

الخطة العلاجية للطالبات الضعيفات دراسيا

	تاريخ نهاية الخطة		تاريخ بداية الخطة		المعلمة		المادة		الصف		اسم الطالبة
--	----------------------	--	----------------------	--	---------	--	--------	--	------	--	-------------

الأسبوع	جوانب الضعف	الإجراءات العلاجية	وقت التنفيذ	زمن التنفيذ	نتائج التنفيذ	ملاحظات المعلمة

ملاحظات المرشدة:

قائدة المدرسة:

توقيع ولي الأمر:

توقيع المعلمة:

توقيع المرشدة: