رقم الطلب:

**استمارة طلب دمج ذوي الاحتياجات الخاصة**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **بيانات مقدم الطلب** | | | | |
| **مقدم الطلب (المالك/ المخول له)** |  | | **الرقم السكاني** |  |
| **رقم الهاتف** |  | | **تاريخ الطلب** |  |
| **بيانات مؤسسة التعليم المبكر** | | | | |
| **مؤسسة قيد الإنشاء** | | | **مؤسسة قائمة** | |
| **اسم مؤسسة التعليم** |  | | **هاتف المؤسسة** |  |
| **رقم القرار الوزاري/ تاريخه** |  | | **تاريخ انتهاء الترخيص** |  |
| **نوع المؤسسة** | | | | |
| **حضانة روضة** | | **وطنية أجنبية جاليات** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بيانات الطلب** | | | |
| **عدد الطلبة المتوقع** | **عدد الصفوف** | **عدد المعلمات المؤهلات** | **المناهج المقترحة** |
|  |  |  |  |
| **فئة الأطفال** | | | |
| **الصم البكم التوحد إعاقة ذهنية إعاقة جسدية أخرى** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **إقرار بصحة البيانات** | | |
| أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات والمرفقات، واستكمال جميع المستندات المطلوبة، وأتعهد بتوفير جميع التقارير الطبية المعتمدة الخاصة بحالات الأطفال. | | |
| **الاسم:** | **التوقيع:** | **التاريخ:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **المستندات المطلوبة** | **خاص بإدارة تراخيص ومتابعة التعليم المبكر** | | |
| **متوفرة** | **غير متوفرة** | **الملاحظات** |
| 1 | توافر المواصفات الفنية لرعاية ذوي الهمم في مبنى المؤسسة |  |  |  |
| 2 | توافر الموافقات على المناهج الدراسية الملائمة للفئة المستهدفة. |  |  |  |
| 3 | وجود ممرضة تجيد التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (مرخصة من NAHRA) |  |  |  |
| 4 | وجود معلمة متخصصة في التربية الخاصة أو مجال ذو صلة (تقديم طلب توظيف). |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| خاص بإدارة تراخيص ومتابعة التعليم المبكر | | الختم |
| الموافقة لاستيفاء الشروط | الرفض لعدم استيفاء الشروط. |  |
| **تاريخ استلام الطلب:** | **تاريخ الرد على الطلب:** |
| **اسم الموظف المسؤول:** | **التوقيع:** |
| **اسم رئيس القسم:** | **التوقيع:** |
| **مدير الإدارة:** | **التوقيع:** |

