

同意机构代表/机构被邀请来参加调剂会议

请勾选一个或两个:

- 父母/监护人同意和/或
 学生同意 (已达到成人年龄但是尚未选择委托权利)

日期: _____ 学生姓名: _____ 学生出生日期: _____

亲爱的 _____ :
父母/监护人和/或达到成人年龄的学生

年度个别化教育计划 (简称 IEP) 会议, 包括所需的中学后的目标和调剂服务, 将于本学年举行。在恰当的时候, 负责提供中学后调剂服务的机构代表/机构将应邀出席 IEP 会议。

特定机构代表/机构包括:

- 公共服务部 (DHS)
 公共服务部的康复服务部门 (DRS)
 公共服务部的发育障碍部门 (DD)
 儿童专业护理部 (DSCC)
 中学后教育障碍服务
 军队
 其他: _____

请在下方签名, 表示同意或拒绝邀请上述机构代表/机构。

真诚地,

学校人员签名和头衔

电话 (包括区号)

请勾选其中一个并签名:

- 我同意** 上述所列机构代表/机构被邀请参加 IEP 会议。我理解我的同意是自愿的, 并且可以随时在指定机构代表被邀来参加 IEP 会议之前取消。
- 我不同意** 上述所列机构代表/机构被邀请来参加 IEP 会议。

家长签名

日期

学生签名

日期