|  |  |
| --- | --- |
| DESE logo | マサチューセッツ州DESE個別教育プログラム (IEP) **このフォームはオンラインで記入することを意図していませんが、印刷して記入することができます。**  **学生の名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学生: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **IEPの日程:開始\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_宛先\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

## 生徒及び保護者にとって重要な点

(特別教育に関する決定権において、「保護者」とは、父親、母親、親権者、未成年後見人、里親、または連邦法に従って任命された教育的代理人を指します。)

|  |
| --- |
| こちらのIEPで実施してみたいことはなんですか？ |
|  |

## 生徒及びチームのビジョン

|  |  |
| --- | --- |
| ***生徒のビジョン (3〜13歳)*** | |
| 今年度学びたいこと： |  |
| 卒業するまでに (次1つを選び丸で囲む：小学校または中学校) したいこと： |  |
| ***生徒のビジョン／高等教育の目標 (14～22歳は必須項目、該当する場合、早めに記入して良い)*** | |
| 高等学校にいる間、したいこと： |  |
| 高等学校を卒業後、私の教育や研修計画について： |  |
| 高等学校を卒業後、私の就業計画について： |  |
| 高等学校卒業後、私個人の生活プランについて： |  |
| ***追加のチームビジョンアイデア*** | |
| 今年度の生徒のビジョンについて： |  |
| 5年内の生徒のビジョンについて： |  |

## 生徒のプロファイル

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生徒には以下の障害または障害を有していることが確認されています。該当するものをすべて含めてください。 | | |
| 自閉症  コミュニケーション障害  発達遅延 (3〜9歳)  情動障害 | 健康障害  知的障害  神経障害  身体障害 | 感覚障害  聴覚  視覚  盲ろう障害  特定の学習障害 |

**英語学習者**

生徒は英語学習者として認定されていますか？

はい いいえ

はいの場合、生徒の英語学習者の教育プログラム、第二言語としての英語サービス、英語能力のベンチマークにおける進捗状況を記載してください：

|  |
| --- |
|  |

言語に関するニーズを特定し、それらが生徒のIEPとどのように関連しているかを考えてください：

|  |
| --- |
|  |

**補助技術**

生徒は補助技術装置やサービスを必要としていますか？

はい いいえ

はいの場合、こちらのニーズはIEPの以下のセクションにおいて処理されます：

|  |  |
| --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |

## 現在の学業の成績と機能的パフォーマンスのレベル：学業

**以下の関連分野において、生徒の現在の学業の成績および機能的パフォーマンスのレベルを記載してください。**

以下の教育分野を考慮し、その生徒に該当する項目のみを記入してください。初期または直近の評価、教室でのパフォーマンス、保護者、生徒、先生からの観察、MCASを含むカリキュラムに基づく標準的評価などの情報源から関連する情報やデータを含む。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在の学業パフォーマンスについて簡潔に記述してください。 該当するものすべてを選択してください：  イングリッシュランゲージアーツ (ELA)  歴史及び社会科  数学  科学、技術、工学 | 強み、興味分野、好み | 一般教育カリキュラムや適切な就学前活動への参加と発達における生徒の障害が与える影響 |
|  |  |  |

*自閉症に特化した質問：*生徒には社会的及び情動的発達を含む一般カリキュラムの進捗に影響を与える障害に起因するニーズがありますか (組織的サポート、一般的スキル、複数の環境でのスキル練習など)。

はい いいえ

はいの場合、こちらのニーズはIEPの以下のセクションにおいて処理されます：

|  |  |
| --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |

## 現在の学業の成績と機能的パフォーマンスのレベル：行動的／社会的／感情的

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在の行動的／社会的／感情的なパフォーマンスを簡潔に記述してください。教育の遅延に対処するためにポジティブな行動的介入及びサポート、その他戦略の使用を考慮してください。 | 強み、興味分野、好み | 一般教育カリキュラムや適切な就学前活動への参加と発達における生徒の障害が与える影響 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **いじめ**  いじめ、嫌がらせ、からかわれることを防ぐために生徒が必要とする障害に関連する技能や技量を説明してください。このセクションでは、社会性に関する発達に影響を与える障害を持つ生徒、いじめ、嫌がらせ、からかわれやすい生徒、自閉症の生徒のために記入してください。 | これらのニーズがある場合、IEPでの対処方法を明記してください。 |
|  |  |

