

## 说话或语言能力筛查同意表格

儿童姓名 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_

尊敬的家长：

您的孩子被推荐进行说话或语言能力筛查。筛查完成后，您将收到结果通知。

如果筛查表明您的孩子不需要另外的测试，您或者学校系统不需要采取进一步的措施。如果筛查表明您孩子语言方面的错误模式符合该年龄的发展水平，语言病理学家将为您和/或您孩子的教师提供信息，帮助促进持续的适当发展。该信息可纳入课堂第一层的“教学反应（RtI）”计划。如果筛查表明您的孩子需要更深入的说话或语言评估，您将收到一份请您参加会议的通知，会上将讨论是否需要进行评估以确定您的孩子是否需要特殊教育和相关服务。

将进行以下方面的筛查：

\_\_\_\_\_ 视力筛查

\_\_\_\_\_ 听力筛查

\_\_\_\_\_ 说话筛查（发音、流利程度、语音）

\_\_\_\_\_ 语言筛查

\_\_\_\_\_ 课堂教师检查清单（仅限 K-12 学生）

\_\_\_\_\_ 学龄前教师检查清单（仅限学龄前学生）。如果您的孩子没有参加学前班计划，您可能被要求填写一份关于您孩子的说话或语言发展的检查清单。

请在下面选择一项回复，并在表格提供的相应位置签名、填写日期：

\_\_\_\_\_ 是的，我同意进行这一筛查。

\_\_\_\_\_ 不，我不同意进行这一筛查

家长/监护人签名

日期

请将此表交给下面列出的人员。如果您有任何问题，也请电话联系下面列出人员的电话号码。

姓名

职位

电话号码

表格送交家长的日期：第一次尝试 \_\_\_\_\_ 第二次尝试 \_\_\_\_\_