

Referral to School Counsellor/School Psychologist

From Learning and Support Team

Παραπομπή σε Σχολικό Σύμβουλο/Σχολικό Ψυχολόγο

Από την Ομάδα Μάθησης και Υποστήριξης

Σημείωση Απορρήτου: Αυτές οι πληροφορίες λαμβάνονται για να βοηθήσουν το σχολικό συμβουλευτικό προσωπικό να παρέχει υποστήριξη στο παιδί σας. Η παροχή αυτών των πληροφοριών είναι εθελοντική. Θα αποθηκευτούν με ασφάλεια. Οι πληροφορίες που συλλέγονται και οποιαδήποτε αποτελέσματα αξιολόγησης, μπορεί, κατά περίπτωση, να παρέχονται σε άλλα μέλη του προσωπικού του σχολείου που συμμετέχουν στην υποστήριξη του παιδιού σας. Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να διορθώσετε τυχόν προσωπικές πληροφορίες που δόθηκαν, επικοινωνώντας με το αρμόδιο μέλος του σχολικού συμβουλευτικού προσωπικού.

Επικοινωνήστε με το σχολείο εάν θέλετε βοήθεια για να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο. Εάν χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας για να επικοινωνήσετε με το σχολείο, καλέστε το 131 450, πείτε τους ποια γλώσσα χρειάζεστε και ζητήστε από τον τηλεφωνητή να τηλεφωνήσει στο σχολείο. Ο τηλεφωνητής θα σας συνδέσει με διερμηνέα στη γραμμή για να σας βοηθήσει με τη συνομιλία σας. Δεν θα χρεωθείτε για αυτήν την υπηρεσία.

Name of student Όνομα μαθητή

Name of school Όνομα σχολείου

Date of birth
Ημερομηνία γέννησηςDate of referral
Ημερομηνία παραπομπής

Ο γονέας ή φροντιστής να συμπληρώσει τις παρακάτω πληροφορίες στα Αγγλικά - προσθέστε μια σελίδα εάν ο χώρος δεν επαρκεί.

Λόγος παραπομπής/ανησυχίες γονέων

Reason for referral/parent's concerns

Αναπτυξιακό/ιατρικό ιστορικό Developmental/medical history

Για παράδειγμα, είχατε ανησυχίες σχετικά με την ομιλία, τη γλώσσα ή την κινητική ανάπτυξη του παιδιού σας; Το παιδί σας είχε κάποια σημαντική ασθένεια;

Προηγούμενες αξιολογήσεις Previous assessments

Για παράδειγμα από γιατρό, ψυχολόγο, λογοθεραπευτή (Αναφέρετε ποιος παρέιχε αξιολόγηση και επισυνάψτε αναφορές εάν είναι δυνατόν.)

Περισσότερες πληροφορίες More information

Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να γνωρίζει ο σχολικός σύμβουλος/σχολικός ψυχολόγος;

Τι ελπίζετε ότι θα συμβεί ως αποτέλεσμα της εξέτασης του παιδιού σας από τον σχολικό σύμβουλο/σχολικό ψυχολόγο;

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

Έχω διαβάσει τη Σημείωση Απορρήτου και δίνω άδεια στον σχολικό σύμβουλο/σχολικό ψυχολόγο να:

Πραγματοποιήσει αξιολόγηση και να παράσχει συμβουλευτικές υπηρεσίες, όπως απαιτείται

Ναι
YesΌχι
No

Carry out assessment and counselling as required

Επικοινωνήσει με τα άτομα που συνέταξαν τις αναφορές που έχω παράσχει

Ναι
YesΌχι
No

Contact the authors of the reports I have provided

Ανταλλάξει πληροφορίες με αυτούς τους φορείς

Ναι
YesΌχι
No

Exchange information with these agencies

Υπογραφή γονέα/φροντιστή

Signature of parent/carer

Ημερομηνία
Date