

[بيانات الوكالة المحلية لإنفاذ القانون]

موافقة الآباء والأمهات على تقييم جودة خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة

تاريخ اليوم

(التاريخ)

إلى الآباء والأمهات أو أولياء الأمور،

لقد أُوصِيَّ بإخضاع ابنك سجل اسم التلميذ للتقييم على يد فريق دعم التلاميذ أو أي جهة أخرى مؤهلة. نريد إجراء تقييم فردي قصد تجميع معلومات إضافية حول سبل الاستجابة لاحتياجات ابنك التعليمية. إذا كانت لديك أي أسئلة أو انشغالات حول مسطرة إجراء هذا التقييم أو إذا أريدت الاطلاع على تفاصيل أكثر حول التقييم، يرجى الاتصال بـ:

اسم جهة الاتصال	صفة جهة الاتصال	رقم هاتف جهة الاتصال
الاسم	الصفة	رقم الهاتف

ستدعى أيضا للقاء الغاية منه مناقشة نتيجة التقييم وإمكانية تأهيل ابنك للاستفادة من خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. لن تُدخل أي تغييرات على البرنامج التعليمي لابنك إلى أن يعقد اللقاء وتمدنا بجميع الموافقات الضرورية. الموافقة على إجراء هذا التقييم لا يعطي أي جهة تعليمية الحق في إلحاق ابنك بتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة.

قد يشمل التقييم الفردي المجالات التالية: القدرة على التعلم والبصر والسمع والمهارات الحركية والقدرات الاجتماعية/العاطفية والقدرة على إنجاز المهام والقدرات التواصلية/اللغوية أو غيرها. تجدون طيه شرح هذه المجالات. إذا كانت بحوزتك معلومات ترى أنها مفيدة (على سبيل المثال الاختبارات والتقارير الطبية إلخ)، يرجى تقديمها للمساعدة في تحديد احتياجات ابنك التعليمية. حقوقك الأبوية مُصنَّمة بشكل يبين أن لك بعض الحقوق المتعلقة بإعطاء الموافقة ومساطر التقييم.

يرجى توقيع هذا الرسالة إن كنت موافقا على إجراء التقييم ثم أعدها إلى:

اسم جهة الاتصال	صفة جهة الاتصال	رقم هاتف جهة الاتصال
الاسم	الصفة	رقم الهاتف

نعم، أوافق على إخضاع ابني سجل اسم التلميذ للتقييم.

لا، لا أوافق على إخضاع ابني سجل اسم التلميذ للتقييم للأسباب التالية:

قائمة الأسباب:

سجل أسباب عدم الموافقة

الأب أو الأم/ولي الأمر توقيع الأب أو الأم/ولي الأمر التاريخ: تاريخ توقيع الأب أو الأم/ولي الأمر.

إذا لم ترجع هذه الاستمارة بحلول سجل تاريخ الإرجاع، سنتصل نحن بك لمعرفة قرارك.

(التاريخ)

شكرا على حسن التعاون.

وتقبلوا عبارات التقدير والاحترام