

تفويض حقوق اتخاذ القرارات التعليمية

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ تاريخ سن البلوغ: \_\_\_\_\_

أنا، \_\_\_\_\_ ، أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر من ذلك وأنا طالب اتمتع بحق  
(اسم الطالب)

اتخاذ القرارات التعليمية لنفسني بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية. لم يتم الحكم علي بأنني غير مؤهل، وبداية من تاريخ تحرير هذا المستند، أقر بموجب هذا المستند أنني أفوض حقي للموافقة واتخاذ القرارات الخاصة بتعليمي إلى الشخص المحدد أدناه. سيتم اعتبار هذا الشخص "الوصي" علي فيما يخص حالات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) لسنة 2004 والمادة 14 لقانون المدرسة وسيمارس كافة حقوقي ومسؤولياتي التي تخص تعليمي وغير الواجبة علي الأب بموجب هذه القوانين.

أدرك وأمنح موافقتي لهذا الشخص لاتخاذ كل القرارات التي تخص تعليمي نيابة عني. أدرك أن لي الحق في الحضور إلى الاجتماعات التي يتم انعقادها لتطوير برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بي وأدرك أن لي الحق في عرض أية موضوعات أو استفسارات لدي وأن المنطقة التعليمية يجب عليها دراستها.

يسري هذا التفويض لسنة واحدة من تاريخ التحرير الوارد أدناه ويجوز تجديده بواسطة تصريح كتابي أو أي تصريح رسمي آخر صادر عني. كما أدرك أنني لي الحق في إنهاء تفويض الحقوق في أي وقت واستخدم حقي في اتخاذ قراراتي التي تخص تعليمي. أدرك أنني يجب أن أخطر المنطقة التعليمية على الفور في حالة إلغائي لتفويض الحقوق قبل انتهائه.

(اختياري) - لقد حصلت على نسخة من هذا النموذج واخترت عدم تفويض أي من حقوقي

\_\_\_\_\_ (توقيع الطالب) \_\_\_\_\_ التاريخ

(مطلوب) - لقد حصلت على نسخة من هذا النموذج واخترت تفويض حقوقي إلى الشخص الوارد

اسم ممثل "الوصي" \_\_\_\_\_ العلاقة (اختياري) \_\_\_\_\_

توقيع ممثل "الوصي" \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الطالب) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مسؤول المدرسة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

(مطلوب، إن وجد) - أود في إنهاء تفويض الحقوق هذا الآن وأن استخدم حقي في اتخاذ قراراتي الخاصة بتعليمي.

\_\_\_\_\_ (توقيع الطالب) \_\_\_\_\_ التاريخ