



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 الموكله 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: