

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Autorização para Avaliação da Seção 504**Gabinete de Bem-Estar e Serviços ao Aluno  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20852**PARTE I. DADOS DO ALUNO**

Nome do(a) Aluno(a) \_\_\_\_\_

No. de ID do(a) Aluno(a) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Telefone Diurno \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**PARTE II. TIPO DE AVALIAÇÃO A SER AUTORIZADA**

Marque cada categoria com "Sim" ou "Não"

Sim Não

- |                          |                          |                                                           |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avaliação Psicológica                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avaliação Comportamental Funcional (sigla em inglês, FBA) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Auditiva                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outra ( <i>especifique</i> ) _____                        |

**PARTE III. AUTORIZAÇÃO**

Os critérios de elegibilidade, conforme a *Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973*, exigem que o aluno tenha uma deficiência física ou mental que limite substancialmente uma atividade importante da vida. Para que as Escolas Públicas do Condado de Montgomery (MCPS) avaliem a elegibilidade do(a) aluno(a), conforme a *Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973*, dou permissão aos funcionários de MCPS para realizarem as atividades de avaliação. Dou permissão ao/à enfermeiro(a) de saúde da comunidade escolar ou ao/à técnico(a) da sala de saúde escolar para entrar em contato com qualquer pessoal médico e compartilhar tais informações com os funcionários designados (quando necessário). Entendo que, ao realizar atividades de avaliação, os funcionários designados revisarão os registros do(a) aluno(a); poderão observar o(a) aluno(a); podem entrevistar o(a) aluno(a), o(a) professor(a) do(a) aluno(a) ou eu mesmo(a); e/ou podem realizar atividades adicionais de avaliação funcional ou normativa, conforme necessário. Entendo, ainda, que os resultados das avaliações serão incluídos em um arquivo confidencial do(a) aluno(a) que os funcionários de MCPS poderão acessar conforme a necessidade e que posso autorizar a divulgação das informações para outra agência ou profissional.

Assinatura, Pai/Responsável (ou Aluno Apto) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorização obtida por: Nome \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_