

## 学生家长 / 监护人会议建议通知

日期：\_\_\_\_\_ 学生姓名：\_\_\_\_\_ 学生出生日期：\_\_\_\_\_

敬爱的 \_\_\_\_\_，  
(学生家长 / 监护人姓名)

该建议信的目的是向您提供有关您孩子的教育建议会议通知，会议举行时间 \_\_\_\_\_ 会议举行地点 \_\_\_\_\_。

此次会议决定您的孩子：

- 符合条件享受或者继续符合条件享受个别化教育方案列出的特殊教育和相关服务 (资格鉴定：\_\_\_\_\_)
- 是否具有资格享受特殊教育和相关服务。
- 要求变更个别化教育方案会议简报上所说明的资格。
- 将要接受个别化教育方案所说明的特殊教育和相关服务。
- 要求改变个别化教育方案所说明的特殊教育和/或相关服务 / 入学安排。
- 要求提供用于个别化教育方案的教育环境备选方案资料。
- 依据无被选资格鉴定结果或者年龄已到 21 岁，中止特殊教育及其相关服务。
- 建议毕业。
- 依据伊利诺斯州替换评价 (IAA) 评估。伊利诺斯州替换评价应结合伊利诺斯州学习标准 (年级程度、学习内容) 和依据成绩比较标准所得成绩。
- 其它事宜 \_\_\_\_\_

**如果适用请选择一个答案：** 本人理解学区尽快且不超过十个日历日制定出个别化教育方案之后，会按照个别化教育方案向我的孩子提供特殊教育及其相关服务：

- 本人同意放弃要求十个日历日期间内初步安排或者安排变化发生。
- 本人不同意放弃要求十个日历日期间内初步安排或者安排变化发生。

\_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_\_  
(学生家长 / 监护人签字)

请参阅个别化教育方案会议简报副本，该会议简报内容包括用于提出建议的资料。请审阅父母权力资料《程序保护措施说明》。若对此权力或者资料进一步了解或者有疑问，请联系：

姓名：\_\_\_\_\_

称谓：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

此致

\_\_\_\_\_  
(签字)

姓名：\_\_\_\_\_  
称谓：\_\_\_\_\_