



CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Schools  
Individualized Education Program

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

学生姓名: \_\_\_\_\_ 学号: \_\_\_\_\_ 举行会议日期: \_\_\_\_\_

以下个人教育计划小组成员表示，他们无法参加个人教育计划会议。现附上他们的书面意见，供您审核。

个人教育计划小组成员 (职务) \_\_\_\_\_

个人教育计划小组成员 (职务) \_\_\_\_\_

个人教育计划小组成员 (职务) \_\_\_\_\_

家长签字显示对以下表示同意:

我得到通知并同意上述个人教育计划小组成员将不参加个人教育计划小组会议，并且我得到了他们的书面意见。

\_\_\_\_\_  
家长签字

\_\_\_\_\_  
日期