

موافقة الأب/الوصي على التقديم المبني  
لخدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة

التاريخ: \_\_\_\_\_ اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطالب: \_\_\_\_\_

السيد \_\_\_\_\_  
(اسم الأب/الوصي)

في الاجتماع الأخير تمت التوصية بأن يحصل طفلك مبدئيًا على خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة وتم إعداد برنامج التعليم الفردي (IEP). قبل أن تستطيع المنطقة التعليمية توفير خدمات التعليم الخاص الواردة في برنامج IEP الخاص بطفلك، يجب توفير موافقتك المطلوبة. إن موافقتك تطوعية وتستطيع إلغاء موافقتك في أي وقت. إذا سحبت موافقتك، فإن هذا لا يفي أي إجراء تم بعد الحصول على موافقتك وقبل سحبها.

حدد خيارًا واحدًا:

أوافق على خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة المبدئية لطفلي كما ورد في برنامج التعليم الفردي (IEP). تم شرح خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة لي وهي متوافقة مع برنامج IEP الذي تم إعداده لطفلي.

أدرك أن موافقتي تطوعية. أدرك أن موافقتي غير مطلوبة للخدمات المستمرة أو حدوث تغيير في الخدمات/الإلحاق التعليمي. سنويًا على الأقل، سأحصل على فرصة معقولة للتعليق وإدخالها في برنامج IEP الخاص بطفلي.

حصلت على نسخة من شرح الحماية الإجرائية التي تم شرحها بالكامل لي بواسطة أفراد المدرسة، بما في ذلك إجراءات طلب جلسة استماع موضوعية.

أدرك أنه في أقرب وقت ممكن بعد إعداد برنامج IEP، لكن ليس أكثر من عشرة (10) أيام تقويمية، سيتم تقديم خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة إلى طفلي وفقًا لبرنامج IEP.

على خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة لطفلي كما ورد في برنامج التعليم الفردي (IEP).  لا أوافق

أدرك أن المنطقة التعليمية لن ترتكب مخالفة لمتطلبات توفير تعليم عام مجاني لطفلي إذا رفضت تقديم موافقة.

حصلت على نسخة من موجز أهلية IEP  
 نسخة من برنامج التعليم الفردي (IEP)  
 أخرى \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع الأب/الوصي: \_\_\_\_\_

إذا كانت لديك أية استفسارات تخص هذه العملية أو تطلب أية معلومات إضافية تخص حقوقك وحقوق طفلك، يرجى الاتصال بما يلي:

الاسم: \_\_\_\_\_ اللقب: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

(التوقيع)

الاسم: \_\_\_\_\_

اللقب: \_\_\_\_\_