

CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Schools  
Individualized Education Program

## IEP Cover Page

(الصفحة الأولى المرفقة مع خطة التعليم الفردي للطالب IEP)

أسم الطالب:		رقم الهوية:	تاريخ اجتماع فريق عمل IEP:
المرحلة الدراسية:		المدرسة التي يداوم فيها الطالب حالياً:	
المرحلة الدراسية:	تاريخ الميلاد:	لغة العائلة المستخدمة في البيت:	مستوى ELP:
الوالدة(ة)/ الوصي الشرعي:		رقم هاتف المنزل:	هاتف العمل:
		البريد الإلكتروني:	البريد الإلكتروني:
الوالدة(ة)/ الوصي الشرعي:		رقم هاتف المنزل:	هاتف العمل:
		البريد الإلكتروني:	البريد الإلكتروني:
عنوان الطالب:			
رقم وأسم الشارع	رقم الشقة	المدينة والولاية	الرمز البريدي للمنطقة

تاريخ آخر تقييم للأهلية:	تاريخ إعادة التقييم ذو 3 سنوات:
منطقة (مناطق) الأهلية:	
تاريخ الاجتماع الحالي لفريق عمل IEP:	تاريخ مراجعة خطة العمل الحالية لبرنامج IEP:
ملحق برنامج IEP	شمول خدمات السنة الدراسية
<input type="checkbox"/> مع اجتماع	<input type="checkbox"/> الممددة ESY
<input type="checkbox"/> بدون اجتماع	

فريق عمل IEP: من شارك في اجتماع برنامج IEP الحالي أو زدنا بمدخلاته؟	التاريخ
الوالدة(ة)/ الوصي الشرعي:	
الوالدة(ة)/ الوصي الشرعي:	
أسم الطالب:	
مدير المدرسة/من ينوب عنه:	
معلم التعليم الخاص:	
معلم التعليم العام:	
أخرى:	
أخرى:	
أخرى:	

اللقب الوظيفي لعضو الفريق المسؤول عن تبادل المعلومات في برنامج IEP مع جميع المسؤولين عن تقديم الخدمات:

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