



PARENT CONSENT FOR INDIVIDUALIZED SCREENING AND CONSULTATION

(개별 검사 및 상담에 관한 학부모 동의)

학교 _____

주소 _____

날짜 _____

관련 학생 _____

학생 번호 _____

친애하는 _____ 께,

_____에 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS)는 귀댁 자녀의 _____ 능력에 관한 염려로 귀하에게 연락하였음.

_____에 귀하는 자녀의 _____ 능력에 관한 염려로 FCPS에 연락하였음.

자녀의 교육적 필요를 더 잘 이해하기 위해 FCPS는 자녀에게 개별 검사와 상담을 하고자 요청합니다.

개별 검사와 상담은 오직 귀하의 서면 동의를 받은 후에만 이루어질 것입니다. 귀하가 동의하시는 것은 귀하의 자발적 의사입니다. 개별 검사와 상담 후에 직원은 결과를 논의하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 개별 검사와 상담 결과는 기밀 사항으로 간주되며 귀하는 자녀의 교육 기록을 검토할 권리가 있습니다.

개별 검사 및 상담은 다음을 결합하여 구성될 수 있습니다:

질문이 있거나 이 과정에 대해 논의하기를 원하시면 다음으로 연락하시기 바랍니다:

_____ 직원

_____ 전화번호

FCPS가 개별 검사와 상담을 진행하는 것에 대한 귀하의 동의 여부를 나타내는 이 양식을 자녀 학교로 가능한 한 빨리 제출하시기 바랍니다.

본인은 제안한 개별 검사 및 상담을 FCPS가 진행하도록 동의합니다.

본인은 제안한 개별 검사 및 상담을 FCPS가 진행하는 것에 동의하지 않습니다.

_____ 학부모 또는 보호자 서명

_____ 날짜

Fairfax 카운티 공립학교의 학업 기록 정보는 학부모나 자격을 갖춘 학생의 서면 동의 없이는 수령인이 다른 타인/기관으로 하여금 이러한 정보를 사용할 수 있도록 허락하지 않겠다고 동의하는 경우에 한하여 제공됨.