

## إشعار بقرار فريق عمل برنامج التعليم المميز IEP فيما يتعلق بإعادة التقييم

اسم الطالب: \_\_\_\_\_

### قرار فريق عمل IEP بإعادة التقييم

- [ ] معلومات إضافية مطلوبة.
- [ ] للوصول لتحديد مناسب لائق، وواضح لحالة الأهلية.
- [ ] لتحديد إن كان هناك تغييرات لازمة من الواجب إدخالها على برنامج IEP.
- [ ] لا حاجة لأي معلومات إضافية.
- [ ] إن المعلومات المتاحة تعتبر كافية لفريق IEP، ليتمكن من خلالها من تحديد الأهلية. (يتطلب الانتهاء من استمارة إشعار بخصوص الأهلية لخدمات برنامج التعليم الخاص)
- [ ] برنامج IEP يتوافق مع احتياجات الطلاب في الوقت الحالي.
- [ ] برنامج IEP الحالي يحتاج للمراجعة.

### أساسيات اتخاذ القرار

#### إجراءات التقييم.. الأسئلة، والسجلات، و\ أو التقارير التي تم الاعتماد عليها لاتخاذ القرار.

- [ ] الرؤية. [ ] الملاحظة. [ ] المقابلة. [ ] السجلات الطبية.
- [ ] السمع. [ ] الخطابة. [ ] مقاييس التطور. [ ] معلومات من مؤسسات أخرى.
- [ ] ذهني. [ ] اللغة. [ ] أمثلة عملية. [ ] تقييم الولاية.
- [ ] الإنجازات. [ ] حركي. [ ] سجلات الانضباط. [ ] أخرى \_\_\_\_\_
- [ ] السلوك. [ ] الدرجات. [ ] تقارير الحضور. [ ] أخرى \_\_\_\_\_

شرح للاختيارات الأخرى التي سبق أخذها بالاعتبار، وأسباب رفض هذه الاختيارات

الأشخاص التالي ذكرهم قد قاموا بالحضور والمشاركة في الاجتماع الخاص بالبرنامج IEP.

التاريخ	توقيع أفراد فريق العمل بـ IEP	المنصب ولي أمر
_____	_____	ولي أمر
_____	_____	مدرس التعليم العام
_____	_____	مدرس التعليم الخاص
_____	_____	شخص معني بتفسير الآثار التعليمية من خلال نتائج التقييم
_____	_____	الطالب
_____	_____	ممثل التعليم المهني
_____	_____	ممثل لمؤسسة الأخرى
<b>معلومات مُستَمَدّة من الحضور</b>		
التاريخ	الاسم	المنصب
_____	_____	_____
_____	_____	_____

توحيي بأسفله يضمن التزام المؤسسة التعليمية LEA، بتوفير نسخة من الشرح وتفسير حقوقك بلغتك الأصلية في حالة حاجتك لها، لضمان الفهم الوافي، وتعتبر حقوقك تحت الحماية الكاملة في ظل امتلاكك لنسختك الخاصة من وثيقة الحقوق الخاصة بالتعليم الخاص.

في حالة احتياجك لنسخة أخرى من الوثيقة، أو كانت لديك أي استفسارات أخرى، أو الرغبة في ترتيب لقاء، برجاء التواصل مع:

\_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_

(رقم الهاتف)

(الاسم)

تاريخ الإرسال: \_\_\_\_\_

