

## NOTICE AND CONSENT FOR EVALUATION

### الإشعار والموافقة على إجراء التقييم

اسم الطالب	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	التاريخ
الوالد/الوالدة	اسم المدرسة		المرحلة الدراسية

ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي:

#### 1. التوصية:

- إجراء تقييم أولي لتحديد فيما إذا كان الطالب يعاني من إعاقة معينة ويتطلب حصوله على خدمات التعليم الخاص. مرفق طياً تقرير لجنة التقييم المحلية لغرض الاطلاع عليه.
- إجراء تقييم لتحديد مدى استمرار استحقاق الطالب في الحصول على خدمات التعليم الخاص. مرفق طياً تقرير إعادة التقييم.
- إجراء تقييمات إضافية و/أو استشارات لأغراض برنامج التعليم الفردي للطالب IEP. مرفق طياً برنامج التعليم الفردي للطالب IEP.
- أخرى: \_\_\_\_\_

وصف للمخاوف العامة للمجالات المختارة:

هل ينبغي على المقيم الأخذ بعين الاعتبار وضعية الطالب كونه من متعلمي اللغة الإنجليزية EL و/أو طريقة التواصل؟  نعم  كلا

#### 2. النواحي التي يتم تقييمها:

- الناحية النفسية**-- قدرات الطالب الإدراكية، أسلوب التعلم، العوامل العاطفية، والمهارات الإدراكية الحسية
- النواحي الاجتماعية الثقافية** - التاريخ التنموي، الخلفية العائلية، السلوك التكيفي، والحالة الصحية، والتاريخ التعليمي
- النواحي التعليمية** -- الأداء الأكاديمي الحالي، الأداء الصفي، ونقاط الضعف والقوة
- الحديث واللغة** -- نطق الأصوات، الصوت، التحدث بسلاسة، واللغة المنطوقة
- فحص السمع** -- حدة السمع
- حالة النمو (ما قبل المدرسة)**  
يرجى اختيار واحد أو أكثر مما يلي:
- الإدراكي  البدني
- التكيفي  الاجتماعي/العاطفي
- التواصل
- العلاج الوظيفي** -- قدرة الأداء الحركي على التعلم والأداء المدرسي
- تقييم  استشارة
- أخرى -- \_\_\_\_\_
- العلاج الطبيعي** -- إمكانية الوصول الى البيئة المحيطة به، القابلية على الحركة، والأداء المدرسي
- تقييم  استشارة
- فحص البصر** -- حدة البصر
- السمع** -- فحص كامل للسمع
- الوظيفة البصرية** -- القدرة البصرية على النظر للأشياء القريبة، والمتوسطة البعد والبعيدة للوصول الى المنهج الدراسي
- النواحي الطبية** -- إجراء فحص طبي بواسطة طبيب
- المراقبة** - مراقبة الطفل في بيئة الطفل التعليمية لتوثيق الأداء الأكاديمي والسلوك في النواحي التي يعاني فيها من صعوبات.
- الخدمات التكنولوجية المساعدة** -- تحديد الخدمات التكنولوجية AT اللازمة للوصول الى المنهج الدراسي (لأغراض إعادة التقييم أو لبرنامج IEP فقط)
- التربية الرياضية المعدلة** -- مهارات التحكم، المهارات الحسية الحركية، المهارات الحركية، اللياقة البدنية، والسلوكيات التكيفية (لأغراض إعادة التقييم أو لبرنامج IEP فقط)

أختار الآتي إذا أستدعت الحاجة الى إجراء اختبار طبي (أختار واحد مما يلي):

- إجراء التقييم الطبي على نفقة دائرة الخدمات الخاصة. (أكمل الإستمارة (SS/SE-19)
- إجراء التقييم الطبي على نفقتي الخاصة وتقديمه خلال شهر واحد. يجوز أن يكون الفحص الطبي مؤرخ حتى سنة واحدة قبل التاريخ المقترح لتحديد أهلية الطالب

إذا كانت لديكم أية أسئلة حول هذه التوصيات، يرجى الإتصال بـ \_\_\_\_\_ في مدرسة الطالب.

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 إستحصال موافقة خطية من الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.

## NOTICE AND CONSENT FOR EVALUATION

### الإشعار والموافقة على إجراء التقييم

اسم الطالب	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	التاريخ
الوالد/الوالدة	اسم المدرسة	المرحلة الدراسية	

**3. الحقوق:** الحقوق الخاصة بك موضحة بالتفصيل في وثيقة حقوق العائلة في التعليم الخاص (الأشعار الخاص بأجراءات الحماية في ولاية فرجينيا) التي تم تزويدك بها سابقاً. لك الحق في أن يتم شرح هذه الوثيقة لك بشكل وافٍ بلغتك الأم أو بالوسيلة الأساسية التي تستخدمها في التفاهم. بإمكانكم الاتصال بمكتب تطبيق الإجراءات القانونية وتحديد الأهلية على الرقم 571-423-4470 إذا كانت لديكم أي أسئلة أو استفسارات بخصوص هذه الوثيقة. تتوفر نسخ إضافية من الوثيقة في المدرسة أو على شبكة الانترنت على الرابط التالي <https://www.fcps.edu/sites/default/files/media/forms/se4-arabic.pdf>.

**4. الموافقة:** مطلوب الحصول على موافقتك لأجراء التقييمات المحددة في الفقرة 2.

مجال الحاجة	موافق	غير موافق
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أنا أعطي موافقتي لمدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية للعمل بالتقييمات المقترحة.

توقيع ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي: كتابة الأسم بوضوح: التاريخ:

أرفض إعطاء موافقتي لمدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية للعمل بالتقييمات المقترحة.

توقيع ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي: كتابة الأسم بوضوح: التاريخ:

إعطاء الموافقة أمر طوعي ويمكن الغاؤها في أي وقت. لك الحق بالامتناع عن إعطاء الموافقة. إذا امتنعت عن إعطاء الموافقة، فإن مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS لها الحق في أستئناف قرارك.

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.