평가 허가서

아동 이름: _____

부모 이름: _____

조기 개입 서비스에 대한 귀하의 관심에 근거하여 저희는 귀하의 자녀를 다음과 같이 평가할 수 있도록 허가서가 필요합니다;

_____ 첫 적격성 (시각과 청각의 검사를 포함한 첫 적격성을 결정하게 될 시험/절차)

_____ 지속되는 적격성 (연례 IFSP 미팅을 준비하기 위한 시험/절차)

_____ 그 외 _____ (자세히 기재 해주십시요)

귀하의 답변에 체크하시요:

_____ 제 자녀가 평가받는 것에 동의합니다.

_____ 제 자녀가 평가받는 것에 동의하지 않습니다.

_____ _____

부모 서명 날짜