

ملحق طلب انتقال الطالب  
معلومات الصحة الطلابية

القسم I يستكمل من قبل ولي الأمر/الوصي	
اسم الطالب:	العام الدراسي لطلب الانتقال:
عنوان الطالب:	
المدرسة المحددة للحضور:	المدرسة المطلوب الانتقال إليها:
القسم II يستكمل من قبل طبيب أو أخصائي نفسي مرخص أو طبيب نفسي	
تقدم الطالب المسمى أعلاه بطلب الانتقال من المدرسة لسبب جسدي أو نفسي. يرجى موازنة المسؤولين في اتخاذ القرار من خلال الإجابة على الأسئلة المدرجة أدناه في حال انطبقت على حالة الطالب وتقديم التفاصيل الوافية ليتخذ المسؤولون قرارهم. لا يعتمد الانتقال لسبب طبي ما لم يرفق هذا النموذج مع طلب النقل.	
سبب الإحالة الأولية:	تاريخ الإحالة:
التشخيص الحالي (يرجى استخدام التشخيص الموافق لرموز DSM أو CPT).	
الخطة العلاجية و التشخيص الأولي	
كيف يمكن للانتقال المذكور أعلاه أن يساعد الطالب ويساعدك على تحقيق أهداف العلاج؟	
اسم الأخصائي الطبي الذي يكمل هذا النموذج:	
العنوان:	
رقم الهاتف:	رقم الفاكس:
التوقيع:	التاريخ:
هل وقع ولي الأمر تصريحاً يتيح لك استشارة أحد موظفي مكتب الخدمات الطلابية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	