

ឈ្មោះមណ្ឌលសិក្សាពិការ៖

អាសយដ្ឋានមណ្ឌលសិក្សាពិការ៖

ឈ្មោះជនត្រូវទាក់ទងមណ្ឌលសិក្សាពិការ/ទូរស័ព្ទលេខ #:

ទម្រង់យល់ព្រមនៃការដាក់សិក្សា - PL1: 3-5 ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទ IEP : ពី ដល់

ឈ្មោះសិស្ស៖

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ / កំណើត:

SASID:

ប្រើជំពូកណាមួយ 1, 2 ឬ 3 ក៏បាន តាមការសមរម្យទៅតាមការដាក់កុមារសិក្សា

1. កុមាររៀននៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុដែលដាក់បញ្ចូលរួមទាំងកុមារនានាដែលមាន និងមិនមានពិការភាព

កុមាររៀននៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុ និងសេវាអប់រំពិសេសត្រូវបានផ្តល់ជូន៖	<input type="checkbox"/>	នៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុ
	<input type="checkbox"/>	ដោយឡែកពីកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុ
	<input type="checkbox"/>	ទាំងពីរ ក្នុង និងក្រៅកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុ
ចំនួនម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យក្នុងកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុ: _____	<input type="checkbox"/>	បានចុះឈ្មោះដោយមាតា/បិតា
	<input type="checkbox"/>	បានដាក់ដោយក្រុម
ទាំងអស់រួមគ្នា កុមារនឹងចូលរួមនៅក្នុងបរិស្ថានដែលមានរាប់បញ្ចូលនូវ(កម្មវិធីអប់រំ កុមារមុនអាយុ និងសេវាអប់រំពិសេសត្រូវបានយកមកគិតផងដែរ)៖	<input type="checkbox"/>	80% នៃពេលទាំងអស់ ឬលើស
	<input type="checkbox"/>	40 – 79% នៃពេលទាំងអស់
	<input type="checkbox"/>	0 – 39% នៃពេលទាំងអស់

2. កុមារ មិន រៀននៅក្នុងកម្មវិធីរួមបញ្ចូលនូវកម្មវិធីអប់រំកុមារមុនអាយុទេ ។

ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាកុមារត្រូវតែចូលរៀនថ្នាក់អប់រំពិសេសដែលបំរើតែកុមារនានាដែលមានពិការភាព។	<input type="checkbox"/>	ថ្នាក់ដោយឡែកជាសំខាន់
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាកុមារត្រូវតែចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីអប់រំពិសេសពេញថ្ងៃនៅសាលាសាធារណៈ ឬសាលាឯកជនពេញថ្ងៃដោយឡែកដែលបំរើតែកុមារទាំងឡាយដែលមានពិការភាព ។	<input type="checkbox"/>	សាលាពេញថ្ងៃដោយឡែក <input type="checkbox"/> សាធារណៈ ឬ <input type="checkbox"/> ឯកជន
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាកុមារត្រូវតែចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីអប់រំពិសេសនៅក្នុងមន្ទីររក្សាជាក្រុមដែលបំរើតែកុមារទាំងឡាយដែលមានពិការភាព ។	<input type="checkbox"/>	មន្ទីររក្សាជាក្រុម
ក្រុម បានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP នឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅក្នុងកម្មវិធីមួយនៅតាមផ្ទះសំរាប់កុមារម្នាក់ដែលមានអាយុពី 3 ឆ្នាំទៅ 5 ឆ្នាំ ។	<input type="checkbox"/>	ផ្ទះ
ក្រុម បានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP នឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅក្រៅពីផ្ទះនៅក្នុងការិយាល័យពេទ្យពិនិត្យអ្នកជំងឺផ្លាស់, ការិយាល័យសាលា, អាគារមន្ទីរពេទ្យ, ឬនៅតាមទីកន្លែងសហគមន៍ផ្សេងៗទៀត ។	<input type="checkbox"/>	ទីកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវា

3. អំណាចផ្សេងៗទៀតបានកំរិតក្នុងការដាក់សិក្សា ។
កំណត់សំគាល់៖ ការដាក់សិក្សាមិនមែនការអប់រំទាំងនេះគឺមិនមែនសំរេចដោយក្រុមទេ ដូច្នេះហើយការបំរើសេវាប្រហែលមានការកំរិត ។

ការដាក់សិក្សាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនៅតាមទីកន្លែងមានរបៀបណែនាំសំរាប់មូលហេតុមិនមែនការអប់រំ ។	<input type="checkbox"/>	ក្រសួងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តបានដាក់កុមារនៅមន្ទីរពេទ្យរិកលចរិតនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលគេហជនជាក្រុម ។
	<input type="checkbox"/>	ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈបានដាក់កុមារនៅតាមសាលាមន្ទីរពេទ្យ Massachusetts ។ <input type="checkbox"/> ថ្ងៃ ឬ <input type="checkbox"/> មន្ទីររក្សាគេហជន
វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់បានសំរេចថាកុមារត្រូវតែបានបំរើនៅតាមកន្លែងមានលក្ខណៈដូចផ្ទះ	<input type="checkbox"/>	កម្មវិធីមានមូលដ្ឋានដូចផ្ទះ
វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់បានសំរេចថាកុមារត្រូវតែបានបំរើនៅតាមកន្លែងមានលក្ខណៈដូចមន្ទីរពេទ្យ ។	<input type="checkbox"/>	កម្មវិធីមានមូលដ្ឋានដូចមន្ទីរពេទ្យ

ទម្រង់យល់ព្រមនៃការដាក់សិក្សា

ទីកន្លែងនានាសំរាប់ការផ្តល់សេវា និងកាលបរិច្ឆេទ៖

ជម្រើសរបស់មាតា/បិតា / ការឆ្លើយតប

ជាការសំខាន់ណាស់ដែលមណ្ឌលសិក្សាពិការដឹងអំពីសេចក្តីសំរេចចិត្តរបស់អ្នកឲ្យបានឆាប់រហ័សបើអាចធ្វើបាន ។ សូមបង្ហាញអំពីចម្លើយតបរបស់អ្នកដោយការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងហោចណាស់ក្នុងប្រអប់មួយ (1) ហើយផ្ញើសំណៅចំឡងមួយច្បាប់ទៅមណ្ឌលសិក្សាពិការ ជាមួយនឹងចម្លើយតបរបស់អ្នកទៅ IEP ។ អរគុណ ។

- ខ្ញុំយល់ព្រមទៅតាមការដាក់សិក្សា ។
- ខ្ញុំបដិសេធការដាក់សិក្សា ។
- ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើការប្រជុំមួយដើម្បីពិភាក្សាការបដិសេធការដាក់សិក្សា ។

ហត្ថលេខារបស់មាតា/បិតា, អ្នកអាណាព្យាបាល, មាតា/បិតាជំនួសសំរាប់អប់រំ កាលបរិច្ឆេទ