

关于请求学生家长/监护人实施教育评价决定的通知

日期：_____ 学生姓名：_____ 学生出生日期：_____

敬爱的 _____：
(学生家长 / 监护人姓名)

_____ (请求人员姓名和称谓) 决定对您的孩子实施特殊教育评价，评价内容涉及 _____，评价原因如下：

初始教育评价申请：

- 经过对该申请的审查，我们认为当前实施初始教育评价是必要的。
- 经过对该申请的审查，我们认为当前实施初始教育评价没有必要。

教育再评价申请：

- 经过对该申请的审查，我们认为当前实施教育再评价是有必要的。
- 经过对该申请的审查，我们认为当前实施教育再评价没有必要。

做出上述决定的原因和相关说明：

对于孩子是否仍是残疾孩子的教育评价或者教育再评价若有必要，自收到学生家长 / 监护人的书面同意以后正式实施。 依据程序保护措施，您和您的孩子有权受到保护，也可审查有关该严格决定的《程序保护措施说明》副本。 若了解此决定的详情或对此决定若有疑问，请联系：

姓名：_____ 称谓：_____ 电话号码：_____

此致，

(签字)

姓名：_____

称谓：_____

- 学生家长 / 监护人提供的《程序保护措施说明》复印件一份。