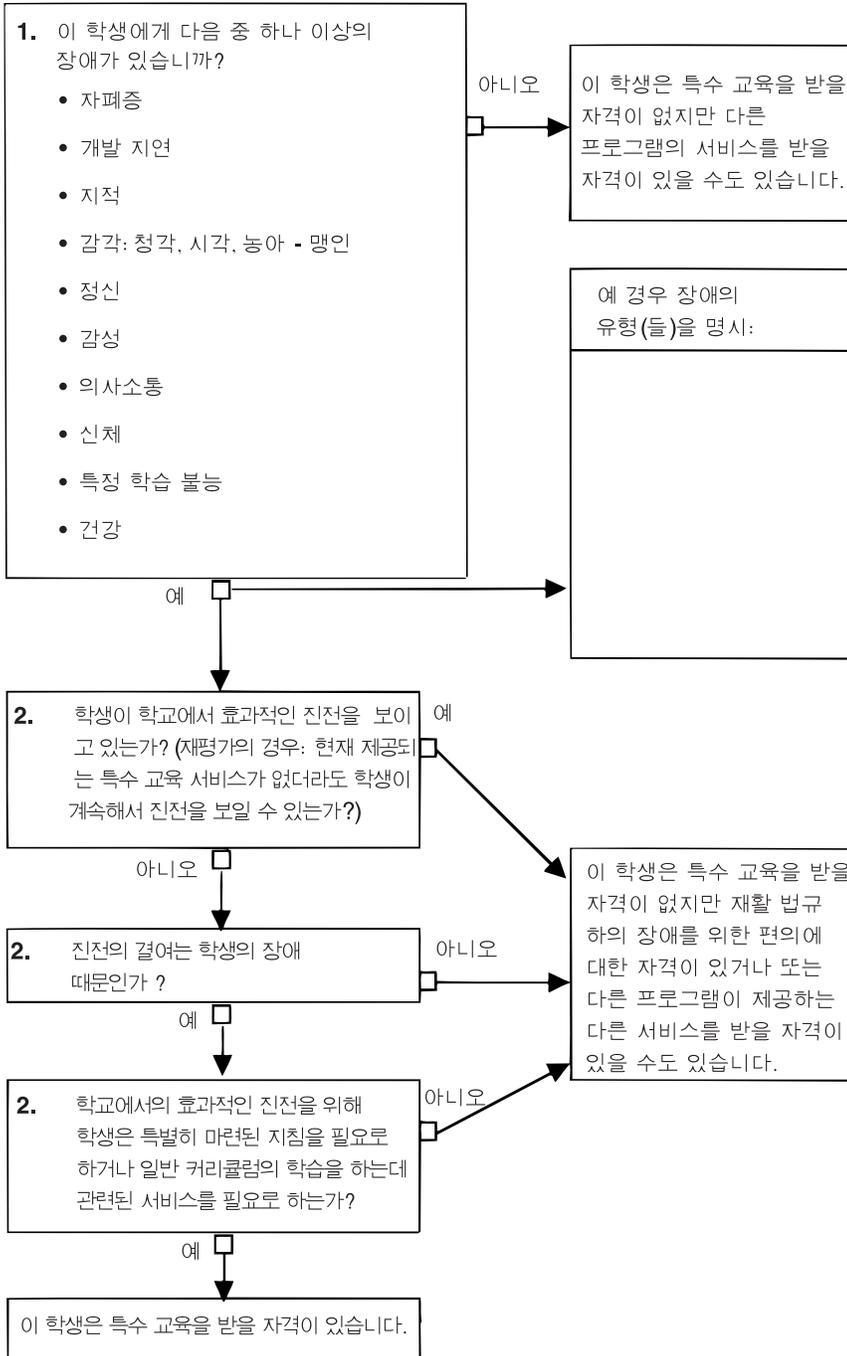


교육구 이름:
 교육구 주소:
 교육구 담당자 / 전화 #:

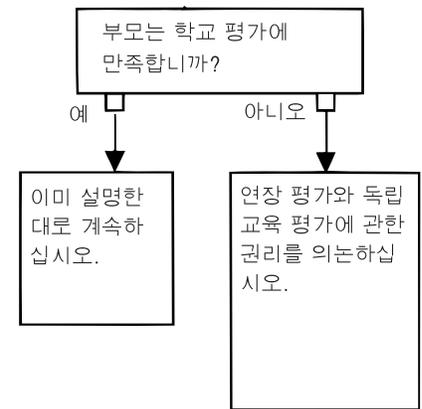
특수 교육 수혜자격 / 초기 및 재평가 결정

학생 성명: _____ 생년월일: _____ ID번호: _____ 날짜: _____

A. 자격이 결정될 때까지 흐름도를 따라서 계속하십시오.



B. 이 질문은 모든 학생이 답변해야 합니다.



주요 평가 결과 및/ 또는 다음 단계들