|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |