# Formulário de Avaliação Estendida

**Data da Avaliação: de**       **até**

|  |
| --- |
| **Informações do Aluno** |
| Nome do Aluno:       | Data de Nasc. do Aluno:       |
| ID# do Aluno:       | Série:       |

**A equipe considerou o aluno elegível para educação especial, mas recomendou uma avaliação mais aprofundada antes de desenvolver um IEP completo. A Equipe desenvolveu um IEP parcial a ser implementado durante o período de Avaliação Estendida.**

|  |
| --- |
| **Descrição da Avaliação Estendida** |
| **(1)** Quais são as descobertas atuais? |       |
| **(2)** Quais informações adicionais são necessárias para avaliação deste aluno? Identifique as avaliações específicas a serem realizadas. |       |
| **(3)** Qual o local onde será realizada a avaliação estendida? Inclua o nome da escola pública/colaborativa ou do programa de educação especial aprovado, endereço e a pessoa de contato com número de telefone. |       |
| **(4)** Qual período de tempo *(mais de uma semana, mas não superior a oito semanas letivas)* é necessário para concluir a(s) avaliação(ões) necessária(s)? |       |
| **(5)** A Equipe deverá reunir-se periodicamente durante o período de avaliação estendida? Em caso afirmativo, especifique as datas, horários e locais das reuniões. |       |
| **(6)** Em que data a Equipe se reunirá novamente para desenvolver um IEP completo antes do final do período de avaliação? Especifique a data, horário e local da reunião. |       |

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

|  |
| --- |
| Registre outras informações não declaradas anteriormente. |
|       |

**SEÇÃO DE RESPOSTAS**

|  |
| --- |
| **Garantia Escolar:** Eu certifico que as avaliações neste Formulário de Avaliação Estendida são aquelas recomendadas pela Equipe e que as avaliações indicadas serão realizadas. |
| Nome e Cargo do LEA Representante:  |       | Assinatura: |       | Data: |       |
| **Resposta dos pais ou aluno que atingiu a maioridade com direito a tomar decisões:**É importante comunicar a sua decisão ao distrito o mais rapidamente possível. Por favor, indique sua resposta marcando a caixa apropriada abaixo e devolvendo uma cópia assinada ao distrito. |

|  |
| --- |
|[ ]  **Eu aceito a Avaliação Estendida recomendada.** |
|[ ]  **Eu rejeito as seguintes partes da Avaliação Estendida com o entendimento de que qualquer parte(s) que eu não rejeite serão consideradas aceitas e implementadas imediatamente. As porções rejeitadas são as seguintes:**       |
|[ ]  **Eu rejeito a Avaliação Estendida recomendada.** |
|  | **Comentário(s) dos pais:** Eu gostaria de fazer o(s) seguinte(s) comentário(s), mas percebo que qualquer comentário feito que sugira alterações na Avaliação Estendida proposta não será implementado a menos que o formulário de Avaliação Estendida seja alterado:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **X** |  |
| **Assinatura dos pais, responsável, pai substituto educacional ou aluno com 18 anos ou mais \***\* *a assinatura do aluno é necessária quando o aluno atinge 18 anos, a menos que haja um tutor nomeado pelo tribunal* | **Data** |

 **Solicitação de reunião**

|  |
| --- |
|[ ]  **Eu solicito uma reunião** para discutir a Avaliação Estendida rejeitada ou parte(s) rejeitada(s). |