

مدارس مدينة MUSCLE SHOALS City
اختيار الاشتراك في خدمات الصحة العقلية وخدمات الإرشاد المدرسية المستمرة

كتابة اسم الطفل: _____
المعلم/قاعة الصف: _____
الصف: _____

أقر بتلقي الإخطار السنوي للاستشارات المدرسية وخدمات الصحة العقلية وخدمات الإرشاد المدرسية المستمرة التي تقدمها مدارس Muscle Shoals City.

اعتبارًا من تاريخ توقيعي أدناه، كان طفلي (المذكور أعلاه) بعمر يقل عن 14 عامًا:

نعم
لا

إذا كان الخيار «لا»، فتوقف هنا. هذا غير مطلوب للأطفال دون سن 14 عامًا.

إذا كان الخيار «نعم»، تابع أدناه.

أعطي بموجب هذا الإذن لطفلي بالمشاركة في خدمات الصحة العقلية التالية و/أو خدمات الإرشاد المدرسية المستمرة التي تتطلب معالجًا للصحة العقلية أو أي ترخيص علاجي آخر للصحة العقلية إذا اعتبره موظفو المدرسة ضروريًا ومناسبًا.

[يجب التحقق من الصندوق لكل خدمة صحة عقلية تريد أن تكون متاحة لطفلك]

- الاستشارة و/أو العلاج الجاري الفردي أو الجماعي - الذي يقدمه معالجو الصحة العقلية أو غيرهم من أخصائيي الصحة العقلية المرخصين
- التقييمات/الدراسات الاستقصائية الرسمية التي يديرها أخصائيو الصحة العقلية المرخصون - تشمل الاستبيانات المقدمة للطلاب المتعلقة بالسلوكيات الاجتماعية والمشاعر وما إلى ذلك.
- التدخل في الأزمات - مساعدة فورية من أخصائيي الصحة العقلية لحالة معينة (ما لم تكن هناك حاجة إلى تدخل فوري لحماية صحة وسلامة الطالب أو غيره).
- الصحة العقلية في المدارس - خدمات استشارية مستمرة ذات طبيعة علاجية من قبل المهنيين في المدارس أو الممارسين الخاصين في بيئة المدرسة. [ملاحظة: سيتم الحصول على إذن الوالد أو الوصي القانوني أثناء اجتماع القبول قبل تقديم الخدمات.]

يمكنك إلغاء الإذن للطالب بالمشاركة في خدمات الصحة العقلية أو خدمات الإرشاد المدرسية المستمرة في أي وقت من خلال تقديم إشعار مكتوب إلى إدارة المدرسة.

توقيع الوالدين: _____ التاريخ: ____/____/____