

**STUDENT TRANSFER REQUEST ADDENDUM  
STUDENT HEALTH INFORMATION**

<b>Part I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN</b>	
Student Name:	School Year of Transfer Request:
Student Address:	
Assigned School:	Requested School:
<b>Part II: TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN, LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST, OR PSYCHIATRIST</b>	
<p>The above-named student has requested a transfer of schools based on a physical or psychological reason. Please assist staff in making a determination by completing the questions below as applicable to this student, providing sufficient details to allow staff to make a decision. A medically-related transfer shall not be considered unless this form accompanies the transfer request.</p>	
Reason for Original Referral:	Date of Referral:
Current Diagnosis (please use diagnosis applicable to DSM or CPT codes):	
Treatment Plan and Prognosis:	
How would a transfer to the aforementioned requested school assist the student and you in working towards your treatment goals?	
Name of Medical Professional Completing this Form:	
Address:	
Telephone Number:	Fax Number:
Signature:	Date:
Has the parent signed a release for you to consult with Office of Student Services Staff? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

ملحق معلومات صحة الطالب  
طلب انتقال الطالب

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 مؤازرة المسؤولين في اتخاذ القرار من خلال الإجابة على الأسئلة المدرجة أدناه في حال انطبقت على حالة الطالب وتقديم التفاصيل الوافية ليأخذ 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 والتشخيص الأولى:	
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	