

会話または言語スクリーニングの許可用紙

子供の名前 _____ 学校 _____

親御さんへ:

あなたのお子さんは会話または言語スクリーニングを推奨されました。スクリーニング完了後に結果があなたに伝えられます。

スクリーニングがあなたのお子さんには追加検査の必要がないことを示唆する場合、あなたや学校システムによる追加処置は必要ありません。スクリーニングが、この時点で適切な発達に誤りパターンを示していることを示唆する場合、会話-言語病理学者が、あなた および/または お子さんの教師に、継続的に適切な発達強化を支援するための情報を提供します。この情報はティア I の教室の指導に対する反応 (Rtl) プログラムに組み入れられる可能性があります。スクリーニング結果が、あなたのお子さんには詳細な評価が必要であることを示唆する場合、あなたのお子さんに特別教育と関連サービスが必要であるかを決定する評価の必要性について話し合う会議への出席を要請する通知をお受け取りになります。

以下のスクリーニングが行われます:

- 視力のスクリーニング
- 聴力のスクリーニング
- 会話のスクリーニング (構音、流暢に話す、声)
- 言語スクリーニング
- 教室の教師チェックリスト (K-12 生徒のみ)
- プリスクール教師チェックリスト (プリスクール生徒のみ)。あなたのお子さんがプリスクールプログラムに出席しない場合、お子さんの会話または言語発達に関するチェックリストを、ご自分で記入することを求められる可能性があります。

以下のリストの中の一つにチェックし、用紙の適切なスペースに署名と日付を記入してください:

はい、私はスクリーニングの許可を与えます。

いいえ、私はスクリーニングの許可を与えません。

親/保護者の署名:

日付

この用紙を下記に記載されている人に返却してください。ご質問がある場合は、所定の人に下記の電話番号を使ってお電話ください。

名前

ポジション

電話

親に用紙が送信された日付: 1 回目の試み _____ 2 回目の試み _____