*自閉症に特化した質問：*生徒は自閉症スペクトラム症に起因する行動的な困難に対処するために積極的行動の介入、戦略、補助　を必要ですか？

はい いいえ

*自閉症に特化した質問：*生徒には社会的コミュニケーションの技能や技量を高める必要がありますか？

はい いいえ

*自閉症に特化した質問：*生徒には環境の変化や日常生活に関するニーズがありますか？

はい いいえ

*自閉症に特化した質問：*生徒には繰り返しある活動や動きに関連するニーズがありますか？

はい いいえ

*自閉症に特化した質問：*生徒には感覚的体験に対する異常な反応に起因するニーズがありますか？

はい いいえ

上記のいずれかに、はいと回答した場合、これらのニーズはIEPの以下のセクションで処理されます：

|  |  |
| --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |

## 現在の学業の成績と機能的パフォーマンスのレベル：コミュニケーション

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在のコミュニケーションパフォーマンスについて簡潔に記述してください。 | 強み、興味分野、好み | 一般教育カリキュラムや適切な就学前活動への参加と発達における生徒の障害が与える影響 |
|  |  |  |

生徒は補助代替コミュニケーション (AAC) の使用を必要ですか？話せない生徒や話すことに不自由な生徒についてAACの必要性を考慮してください。

はい いいえ

はいの場合、チームが生徒のニーズに対処する方法を説明してください (AAC機器／システムの入手、設計、カスタマイズ、維持、修理、および／または交換を含む)。

生徒は学校でAAC機器／システムを必要としている。

生徒はAAC機器／システムを自宅や学校以外で自由に適切な公的教育を受けるために必要としている。

生徒は研修及び／または技術的サポートをAAC機器／システムを使用するために必要としている。

生徒の家族はAAC機器／システムに関する研修及び／または技術的サポートを必要としている。

教育関係者、他の専門家、雇用主、または生徒と共に働く方々は、AAC機器／システムに関する研修及び／または技術サポートを必要としている。

こちらのニーズはIEPの以下のセクションにおいて処理されます：

|  |  |
| --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |

*自閉症に特化した質問：*生徒は言語的および非言語的なコミュニケーションの分野においてニーズがありますか (補助技術／AAC評価で特定されたものを含むが、これに限定されません)？

はい いいえ

はいの場合、こちらのニーズはIEPの以下のセクションにおいて処理されます：

|  |  |
| --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |

## 現在の学業の成績と機能的パフォーマンスのレベル：追加分野

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **該当する場合、追加分野**  **(日常生活における活動、健康、聴覚、動作、感覚、視覚など)**  現在のパフォーマンスや該当する内容を簡潔に説明してください。  保護者の方は健康に関する情報の提供は任意でご記入ください。 | 強み、興味分野、好み | 一般教育カリキュラムや適切な就学前活動への参加と発達における生徒の障害が与える影響 |
|  |  |  |

*盲ろう障害または難聴者*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 生徒は盲ろう障害または難聴者であり、言語およびコミュニケーションにおけるニーズは、IEPの以下のセクションで処理されます：   |  |  | | --- | --- | | 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 | |

*盲目または視覚障害者*(皮質性視覚障害を含む)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 点字を必要とし、IEPの以下のセクションで処理されます：   |  |  | | --- | --- | | 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 | |
|  | スクリーンリーダーやその他の補助技術を必要とし、IEPの以下のセクションで処理されます：   |  |  | | --- | --- | | 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 | |
|  | オリエンテーションとモビリティサービスを必要とし、IEPの以下のセクションで処理されます：   |  |  | | --- | --- | | 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 | |

## 高等教育移行計画\*

14～22歳の学生を対象に毎年更新します。13歳の生徒で、このIEP期間中に14歳になる生徒の場合も記入します。点線は、このIEPのうち高等教育移行計画に特化したページを示しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **高等教育の移行**  現在のパフォーマンスについて簡潔に記述してください。 | 強み、興味分野、好み | 生徒の障害が一般教育カリキュラムおよび／または高等教育の移行における特定分野に与える影響 |
| 教育／研修 |  |  |
| 就業 |  |  |
| 該当する場合、コミュニティでの経験／学校卒業後の自立した生活 |  |  |

