مملكة البحرين

وزارة التربية والتعليم

إدارة التربية الخاصة

برنامج الإعاقات

استمارة تقدير أداء الطالب

اسم الطالب ..... العمر:..... التاريخ:...../...../.....

نتيجة التقرير الطبي (إن وجد) .....

الرقم الشخصي: ..... الصف:.....المدرسة .....

هاتف ولي الأمر (الأب) .....هاتف ولي الأمر (الأم) :.....

عمل الأب: ..... عمل الأم: .....

الجهة المحول منها:..... اسم المشخص: .....

الملاحظات العامة للمشخص:

١).....

٢) .....

٣) .....

٤).....

٥) .....

التوصيات:

.....

توقيع المشخص: .....

رئيس قسم الإعاقات

مديرة إدارة التربية الخاصة