طلب الخدمات الاستشارية (التوجيهية)

|  |
| --- |
| سبب طلب الخدمة الاستشارية (التوجيهية). |
| \* تاريخ استلام الطلب: |
| اسم العميل: | اسم عائلة (كنية) العميل: |

|  |
| --- |
| تاريخ الميلاد: |
| سكن العميل الحالي: |
| المدرسة ، الصف: |
| الفحوصات الخاصة السابقة: |
| الشخص المطالب في الفحص (الاسم ، العلاقة بالعميل): |
| رقم الاتصال بالهاتف: |
| البريد الإلكتروني: |
| قدرة العميل على التواصل باللغة التشيكية: |
| قدرة أولياء الأمر القانونيين على التواصل باللغة التشيكية: |
| يحتاج مترجماً (بأي لغة): |
| \* رقم الملف: |  |
| \* الشخص الذي استلم الطلب: |  |
| \* تم تحديد موعد مع: |  |
| \* تاريخ الزيارة: |  |

\* الخانات التي عليها نجمة يقوم بتعبأتها المركز (العيادة)