

스피치 혹은 언어 검사 동의 양식

자녀의 이름 _____ 학교 _____

학부모님께:

귀하의 자녀는 스피치 혹은 언어 검사를 받도록 권고 되었습니다. 본인은 이 검사가 완료되면 결과에 대해 고지 받으실 것입니다.

검사 결과 자녀가 추가 검사를 필요로 하지 않는다고 보여지면 귀하 또는 학교 시스템은 추가 조치를 취할 필요가 없습니다. 검사 결과 귀하의 자녀가 현 시점에서 발달 상 적절하다고 판단되는 유형의 오류를 나타낸다면, 언어 병리학자가 귀하 및/또는 귀하의 자녀 교사에게 계속적으로 적절한 발달을 도울 수 있는 정보를 제공할 것입니다. 이 정보는 Tier I 강의실의 강의 응답 (RII) 프로그램에 통합 가능합니다. 선별 검사에서 자녀가 추후 스피치나 언어 평가가 필요하다고 보여지면 귀하는 회의 참석을 요청하는 고지를 받게 됩니다. 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 필요로 하는지 판단하기 위한 평가의 필요성에 대해 토론하게 됩니다.

다음과 같은 검사가 이루어집니다:

- _____ 시력 검사
- _____ 청력 검사
- _____ 스피치 검사 (음절, 유창함, 음성)
- _____ 언어 검사
- _____ 교실 교사 체크리스트(K-12 학생 한정)
- _____ 유아원 교사 체크리스트(유아원 학생 한정). 만약 귀하의 자녀가 취학전 프로그램에 참여하고 있지 않다면, 귀하는 자녀의 스피치 혹은 언어 발달에 관련한 체크리스트를 작성하여 제출할 것을 요청 받을 수 있습니다.

제공된 란을 이용하여 한 가지 답변을 선택하시고 서명, 날짜 기입하십시오.

_____ 예, 나는 이 검사에 동의합니다.

_____ 아니오, 나는 이 검사에 동의하지 않습니다.

부모/보호자 서명

날짜

아래 명시된 관련인에게 이 양식을 제출하십시오. 질문이 있으시다면 아래 관련인에게 제공된 전화번호를 이용해 연락하십시오.

이름 _____ 직위 _____ 전화 _____

부모에게 양식 발송일: 1 차 시도 _____ 2 차 시도 _____