|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **طلب تقييم خطة التعليم والصحة والرعاية (EHCP)**  **نموذج موافقة** | | التاريخ | |  | | |
| **اسم الطفل / الشاب تاريخ الميلاد** | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| **العنوان الحالي** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **رقم الاتصال بالوالد / مقدم الرعاية / الشاب جهة الاتصال بالبريد الإلكتروني** | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| **عندما يتم إصدار خطة تعليم وصحة ورعاية وتكون جميع الوكالات في مكانها الصحيح لدعم الخطة، ففكر في إغلاق المساعدة المبكرة إذا لم يتم تحديد / استمرار احتياجات أوسع** | | | | | | |
| **طلب تقييم خطة التعليم والصحة والرعاية بعد المراجعة ☐ *(يرجى تضمين أي ملاحظات اجتماع توضح قرارًا متعدد الوكالات بخصوص هذا الطلب)***  ***(يرجى ملاحظة أنه كجزء من عملية التقييم هذه، سيتم الاتصال بك من قبل أحد أعضاء فريق الرعاية الاجتماعية وقد يتم أيضًا الاتصال بك من قبل فريق الصحة المحلي لديك)*** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **الموافقة على تقييم خطة التعليم والصحة والرعاية** | نعم ☐ لا ☐ | | | | **التاريخ:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **توقيع الوالد/مقدم الرعاية** |  |