**

ما هو سبب الزيارة: ...............................................................................

بناء على طلب من: الآباء - المدرسة - الآخرين (الذين) .............................................................

صف مشاكل الطفل ,التلميذ ,الطالب في المنزل ..............

 .................................................. .................................................. ........................................

.................................................. .................................................. .....................................

............................................................................................................... ...

وصف مشاكل الطفل ، التلميذ ، الطالب في المدرسة ، مرفق المدرسة:
.............................. ............................................................................................................... ...

............................................................................................................... ...

............................................................................................................... ..

.................................................. .................................................. .....................................

وصف نقاط قوة الطفل ، ما هي المهارات ..........................................................

...............................................................................................................

............................................................................................................... ...

\* كجزء من المدرسة ، يحضر العميل: نادي المدرسة [ ]  لا- [ ]  نعم

 نادي هواية داخل المدرسة[ ]  لا- [ ]  نعم

يحضر العميل مؤسسة هواية خارج المدرسة: مركز الأطفال [ ]  لا- [ ]  نعم

 مدرسة الموسيقى[ ]  لا- [ ]  نعم

\*) متوسط ​​التعلم اليومي لحوالي: ........................................................................ ..

\*) الطفل يدرس:بانتظام - بشكل غير منتظم - في بعض الأحيان فقط - أبدا

 \*) الموقف من التعلم:يتعلم بنفسه ، من دون تعليقات - يحتاج إلى إشراف عرضي يحتاج الإشراف المستمر

\*) يتعلم بنفسه نعم - لا بينما تعلم أنه يساعد من قبل .................................... ............

 \*) ملاحظة: لا تملأ في حالة أطفال الحضانة

**III. الخاتمه**

حضانة مشتركة:[ ]  لا- [ ]  نعم

في حالة الحضانة المشتركة ، سيتم تلقي التقرير من قبل الأم - الأب - ممثل قانوني آخر ...

أقر بأنه في حالة ما إذا أسفرت الرعاية الاستشارية عن التوصية بتدابير دعم للأطفال والتلاميذ والطلاب ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة من سنة إلى خمس سنوات ، فسيتم دائمًا إرسال التوصية إلى المدرسة /مرفق المدرسة.

**إذا تم ملء هذا الاستبيان بشكل غير كامل ، فإنني أقر بأنه لا يمكن إجراء أي استشارة أخرى لأن مقدم الطلب لم يقدم التعاون اللازم لتحقيق غرض خدمة الاستشارات وفقا للمرسوم رقم 72 /2005 ، بصيغته المعدلة ، والمرسوم رقم 27 / 2016 ، بصيغته المعدلة.**

 في ................................... بتاريخ ........................ .................................

التوقيعات

تعليقات أخرى: