**配置同意書：**3歳から5歳

**IEP実施日程**     **日から**

|  |
| --- |
| **生徒情報** |
| 生徒名：      | 生徒の生年月日：      |
| 生徒ID：      | 学年：      |

|  |
| --- |
| **チーム推奨の特別教育の配置** |
| チームは、3歳から5歳の子供に対しIEPサービスの大部分が在宅プログラムで提供されることを特定しました。 | [ ] ホーム |
| チームは、3歳から5歳の子供に対しIEPサービスの大部分が医療専門家のオフィスにて実施されるプログラムで提供されることを特定しました。 | [ ] サービス提供者の場所 |
| チームは、一部またはすべてのIEPサービスが、子供が既に参加している包括的な幼児教育プログラムで提供されていることを特定しました。 | [ ] 包括的な幼児教育プログラムのIEPサービス |
| チームは一部または全てのIEPサービスを受けるために包括的な幼児教育プログラムに子供は参加する必要があると特定しました。 | [ ] 包括的な幼児教育プログラム |
| チームは障害を持つ幼児のみに提供するプログラムにおいて、子供はIEPサービスを受ける必要があると特定しました。 | [ ] 分離された独自のプログラム[ ] 公立または私立のデイプログラム |
| チームは障害を持つ子供だけに提供する全寮制の学校にて、子供は特別教育プログラムに参加する必要があると特定しました。 | [ ] 全寮制の学校 |

|  |
| --- |
| [**保護者の選択／回答**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) |
| **可能な限り早く学校地区にお知らせすることが重要です。少なくとも1つのチェック欄にチェックを入れ、署名した書類を学校地区に返送し、IEPへの回答も同様にお知らせください。** |
| [ ] 私はその配置に**同意します**。 |
| [ ] 私はその配置を**拒否します**。 |
| [ ] 私**は**拒否した配置**について会って話し合いたいと思います。** |
| **X** |  |
| **親、保護者、教育に関する法定代理人、または18歳以上の学生\*の署名**\**生徒が18歳以上の場合で、法定代理人がいない場合に限り、生徒の署名が必要となります。* | **日付** |

|  |
| --- |
| **LEAによって完了する必要がある：**サービス提供の具体的な場所および日程：           |

|  |
| --- |
| [**その他の機関**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– 必要な配置**[注：](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c)必要な配置は教育的な配置ではなく、チームによって決定されておりません。必要な配置でのサービス提供は制限される／異なることがあります。 |
| [ ] その配置は州の機関によって、教育以外の理由で別の環境に設定されました。 | [ ] 児童家庭課 |
| 医師が生徒は自宅でサービスを受ける必要があると判断しました。 | [ ] 在宅プログラム  |
| 医師が生徒は病院でサービスを受ける必要があると判断しました。 | [ ] 病院内プログラム |
| *その他の機関への配置 – サービス提供の場所と日程（記入必須）*：           |