

ملحق عدد 3

دراسة حالة		الجمهورية التونسية وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن والتونسيين بالخارج اللجنة الجهوية للنهوض بالأشخاص المعوقين	
رقم بطاقة إعاقة *	العمادة	المعتمدية	الولاية
/-/ /-/ /-/ /-/ /-	/-/ /-.....	/-/ /-.....	/-/ /-.....
اسم الطالب.....		اللقب العائلي.....	
اسم الأب.....		اسم الأم.....	
العنوان.....		الترقيم البريدي /-/ /- /- /-	
الوسط <input type="checkbox"/> بلدي <input type="checkbox"/> غير بلدي			
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الحالة المدنية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/>	
تاريخ الولادة /-/ /- /-/ /- /-		مكان الولادة /-/ /- /- /- /- /- /- /- /-	
الولاية.....		المعتمدية.....	
هل هي بطاقة تعريف <input type="checkbox"/> المعني بالأمر <input type="checkbox"/> أم المعاق <input type="checkbox"/> ولي آخر يذكر.....		رقم بطاقة التعريف الوطنية /-/ /- /-/ /- /-/ /- /- /- /-	
نوع الإعاقة <input type="checkbox"/> عضوية <input type="checkbox"/> بصرية <input type="checkbox"/> سمعية <input type="checkbox"/> ذهنية <input type="checkbox"/> متعددة <input type="checkbox"/> سنة ظهور الإعاقة /-/ /- /- /-		سبب الإعاقة <input type="checkbox"/> منذ الولادة <input type="checkbox"/> مرض مهني <input type="checkbox"/> مرض آخر <input type="checkbox"/> حادث شغل <input type="checkbox"/> حادث طريق <input type="checkbox"/> حادث منزلي <input type="checkbox"/>	
هل هناك قرابة بين والدي المريض <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		أذكر نوعها /-/ /- /- /- /- /- /- /- /-	
المستوى التعليمي <input type="checkbox"/> أمي <input type="checkbox"/> تعليم الكبار <input type="checkbox"/> أساسي مرحلة أولى <input type="checkbox"/> أساسي مرحلة ثانية <input type="checkbox"/>		رقم بطاقة العلاج /-/ /- /- /- /- /- /- /- /-	
المستوى التكويني <input type="checkbox"/> لاشيء <input type="checkbox"/> مركز تكوين مهني <input type="checkbox"/> مركز الفتاة الريفية <input type="checkbox"/>		التغطية الاجتماعية <input type="checkbox"/> ص.و.ض.إ. <input type="checkbox"/> ص.و.ت.ح.إ. <input type="checkbox"/>	
ديوان الصناعات التقليدية <input type="checkbox"/> تكوين أو تدريب عند حرفي <input type="checkbox"/> تكوين بمركز أو بمعهد خاص <input type="checkbox"/>		بدون تغطية <input type="checkbox"/> علاج مجاني <input type="checkbox"/> التعريف المنخفضة <input type="checkbox"/>	
تكوين داخل الأسرة <input type="checkbox"/>		هل هناك قرابة بين والدي المريض <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
حالة أخرى تذكر.....		أذكر نوعها /-/ /- /- /- /- /- /- /- /-	

* في حالة طلب خدمة من قبل الشخص الحامل لبطاقة إعاقة

الوضعية الحالية للطالب دون سن الدراسة يدرس بمدرسة عادية يبحث عن تربية خاصة

يدرس بمركز تكوين مهني يبحث عن تكوين مهني يبحث عن شغل

يشتغل أجير يشتغل للحساب الخاص حالة أخرى تذكر

..... /-/-

بالنسبة للمشتغل أذكر نوع الشغل أو المشروع

ملاحظات القائم بالبحث

اسم القائم بالبحث

صفتة

تاريخ إجراء البحث /-/- /-/- /-/-