

موافقة الأب/الوصي على تقييم مبدئي

التاريخ: _____ اسم الطالب: _____ تاريخ ميلاد الطالب: _____

السيد: _____
(اسم الأب/الوصي)

يجب أن تضمن المنطقة التعليمية للمدرسة إجراء تقييمًا كامل وفردى لكل طالب تتم دراسة حالته لتقديم خدمات تعليمية خاصة وخدمات ذات صلة له. الغرض من التقييم هو تحديد:

- ما إذا كان الطفل مصاب بإعاقة أو أكثر؛
- المستويات الحالية للأداء الوظيفي والإنجازات الأكاديمية التي قام بها الطفل؛
- ما إذا كانت الإعاقة تؤثر سلبيًا على تعليم الطفل؛ و،
- ما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات تعليم خاصة وخدمات ذات صلة.

التقييم يدرس المجالات (المناطق المرتبطة بالإعاقة المشكوك فيها) التي يمكن أن تكون مرتبطة بالمشكلات التعليمية التي يواجهها الطفل الخاضع للدراسة. إن طبيعة وتركيز التقييم، بما في ذلك المجالات التي ستتم دراستها، تتنوع حسب احتياجات الطفل ونوع المعلومات الحالية المتوفرة بالفعل. يحدد فريق برنامج التعليم الفردي (IEP)، الذي أنت أحد أعضائه، التقييمات المعينة المطلوبة لتقييم الاحتياجات الفردية لطفلك. في غضون 60 يومًا مدرسيًا من تاريخ موافقة الأب/الوصي، سيتم تحديد موعد اجتماع معك لمناقشة النتائج وتحديد أهلية الحصول على خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة.

يجب أن يستكمل فريق IEP الصفحة رقم 2 من هذا النموذج قبل الحصول على موافقة الأب للتقييم.

موافقة الأب/الوصي على تقييم مبدئي

أدرك أن المنطقة التعليمية يجب أن تحصل على موافقتي للتقييم المبدئي. إذا رفضت الحصول على تقييم مبدئي، يجوز للمنطقة التعليمية، لكن ليس بالضرورة، متابعة الإجراءات المطلوبة خلال العملية المحددة. إذا لم تتابع المنطقة التعليمية هذه الإجراءات، لا يعتبر ذلك انتهاكًا بواسطة المنطقة التعليمية لإجراءات التقييم المطلوبة. أدرك حقوقي كما تم شرحها لي وكما وردت في شرح الحماية الإجرائية. أفهم نطاق التقييم كما تم وصفه في الصفحة 2 من هذا النموذج.

على تجميع و/أو مراجعة بيانات التقييم كما تم وصفها في الصفحة 2 من هذا النموذج.

لا أوافق

أوافق

التاريخ: _____ توقيع الأب/الوصي: _____