

**प्री-स्कूल में आरम्भिक हस्तक्षेप  
पारगमन योजनाकार मीटिंगों का दस्तावेज़ीकरण**

बच्चे का नाम: \_\_\_\_\_ जन्म-तिथि: \_\_\_\_\_

LEA प्राप्त

EI से प्राप्त सूचना के पत्र की तारीख डालें: \_\_\_\_\_ करना: \_\_\_\_\_

नीचे उस बॉक्स पर निशान लगाएँ जो आरम्भिक हस्तक्षेप सूचना पत्र पर प्राप्त जानकारी के साथ मेल खाता है।

[ ] बच्चे को उसके तीसरे जन्मदिन से 90 दिन से कम पहले EI द्वारा योग्य होना निर्धारित कर दिया गया था। कोई पारगमन मीटिंग निर्धारित नहीं की जाएगी। (यदि इस बॉक्स पर निशान लगाया गया है, तो बाकी का फॉर्म नहीं भरा जाएगा। EI को रैफरल फॉर्म पर रैफरल टाइप की तरह चयनित किया जाएगा।)

या

[ ] EI को LEA के प्रतिनिधि और बच्चे के माता-पिता के साथ एक पारगमन योजनाकार मीटिंग का आयोजन करना होगा। (यदि इस बॉक्स पर निशान लगाया गया है, तो बाकी का फॉर्म भरें।)

वे सेवाएँ जो विद्यार्थी ने EI प्रोग्राम के माध्यम से प्राप्त की:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

सेवाएँ कहाँ प्रदान की गई थीं? (घर/डेकेयर/क्लीनिक/अन्य) \_\_\_\_\_

क्या विद्यार्थी निम्न में गया/गई है: डेकेयर [ ] मदर'स डे आउट [ ] नर्सरी स्कूल [ ]  
] अन्य [ ]

वे दिन/समय जब विद्यार्थी ने

भाग लिया: \_\_\_\_\_

प्रोग्राम का नाम/पता: \_\_\_\_\_

शिक्षक का नाम: \_\_\_\_\_

ली गई दवाईयाँ: \_\_\_\_\_

दवाईयाँ लेने का कारण: \_\_\_\_\_

डॉक्टर का नाम: \_\_\_\_\_

बच्चे की सामर्थ्य: \_\_\_\_\_

बच्चे की जरूरतें: \_\_\_\_\_

अतिरिक्त जानकारी: \_\_\_\_\_

---

वर्तमान मूल्यांकन	परीक्षक	एजेंसी	तारीख

पदनाम	भागीदार	तारीख
अभिभावक		
अभिभावक		
EI सेवाओं का प्रदाता		
LEA प्रतिनिधि		

- [ ] मैं अपने बच्चे के लिए अनुमति देता/ती हूँ कि उसे LEA को रैफ़र किया जाए।
- [ ] मैं अपने बच्चे के लिए अनुमति नहीं देता/ती हूँ कि उसे LEA को रैफ़र किया जाए।
- [ ] माता-पिता ने आज रैफ़रल बैठक करने की सहमति दी या का अनुरोध किया।

---

माता-पिता के हस्ताक्षर

---

हस्ताक्षर की तारीख