



PARENT CHECKLIST ELEMENTARY, MS/HS

Child's Name: Date:

We are very interested in **your** impressions of your child. Your comments will help us integrate your insight with information from our assessment, the school, and your child's report cards.

PERSONALITY

- | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Easily Frustrated? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lacks self confidence? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is over confident? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Able to deal with failure? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. Responds well to change? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Comments (use reverse if necessary):

SOCIAL ISSUES

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Accepted by others? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Respectful to others? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Accepts corrective feedback? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Often seeks approval? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. Demands attention? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. Physically or verbally aggressive? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. Accepts own responsibility for own actions? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Comments (use reverse if necessary):

- | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Arrives on Time? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Concentrates well? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Completes assigned tasks? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Assignments are accurate? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. Persists with tasks | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. Organized work habits? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. Works without supervision? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ever been suspended? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ever been expelled? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Comments (use reverse if necessary):

MEDICAL

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. History of speech problems? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. History of vision problems? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. History of hearing problems? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Previous psychological Assessments completed? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. Previous medical assessments Completed? | Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Comments (use reverse if necessary):

Note: I hereby declare that the information I have given above is correct and accurate to the best of my knowledge. If it is later discovered that the information I have given is incorrect, my child may be asked to leave the school.

Signed (parent):



مدرسة البكالوريا الأمريكية

قائمة تدقيق أولياء الأمور
المرحلة الابتدائية - المتوسطة - الثانوية

اسم الطالب: التاريخ:

نحن مهتمون بإنطباعاتكم عن أبنائكم، ملاحظاتكم سوف تساعدنا في تكوين فكرة عن الطالب لتساعدنا في اختبار التقييم وسلوكه في المدرسة ونتأجه في الشهادات الدراسية.

- | الحياة الإجتماعية | | الشخصية | |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 1. مقبول من الآخرين؟ | | 1. يصاب بالإحباط بسهولة؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 2. يحترم الآخرين؟ | | 2. تنقصه الثقة بالنفس؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 3. يتقبل معلومات إضافية؟ | | 3. واثق من نفسه بشكل مفرط؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 4. يبحث عن الرضا؟ | | 4. قادر على التعامل مع الإخفاق؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 5. يحتاج إلى اهتمام خاص؟ | | 5. يتجاوب بشكل جيد مع التغيير؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 6. لديه ميول عدوانية جسدياً أو بالكلام؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |
| 7. يتحمل مسؤولية أفعاله؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |

ملاحظات:

ملاحظات:

- | المدرسة | | الحالة الصحية | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 1. يصل في الوقت المحدد للمدرسة؟ | | 1. مشاكل في النطق؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 2. تركيزه جيد؟ | | 2. مشاكل بصرية؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 3. يكمل واجباته الموكلة إليه؟ | | 3. مشاكل في السمع؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 4. واجباته دقيقة؟ | | 4. خاضع لإختبارات نفسية؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 5. يصبر على إنجاز مهامه؟ | | 5. خاضع لإختبارات جسدية خاصة؟ | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> |
| 6. منظم في عمله؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |
| 7. يدرس بدون إشراف؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |
| 8. تم توقيفه عن الدراسة؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |
| 9. تم فصله من المدرسة؟ | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | | |

ملاحظات:

ملاحظات:

ملاحظة: أؤكد وأتفهم أن المعلومات أعلاه صحيحة ودقيقة حسب معرفتي، في حال التأكد من خطأ في هذه المعلومات سوف يطلب من الطالب ترك المدرسة.

توقيع ولي الأمر: