**مطلوب خدمة دعم متخصص للسلطة المحلية(LA) لدعم الطفل/الشاب**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطفل:** | **تاريخ الميلاد:** |
| **العنوان:** | |
| **طلب المدرسة/الوكالة:** | **جهة الاتصال ورقم الهاتف:** |

***يرجى وضع علامة في خانة واحدة فقط***

|  |  |
| --- | --- |
| الخدمة النفسية في المقاطعة (بما في ذلك مسؤول الصحة السلوكية العاطفية) | ☐ |
| السنوات الأولى لمنسق الاحتياجات التعليمية الخاصة للمنطقة(SENCO) / السنوات الأولى لمدرس استشاري متخصص (Early Years Specialist Advisory Teacher) | ☐ |
| مسؤول الوصول والإدماج | ☐ |
| مدرس استشاري متخصص للتلاميذ المصابين ب: |  |
| صعوبات التواصل والتفاعل | ☐ |
| المكفوفين / ضعف البصر | ☐ |
| الصم / ضعاف السمع | ☐ |
| الإنجليزية كلغة إضافية | ☐ |
| صعوبات جسدية/طبية | ☐ |
| صعوبات النطق واللغة والتواصل | ☐ |

**ملاحظة: ستوفر هذه الخدمات تقييمًا إضافيًا ونصائح قبل إعطاء أي اعتبار لبدء أي تقييم قانوني.**

*من الممكن أيضًا التشاور مع هذه الفرق قبل طلب مشاركته.*

**إذا كنت بحاجة إلى الإحالة إلى الخدمات الصحية، فأنت بحاجة إلى إكمال نموذج الإحالة الصحية المناسب.**

|  |
| --- |
| **مستندات إضافية**  يرجى إدراج أي وثائق إضافية مرفقة. |
|  |