

استبيان إلى أهل/مقدمي الرعاية لتلامذة رياض الأطفال

أهلاً بكم في رياض الأطفال نحن في مجلس مدارس منطقة أوتاوا-كارلتون نُقر بالدور الهام الذي تلعبه الأسرة في تعليم الطفل، وبالفهم العميق لطفلكم كونكم أهله/الأوصياء عليه. ولأن الأطفال يأتون إلى رياض الأطفال بتجارب ومواهب واحتياجات مختلفة، فإن أفرقة رياض الأطفال تستفيد من الاستماع إلى معلومات أساسية حول أطفالكم وأخذها بالاعتبار قبل بدئهم في المدرسة. يساعدا الحصول على معلومات عن طفلك على التعامل معه حسب وضعه وتهيئة الظروف للانتقال السلس إلى المدرسة.

إذا أردت الحصول على المساعدة في ملء هذا الاستبيان، أو إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى عدم التردد في الاتصال بالمدرسة.
يُرجى ملء هذا النموذج وإعادته إلى المدرسة في أقرب وقت يناسبك.

| المدرسة: | المعلومات الأساسية |
|---|---|
| <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div> | <p style="text-align: right;">اسم الطفل بالكامل:</p> <p style="text-align: right;">اسم الطفل المُفضل لديه:</p> <p style="text-align: right;">الضمان التي يُشار بها إلى الطفل:</p> |
| | تاريخ ولادة الطفل: (السنة-4 خانات/الشهر-2 خانة/اليوم-2 خانة) |
| | أسماء الوالد(ة)/مقدم الرعاية |
| | أسماء الوالد(ة)/مقدم الرعاية |

| فضلاً أخبرنا عن بيئة طفلك المنزلية والتربوية. | |
|---|--|
| | من يعيش في بيت (بيوت) طفلك؟ (بالغون وأطفال) |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> | ما اللغة التي يسمعا طفلك، و/أو يتحدث بها، و/أو يفهما؟ يسمع: _____ |

| | |
|---|---|
| <p>يتكلم: _____</p> <p>يفهم: _____</p> | |
| <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>أخبرنا بعض الأشياء التي تحب أسر تكم القيام بها معًا. (على سبيل المثال، أنشطة، أو اهتمامات مشتركة، أو احتفالات/تقاليد خاصة)</p> |
| <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>ما الذي تعتبره أسر تكم هامًا؟</p> |
| <p><input type="checkbox"/> اختلاق القصص معًا</p> <p><input type="checkbox"/> الرواية الشفهية للقصص</p> <p><input type="checkbox"/> قراءة الكتب المصوّرة معًا</p> <p><input type="checkbox"/> الاستماع إلى الكتب على الإنترنت</p> <p><input type="checkbox"/> الاستماع إلى الفيديو على الإنترنت</p> <p><input type="checkbox"/> القراءة قبل النوم</p> <p><input type="checkbox"/> الاستماع إلى القصص على الإنترنت</p> <p><input type="checkbox"/> ارتداء ما يلزم/تمثيل</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> | <p>أخبرنا عن كيفية مشاركة أسر تكم للقصص؟</p> |
| <p><input type="checkbox"/> أقارب</p> <p><input type="checkbox"/> أصدقاء/جيران</p> <p><input type="checkbox"/> مقدم رعاية منزلية للأطفال</p> <p><input type="checkbox"/> حضانة/مركز رعاية أطفال</p> <p><input type="checkbox"/> رعاية مؤقتة</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> | <p>من ساعدكم في رعاية طفلكم؟ (ضع علامة عند كل ما ينطبق)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> مراكز EarlyON (على سبيل المثال، مجموعات اللعب، مراكز الاستقبال، أنا والطفل Baby and Me)</p> <p><input type="checkbox"/> مركز Wabano (على سبيل المثال، أطفال وابانو Wabano Kids، حزمة التربية Parenting Bundle)</p> <p><input type="checkbox"/> مركز Inuuqatiglit (على سبيل المثال، رواية القصص Storytelling، مطبخ الأسرة Family Kitchen)</p> <p><input type="checkbox"/> مركز أوداوا Odawa للسنوات المبكرة للطفل والأسرة</p> <p><input type="checkbox"/> مكتبة أوتاوا العامة Ottawa Public Library (على سبيل المثال، جلسات لتصفح القصص)</p> | <p>هل حصلت أسر تكم على موارد السنوات المبكرة ضمن مجتمعك؟ (يرجى وضع علامة عند كل ما ينطبق)</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Mothercraft <input type="checkbox"/></p> <p>مركز موارد الأهل Parent Resource Centre <input type="checkbox"/></p> <p>هيئة الصحة العامة في أوتاوا (على سبيل المثال، Parenting Ottawa) <input type="checkbox"/></p> <p>الكلمات الأولى First Words <input type="checkbox"/></p> <p>أنشطة بلدية أوتاوا الترفيهية (على سبيل المثال، دروس التزلج والسباحة وكرة القدم والجمباز وبرامج الفنون) <input type="checkbox"/></p> <p>شركاء في التربية Partners in Parenting <input type="checkbox"/></p> <p>التعليم في الهواء الطلق (على سبيل المثال، مدرسة أوتاوا للغابات والطبيعة Ottawa Forest and Nature School) <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك، يُرجى الشرح: <input type="checkbox"/></p> | |
|---|--|

