

البرامج الأكاديمية المتقدمة إستمارة إحالة لخدمات البرامج الأكاديمية المتقدمة (AAP) بدوام كامل

الاسم الكامل للطالب _____ تاريخ الميلاد _____

رقم هوية الطالب _____ المدرسة الحالية _____

المرحلة الدراسية: _____ معلم الصف في مدارس FCPS _____

المدرس المتخصص في البرامج الأكاديمية المتقدمة في مدارس FCPS _____

ولي أمر الطالب/ الوصي الشرعي _____

رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____

عنوان المنزل _____

يتم إجراء التقييم للإحالة إلى خدمات البرامج الأكاديمية المتقدمة (AAP) في مواد معينة وبدوام جزئي في مواقع المدارس الإبتدائية في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS. يرجى الإتصال بالمدرس المساعد للبرامج الأكاديمية المتقدمة في مدرسة الطالب للحصول على المزيد من المعلومات.

- في الفراغ المخصص أدناه، يرجى توضيح لماذا يتوجب أخذ الطالب بعين الإعتبار للحصول على خدمات الدراسات الأكاديمية المتقدمة (AAP) بدوام كامل. يرجى تزويدنا بالمعلومات اللازمة لمساعدة اللجنة على فهم إحتياجات الطالب التعليمية. تشمل الإقتراحات أمثلة عن التفكير النقدي والخلق، ومواطن القوة، واللغات التي يتحدث بها الطالب.
- يرجى ملاحظة أنه لا يمكن لموظفي مدرسة FCPS الكشف عن معلومات حول خطة 504 أو برنامج التعليم الفردي للطالب IEP دون إذن من عائلة الطالب. إذا كنت ترغب في أن تشارك المدرسة معلومات حول صعوبات الطالب في التعلم أو أماكن الإقامة أو جزء من برنامج IEP الخاص بالطالب، فيرجى إرسال بريد إلكتروني إلى المدرس المتخصص في البرامج الأكاديمية المتقدمة (AART) ومدير مدرسة الطالب لتقديم موافقة خطية.

اسم وتوقيع مصدر الإحالة _____

الصلة بالطالب _____ تاريخ الإحالة _____