

مشروع الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتوسيع خدمات رياض الأطفال في فلسطين

طلب التحاق الطفل

1. معلومات عامة			
	ب. الجنس		أ. اسم الطفل (كما يظهر في شهادة الميلاد)
<input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/> ذكر			
	ث. مكان الولادة		ت. تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)
	ح. رقم الهاتف الأرضي		ج. العنوان
	د. رقم هاتف الأب		خ. اسم الأب
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	ر. هل الراتب منتظم؟		ذ. مهنة الأب
<input type="radio"/> توجيهي <input type="radio"/> بكالوريوس <input type="radio"/> ماجستير	س. مؤهل الأب التعليمي		ز. عنوان مكان عمل الأب
	ص. رقم هاتف الأم		ش. اسم الأم
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	ط. هل الراتب منتظم؟		ض. مهنة الأم
<input type="radio"/> توجيهي <input type="radio"/> بكالوريوس <input type="radio"/> ماجستير	ع. مؤهل الأم التعليمي		ظ. مكان عمل الأم
	ف. صلة القرابة		غ. اسم ولي أمر الطفل
2. جهات اتصال الطوارئ			
	ب. صلة القرابة	الاسم	أ. جهة الاتصال رقم 1
		رقم الهاتف	
	ت. صلة القرابة	الاسم	ث. جهة الاتصال رقم 2
		رقم الهاتف	
3. معلومات عن عائلة الطفل			
	ت. عدد أولئك منهم الذين: <input type="radio"/> يعملون <input type="radio"/> يدرسون		أ. ترتيب الطفل بين اخوته
			ب. عدد الأخوة

<input type="radio"/> لا يعملون ولا يدرسون <input type="radio"/> ج. عدد أولئك منهن اللواتي: <input type="radio"/> يعملن <input type="radio"/> يدرسن <input type="radio"/> لا يعملن ولا يدرسن		ث. عدد الأخوات	
		ج. الطفل يسكن مع	
4. معلومات عن الطفل			
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	أ. هل سجلت طفلك في رياض الأطفال من قبل؟	
<input type="radio"/> تمهيدي KG2	<input type="radio"/> بستان KG1	1) إذا كانت اجابتك "نعم"، في أي صف كان طفلك؟	
		2) ما اسم الروضة التي كان طفلك مسجلاً فيها؟	
		3) ما عنوان الروضة التي كان طفلك مسجلاً فيها؟	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	ب. هل يعاني طفلك من أية مشكلات صحية؟	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى كتابة المشكلة/لات	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	ت. هل خضع طفلك لأية عمليات أو إجراءات جراحية؟	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى كتابة العمليات/الإجراءات الجراحية	
		2) إذا كانت اجابتك "نعم"، كم كان عمر طفلك عند خضوعه للعمليات/الإجراءات الجراحية؟	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	ث. هل لدى طفلك أية حساسية تجاه أي نوع من الأدوية؟	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى كتابة نوع الدواء	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	ج. هل لدى طفلك أية حساسية تجاه أي نوع من الأطعمة؟	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى كتابة نوع الطعام	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	ح. هل لدى طفلك أي تأخر في النمو؟	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى توضيح طبيعة هذا التأخر	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	خ. هل لدى طفلك أي نوع من أنواع الإعاقة؟ (ذهنية/جسدية)	
		1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى توضيح نوع الإعاقة	
		2) اسم المركز الذي شخّص طفلك وتتم المراجعة فيه	
5. الحالة الاقتصادية			
أكثر من 3000	3000 – 1880	أقل من 1880	أ. مستوى دخل أسرتك هو (بالشيل):

ب. هل يعيل وليّ أمر الطفل أيّاً من أفراد العائلة الممتدة؟ (كالجد أو العمّة مثلاً)	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
ت. هل تتلقى أسرتك أي نوعٍ من الدعم الماليّ الإضافي (من وزارة التنمية الاجتماعية أو من أية مؤسسات خيرية مثلاً)؟	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
ث. هل يعاني أيّ من أفراد الأسرة من أيّ نوعٍ من الإعاقة أو يحتاج إلى أيّ نوعٍ من الرعاية الصحيّة؟	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
1) إذا كانت اجابتك "نعم"، يرجى توضيح من هو الفرد ونوع إعاقته/نوع الرعاية الصحيّة التي يحتاجها؟		من هو الفرد نوع الإعاقة/الرعاية الصحيّة
2) هل يتلقى فرد الأسرة المذكور في هذا البند أيّ نوعٍ من أنواع الدعم من وزارة التنمية الاجتماعية (كالدواء أو الكشوفات الطبيّة، أو اللوازم الطبيّة كالكراسي المتحركة وغيرها)؟	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
6. الوثائق المطلوب ارفاقها		
أ. شهادة ميلاد الطفل	<input type="radio"/> يوجد	<input type="radio"/> لا يوجد
ب. صور شخصية للطفل عدد 4	<input type="radio"/> يوجد	<input type="radio"/> لا يوجد
ت. صورة عن بطاقة تسجيل الأونروا (كرت المؤمن) إن وجدت	<input type="radio"/> يوجد	<input type="radio"/> لا يوجد

توقيع ولي أمر الطفل

الاسم _____

التوقيع _____

التاريخ _____

توقيع مُقدّم الطلب

الاسم _____

التوقيع _____

التاريخ _____