| فضلاً أخبرنا عن صحة طفلك ونموه. | |
|---|--|
| <p>هل يعاني طفلك من أي حالات طبية خطيرة أو مهددة للحياة يجب أن نعرف عنها؟</p> <p>نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> (إذا كانت إجابتك "نعم"، يُرجى ذكر الحالة)</p> <p>_____</p> | |
| <p>هل لديك أي مخاوف حول صحة طفلك ونموه؟</p> <p>نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> (إذا كانت إجابتك "نعم"، ضع علامة حول كل ما ينطبق.)</p> <p><input type="checkbox"/> البصر (مثل، ضعف البصر إلى درجة العمى، أو بحاجة إلى نظارات)</p> <p><input type="checkbox"/> السمع (مثل، يحتاج إلى نظام تعديل التردد FM، أو أجرى عملية زراعة القوقعة)</p> <p><input type="checkbox"/> النطق (مثل، لا يتكلم بعد، أو من الصعب فهمه)</p> <p><input type="checkbox"/> القدرات الإدراكية (مثل، ذاكرة ضعيفة، أو يواجه صعوبة بالانتباه)</p> <p><input type="checkbox"/> المهارات الحركية الدقيقة (مثل، يواجه صعوبات في ارتداء الملابس، أو قوة يده ضعيفة)</p> <p><input type="checkbox"/> المهارات الحركية الكبرى (مثل، يفقد توازنه، أو لا يركض أو لا يتسلق بعد)</p> <p><input type="checkbox"/> ارتباطه/انفصاله عن الآخرين (مثل، يواجه صعوبة بالابتعاد أو يتجول بعيداً بسهولة)</p> <p><input type="checkbox"/> حساسية تجاه المدخلات الحسية</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> | |

فضلاً ساعدنا في التعرف على طفلك.

ما هي بعض الأشياء التي يحبها طفلك أو يستمتع بها؟

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> البناء <input type="checkbox"/> اللعب في الخارج <input type="checkbox"/> الرسم/التلوين <input type="checkbox"/> اللعب بالدمى | <input type="checkbox"/> اللعب بالسيارات <input type="checkbox"/> صنع الأشياء <input type="checkbox"/> ركوب دراجته <input type="checkbox"/> المساعدة في التنظيف | <input type="checkbox"/> المساعدة في الطبخ/الخبز <input type="checkbox"/> لعب الألعاب <input type="checkbox"/> اللعب التخيلي <input type="checkbox"/> اللعب بالكرة | <input type="checkbox"/> الاستماع إلى القصص <input type="checkbox"/> الموسيقى <input type="checkbox"/> لعب الألعاب الإلكترونية <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
|--|--|---|---|

أخبرنا عن الأشخاص الذين يحب طفلك اللعب معهم؟

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> لوحده <input type="checkbox"/> مع اخيه/أخته/اخوته <input type="checkbox"/> مع أطفال أصغر | <input type="checkbox"/> مع أطفال أكبر <input type="checkbox"/> مع البالغين <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
|---|---|

ما هي بعض خصائص طفلك التي تُثمنها أنت وغيرك من أفراد الأسرة؟

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> مرح <input type="checkbox"/> متعاون <input type="checkbox"/> طيب <input type="checkbox"/> حازم <input type="checkbox"/> مبدع <input type="checkbox"/> حذر <input type="checkbox"/> مُركز | <input type="checkbox"/> رياضي <input type="checkbox"/> ودود <input type="checkbox"/> هادئ <input type="checkbox"/> مُداعب <input type="checkbox"/> واسع الحيلة <input type="checkbox"/> حاني <input type="checkbox"/> حساس | <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مُساعد <input type="checkbox"/> حلاًل للمشاكل <input type="checkbox"/> فضولي <input type="checkbox"/> مثابر <input type="checkbox"/> ثرثار <input type="checkbox"/> اجتماعي <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> متواضع <input type="checkbox"/> متعاطف <input type="checkbox"/> عميق التفكير <input type="checkbox"/> متأمل <input type="checkbox"/> شديد الملاحظة/مراقب <input type="checkbox"/> قائد <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
|---|---|--|---|

نود أن نعرف المزيد عن احتياجات طفلك حين يواجه مشاعر قوية. أخبرنا عن...

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> يطلبها <input type="checkbox"/> يوشح عليها <input type="checkbox"/> يستخدم التعابير الوجهية | <input type="checkbox"/> كيف يُعبر طفلك عن احتياجاته؟ | <input type="checkbox"/> يستخدم الإشارة <input type="checkbox"/> يبكي/يعبر عن مشاعره | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
| <input type="checkbox"/> أن يكون مع أسرته <input type="checkbox"/> القدرة على التوقع <input type="checkbox"/> تناول المأكولات التي يحبها <input type="checkbox"/> الاستماع إلى القصص <input type="checkbox"/> أن يكون في الهواء الطلق | <input type="checkbox"/> ما هي التجارب أو الأنشطة التي تجعل طفلك يشعر بالسعادة والأمان؟ | <input type="checkbox"/> الغناء/الرقص <input type="checkbox"/> اللعب <input type="checkbox"/> الاحتضان مع من يحب <input type="checkbox"/> أن يكون مبدعاً <input type="checkbox"/> مشاهدة التلفاز | <input type="checkbox"/> أن يمارس النشاط البدني (مثل الركض والقفز والتسلق) <input type="checkbox"/> الفنون/الجرف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> يحاول الهرب/الركض <input type="checkbox"/> يريد أن يلازم شخصًا بالغًا مفضل <input type="checkbox"/> يغضب <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> يبكي <input type="checkbox"/> يصبح منفعلًا <input type="checkbox"/> يغطي وجهه/أذنيه/عينيه <input type="checkbox"/> يستخدم المرحاض بوتيرة أكبر | <input type="checkbox"/> يختبئ/ينسحب <input type="checkbox"/> يستخدم صوتًا عاليًا <input type="checkbox"/> يريد أن يكون قريبًا منك <input type="checkbox"/> يصبح خجولًا <input type="checkbox"/> يعض أظافره/يمضغ الأشياء | <ul style="list-style-type: none"> • كيف تعرف أنه خائف أو قلق؟ عادة ما... |
| <input type="checkbox"/> يطلب/يتناول الطعام <input type="checkbox"/> يبحث عن مكان هادئ <input type="checkbox"/> يريد أن يُحتضن <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> يجد صعوبة في التركيز <input type="checkbox"/> يشعر بالإحباط بسهولة أكبر <input type="checkbox"/> ليس لديه طاقة <input type="checkbox"/> لديه طاقة إضافية <input type="checkbox"/> يبدو أخرق بعض الشيء | <input type="checkbox"/> يبدو منزعًا/صعب الإرضاء <input type="checkbox"/> يبكي بسرعة أكثر <input type="checkbox"/> يصبح هادئًا/منطويًا <input type="checkbox"/> يصبح "بليدًا" بسهولة <input type="checkbox"/> يريد رعاية إضافية | <ul style="list-style-type: none"> • كيف تعرف أنه جائع أو يشعر بالتعب؟ عادة ما... |
| <input type="checkbox"/> يأخذ وجبة خفيفة/شرابًا <input type="checkbox"/> عزل الصوت <input type="checkbox"/> سماعات الرأس <input type="checkbox"/> مجوهرات <input type="checkbox"/> أقرأ معه <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> الغناء/الرقص <input type="checkbox"/> الاستماع إلى الموسيقى <input type="checkbox"/> يفعل أشياء بدنية <input type="checkbox"/> أستلقي إلى جانبه <input type="checkbox"/> أهزه/أستخدم كرة القفز <input type="checkbox"/> الرسم/التلوين | <input type="checkbox"/> الضم/الاحتضان/سترة أو بطانية ثقيلة <input type="checkbox"/> أعطيه فسحة <input type="checkbox"/> أتكلم معه <input type="checkbox"/> أستخدم صوتًا مُطمئنًا <input type="checkbox"/> نأخذ أنفاسًا عميقة سويةً | <ul style="list-style-type: none"> • ما هي الاستراتيجيات التي تستخدمها لتهدئته عندما يغضب أو يحزن أو يشعر بالإرباك؟ |
| <p>هل يوجد أي شيء آخر ترغب في مشاركته حول طفلك أو عائلتك؟ (على سبيل المثال، التوسع في أي من المواضيع أعلاه، أو معلومات لم تُذكر بعد؟)</p> | | | |

| |
|-------------------------------|
| <p>شركاء التعليم الآخرين:</p> |
| <p>المواصلات</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>بعد الظهر</p> <p>الحافلة <input type="checkbox"/></p> <p>السيارة <input type="checkbox"/></p> <p>سيرًا <input type="checkbox"/></p> | <p>في الصباح</p> <p>الحافلة <input type="checkbox"/></p> <p>السيارة <input type="checkbox"/></p> <p>سيرًا <input type="checkbox"/></p> | <p>كيف سيتنقل طفلك من وإلى المدرسة؟</p> |
| <p>قبل/بعد الرعاية المدرسية</p> | | |
| <p>لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/></p> | | <p>هل طفلك مسجل حاليًا أو على قائمة انتظار للتسجيل في الرعاية المدرسية قبل/بعد الدوام في هذه المدرسة؟</p> |
| <p>OCDSB EDP (برنامج اليوم الممتد) <input type="checkbox"/></p> <p>طرف ثالث يقدم الرعاية <input type="checkbox"/></p> <p>برنامج ترفيهي <input type="checkbox"/></p> | | <p>إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد أيها؟</p> |
| <p>في الصباح فقط <input type="checkbox"/></p> <p>بعد الظهر فقط <input type="checkbox"/></p> <p>في الصباح وبعد الظهر <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك (مثل أيام متناوبة، يُرجى التحديد) <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> | | <p>متى سيحضرها؟</p> |
| <p>توقع المُعلم أو المدير:</p> <p>التاريخ:</p> | <p>التوقيع (التوقيعات) للوالد (الوالدين)/مقدم (مقدمي) الرعاية:</p> <p>التاريخ:</p> | |