



**CONFIDENTIAL**

Fairfax County Public Schools  
Individualized Education Program

**Parent Consent for Non-Attendance of IEP Team Members**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ N° de ident.: \_\_\_\_\_ Fecha de la reunión: \_\_\_\_\_

Los siguientes miembros del comité del IEP (programa educacional individualizado) han indicado que no podrán asistir a la reunión del IEP. Adjunto encontrarán sugerencias escritas que se proporcionan para que ustedes las revisen.

Miembro del comité del IEP (cargo) \_\_\_\_\_

Miembro del comité del IEP (cargo) \_\_\_\_\_

Miembro del comité del IEP (cargo) \_\_\_\_\_

La firma de uno de los padres indica que se está de acuerdo con la siguiente declaración:

Me han informado y acepto que se permita que los miembros del comité del IEP arriba indicados no asistan a la reunión del IEP y he recibido sus sugerencias escritas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Fecha