



سازمان آموزش پرورش استثنایی

معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

## کاربرگ ویژه ارزیابی و جایگزینی آموزشی دانش آموزان

### با ناتوانی های چندگانه ( چند معلولیتی )

مشخصات فردی دانش آموز :

نام : .....

نام خانوادگی : .....

نام پدر : .....

سال تولد : .....

دوره تحصیلی : .....

پایه تحصیلی : .....

شهرستان / منطقه : .....



معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

### ثبت نام دانش آموزان با ناتوانی های چندگانه (چند معلولیتی)

#### با سلام

بدینوسیله از دانش آموز ..... فرزند ..... ارزیابی به عمل آمده و در زمینه های زیر :

بینایی  شنوایی  حسی و حرکتی  ذهنی  گفتاری  رفتاری

دارای اختلال بوده و نیاز به وسایل توانبخشی زیر دارد :

بریس  واکر  کراچ  ویلچر  سمعک  عینک  ذره بین  کفش طبی

نامبرده می تواند با استفاده از کتاب عادی  کتاب کم توان ذهنی  خط درشت  خط بریل

جهت ادامه تحصیل به مدرسه / آموزشگاه :

عادی  کم توان ذهنی  ناشنویان  نابینایان  حسی، حرکتی  رفتاری

معرفی گردد.

ضمناً با توجه به تنوع و گسترش اختلال دانش آموز، در سه ماهه دوم سال تحصیلی نیاز به ارزیابی دارد  ندارد

\*در صورت نیاز به ارزیابی مجدد قبلاً این واحد هماهنگی لازم بعمل آید .

\* ضمناً کاربرد مربوط به ارزیابی های به عمل آمده پیوست می باشد .

کارشناس تشخیص ، توانبخشی و بهداشت معلولین

تاریخ و امضاء



معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

## برگه ارزیابی تخصصی هوش

نام و نام خانوادگی دانش آموز.....

### نتیجه ارزیابی وضعیت ذهنی :

۱. دانش آموز در سطح گروه هم سن خود قرار دارد و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید .
۲. دانش آموز دیر آموز است و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید .
۳. ثبت نام دانش آموز در سال تحصیلی جاری در مدرسه عادی بلا مانع است .
۴. دانش آموز ( آموزش پذیر )
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> بالا  | } |
| <input type="checkbox"/> متوسط |   |
| <input type="checkbox"/> پایین |   |
- است و باید در مدرسه استثنایی ثبت نام نماید .
۵. دانش آموز به صورت آزمایشی در مدرسه استثنایی ثبت نام نماید .
۶. دانش آموز نیاز به ارزیابی مجدد دارد .

### نتیجه ارزیابی وضعیت رفتاری

از نظر رفتاری در طیف اטיسم  اختلال کمبود توجه / بیش فعالی  تشخیص داده شد .

نام و نام خانوادگی آزماینده اختلال رفتاری :

نام و نام خانوادگی آزماینده تخصصی هوش :

تاریخ و امضاء

تاریخ و امضاء

\*در مورد دانش آموزان با اختلال رفتاری وجود برگه تشخیص روانپزشک جهت ثبت نام الزامی است .



معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

**برگه ارزیابی تخصصی بینایی**

نام و نام خانوادگی دانش آموز: .....

مسنول محترم واحد کلینک بینایی:

باسلام

بدینوسیله دانش آموز جهت ارزیابی تخصصی بینایی به آن واحد/کلینیک معرفی می گردد. خواهشمنداست پس از انجام آزمایشات بینایی و مشخص نمودن جایگاه مناسب آموزشی، درمقابل یک یا چند گزینه ی زیر علامت زده و برگه تکمیل شده را به واحد سنجش اداره آموزش و پرورش استثنایی استان ارسال فرمایید.

۱.H.X

۲.FAMILIAL H.X

۳.Perescal glasses R..... L.....

۴.V.A sc/cc R..... L.....

۵.Ref/cyclo Ret R..... L.....

۶.Cover Test R..... L.....

۷.Slit Lamp R..... L.....

۸.Funduscopy R..... L.....

۹.Additional Tests R..... L.....

