



CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Schools
Individualized Education Program
Extended School Year

DRAFT UNTIL IEP
IS SIGNED

أسم الطالب _____

الرقم التعريفي _____

تأريخ الإجتماع _____

يرجى تلخيص مناقشات فريق عمل IEP والوثائق الداعمة بخصوص الحاجة إلى الحصول على خدمات السنة الدراسية الممدة (ESY):

كيف سيتم قياس نسبة تحقيق النجاح؟	الأهداف و/أو الغايات قصيرة الأمد (يجب على فريق عمل IEP النظر في مراجعة الأهداف السنوية و/أو الغايات قصيرة الأمد، والمعايير والأطر الزمني ليعكس بدقة احتياجات الطالب خلال فترة حصوله على خدمات Y).

في هذا الوقت، لا يمكن لفريق عمل IEP أكمل استماره خدمات ESY لعدم وجود معلومات كافية.

حدد خدمات السنة الدراسية الممدة الالزامية لاستيفاء الأهداف المدرجة أعلاه:

تاريخ الانتهاء	تاريخ البدء	عدد المرات شهرياً أسبوعياً	عدد ساعات الخدمات المقدمة في بيئه دراسية مخصصة للتعليم الخاص فقط	عدد ساعات خدمات التعليم الخاص في بيئه دراسية مخصصة للتعليم العام	الخدمات

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصل موافقة خطية من الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.