

三藩市聯合校區
有關轉介學生接受評測事*

轉介者
 學生成功組
 家長/監護人
 機關/醫院

學生學號 _____ 學生姓名 _____ 轉介日期 _____
姓, 名

性別 _____ 學校 _____ 年級 _____ 出生日期 _____ 族裔 _____

家長/監護人 _____ 電話號碼 _____ 家庭語言 _____

地址 _____ 學生母語 _____ 英語程度 _____

英語發展計劃/ 原國籍 在美國年數 曾重讀年級 任教老師
雙語服務

評測前, 各校需填妥以下表格。填妥之表格, 請放在學生就讀學校之學生成功組 (SST) 文件夾內 (說話及語言核檢表應一併附上)。

- SST 1.0 援助請求
 - 於1年內通過的視力測驗
 - 於1年內通過的聽覺測驗
- SST 2.0 會議擇要 (初次會議)
會議日期 _____
- SST 2.0A 跟進會議摘要
跟進會議日期 _____
- SST 2.1 教師意見表 – 中學
(只適用於中學生)
- SST 3.0 觀察學習環境
- SST 4.0 成長歷史及家人/家庭研究
- 課堂作業集
(作業樣本及以課程為根據的評測)
- 三藩市聯合校區語言調查
(只適用於學習英語學生)
- 說話及語言核檢表 (若轉介學生接受語言評測, 必須附上語言治療師簽名的核檢表)
學生成功組會議日期 _____

有什麼具體問題需關注?

本人, (請正楷簽名) _____ 已獲知此轉介, 並且收到一份“程序保障措施通知”(加州教育部特殊教育局殘障人教育法案B部)

_____ 日期: _____
(家長/監護人簽名)

請寄往 (不要傳真至):

Screening and Assessment Center
甄別及評測中心
地址: 1098 Harrison Street, 1/F
San Francisco, CA 94103
電話: 355-6904

寄出日期*: _____

寄出者簽名*: _____

寄出者職位: _____

***必須通知家長/監護人有關這轉介事**

正本存放學生成功組檔案/ 副本存放學生檔案/ 副本交看顧人