



مملكة البحرين
وزارة التربية والتعليم
إدارة التربية الخاصة
برنامج الإعاقات

استمارة بحث حالة طالب

-----الجهة المحول منها الطالب:-----
-----نوع الحالة حسب التقرير الطبي:-----
-----أجرى المقابلة:----- تاريخ المقابلة:-----
البيانات الخاصة بالطالب:
-----اسم الطالب:----- تاريخ الميلاد:-----
-----الرقم الشخصي:----- هاتف المنزل:-----
-----يعيش الطالب مع: والديه والده والدته وآخرين-----
-----العنوان:-----
بيانات أسرة الطالب:
-----اسم الأم:----- هاتف الأم:-----
-----المستوى التعليمي للأم:----- وظيفة الأم:-----
-----اسم الأب:----- هاتف الأب:-----
-----المستوى التعليمي للأب:----- وظيفة الأب:-----
-----الحالة الاقتصادية للأسرة: ممتازة جيدة ضعيفة-----
-----عدد الأخوان:----- عدد الأخوات:----- ترتيب الطالب:-----

هل لدى الطالب المشكلات التالية:

قضم الأظافر:

مص الأصابع:

اضطرابات النوم:

صرع:

تشنج:

عدوانية:

بكاء وصراخ زائد:

حركة ونشاط زائد:

شرود وسرحان:

اضطرابات لغوية:

مشاكل أخرى لدى الطالب:

هل يتحكم في عملية التبول؟

هل يتحكم في عملية التبرز؟

هل يحتاج إلى مساعدة لتناول الطعام والشراب؟

هل يحتاج إلى مساعدة في دورة المياه؟

هل يحتاج إلى مساعدة لارتداء ثيابه؟

مشاركة الطالب في أنشطة العائلة:

استقبال الضيوف:

مشاهدة التلفاز:

الزيارات العائلية:

الزيارات الترفيهية:

علاقة الطالب مع أخوانه:

علاقة الطالب مع الأطفال الآخرين:

معلم التربية الخاصة:

ولي أمر الطالب: