आदरणीय*[आमाबाबु/अभिभावक नाम],*

मैले *[बच्चाको नाम]* लाई विद्यालयमा सिकाइमा केही चुनौतीहरू *[पढ्न, गणितको कार्य गर्न वा बच्चाको लागि चुनौती हुने शिक्षकले चाल पाएको अर्को कुरा]* भएको कुरा ध्यान देखेको छु। मैले निम्न सङ्केतहरू ध्यान देखेको छु: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_। यी चेतावनीका सङ्केतहरू आधारमा म तपाईंको बच्चामा डिस्लेक्सियाका लक्षणहरू परीक्षण गर्न चाहन्छु। यो परीक्षणले हामीलाई कक्षाकोठाभित्र पढाइमा तपाईंको बच्चालाई हामी कसरी मद्दत गर्न सक्छौँ भन्ने बारेमा थप बताउने छ। मलाई यो परीक्षण गर्न तपाईंको अनुमति चाहिन्छ। *[स्क्रिनिङबारे केही विवरण थप्नुहोस् जस्तै नाम र समय अवधि र तपाईंको बच्चालाई नियमित कक्षाकोठा बाहिर लग्नुपर्छ वा पर्दैन भन्ने आवश्यकताबारे]।* तपाईंलाई परीक्षणका नतिजाहरूको प्रतिलिपि दिइने छ।

कृपया तपाईंले यो परीक्षण पूरा गर्न विद्यालयलाई अनुमति दिनुभयो भने मलाई थाहा दिनका लागि तलको बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्। वा हामी यो परीक्षणका बारेमा सँगै मिलेर कुराकानी गर्न सकौँ भन्नका लागि तपाईं मलाई फोन गर्न सक्नुहुन्छ। डिस्लेक्सियाका बारेमा थप जान्नका लागि [go.osu.edu/DyslexiaGuide](https://go.osu.edu/dyslexiaguide) लिङ्कमा हेर्नुहोस्।

धन्यवाद,

शिक्षकको नाम

फोन नम्बर

मिति

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

म,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ले विद्यालयलाई डिस्लेक्सियाका लक्षणहरूका लागि

 आमाबुवा/अभिभावकको नाम

मेरो बच्चा, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, लाई परीक्षण गर्न अनुमति दिन्छु।

 बच्चाको नाम

 हो, कृपया परीक्षण गरियोस्।

□ होइन, परीक्षण नगरियोस्।

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

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर मिति