



شهادة عدم قدرة التلميذ على الموافقة على القرارات
التعليمية المتخذة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي
الإعاقات (IDEA)

اسم التلميذ _____ تاريخ الميلاد _____ رقم الهوية _____ التاريخ _____

الرجاء الإدلاء بالمعلومات التالية:

1. اسم المقيّم المسؤول عن تقييم التلميذ بصورة شخصية: _____
2. الشهادة العلمية او الرخصة المهنية التي تؤهل المقيّم لإتخاذ هذا القرار:
(لمزيد من المعلومات وللإطلاع على المتطلبات، قم بمراجعة قانون انتقال الحقوق الى التلاميذ الذين يبلغون سن الرشد (-81-8VAC20-180))

أختر احدى الخيارات التالية:

- طبيب مساعد طبيب ممرضة ممارسة معتمدة
- طبيب نفسي مرخص اخصائي اجتماعي مرخص
- الوصي القانوني للتلميذ البالغ (Guardian Ad Litem) محامي معين من قبل المحكمة

3. هل قيم المقيّم، استناداً لواجباته المهنية، التلميذ بصورة شخصية؟ نعم كلا

4. يعاني التلميذ من المرض المعيق للفرد و/او الحالة (الحالات) التالية:

5. يعد التلميذ، حسب رأيي المهني واستناداً الى الحالة (الحالات) و/او المرض المعيق للفرد المشار إليهم أعلاه، وما لى ذلك من قيود اخرى **قادر** **غير قادر** على إعطاء موافقته بخصوص القرارات التعليمية المتخذة بموجب قانون تعليم الافراد ذوي الإعاقات (IDEA).

6. نظراً الى طبيعة الحالة (الحالات) و/او المرض المعيق للفرد الذي يعاني منه التلميذ وكما هو مدرج بهذه الوثيقة، فإنه من رأيي ان يتم إعادة النظر في قدرة التلميذ على إتخاذ القرارات بخصوص أموره التعليمية بتاريخ _____ وأن يتم مراجعة القرار كل _____ سنة. (Fill in the blank with a number not exceeding three years. Re-evaluation should occur annually unless the condition that makes the student incapable of providing informed consent is degenerative, irreversible, or perpetual given the present state of medical science, as (known by the evaluator).



شهادة عدم قدرة التلميذ على الموافقة على القرارات
التعليمية المتخذة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي
الإعاقات (IDEA)

اسم التلميذ _____ تاريخ الميلاد _____ رقم الهوية _____ التاريخ _____

انا مُطلع على إجراءات التعليم الخاص المتعلقة بالموافقة على اتخاذ القرارات التعليمية بموجب قانون تعليم الافراد ذوي الإعاقات (IDEA) . انا على دراية بهذه الاجراءات وقد أكملت استمارة التقييم هذه استناداً الى المبادئ التوجيهية الخاصة بها.

اسم المقيّم	وظيفة المقيّم	التاريخ		
عنوان المقيّم	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
توقيع الشاهد	اسم الشاهد	التاريخ		
عنوان الشاهد	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

المستندات المرجعية:

قانون انتقال الحقوق بالنسبة للتلاميذ الذين يعانون من إعاقات عند بلوغهم سن الرشد في ولاية فيرجينيا (نوفمبر 2015)

<https://www.doe.virginia.gov/programs-sevices/special-education/secondary-transition-services-for-students-with-disabilities>

قانون انتقال الحقوق الى التلاميذ الذين يبلغون سن الرشد (8VAC20-91-180)

<https://law.lis.virginia.gov/admincode/title8/agency20/chapter81/section180/>