

स्कूल काउंसलर (सलाहकार)/स्कूल मनोविज्ञानी को रेफरल

शिक्षण एवं समर्थन टीम की ओर से

गोपनीयता नोटिस: यह जानकारी आपकी संतान को सहायता प्रदान करने में स्कूल काउंसलिंग (सलाहकारी) स्टाफ की सहायता के लिए प्राप्त की जा रही है। इस जानकारी का प्रावधान स्वैच्छिक है। इसे सुरक्षित रखा जाएगा। एकत्र की गई जानकारी, और कोई भी आकलन परिणाम, जैसा उपयुक्त हो, आपकी संतान की सहायता करने में शामिल स्कूल के स्टाफ के अन्य सदस्यों को प्रदान किए जा सकते हैं। आप स्कूल काउंसलिंग स्टाफ सदस्य से संपर्क करके किसी भी समय प्रदान की गई किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को सही कर सकते हैं।

यदि इस फॉर्म को पूरा करने में आपको मदद की ज़रूरत है तो कृपया स्कूल से संपर्क करें। यदि स्कूल से संपर्क करने के लिए आपको दुभाषिया सहायता की आवश्यकता है, तो 131 450 पर कॉल करके उन्हें बताएं कि आपको कौन सी भाषा चाहिए और ऑपरेटर को स्कूल को फोन करने के लिए कहें। ऑपरेटर आपकी बातचीत में आपकी मदद करने के लिए दुभाषिए को लाइन पर कनेक्ट करेगा। इस सेवा के लिए आपसे शुल्क नहीं लिया जाएगा।

Name of student विद्यार्थी का नाम

Name of school स्कूल का नाम

Date of birth
जन्म तिथि

Date of referral
रेफरल की तिथि

माता-पिता या देखभालकर्ता अंग्रेज़ी में निम्नलिखित जानकारी पूरी करें - यदि स्थान अपर्याप्त हो तो अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें

रेफरल का कारण/माता-पिता की चिंताएँ Reason for referral/parent's concerns

विकास/चिकित्सीय इतिहास Developmental/medical history

उदाहरण के लिए, क्या आपको अपनी संतान की स्पीच (बोली), भाषा या मोटर (शरीर में मांसपेशियों के उपयोग से सम्बन्धित) विकास को लेकर चिंताएँ हैं? क्या आपकी संतान को कोई गंभीर रोग हो चुका है?

पुराने आकलन Previous assessments

उदाहरण के लिए डॉक्टर, मनोविज्ञानी, स्पीच थेरेपिस्ट (वाक चिकित्सक) द्वारा (कृपया बताएँ कि आकलन किसने प्रदान किया और यदि संभव हो तो रिपोर्ट्स संलग्न करें।)

और अधिक जानकारी More information

क्या कुछ और है जो आप चाहते/ती हैं कि स्कूल काउंसलर/स्कूल मनोविज्ञानी को पता होना चाहिए?

आपको क्या उम्मीद है कि स्कूल काउंसलर/स्कूल मनोविज्ञानी के द्वारा आपकी संतान को देखने के परिणामस्वरूप क्या होगा?

What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

मैंने गोपनीयता नोटिस पढ़ लिया है और मैं स्कूल काउंसलर/स्कूल मनोविज्ञानी को निम्नलिखित करने की अनुमति देता/ती हूँ:

आवश्यकतानुसार आकलन और काउंसलिंग करना
Carry out assessment and counselling as required

हाँ
Yes

नहीं
No

जो रिपोर्ट्स मैंने प्रदान की हैं उनके लेखकों से संपर्क करना
Contact the authors of the reports I have provided

हाँ
Yes

नहीं
No

रिपोर्ट्स किनके द्वारा
Reports from

इन एजेंसियों के साथ जानकारी की अदला-बदली करना
Exchange information with these agencies

हाँ
Yes

नहीं
No

माता-पिता/देखभालकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of parent/carer

दिनांक
Date