

FUTURE REHABILITATION CENTER مركز المستقبل للتأهيل

Paste Child's
Photo

Intake Form نموذج تعارف

Form No (for office use only)

Application for Admission Assessment Assessment – People of Determination
الغرض من تقديم الطلب الالتحاق / التسجيل بالمركز تقييم شامل تقييم – بطاقة اصحاب الهمم

Checklist of documents attach to complete the Intake Form: : لإستكمال فتح الملف يرجى إرفاق المستندات التالية :

- صورة من التقرير المدرسي / تقييم شامل حديث . *Copy of child's most recent school /Assessment Report*
 صورة من التقرير الطبي . *Copy of Medical Report*.

Date : _____	التاريخ : _____
Child's Name : _____	اسم الطالب : _____
Family Name: _____	اسم العائلة : _____
Date of Birth : _____	تاريخ الميلاد : _____
Sex: Male / Female	الجنس : ذكر / أنثى
Nationality : _____	الجنسية : _____
Diagnosis : _____	التشخيص : _____
E-mail Address : _____	البريد الإلكتروني: _____
Tel. Home: _____	تليفون المنزل : _____
Father's Mobile # : _____	رقم جوال الأب : _____
Father's Profession : _____	وظيفة الأب : _____
Place of Work : _____	مكان العمل : _____
Mother's Mobile #: _____	رقم جوال الأم : _____
Mother's Profession: _____	وظيفة الأم : _____
Place of Work : _____	مكان العمل : _____

<p style="text-align: center;"><u>Past Medical History</u></p> <p>Where there any complications during pregnancy? Yes / NO If YES please explain : _____ _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>التاريخ المرضي السابق</u></p> <p>هل هناك صعوبات أثناء فترة الحمل؟ نعم / لا إذا نعم نرجو الإيضاح : _____ _____</p>
<p>Where there any complications at birth? Yes / No If YES please explain : _____ _____</p>	<p>هل هنالك صعوبات أثناء الولادة؟ نعم / لا إذا نعم نرجو الإيضاح : _____ _____</p>
<p>Was your child born before the due date? _____</p>	<p>هل ولدته مبكرة؟ _____</p>
<p>Has your child been hospitalized? _____</p>	<p>هل أدخل المشفى سابقاً؟ _____</p>
<p>List any medication taken by the child: _____</p>	<p>نرجو كتابة أسماء الأدوية التي يأخذها : _____</p>
<p>Does the child appear to have any health problem? Any allergies? Drugs or foods? Yes / No _____</p>	<p>هل كان يعاني من مشاكل صحية؟ أو حساسية؟ من الطعام أو الأدوية؟ نعم / لا _____</p>

<p>First Language: _____ Second: _____</p> <p>Age of Mother at pregnancy : _____</p> <p>Is there any disabilities in either families: Yes / No</p> <p>_____</p>	<p>اللغة الأولى: _____ الثانية: _____</p> <p>عمر الأم أثناء الحمل: _____</p> <p>هل توجد حالة إعاقة في أي من العائلتين? نعم / لا</p> <p>_____</p>
<p>Problems identified by parents:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>المشاكل التي يراها الوالدين :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Expected goals for the child :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>الأهداف التي يتوقعها الوالدين لأبنهم / بنتهم :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Current and / or previous programs (place):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>البرامج السابقة / الحالية (المكان) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Current and / or previous therapy (place):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>العلاج السابق / الحالي (المكان) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p style="text-align: center;"><u>Development History</u></p> <p>At what age did your child: Sit alone: _____ Walk: _____ Unbutton small buttons independently: _____ Spoke first words: _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>مراحل النمو</u></p> <p>في أي شهر/ سنة بدأ أبنكم / ابنتكم : الجلوس بمفرده: _____ المشي: _____ فك الأزرار الصغيرة : _____ تحدث كلماته الأولى : _____</p>
<p><u>Activities for self help skills:</u></p> <p>1) Feeding independent / dependent : _____</p> <p>2) Toileting independent / dependent : _____</p> <p>3) Dressing independent / dependent : _____</p> <p>4) Mobility independent / dependent : _____</p> <p>5) Communication: _____</p> <p>6) Comprehension: _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>مهارات الاعتماد على النفس/ على الآخرين</u></p> <p>1) التغذية: يعتمد على نفسه/ يعتمد على الآخرين : _____</p> <p>2) الذهاب الى الحمام: يعتمد على نفسه/ يعتمد على الآخرين: _____</p> <p>3) اللبس : يعتمد على نفسه/ يعتمد على الآخرين: _____</p> <p>4) المهارات الحركية: يعتمد على نفسه/ يعتمد على الآخرين: _____</p> <p>5) التخاطب : _____</p> <p>6) الاستيعاب : _____</p>
<p>Additional Information : _____ _____</p>	<p>أية معلومات أخرى : _____ _____</p>

Signature: التوقيع: _____