

نموذج (١) طلب الحصول على خدمة نموذج عضو هيئة التدريس

| * يجب تعبئة هذا النموذج من قبل أستاذ المقرر | |
|---|--------------------|
| اسم أستاذ المقرر: | اسم المقرر: |
| رقم الجوال: | البريد الإلكتروني: |
| اسم الطالب الثلاثي: | الرقم الجامعي: |
| الكلية: | التخصص: |

يرجى إكمال النموذج وإرساله عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس أو تسليمه شخصياً لوحدة ذوي الاحتياجات الخاصة.

| تأثير الإعاقة الحالي |
|----------------------|
|----------------------|

ستساعدنا إجاباتك على الأسئلة التالية على التعرف على الطالب لديك والخدمات التي يحتاجها.

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| ١- ما هو نوع إعاقة الطالب؟ | ٢- ما هي شدة إعاقة الطالب؟ |
| () بسيطة | () بسيطة |
| () متوسطة | () متوسطة |
| () شديدة | () شديدة |

٣- كيف تؤثر إعاقة الطالب على مستواه الأكاديمي وتفاعله داخل القاعة الدراسية:

| |
|--|
| |
|--|

٤- هل يعلم الطالب بالخدمات التي تقدمها وحدة ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم () لا ()

٥- ما هي الخدمات الأكاديمية، والجسدية، والنفسية، وخدمات التواصل التي تريد أن يحصل عليها الطالب:

| يحتاج الطالب إلى: | السبب: |
|-------------------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

التاريخ الأكاديمي

١- صف نقاط القوة والضعف لدى الطالب:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|---|
| ٢- هل يحتاج الطالب إلى خطة تربوية فردية | نعم () لا () |
| ٣- ما هي حالة الطالب الأكاديمية في مقررك الدراسي ؟ | ضعيف () جيد () جيد جداً () ممتاز () |
| ٤- هل يستعمل الطالب أي نوع من الأدوية؟ | نعم () لا () |
| إذا كانت إجابتك نعم، قم بكتابة أسماء الأدوية: | |
| ١- | |
| ٢- | |
| ٣- | |
| ٤- | |

- يجب تقديم الطلب لوحدة ذوي الاحتياجات الخاصة مع جميع الوثائق اللازمة لمراجعته من قبل لجنة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

توقيع أستاذ المقرر:

التاريخ: / /