**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)*:           |