

نموذج للاطلاع فقط

طلب يدوي للرعاية في مؤسسة متخصصة
رقم الطلب الممكن : _____ / _____

تاريخ الطلب اليدوي : _____ / _____ / _____

رمز المركز : _____ : إسم المركز : _____
رمز المحقق : _____ : إسم المحقق : _____

رقم البطاقة : _____ :
إسم المعوق الثلاثي : _____

أنا الموقع أدناه _____ صلتي بالشخص المعوق
١ الموقع نفسه ٢ زوجته / زوجته ٣ والده / والدته ٤ أخوه / أخته
٥ ولي أمره - وتحدد الصلة بالشخص المعوق

أتمنى الإنتساب إلى المؤسسة :

إسم المؤسسة : خيار ١ : _____
خيار ٢ : _____

والإستفادة من الخدمة :

المتابعة المتخصصة في مؤسسة متخصصة للإعلانات :

أكاديمي
مهني

داخلي
نصف داخلي
خارجي

الحركية
العقلية
السمعية
البصرية
تأخر مدرسي
شلل دماغي

المعرف الطلب

يحدد السبب في حال لم يعي الشخص
ملاحظات :

توقيع المحقق

توقيع مقدم الطلب