**Форма согласия на зачисление в учебное заведение:** возраст 3-5 лет

**ИОП датируется с**      **по**

|  |  |
| --- | --- |
| **Информация об ученике** | |
| Имя ученика: | Дата рождения ученика: |
| Ученический билет №: | Класс обучения: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Команда рекомендовала учебные заведения специального образования** | |
| Команда определила, что большинство услуг ИОП будут предоставляться в рамках программы на дому для ребенка в возрасте от 3 до 5 лет. | На дому |
| Команда определила, что большинство услуг ИОП для ребенка в возрасте от 3 до 5 лет будут предоставляться в кабинете врача. | Местоположение поставщика услуг |
| Команда определила, что некоторые или все услуги ИОП будут предоставляться в рамках инклюзивной программы для детей раннего возраста, которую ребенок уже посещает. | Услуги ИОП в рамках инклюзивной программы для детей раннего возраста |
| Команда определила, что ребенок должен посещать инклюзивную программу для детей раннего возраста, чтобы получать некоторые или все услуги ИОП. | Инклюзивная программа для детей раннего возраста |
| Команда определила, что ребенок должен получать услуги ИОП в рамках программы, обслуживающей только маленьких детей с ограниченными возможностями. | Программа почти полностью раздельного обучения  Государственная или частная программа дневного обучения |
| Команда определила, что ребенок должен посещать программу специального образования в школе-интернате, которая обслуживает только детей с ограниченными возможностями. | Школа-интернат |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Варианты/ответы**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) **родителей** | |
| **Важно, чтобы округ узнал о вашем решении как можно скорее. Укажите свой ответ, поставив галочку хотя бы в одном (1) поле и вернув подписанную копию в округ вместе с вашим ответом в команду ИОП.** | |
| Я **даю согласие** на учебное заведение. | |
| Я **отказываюсь** от учебного заведения. | |
| Я **прошу о совещании, чтобы обсудить** отказ от учебного заведения | |
| **X** | |  |
| **Подпись родителя (родителей), опекуна, лица, замещающего родителя в сфере образования, или ученика старше 18 лет\***  \* *подпись ученика требуется по достижении им 18 лет, если только у него нет опекуна, назначенного судом* | | **Дата** |

|  |
| --- |
| **Должен заполнять LEA:** Конкретное место (места) предоставления услуг и даты: |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Другие органы власти**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– требуемые учебные заведения**  [Примечание:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Требуемые учебные заведения не являются образовательными и не определяются командой. Предоставление услуг в требуемых учебных заведения может быть ограничено/отличаться. | |
| Государственный орган перевел ребенка в другое учреждение по причинам, не связанным с образованием. | Департамент по делам детей и семьи |
| Врач определил, что ученик должен получать услуги в домашней среде. | Программа обучения на дому |
| Врач определил, что ученик должен получать услуги в условиях больницы. | Программа обучения в больнице |
| *Другое государственное учебное заведение – Местоположение для предоставления услуг и даты (необходимо заполнить)*: | |