高等教育の移行の特定分野は、IEPの以下のセクションで処理されます：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備／調整  目標／目的 | サービスデリバリーグリッド  追加情報 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 卒業／プログラム修了予定日： |  |
| 取得予定の修了証書の種類 (卒業証書、終了証明書、その他の地域ごとに定義された修了証書)： |  |

*学習の計画課程*

上記にある種類の修了証書を受け取るには、どのような要件を満たす必要がありますか？生徒の学習の計画課程とは

|  |
| --- |
|  |

これらの要件を満たすことにおいて、生徒の現状はどうですか？

\* 点線はこのIEPにおいて、このページが高等教育移行計画専用であることを示しています。

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **代理** | **提供されるサポートの説明** | **代理人との連絡役となる学校職員の役割と連絡先** |
|  |  |  |
|  |  |  |

## コミュニティ及び省庁間のつながり

## 生徒への権利譲渡

生徒が18歳になったとき、意思決定権が保護者から生徒に譲渡されることを、生徒の18歳の誕生日の少なくとも1年前に生徒と保護者は通知される必要があります。生徒は17歳ですか、または、このIEPの期間中に17歳になる予定ですか？

はい いいえ

生徒に権利譲渡に関する通知と特別教育の権利に関する手続きにおける保護措置の写しをいつ提供しましたか？

|  |
| --- |
|  |

保護者に権利譲渡に関する通知と特別教育の権利に関する手続きにおける保護措置の写しをいつ提供しましたか？

|  |
| --- |
|  |

\* 点線はこのIEPにおいて、このページが高等教育移行計画専用であることを示しています。

## 生徒に対する意思決定における選択肢\*

18歳になる生徒対象、入力してください。生徒または裁判所が選任した法的保護者が選択した意思決定における選択肢を示してください：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生徒は自身で教育における決定権を持つことになります。 | |
|  | 生徒は、保護者や介護者、成人の方と意思決定権を共有することになります。 | |
|  | **生徒が意思決定権を共有する方の名前： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |
|  | 生徒は意思決定権を保護者、介護者、他の成人の方に委任している。 | |
|  | **生徒が意思決定権を委任している方の名前：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
|  | 裁判所は教育における決定権を持つ生徒の法的保護者を選任しています。 | |  |
|  | **裁判所が選任した法的保護者の方の名前：** | |  |
| 決定した日付： | |  |  |

**成人向け代理サービス機関への移行—688 リファーラル**

|  |  |
| --- | --- |
| その生徒は特別支援教育サービスを終了して2年以内ですか？ | はい  いいえ |
| はいの場合、チームはその生徒が688リファーラルの基準を満たすかどうか議論しましたか？ | はい  いいえ |
| こちらの生徒に対する688リファーラルは提出されていますか？ | はい (その場合、688リファーラルの提出日: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*  いいえ (その場合、688リファーラルの提出予定日: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*  チームはその生徒が688リファーラルの基準を満たさないということを決めました。 |
| はいの場合、リファーラルを作成した代理人を記入してください： |  |

\* 点線はこのIEPにおいて、このページが高等教育移行計画専用であることを示しています。

## 設備及び調整

**設備：** 学業の成績と機能的パフォーマンスの分野において成長するために生徒が必要とする設備をリストにあげてください。生徒にとって適切でない欄は空欄にしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **指導の提示**  情報提供の提示方法。 | **回答**  生徒が回答した方法。 | **タイミングおよび／またはスケジューリング**  指導のタイミングおよびスケジューリング。 | **状況および／または環境**  状況の特徴。 |
| 教室の設備 |  |  |  |  |
| 授業以外の状況 (給食、休憩時間など) |  |  |  |  |
| 課外活動 |  |  |  |  |
| コミュニティ／職場 |  |  |  |  |

**調整：**生徒が目標を達成し、成長を遂げ、障害のある、または障害のない生徒と一緒に活動に参加できるように、生徒のプログラムに調整が必要な場合はリストにあげてください。生徒にとって適切でない欄は空欄にしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **内容** | **指導** | **生徒の発言** |
| 教室の調整 |  |  |  |
| 授業以外の状況 (給食、休憩時間など) |  |  |  |
| 課外活動 |  |  |  |
| コミュニティ／職場 |  |  |  |

