

**AVVISO DELLA DECISIONE DEL TEAM PEI RIGUARDO LA RIVALUTAZIONE**

NOME DELLO STUDENTE: \_\_\_\_\_

**DECISIONE DEL TEAM PEI SULLA RIVALUTAZIONE**

Sono necessari **DATI AGGIUNTIVI**.

Codice Amm. Alabama pagg. 503-504

Per determinare adeguatamente lo stato d' idoneità.

Per determinare se è necessario apportare cambiamenti al PEI.

**NON** sono necessari **DATI AGGIUNTIVI**.

I dati esistenti sono sufficienti per il Team PEI per determinare lo stato d' idoneità. (È necessario il completamento del nuovo modulo *Avviso e Decisione Riguardo i Servizi di Educazione Speciale*.)

Il PEI attuale soddisfa i bisogni dello studente.

Il PEI attuale deve essere rivisto.

**RAGIONI DELLA DECISIONE**

**PROCEDURE DI VALUTAZIONE, GIUDIZI, DOCUMENTI, E/O RAPPORTI USATI PER LA DECISIONE**

<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Osservazione	<input type="checkbox"/> Intervista	<input type="checkbox"/> Storia Medica
<input type="checkbox"/> Udito	<input type="checkbox"/> Linguaggio Parlato	<input type="checkbox"/> Scale di Sviluppo	<input type="checkbox"/> Informazioni di altre Agenzie
<input type="checkbox"/> Intelletto	<input type="checkbox"/> Lingua	<input type="checkbox"/> Campioni del Lavoro	<input type="checkbox"/> Stato della Valutazione
<input type="checkbox"/> Risultati	<input type="checkbox"/> Movimento	<input type="checkbox"/> Protocolli Disciplinari	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Comportamento	<input type="checkbox"/> Voti	<input type="checkbox"/> Rapporti di Presenza	<input type="checkbox"/> Altro _____

**DESCRIZIONE DI ALTRE OPZIONI E PERCHÉ LE OPZIONI SONO STATE RIFIUTATE**

**LE SEGUENTI PERSONE HANNO PARTECIPATO AL MEETING DEL PEI**

RUOLO	FIRMA DEL MEMBRO TEAM PEI	DATA
Genitore _____	Cod Amm. AL p 525 (3)(a-i)	_____
Genitore _____	_____	_____
Insegnante Educazione Generale _____	_____	_____
Insegnante Educazione Speciale _____	_____	_____
Rappresentante Agenzia Educativa Locale _____	_____	_____
Persona che può interpretare le Implicazioni Educative dei risultati delle valutazioni _____	_____	_____
Studente _____	_____	_____
Rappresentante di Carriera/Educazione Tecnica _____	_____	_____
Rappresentante di altra Agenzia _____	_____	_____

**INFORMAZIONE DELLE PERSONE NON PRESENTI**

RUOLO	NOME	DATA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La mia firma qui sotto dichiara che se voi aveste bisogno di un avviso e una spiegazione dei vostri diritti nella vostra lingua madre, l' AEL / l' ente ve ne garantirà la sua comprensione. Lei è pienamente protetto secondo i diritti descritti nella sua copia del documento *Diritti dell' Educazione Speciale*. Se desidera un'ulteriore altra copia dei suoi diritti, se ha qualsiasi domanda o se desidera organizzare un incontro, la preghiamo di contattarci:

al

\_\_\_\_\_  
(Nome)

\_\_\_\_\_  
(Telefono)

Fornito/Spedito il: \_\_\_\_\_