



PARENT CHECKLIST FOR KG. STUDENTS

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.

SCHOOL

SOCIAL ISSUES

1. CAN USE BATHROOM INDEPENDANTLY? Yes No
2. Plays well with others? Yes No
3. Concentrates and focuses well? Yes No
4. Follows Directions? Yes No
5. Listens to instruction? Yes No
6. Persists with tasks? Yes No
7. Works without supervision? Yes No
8. Shares with others? Yes No
9. Uses oral communication? Yes No

1. Accepted by others? Yes No
2. Respectful to others? Yes No
3. Temper Tantrums? Yes No
4. Accepts corrective feedback? Yes No
5. Often seeks approval? Yes No
6. Demands attention? Yes No
7. Physically or verbally aggressive? Yes No
8. Accepts own responsibility for Own actions? Yes No

Comments (use reverse if necessary):

Comments (use reverse if necessary):

PERSONALITY

MEDICAL

1. Learning Difficulties? Yes No
2. Hyperactive/High Energy? Yes No
3. Is over confident? Yes No
4. Able to deal with failure? Yes No
5. Responds well to change? Yes No

1. History of speech problems? Yes No
2. History of vision problems? Yes No
3. History of hearing problems? Yes No
4. Previous psychological Assessment Completed Yes No
5. Medical Assessments completed? Yes No

Comments (use reverse if necessary):

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 - مرحلة رياض الأطفال

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	المدرسة
1. مقبول من الآخرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	1. يلعب بشكل جيد مع الآخرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. يحترم الآخرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	2. يركز جيداً على العمل الذي يؤديه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. سريع الغضب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3. يستجيب للتوجيهات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. يتقبل معلومات إضافية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4. يتبع التعليمات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. يبحث عن الرضا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	5. يتابع المهام والواجبات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. يحتاج إلى اهتمام خاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	6. يستخدم الحمام بشكل مستقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. لديه ميول عدوانية جسدياً أو بالكلام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	7. لا يحتاج لمراقبة أثناء العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8. يتحمل مسؤولية أفعاله؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	8. يشارك العمل مع الآخرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	9. يتواصل مع الآخرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

ملاحظات:

ملاحظات:

الشخصية	الحالة الصحية
1. لديه صعوبات في التعلم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	1. مشاكل في النطق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. كثير الحركة/ لديه زيادة في الطاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	2. مشاكل بصرية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. واثق من نفسه بشكل مفرط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3. مشاكل في السمع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. قادر على التعامل مع الإخفاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4. خاضع لإختبارات نفسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. يتجاوب بشكل جيد مع التغيير؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	5. خاضع لإختبارات جسدية خاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

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:



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

ملاحظات:

ملاحظات:

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

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: