عزيزي *[اسم ولي الأمر/الوصي]،*

لقد لاحظت أن *[اسم الطفل]* يواجه بعض التحديات في المدرسة فيما يتعلق بتعلم *[القراءة أو القيام بواجبات الرياضيات أو أي شيء آخر لاحظ المعلم أنه يمثل تحديًا للطفل]*. لقد لاحظت العلامات التالية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. في ضوء هذه المؤشرات، أود إجراء فحص لتقييم طفلك بحثًا عن العلامات المحتملة لعسر القراءة. سيزودنا هذا الفحص بمعلومات قيمة حول أفضل السبل التي يمكننا من خلالها دعم تطوير القراءة لدى طفلك في الفصل الدراسي. أرجو الإذن منك لمواصلة إجراء هذا الفحص. *[أضف بعض التفاصيل حول الفحص، مثل الاسم وطول المدة وما إذا كان سيتطلب إخراج طفلك من الفصل الدراسي العادي أم لا].* وسوف تتلقى نسخة من نتائج الفحص لسجلاتك.

يُرجى اختيار المربع أدناه للإشارة إلى ما إذا كنت تسمح للمدرسة بإجراء هذا الفحص. أو يمكنك الاتصال بي حتى نتمكن من مناقشة هذا الأمر. تفضل بزيارة [go.osu.edu/DyslexiaGuide](https://go.osu.edu/dyslexiaguide) لمعرفة المزيد المعلومات حول عسر القراءة.

شكرًا لك،

اسم المعلم

رقم الهاتف

التاريخ

--------------------------------------------------------------------------------------------------

أنا، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، أمنح الإذن للمدرسة

 اسم ولي الأمر/الوصي

بفحص طفلي، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، بحثًا عن علامات عسر القراءة.

 اسم الطفل

€ نعم، يُرجى إجراء الفحص.

€ لا، لا تقم بإجراء الفحص.

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

توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