۱۰. Color vision Test : normal  protanopia  deuteranopia  Total color Blindness

نوع وضعیت بیماری:

چشم چپ	چشم راست	
<input type="checkbox"/> ۱.	<input type="checkbox"/> ۱.	چشم ها طبیعی هستند.
<input type="checkbox"/> ۲.	<input type="checkbox"/> ۲.	چشم ها صرفاً عیوب انکساری دارند.
<input type="checkbox"/> ۳.	<input type="checkbox"/> ۳.	چشم ها آمبلیوپ هستند.
<input type="checkbox"/> ۴.	<input type="checkbox"/> ۴.	چشم ها مشکل شبکیه یا عصب بینایی دارند.
<input type="checkbox"/> ۵.	<input type="checkbox"/> ۵.	چشم ها مشکل گلو کوم دارند.
<input type="checkbox"/> ۶.	<input type="checkbox"/> ۶.	مشکل چشم ها از نوع پیش رونده است .
<input type="checkbox"/> ۷.	<input type="checkbox"/> ۷.	چشم ها استرا بیسم دارند.



معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

لطفاً سایر موارد، نوع بیماری و..... توضیح داده شود:

**نتیجه وضعیت آموزشی :**

۱. نوآموز مشکل چشمی ندارد و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
۲. نوآموز فقط به عینک نیاز دارد و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید
۳. نوآموز تحت درمان آمبلیو پیا است (صرف نظر از علت آن ) و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
۴. نوآموز تحت درمان (دارویی - جراحی ) است و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
۵. نوآموز به وسایل کمک بینایی نیاز دارد و می تواند با استفاده از حروف درشت خط و بدون معلم کمکی در مدرسه عادی تحصیل نماید.
۶. نوآموز به وسایل کمک بینایی نیاز دارد و می تواند با استفاده از حروف درشت خط و معلم کمکی در مدرسه عادی تحصیل نماید .
۷. نوآموز به علت نقصان شدید دید و عدم امکان افزایش آن با وسایل کمک بینایی لازم است تحت آموزش ویژه در مدارس استثنایی قرار گیرد.

**توصیه های لازم:**

- نوآموز مشکل دید رنگ دارد که می بایست در آموزش او مورد توجه قرار گیرد .
- نوآموز نمی تواند فعالیت سنگین ورزشی انجام دهد .

**توضیحات:** .....

نام و نام خانوادگی کارشناس بینایی:

تاریخ و امضاء





سازمان آموزش پرورش استثنایی

معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی

اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

**کوتاهی عضلات :**

ندارد		دارد	
		عضلات سر و گردن	
		عضلات تنه	
راست	چپ	راست	چپ
		عضلات شانه	
		عضلات آرنج	
		عضلات مچ و دست	
		عضلات ران	
		عضلات زانو	
		عضلات مچ پا	

اظهار نظر نهایی :

- بدون استفاده از خدمات آموزشی ویژه (معلم تلفیقی) و وسایل کمکی می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید .
- با استفاده از خدمات آموزشی ویژه (معلم تلفیقی) و وسایل کمکی می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید .
- باید در مدرسه استثنایی ثبت نام نماید

نام و نام خانوادگی کاردرمانگر:

تاریخ و امضاء



معاونت پیشگیری، تشخیص، پرورشی و تربیت بدنی  
اداره آموزش و پرورش استثنایی استان .....

**برگه ارزیابی تخصصی شنوایی و گفتاری**

نام و نام خانوادگی دانش آموز :

مسئول محترم /کلینیک شنوایی

با سلام

احتراماً خواهشمند است پس از انجام آزمایشات شنوایی و مشخص نمودن جایگاه مناسب آموزشی در مقابل یک یا چند گزینه زیر علامت زده و برگه تکمیل شده را همراه ادیو گرام واحد سنجش اداره آموزش و پرورش استثنایی استان ارسال فرمایید.

- ۱- دانش آموز مشکل شنوایی نداشته و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۲- دانش آموز نیاز به درمان پزشکی / شستشوی گوش دارد و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۳- دانش آموز مشکل شنوایی یک طرفه داشته و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۴- دانش آموز دچار افت شنوایی در فرکانس های زیر بوده و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۵- دانش آموز نیاز به سمعک دارد و می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۶- دانش آموز نیاز به سمعک دارد و با کمک معلم تلفیقی می تواند در مدرسه عادی تحصیل نماید.
  - ۷- دانش آموز نیاز به خدمات آموزشی و توانبخشی ویژه دارد و باید در مدرسه استثنایی از نامبرده ثبت نام نمایند.
  - ۸- دانش آموز نیاز به استفاده از سمعک ندارد و باید در مدرسه استثنایی (ناشنوا) ثبت نام نماید.
- با توجه به ارزیابی شنوایی نامبرده لطفاً در مورد وضعیت گفتاری وی اعلام نظر نمایید.

**توضیحات :**

نام و نام خانوادگی / کارشناس شنوایی شناس

تاریخ و امضاء