

د زده‌کوونکي د روغتيا پوښتنلیک

د ټولو ماشومانو لپاره د ورکتون پروگرام د نوم‌لیکنې فورمو د بشپړېدو نېټه:

د زده‌کوونکي نوم: _____ تخلص: _____

د زېږېدو نېټه: _____ جنسیت: _____

د ټولو ماشومانو لپاره د ورکتون پروگرام د زده‌کوونکي د پېژندنې شمېره: _____

د ټولو ماشومانو لپاره د ورکتون پروگرام مرکز _____

د مور/پلار یا سرپرست نوم: _____ د تلیفون شمېره: _____

دویم تلیفون شمېره: _____ ایمیل پته: _____

تاسو غواړئ اړیکې په کومه ژبه یا ژبو ترلاسه کړئ؟ _____

ایا ستاسو ماشوم اوس مهال د ملتوما د ماشومتوب د لومړنیو کلونو د پروگرام خدمتونه ترلاسه کوي؟ (لری

د کورنۍ لپاره د انفرادي خدمتونو پلان)؟ _____ هو _____ نه _____



● ایا ستاسو ماشوم لاندې ذکر شوي طبي اړتیاوې یا روغتیايي ستونزې لري؟

_____ سامېنډي _____ شکر _____ د تشنج حمله _____ د غډې کمزوري

د حساسیتونه (لست): _____ ایا په ښوونځي کې د ایپي پن طبي وسیله شته؟ هو _____ نه _____

طبي اړتیاوې/وسایل: _____

نور: _____

● ایا ستاسو ماشوم داسې دوا ته اړتیا لري چې باید د ښوونځي په وقت کې ورکړل شي؟

هو _____ نه _____

که هو، مهرباني وکړئ د دوا نوم ولیکئ: _____

● ایا تاسو د لاندې برخو په اړه کومه اندېښنه لرئ؟ ټول مناسب موارد په نښه کړئ

_____ لیدل _____ اوریدل _____ غاښونه _____ خورل/تیرول

د مور یا پلار امضا: _____ نېټه: _____