

البرامج الأكاديمية المتقدمة

إستمارة إحالة خدمات البرامج الأكاديمية المتقدمة AAP (المستوى الرابع) 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 الفرز للنظر في أهلية الطلاب للحصول على الخدمات المتميزة المتقدمة في مواد معينة (المستوى الثاني) و خدمات البرامج الأكاديمية المتقدمة AAP (المستوى الثالث) بدوام جزئي في مواقع المدارس الابتدائية التابعة لمدارس FCPS. يرجى الإتصال بالمدرس المتخصص في البرامج الأكاديمية المتقدمة في مدرسة الطالب للحصول على المزيد من المعلومات.

يرجى تقديم معلومات لتوضيح السبب الذي يُحتم النظر في قبيل الطالب في خدمات برنامج AAP بدوام كامل باستخدام الفراغ أدناه. يرجى تزويدنا بالمعلومات اللازمة في المكان المخصص أدناه لمساعدة اللجنة المكلفة في فهم إحتياجات الطالب التعليمية. تشمل الإقتراحات أمثلة عن التفكير النقدي والإبداعي، مواطن القوة، اللغات التي يتحدث بها الطالب، موجز عن إحتياجات الطالب التعليمية الخاصة، على سبيل المثال الحاجة الى خطة تعليم فردية للطالب IEP أو الخطة 504، والتي قد تساعد اللجنة المكلفة بدورها على فهم ملف إحتياجات الطالب.

اسم وتوقيع جهة الإحالة _____

الصلة بالطالب _____ تاريخ الإحالة _____