

就学前の早期介入 経過計画に関する会議の証拠文書

子供の名前: _____ 生年月日: _____

EI から通知文書を受け取った日付: _____ LEA の受領: _____

受け取った早期介入通知文書に関する情報に対応する下のボックスにチェックマークをいれてください。

この子供は 3 歳の誕生日前 90 日未満の時に EI に適格であると判断されました。経過会議は予定されていません。(このボックスにチェックマークをいれると、以降の文書は記入しません。紹介状の紹介タイプとして EI が選択されます。) または

LEA 代表者と子供の両親による経過計画会議を召集するための EI。(このボックスにチェックマークをいれると、以降の文書に記入します。)

EI プログラムを通して生徒が受け取るサービス:

サービスが提供された場所。(家庭/デイケア/クリニック/その他) _____

生徒出席の有無: デイケア 母親外出日 保育園 その他

生徒の出席する日/時間: _____

プログラムの名称/住所: _____

教師の名前: _____

服用薬剤: _____

薬剤を服用する理由: _____

医師の名前: _____

子供の長所: _____

子供のニーズ: _____

追加情報: _____

現在の評価	検査者	エージェンシー	日付

ポジション	参加者	日付
親		
親		
EI サービス提供者		
LEA 代表者		

- 私は自分の子供が LEA に紹介されることを許可します。
- 私は自分の子供が LEA に紹介されることを許可しません。
- 両親が紹介に関する会議を本日開くことに同意または要望しました。

親の署名 _____

署名日付 _____