

## إعادة تفويض ولي الأمر للخدمات المباشرة الخاصة بـ ESOL

عند التوقيع على هذا المستند، أفهم أن طفلي، \_\_\_\_\_، بالصف \_\_\_\_\_، قد تأهل لدعم اللغة من خلال برنامج تعليم الإنجليزية للناطقين بلغات أخرى ((English to Speakers of Other Languages (ESOL)) بمنطقة المدرسة. استند هذا القرار إلى تقييم مهاراته في اللغة الإنجليزية في مجالات القراءة والكتابة والاستماع والتحدث في اختبار تحديد المستوى لتقييم وتصميم تعليمي للفصل عالميًا لتقييم الفهم والتواصل في اللغة الإنجليزية من دولة إلى دولة بمرحلة رياض الأطفال (Kindergarten W-APT)، أو اختبار تقييم وتصميم تعليمي للفصل عالميًا بمرحلة رياض الأطفال (Kindergarten WIDA Screener)، أو اختبار تقييم وتصميم تعليمي للفصل عالميًا (WIDA Screener)، أو اختبار دراسي اللغة الإنجليزية (ACCESS for ELLs). تشير درجة طفلي إلى أنه سيستفيد من الدعم اللغوي الإضافي من أجل الوصول بشكل أفضل إلى المناهج الدراسية وأداء عمله المدرسي.

أفهم أنه من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنني أختار إعادة تفويض خدمات دعم برنامج ESOL المباشرة التي أوصت بها المدرسة لطفلي.

أدرك أن برنامج ESOL يقدم دون فرض رسوم على أولياء الأمور ولا يعزل الطفل عن بيئة الفصل الدراسي العادية. يعمل معلمو ESOL ومعلمي الفصل الدراسي بشكل تعاوني لتعزيز المناهج الدراسية على مستوى الصف الدراسي وتقديم دعم إضافي بحيث تطور لدى الطلاب مهارات قوية في اللغة الإنجليزية ويحققون نجاحًا أكبر في تعلم محتوى الصف الدراسي.

أفهم أن القوانين الفيدرالية تتطلب أن يتم تقييم طفلي سنويًا لأجل تحديد إذا كان مؤهلاً لمتابعة برنامج ESOL أم لا. هذا التقييم مطلوب من كافة الطلاب المؤهلين لضمان أن الطلاب يحرزون تقدمًا في اللغة الإنجليزية. أفهم أنني سألتقي إشعارًا سنويًا بدرجات طفلي في اختبار ACCESS for ELLs وحالة أهليته لبرنامج ESOL حتى يصل طفلي إلى إتقان اللغة الإنجليزية، على النحو المحدد في هذا التقييم.

أفهم أنني يمكنني بأي وقت اختيار التنازل عن خدمات برنامج ESOL المباشرة لطفلي.

|                        |         |
|------------------------|---------|
| توقيع ولي الأمر/الوصي  | التاريخ |
| توقيع معلم برنامج ESOL | التاريخ |
| توقيع المدير           | التاريخ |