学区信笺抬头

|  |
| --- |
| **家长意见 – 第 504 条** |

|  |
| --- |
| **学生信息**  |
| 学生姓名：  | **日期：**  |
| **出生日期：** | **学区 ID：** | **年级：** |
| **就读学区：**  | **就读学校：**  |
| **504 案例管理人：** | **案例管理人联系方式：** |

|  |
| --- |
|  |
| **医疗信息：**  |
| 您的孩子目前是否定期服药？ |  是 否 如果回答为“是”，请列出以下内容： |
| 药物名称 | 服药目的 | 剂量 | 服药频次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **您的孩子是否患有任何疾病？***(包括精神健康疾病和以往的医疗或精神健康疾病）。* |  是 否 如果回答为“否”，请在下面列出：  |
|  |
|  |
| **家庭环境：学习习惯、行为、纪律、社交**  |
| 您的孩子能完成家庭作业吗？***(例如，只有在别人帮助下才能完成、容易沮丧、需要很长时间才能完成等）请在下面说明：*** |
| 您的孩子能独立阅读吗？ 是 否 |
| 您的孩子在家是否经常出现行为问题？请在下面做出解释：  |
| 对您的孩子使用什么纪律？  |
| 您的孩子与成年人和/或同龄人有什么样的社会交往？ |
| 您希望 504 小组考虑为您的孩子提供哪些便利，使其能够平等地享受教育福利？ |
|  |
| **504 小组应考虑的其他因素：** |
|  |
| 打印姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **请返回至：** |
| 姓名：  | 职务：  | 电话:  |
| 电子邮件: | 传真： |
| 学校/学区：  |