

**استمارة جمع**

**معلومات طالب**

**المملكة العربية السعودية**

**وزارة التعليم**

**الإدارة العامة للتعليم بـالرياض**

**مكتب تعليم .............**

**مدرسة .............الابتدائية**

**نع**

 **العام الدراسي : 1443هـ**

**المكرم ولي أمر الطالب: ........................................................... بالصف :-..........................**

**السلام عليكم ورحمه وبركاته و بعد**

**نرجو منكم تعبئة البيانات الواردة أدناه بكل دقة ليتسنى لنا تقديم الخدمة الإرشادية اللازمة لابنكم عند الحاجة لذلك، حيث سوف تستخدم في مصلحة الطالب ولمساعدته وتكون سريه جدا.**

**شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم وتجاوبكم معنا**

**أولاً : معلومات عامة :-**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطالب** | **السجل المدني** | **الجنسية** | **مكان الميلاد** | **تاريخ الميلاد** | **نوع السكن** | **السكن /** **ملك / إيجار**  | **الحي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  **/ / 14**  |  |  |  |

 **في حال لم يكن ولي الأمر الأب يجب ارفاق ما يثبت الولاية أو الحضانة للطالب**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 )** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **والد الطالب**  | **غير متعلم ( )** | **يقرأ ويكتب ( )** | **تعليم عام ( )** | **جامعي ( )** | **شهادة عليا ( )** |
| **والدة الطالب** | **غير متعلمة ( )** | **تقرأ وتكتب ( )** | **تعليم عام ( )** | **جامعي ( )** | **شهادة عليا ( )** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عدد أفراد الأسرة** | **عدد الأخوة الذكور** | **عدد الأخوة الإناث** | **ترتيبه بين اخوته** | **رقم هاتف المنزل أو أحد الأقارب** | **رقم هاتف آخر للتواصل** |
|  |  |  |  |  |  |

**ثانياً : الجانب الصحي :-**

**هل يعان ابنك 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 يعاني ابنك من احد الحالات التالية : ( إرفاق التقارير الطبية إن وجد )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** | **المرض** | **نعم** | **لا** |
| **الخجل و الانطواء** |  |  | **السرحان** |  |  | **تأتأة أو فأفأة في الكلام** |  |  |
| **الخوف المرضي (الرهاب)** |  |  | **الاعتداء على الغير ( تنمر )** |  |  | **بطء الفهم / سرعة نسيان** |  |  |
| **القلق و التوتر** |  |  | **الأنانية ( أنانية )** |  |  | **نشاط حركي زائد ( فرط حركة )** |  |  |
| **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** |  |  | **الطالب مسجل في الضمان الاجتماعي** |  |  | **مع من يعيش الطالب** |  |
| **الدخل ( منخفض ، متوسط , مرتفع )** |  | **الطالب يستفيد من خدمات الجمعيات الخيرية** |  |  | **اسم الجمعية** |  |
| **في حالة تنطبق شروط التسجيل في برنامج تكافل على الطالب‘ هل ترغب بتسجيل ابنكم ؟** |  |  | **يمكنكم الاطلاع على البرنامج من خلال موقع مؤسسة تكافل الخيرية**  |
| **عنوان المنزل** | **الشارع رقم المبنى رقم الباب**  | **كيف يحضر ابنك إلى المدرسة (وسيلة المواصلات)** | **مشي/سيارة/باص** |
| **كيف يعود ابنك إلى المنزل (وسيلة المواصلات )** | **مشي/سيارة/باص** |
| **في حالة حدوث طارئ صحي لا قدر الله ، هل توافق على نقل ابنكم لأقرب مستشفى**  | **نعم**  | **لا** |
|  |  |

**توقيع ولي الأمر على صحة المعلومات أعلاه اسم ولي أمر الطالب:- التوقيع :**

|  |  |
| --- | --- |
| **الموجه الطلابي : علي سعد العقيلي** |  **مدير المدرسة : خالد سليمان الرميح** |