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)