**州および／または全地区の評価／代替評価**

**IEP期間中に計画されている州または全地区の評価を特定してください。MCAS (評価 3–12), ACCESS (評価 K–12) などを考慮してください。**

|  |
| --- |
|  |

生徒は州および／または全地区の評価にどのように参加していますか？

すべてのコンテンツ分野において、日常的条件下で、設備サポートなしでオンデマンド評価に参加できます。

生徒は設備サポートを活用してオンデマンド評価に参加できます。

生徒が必要とする設備を記載してください：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **イングリッシュランゲージアーツ (ELA)** | **数学** | **科学** | **その他** |
|  |  |  |  |

生徒は州および／または全地区の代替評価に参加できます。

生徒が必要とする代替評価を以下の教科から選択してください。生徒が代替評価が必要な理由、その生徒にとって選択した代替評価が適切である理由を説明してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **イングリッシュランゲージアーツ (ELA)** | **数学** | **科学** | **ELL向けオルタネートアクセス** |
| 説明： | 説明： | 説明： | 説明： |

## 測定可能な年間目標

今年度のこの生徒の授業および機能的目標を示してください。目標は測定可能である必要があり、幼児期の成果 (3～5歳) またはマサチューセッツ州のカリキュラムフレームワーク (高学年生) を含み、成長が計測できるように障害を持つ生徒のニーズを満たす必要があります。目標は障害に起因する生徒の他の教育におけるニーズをそれぞれ満たす必要があります。必要に応じて追加の目標も含めてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目標番号：** | **目標分野：** | | | | |
| **最低基準 (生徒は現在何ができていますか？)：** | | | | | |
| **年間目標／目的**  このIEPのタイムフレームが終わるまでに、生徒はどのような技能を修得することが期待されていますか？ | | **基準評価**  目標が達成できたかどうかを評価するために使用する測定方法はなんですか？ | **方法**  成長はどのように計測されますか？ | **スケジュール**  過程はどのくらいの頻度で計測されますか？ | **責任者**  どなたが経過観察をされますか？ |
|  | |  |  |  |  |
| **短期目標および／またはベンチマーク (最低基準と測定可能な年間目標間の中間ステップ)** | | | | | |
|  | | | | | |

## 進捗報告のスケジュール

保護者にはいつ、どのように年間目標に沿った生徒の進捗状況を定期的に情報を提供されるのか説明してください：

|  |
| --- |
|  |

## 一般教育に参加する：

生徒の教育に関するニーズを、補助サポートやサービスの使用の有無にかかわらず、一般教育において満たすことはありますか？

はい いいえ

いいえの場合、一般教育に参加することのない生徒の場合説明を提示してください。生徒が一般教育のクラスや活動が不可能であると判断される前に考慮された具体的な補助サポートやサービスの説明を含めてください。

|  |
| --- |
|  |

## サービスの提供

実施可能な範囲で特別に設計された指導、関連サービス、査読済みの研究に基づくサポートを含めてください (該当する場合、積極的行動的なサポート、学校関係者および／または保護者のサポート／研修を含む)。他の選択肢を考慮する前に一般教育のサービスにおけるサービスを提供することを考慮してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目標番号** | **サービスの種類** | **提供元**  役職リスト | **場所** | **頻度／期間**  \_\_\_日毎 \_\_ × \_\_ 分 \_\_\_ | **開始日** | **終了日** |
| **A. 相談 (学校関係者、保護者に対する間接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. 一般教育の授業における特別教育および関連サービス (直接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. 他の環境における特別教育および関連サービス (直接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 交通サービス

交通機関は障害のない生徒と同じ様に提供されます。(生徒が特別教育の対象でない場合に通うはずであった学校**以外の**学校に設置されたプログラムに参加する場合、交通費が支給されます。)

生徒は関連サービスとして交通サポートおよび／またはサービスを必要としています。

生徒は以下のサポート、付き添い、調整、および／または具体的な設備や細心の注意を備えた**通常**の交通機関で送迎されます：

|  |
| --- |
| 通学中のサポートを必要とする障害に関連したニーズ (発作、乗り物酔いのしやすさ、コミュニケーションの困難など) を具体的に示してください： |

