إخطار بالرغبة في إلغاء الموافقة على الخدمات التعليمية الخاصة

معلومات الطالب

الاسم الأول للطالب (الاسم الأوسط) اسم العائلة للطالب (اللاحقة)

تاريخ الميلاد للطالب (شهر/يوم/سنة) (إذا كان متاحًا) رقم تعريف الطالب في المدرسة (إذا كان متاحًا)*

اسم المدرسة التي يلتحق بها الطالب حاليًا والتي تقدم الخدمات التعليمية الخاصة:

اسم المدرسة التي يلتحق بها الطالب حاليًا

اسم المدرسة التي يلتحق بها الطالب حاليًا

يجب إرسال هذا الإخطار إلى المدرسة التي يلتحق بها الطالب حاليًا والتي تقدم الخدمات التعليمية الخاصة.

New York State Education Department, Office of Special Education, Room 309 EB, 89 Washington Avenue, Albany, New York, 12234, Attention: Due Process Unit

تغيير **سوف تتلقى الخدمات التعليمية الخاصة التي يتلقاها الطالب حاليًا من خلال برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بالطالب في أي وقت في المستقبل إذا قمت بإلغاء الموافقة على الخدمات التعليمية الخاصة.**

تفاصيل الاتصال بالطالب

اسم الطالب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)*:

تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy):

رقم تعريف الطالب في المدرسة:

عنوان الطالب (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)*:

رقم هاتف الطالب (إذا كان متاحًا) (إذا كان الطالب لا يملك هاتفًا، فأدخل N/A بدلاً من ذلك):

البريد الإلكتروني للطالب (إذا كان متاحًا):

البريد الإلكتروني للطالب (إذا كان متاحًا):

اسم المدرسة التي يلتحق بها الطالب حاليًا:

الصف الذي يلتحق به الطالب حاليًا:

معلومات الوالد

اسم الوالد*:

*