



ضمان التعلم مع حق كل طالب لتحقيق أقصى الإمكانيات

برنامج الطلبة ذوي القدرات العالية بمنطقة بولمان التعليمية
نموذج تصريح الوالدين

تعليمات: إذا تم الإقرار بأن طفلك مؤهل للاختبار للمشاركة في برنامج الطلبة ذوي القدرات العالية، الرجاء استكمال هذا النموذج وإعادته إلى مدرسة طفلك قبل موعد الاختبار.

معلومات الطالب	
اسم المدرس:	
	المدرسة:
المعلم المشرف:	

تصريح الوالدين	
<p>إذا كان طفلي مؤهلاً للاختبار، <input type="checkbox"/> نعم، أنا أعطي تصريحاً لطفلي للخضوع للاختبار.</p>	
<p>إذا تأهل طفلي لبرنامج الطلبة ذوي القدرات العالية، <input type="checkbox"/> نعم، أنا أعطي تصريحاً لطفلي للحصول على الخدمات المُقدمة للطلبة ذوي القدرات العالية. <input type="checkbox"/> لا، أنا لا أعطي تصريحاً لطفلي للحصول على الخدمات المُقدمة للطلبة ذوي القدرات العالية.</p>	
اسم (أسماء) الوالد/ولي الأمر:	
	الوالد
	التوقيع:
	العنوان البريدي (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي):
	رقم الهاتف:
	التاريخ:

إذا كانت لديك أي استفسارات حول استكمال هذا النموذج أو عملية الاختبار، يمكنك الاتصال بالأخصائي النفسي في مدرسة الطالب أو الاتصال بمكتب البرامج التعليمية لمنطقة بولمان التعليمية على 332-3144 (509).