Educational Service Unit #8
110 West 3rd Street ✷ PO Box 89 ✷ Neligh, NE 68756-0089
Phone: 402-887-5041 (ext. 1225) ✷ Fax: (866)737-5735

Providing Supplementary Services to the Schools in Counties
of Antelope, Boyd, Holt, Madison, Pierce, Stanton and Wheeler

Consent for Specialist Participation

_____(School or Teacher) requests parental permission for the following ESU #8 Specialist (ie. School Psychologist, Special Education Director, Special Education Coordinator, School Nurse, Early Childhood Teacher), _____, to be involved in the informal assessment and/or small group intervention of my child, _____, as needed, in order to gather pertinent information to assist in planning for the needs of my child. These informal assessment measures may be given to my child to help better understand his of her needs. I also understand that I may revoke my permission at any time during the course of the year, and I will submit my refusal to the building principal in writing.

** Note: This information is NOT for a Special Education or Section 504 evaluation. However, the informal assessment of intervention may contribute to the Student Assistance Team's (SAT) decision to refer for such services.

_____ I give permission, and I understand this consent is voluntary and may be revoked at any time.

_____ I do not give permission.

_____ _____

Parent/Guardian (Print) Parent/Guardian (Signature) & Date

_____ _____

Parent/Guardian Information (email/phone) Specialist Email

Servicio Educativo Unitario N.º 8 Comentario inicio <imagen> Comentario final

110 West 3rd Street ✳ PO Box 89 ✳ Neligh, NE 68756-0089

Teléfono: 402-887-5041 (ext. 1225) ✳ Fax: (866)737-5735

Proporcionando Servicios Suplementarios a

Consentimiento para la Participación del Especialista

_____ (Escuela o Maestro) solicita el permiso parental para el siguiente Especialista de la Unidad #8 (por ejemplo, Psicólogo Escolar, Director de Educación Especial, Coordinador de Educación Especial, Enfermero Escolar, Maestro de Educación Infantil), _____, para participar en la evaluación informal y/o intervención en grupos pequeños de mi hijo/a, _____, según sea necesario, con el fin de recopilar información pertinente para ayudar en la planificación de las necesidades de mi hijo/a. Estas medidas de evaluación informal pueden aplicarse a mi hijo/a para comprender mejor sus necesidades. También entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento durante el transcurso del año, y presentaré mi negativa por escrito al director del edificio.

** Nota: Esta información NO es para una evaluación de Educación Especial o de la Sección 504. Sin embargo, la evaluación informal o intervención puede contribuir a la

decisión del Equipo de Asistencia Estudiantil (SAT) de remitir para tales servicios.

_____ Doy mi permiso, y entiendo que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

_____ No doy mi permiso.

_____

_____ Padre/Tutor Legal (Impreso) Padre/Tutor Legal (Firma) y Fecha

_____ _____

Información del Padre/Tutor Legal (correo electrónico/teléfono) Correo Electrónico del Especialista