

Nomi di Scola di Distritu:

Indereso di Scola di Distritu:

Pessoa di Contactu na Scola di Distritu / # Tilifoni:

## Formulariu di Consentimentu pa Colocason - PL1: 3-5 anu di idadi

IEP Data: di \_\_\_\_\_ pa \_\_\_\_\_

Nomi di Studenti:

Data Nascimentu:

SASID:

**Usa Kalker um seccion 1, 2 ou 3 sima apropiadu na colocason educacional di criansa.**

### 1. Criansa ta atendi um programa inclusivu di jadin di infancia ki tem criansas com y sem difisiensia.

Criansa ta atendi um programa di jadin di infancia undi servicus specials di idukason ta ser oferisidu:	<input type="checkbox"/>	Na programa di jadin di infancia.
	<input type="checkbox"/>	Separadu di programa di jadin di infancia
	<input type="checkbox"/>	Tudo dos, dentru y forra di Programa di Jadin di Infancia
Horas pa simana na programa di jadin di infancia.: _____	<input type="checkbox"/>	Matriculadu pa Pais
	<input type="checkbox"/>	Colocason pa termo
Tudu djuntu criansa ta bem participa na um ambienti inclusivu (lebando em conta programa di jadin di infancia y servicus di idukason especial):	<input type="checkbox"/>	80% di tempu ou mas
	<input type="checkbox"/>	40 – 79% di tempu
	<input type="checkbox"/>	0 – 39% di tempu

### 2. Criansa ka ta atendi nenhum programa di jadin di infancia.

Ekipa identifika ma criansa devi atendi um classi especial di edukason ki so ta serbi pa criansas ku difisiensia.	<input type="checkbox"/>	Classis Substantialmenti Siparadu
Ekipa identifika ma criansa devi atendi um programa di idukason especial diariu na um scola publiku ou privadu ki so ta trabadja ku criansas ku difisiensia .	<input type="checkbox"/>	Scola Diariu Siparadu <input type="checkbox"/> Publicu ou <input type="checkbox"/> Privadu
Ekipa indetifika ma criansa devi assisti um programa di idukason especial na um facilidadi residencial ki so ta trabadja ku criansas ku difisiensia.	<input type="checkbox"/>	Facilidadi Residencial
Ekipa identifika servicus di IEP pa ser oferisidu na um programa na casa pa criansas di 3 a 5 anu di idadi	<input type="checkbox"/>	Casa
Ekipa identifika servicus di IEP pa ser oferisidu na um programa fora di casa na clinica di medicus, recintu escolar, facilidadi di hospital ou otu localidadi na comunidadi .	<input type="checkbox"/>	Localidadi di Fornecidor di Servisu

### 3. Otus Autoridadis ki ta Izigi Colocason

**Avisu: Colocason nao-educacional ka ta ser determinadu pa nos ekipa portantu entregas di servicus podi ser limitadu.**

Colocason foi fetu pa um agensia di stado na um ambienti instituzaduzadu pa razons nao-educacional.	<input type="checkbox"/>	Dipartamentu di Saudi Mental coloca criansa na un unidadi di hospital psiquiatricu ou programa residencial di tratamentu.
	<input type="checkbox"/>	Dipartamentu di Saudi Publica coloca criansa na Scola di Hospital di Massachusetts. <input type="checkbox"/> Diariu ou <input type="checkbox"/> Residencial
Um medico ditermina ki criansa ser assistidu na ambienti caseru/residencia.	<input type="checkbox"/>	Programa na ambienti caseru/residencia
Um medico ditermina ki criansa ser assistidu na um ambienti hospitalar.	<input type="checkbox"/>	Programa na ambienti Hospitalar

## Formulariu di Consentimentu pa Colocason

Localidadi(s) pa Provison di Servicous y Datas:

### Opçons di Pais / Rispostas

**E importanti ki Distritu sabi bu decision assim ki pussivel. Favor indika bu risponsta fazendu um cruz na pelu menus um (1) Kuadrado y manda um copia sinadu pa distritu djuntu ku bu resposta di IEP. Muitu obrigadu.**

- Ami Nta consenti colocason.  
 Ami Nta rekusa colocason.  
 Ami Nsta solicita um reunion pa discuti rekusa di colocason.

Sinatura di Pais, Risponsavel, Encarigadu di Educason

Data