生徒は以下のサポート、付き添い、調整、および／または具体的な設備や細心の注意を備えた**特別**な交通機関で送迎されます：

|  |
| --- |
| 通学中のサポートを必要とする障害に関連したニーズ (発作、乗り物酔いのしやすさ、コミュニケーションの困難など) を具体的に示してください： |

## スケジュール調整

生徒が自由に適切な公教育を受けられるように、1日または1年の長さを考慮し、学校プログラムに別の期間が必要ですか？

はい いいえ

はいの場合、別のスケジュールを必要とする生徒の障害に関連したニーズとは何ですか？

|  |
| --- |
|  |

はいの場合、生徒の教育プログラムに対するスケジュールの変更について説明してください。

|  |
| --- |
|  |

生徒が延長学年サービスを必要とする場合は、延長学年度中に受けるサービス(該当する場合は、学校職員および/または保護者向けの前向きな行動サポートおよびサポート/トレーニングを含む)を以下のサービス提供グリッドに含めてください。

## 延長された学校年度サービスにおけるサービス提供

夏休み期間中の大幅な遅れを避け、効果的な成長のために生徒が必要とする特別に設計された指導、関連サービス、サポートを説明してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目標番号** | **サービスの種類** | **提供元**  役職リスト | **場所** | **頻度／期間**  \_\_\_日毎 \_\_ × \_\_ 分 \_\_\_ | **開始日** | **終了日** |
| **A. 相談 (学校関係者、保護者に対する間接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. 一般教育の授業における特別教育および関連サービス (直接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. 他の環境における特別教育および関連サービス (直接的サービス)** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**拡張された学校年度の交通サービス**

交通機関は障害のない生徒と同じ様に提供されます。(生徒が特別教育の対象でない場合に通うはずであった学校**以外**の学校に設置されたプログラムに参加する場合、交通費が支給されます。)

生徒は関連サービスとして交通サポートおよび／またはサービスを必要としています。

生徒は以下のサポート、付き添い、調整、および／または具体的な設備や細心の注意を備えた**通常**の交通機関で送迎されます：

|  |
| --- |
| 通学中のサポートを必要とする障害に関連したニーズ (発作、乗り物酔いのしやすさ、コミュニケーションの困難など) を具体的に示してください： |

生徒は以下のサポート、付き添い、調整、および／または具体的な設備や細心の注意を備えた**特別**な交通機関で送迎されます：

|  |
| --- |
| 通学中のサポートを必要とする障害に関連したニーズ (発作、乗り物酔いのしやすさ、コミュニケーションの困難など) を具体的に示してください： |

## 追加情報

|  |
| --- |
| 事前に記載されていない、他のIEP情報を記録します (重要な内容だが、IEPの目標やサービスを通じて処理されていない生徒に関する情報)。 |
|  |

## 回答の分野

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校保証：** 私はこのIEPの目標がチームによって推奨されたものであり、示された特別教育サービスが提供されることを証明します。 | | | | | | | |
| LEAの代表者の名前と役割： | |  | 署名： |  | 日付： |  | |
| **保護者または意思決定権を持つ成年に達した生徒からの回答：**  できる限り迅速に自身の意思決定を地域に伝えることが重要です。以下の該当する欄にチェックを入れ、署名済みの書類を地域に返送することで回答を示してください。 | | | | | | | |
|  | **改善のためにこのIEPを承認します。** | | | | | | |
|  | **私はIEPの以下の部分を拒否し、その拒否しない部分は受諾したとみなされ、直ちに実施されることを理解します。以下の部分を拒否致します：**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | **改善のためにこのIEPを承認しません。** | | | | | | |
|  | **保護者のご意見：私は以下の意見を述べさせて頂きますが、提案されたIEPに対する変更を示唆する意見はIEPが調整されない限り実施されないことを認識しています。**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| 保護者、法的保護者、教育代理人、または18歳以上の生徒の署名\*\* | | | | | | | 日付： |
|  | | | | | | |  |
| \*\* *生徒が18歳になると裁判所が任命した保護者がいない限り生徒の署名が必要となります。* | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **面談申請** | |
|  | 私はIEPの拒否または却下した部分について協議するために面談を申請致します。 |