

PARENT CONSENT FOR INDIVIDUALIZED SCREENING AND CONSULTATION

آدرس _____
 مدرسه _____
 تاریخ _____
 موضوع _____
 شماره شناسایی _____
 گرامی _____

روز _____ مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) در رابطه با نگرانی هایی در مورد فرزند شما در زمینه مهارت‌های _____ با شما تماس گرفت.

روز _____ شما با FCPS در رابطه با نگرانی هایی در مورد فرزندتان در زمینه مهارت‌های _____ تماس گرفتید.

برای درک بهتر نیازهای تحصیلی فرزندتان ، FCPS درخواست می کند غربالگری (آزمایشات) و مشاوره فردی با کودک شما انجام شود.

غربالگری و مشاوره فردی تنها پس از دریافت رضایت کتبی شما صورت می گیرد. رضایت شما کاملاً داوطلبانه می باشد. پس از غربالگری و مشاوره فردی ، یکی از مسئولین برای بحث در مورد نتایج با شما تماس خواهد گرفت. نتایج غربالگری و مشاوره فردی محرمانه خواهد بود و شما حق دارید سوابق تحصیلی فرزندتان را مرور کنید.

غربالگری و مشاوره فردی ممکن است ترکیبی از موارد زیر باشد:

اگر سوالی دارید ، یا مایل هستید که در مورد این روند بیشتر بحث کنید ، لطفاً با ما تماس بگیرید:

نام مسئول _____ شماره تلفن _____

لطفاً این فرم را که نشاندهنده رضایت یا عدم رضایت شما به روند غربالگری و مشاوره فردی فرزندتان توسط FCPS است در اسرع وقت برگردانید.

من به FCPS اجازه می دهم تا برای شروع غربالگری و مشاوره فردی اقدام کند.

من به FCPS اجازه نمی دهم تا برای شروع غربالگری و مشاوره فردی اقدام کند.

امضاء والدین یا سرپرستان _____ تاریخ _____

اطلاعات پرونده تحصیلی مدارس دولتی کانتی فیرفکس در صورتی در دسترس دیگران قرار می گیرد که دریافت کننده موافقت کند بدون رضایت کتبی والدین یا دانش آموز حائز شرایط اطلاعاتی از این قبیل را در دسترس دیگران قرار ندهد.