KỲ THI TRĂC NGHIỆM GIÁO DỤC MAINE (MEA)



 **MẪU KÝ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH**

**Tên học sinh:**

**Tên trường:**

**Bài thi trắc nghiệm:**

**Lý do:**

**Ngày:**

* **NHỮNG TRƯỜNG HỢP CẦN DUYỆT XÉT ĐẶC BIỆT**

 TÌNH TRẠNG KHẨN CẤP VỀ SỨC KHỎE

* Một tình trạng khẩn cấp nghiêm trọng liên quan đến sức khỏe khiến cho học sinh không thể tham gia bất kỳ hoạt động học tập và/hoặc kỳ thị trắc nghiệm toàn tiểu bang nào. Trong đó bao gồm nằm bệnh viện dài hạn mà không thể học tập, gặp chấn thương nghiêm trọng, gặp khủng hoảng sức khỏe tâm thần (học sinh có nguy cơ gây tổn hại cho bản thân hoặc những người khác), hoặc được đưa vào cơ sở chăm sóc người mắc bệnh nan y hay cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần.
* Tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cũng có thể bao gồm các học sinh có sức khỏe yếu và không thể tham gia bất kỳ hoạt động học tập và/hoặc kỳ thẩm định toàn tiểu bang nào do một chứng bệnh làm suy nhược sức khỏe.

 COVID/CÁCH LY

* COVID/Cách ly bao gồm học sinh có kết quả xét nghiệm COVID dương tính, không thể thi trắc nghiệm toàn tiểu bang thể theo Tài liệu hướng dẫn về COVID-19 của Bộ Giáo dục Tiểu bang Maine hoặc chọn được giảng dạy từ xa theo ngay trong lúc kỳ thi trắc nghiệm tiểu bang được tổ chức.

**CHỮ KÝ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH**

Tôi đã tham vấn với học khu và đồng ý với yêu cầu xin miễn cho con em tôi tham gia kỳ thi trắc nghiệm toàn tiểu bang. Tôi hiểu rằng điều này có nghĩa là tôi sẽ không có dữ liệu kết quả trắc nghiệm cấp tiểu bang cho con em tôi cho năm học được thẩm định đánh giá.

*Khi ký giấy này,*

Tôi **có**  Tôi **không**  (đánh dấu một lựa chọn) cho phép học khu xin miễn cho con tôi tham gia kỳ thi trắc nghiệm toàn tiểu bang vì lý do sức khỏe hay các lý do đặc biệt khác.

Tôi **có**  Tôi **không**  (đánh dấu một lựa chọn) cho phép học khu thảo luận về yêu cầu xin miễn nếu cần thiết, với ủy viên Ủy ban duyệt xét trường hợp ngoại lệ đặc biệt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Tên của Phụ huynh (Vui lòng viết bằng chữ in)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Chữ ký của Phụ huynh* Ngày