

고급 학업 프로그램 (AAP) 풀-타임 AAP 서비스에 대한 추천서

학생 이름 _____ 생년월일 _____

학생 번호 _____ 현재 재학 중인 학교 _____

학년 _____ FCPS 담임 교사 _____

FCPS 고급 학업 지원 교사 _____

학부모/보호자 _____

전화번호 _____ 이메일 _____

집 주소 _____

과목별 및 파트-타임 AAP 서비스에 대한 선별 심사는 각 FCPS 초등학교에서 진행됩니다. 더 자세한 정보는 지역 학교의 고급 학업 지원 교사에게 문의하시기 바랍니다.

- 아래의 공간에 해당 학생이 풀-타임 AAP 서비스를 위해 고려되어야 하는 이유를 설명하시기 바랍니다. 학생의 학습 필요에 대해 위원회가 이해하도록 돕는 정보를 포함하시기 바랍니다. 제안 사항에는 비판적이고 창조적인 사고의 예, 강점 영역(들), 학생이 사용하는 언어 등이 포함됩니다.
- FCPS 교직원 은 학생 가족의 허가 없이 504 계획 또는 IEP (개별 교육 프로그램)에 관한 정보를 공개할 수 없습니다. 학교가 학생의 학습 장애, 편의 조치 또는 학생의 IEP 일부에 대한 정보를 공유하기 원할 경우, AART (고급 학업 지원 교사) 및 교장에게 이메일을 보내 서면 동의를 제공하시기 바랍니다.

추천인의 이름 및 서명 _____

학생과의 관계 _____ 추천 날짜 _____