

# 西雅圖公立學校 特殊教育附錄

日期: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

*Office Use ONLY*

Service Center Contact \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Immediate placement/ "real time"      \_\_\_\_\_ Placement for next school year

## **給家長/監護人的訊息**

在以下你所提供的資訊，將會幫助我們來設計一個適合你子女的課程。謝謝你花時間提供有關你子女在教育上所需的最新資訊。

學生的法定名稱

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中間名 \_\_\_\_\_

完成此表格人士姓名: \_\_\_\_\_

與學生的關係: \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

註明所有你子女接受特殊教育服務的項目。

\_\_\_\_ 閱讀

\_\_\_\_ 寫作

\_\_\_\_ 數學

\_\_\_\_ 行爲

\_\_\_\_ 社交技能

\_\_\_\_ 學習技能

\_\_\_\_ 語言治療

\_\_\_\_ 職業/物理治療

估計你子女在以上註明的項目接受特殊教育服務的時間。

\_\_\_\_ 半天或少於半天 (0-4 小時)

\_\_\_\_ 超過半天 (多於 4 小時)

\_\_\_\_ 只在語言、和/或職業/物理治療接受特殊幫助

\_\_\_\_ 不知道

描述你子女所接受的特殊教育課程 (例如，在班上有幾位老師和/或助教，班上有多少位學生，你子女學習的內容)。

你的子女是否有任何身體、情緒、或醫療上的問題? \_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否

否如回答是，請說明:

你的子女目前是否有服用任何藥物? \_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否

如回答是，請說明:

你的子女目前是否有 IEP (個人教育課程)? \_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否

請列出你對子女其它任何關注 (例如行爲上、健康上、教學上的需要)。

特殊教育轉學資料組  
同意和批准雙方交換資訊

日期 \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

學生的法定名稱

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中間名 \_\_\_\_\_

本人授權以上所列學生，在以下列出子女曾經就讀過的學校，與西雅圖公立學校特殊教育轉學辦公室互相交換資訊，目的是要為學生訂下特殊資格和分派學校：

學校名稱	城市和州	年級	退校日期
------	------	----	------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

本人明白在任何時候我可以取消此同意與授權，除非該行動根據此授權已經進行完畢。本人也明白我可以檢查或要求一份所透露資訊的附本。

家長/監護人姓名 (請寫正楷)

\_\_\_\_\_

家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請將記錄送來，包括 (a) 學業和特殊教育紀錄，請包括 IEPs；(b) 教育/心理評估；(c) 視力/聽力和社交/情緒評估；(d) 醫療歷史/目前健康狀況資料；和 (e) 其它相關紀錄，請盡快送至：

Seattle Public Schools  
Special Education Referral and Intake  
M/S 31-725 PO Box 34165  
Seattle, Washington 98124-1165

謝謝

如有任何疑問，請直接與 Rochelle Fields 聯絡，電話是 206-252-0890，或電郵 [rfields@seattleschools.org](mailto:rfields@seattleschools.org)