

**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	

د زده کوونکی د لیرد وړاندیز ضمیمه  
د زده کوونکی روغتیایی معلومات

<b>I برخه: دا برخه باید د والدینو/سرپرست لخوا بشپړه شي</b>	
د زده کوونکی نوم:	د لیرد د وړاندیز بنوونکی کال:
د زده کوونکی پته:	
گمارل شوی بنوونکی:	غوښتل شوی بنوونکی:
<b>II برخه: دا برخه باید د یو ډاکټر، جواز لرونکي کلینیکي ارواپوه، یا رواني/عصبي ډاکټر لخوا بشپړه شي</b>	
پورته نومول شوي زده کوونکي د فزیکي یا عصبي دلیل پر اساس د بنوونکي د لیرد غوښتنه کړي. کارکوونکو ته پریکړه کولو لپاره کافی اندازه تفصیلات وړاندی کولو سره، مهرباني وکړئ د لاندې پوښتنو په بشپړولو کې له ادارې کارکوونکو سره مرسته وکړئ کوم چی په دی زده کوونکی باندی د پلی کیدو وړ وي. طبي اړوند لیرد به په پام کې نه نیول کیږي پرته له دې چې دا فورمه د لیرد وړاندیز سره یوځای وي.	
د راجع لپاره اصلي/بسیټیزه دلیل:	د راجع کولو نیټه:
اوسنی تشخیص (مهرباني وکړئ د DSM یا CPT کوډونو لپاره د پلی کیدو وړ تشخیص وکاروئ):	
د درملني پلان او تشخیص:	
پورته ذکر شوي بنوونکي ته لیردونه څرنگ کولی شي د زده کوونکي او تاسو سره ستاسو د درملني اهدافو په لور پرمختگ کولو کی مرسته وکړي؟	
د طبي مسلک لرونکی کس نوم چې دا فورمه بشپړوي:	
پته:	
تلیفون شمیره:	فکس نمبر:
لاسلیک:	نیټه:
آیا زده کوونکو ته خدمتونه وړاندی کولو کارکوونکو سره د سلا مشورې لپاره مور/پلار تاسو ته د اجازه ورکولو فورم لاسلیک کړي؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	