

إرشادات بخصوص ملء الاستمارة:

يُرجى ملء ما ينطبق، أو وضع علامة أمامه

نرجو ذكر المعلومات التالية؛ حتى تتمكن من إجراء فحص القبول بالمدرسة بشكل كامل ونقدم لك المشورة المؤهلة. معالجة البيانات تعتمد على جملة أمور؛ من بينها المادة 12، الفقرة 1 من قانون الخدمات الصحية (GDG)، والمادة رقم 6، الفقرة 1، البند رقم 1 من قانون الرعاية الصحية المدرسية (SchulgespflV). يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقيتها، مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدرسة.

لقب عائلة الطفل	الاسم الأول للطفل	تاريخ الميلاد
عدد الأشقاء	جنسية الطفل	بلد ميلاد الطفل
اسم، و عنوان ولي الأمر		
الاسم الاسم الأول..... الاسم الاسم الأول.....		
رقم الهاتف رقم الهاتف		
لعنوان.....		
مدة الالتحاق بالحضانة/دار الرعاية النهارية/روضة الأطفال (بالسنوات) _____		
هل يذهب طفلك حالياً إلى روضة أطفال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
نوع روضة الأطفال:		
<input type="checkbox"/> رياض أطفال اعتيادية (بما فيها روضة الأطفال في الغابات، مونتيسوري، وغيرها) <input type="checkbox"/> مؤسسة إعداد الأطفال للمدرسة (SVE)		
<input type="checkbox"/> مركز رعاية نهارية لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (HPT) <input type="checkbox"/> مكان الاندماج/روضة أطفال الاندماج		
<input type="checkbox"/> أخرى (ما هي؟) _____		
الحمل، وسير الولادة (ستجد المعلومات في الكتيب الأصفر)		
الوزن عند الميلاد: _____	إجراء تم إكمال _____	من أسابيع الحمل: _____ أسبوع الحمل
<input type="checkbox"/> ولادة متعددة		
النمو		
مشاكل النطق أثناء النمو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة	<input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة	
إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟	_____ سنوات _____ أشهر	
اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟	<input type="checkbox"/> الألمانية	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____
ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟	<input type="checkbox"/> الألمانية	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____
<input type="checkbox"/> الألمانية	<input type="checkbox"/> لغة (لغات) أخرى _____	
هل يستخدم طفلك	<input type="checkbox"/> يده اليمنى،	<input type="checkbox"/> أم يده اليسرى، <input type="checkbox"/> أم لم يتحدد ذلك بعد
بشكل عام، هل تعتقد أن طفلك يعاني من صعوبة في مجال أو أكثر من المجالات التالية: الحالة المزاجية (الاكتئاب، أو القلق، أو عدم الاستقرار، أو الغضب)، أو التركيز (لا يستطيع الجلوس لفترة طويلة، أو لا يستمع بحرص عند القراءة)، أو السلوك، أو التفاعل مع الآخرين؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

تدابير الدعم، أو العلاجات	
المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية العلاج اللغوي (علاج النطق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أكمله <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حاليًا <input type="checkbox"/> مخطط له <input type="checkbox"/>
معلومات عن الأمراض السابقة، أو القيود الصحية	
هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟ في حالة الإجابة بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملفتة <input type="checkbox"/> قصر النظر (حسر البصر) <input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر) <input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات <input type="checkbox"/>
هل اصطحبت طفلك في آخر 12 شهرًا لزيارة طبيب الأسنان؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ضعف السمع الخلقي الشديد في حالة الإجابة بنعم؛ يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ضعف السمع الخلقي استخدام سماعة أذن لديه قوقعة صناعية مزروعة	<input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين
الاضطرابات الأيضية/الهرمونية (نتائج الفحوصات التي شخّصها طبيب فحسب) في حالة الإجابة بنعم، فما هي؟ نقص إنزيم MCAD <input type="checkbox"/> قصور الغدة الدرقية (الخلقي) <input type="checkbox"/> بيلة الفينيل كيتون (PKU) <input type="checkbox"/> متلازمة إيكاردي-غوتبير (AGS) <input type="checkbox"/> التليف الكيسي <input type="checkbox"/> مرض السكري (من النوع الأول) <input type="checkbox"/> غير ذلك:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
العمر عند التشخيص: () _____ / _____ (سنوات / شهور)	
أمراض مزمنة أخرى: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	لا <input type="checkbox"/>
إعاقة شديدة: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	لا <input type="checkbox"/>
الأدوية التي يجب تناولها بانتظام: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	لا <input type="checkbox"/>
هل أنت على دراية بأمراض طفلك التي تتطلب إجراءات معينة في حالات الطوارئ (مثل الحساسية والصرع، وما إلى ذلك)؟ في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا المرض موجود في العائلة (الوالدين، الأشقاء)	
ضعف في القراءة والإملاء (عسر القراءة) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
ضعف في الحساب (عسر الحساب) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

تاريخ الملء: