

今天日期 (月/日/年) :


儿童姓名:  生日:

性别:  女  男  非二元性别

种族/民族	请勾选适用项: <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋岛原住民		
西班牙/拉丁裔	勾选一项 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
学校或儿童类别	请勾选适用项: <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 特许学校 <input type="checkbox"/> 托儿所 <input type="checkbox"/> 超前项目 <input type="checkbox"/> DC 公立学校 <input type="checkbox"/> 尚未注册		
学校或托儿所类别			
家长/监护人姓名		与孩子的关系	
街道地址		家庭住宅电话	
城市/州/邮编		其他电话	
家长/监护人 主要语言		儿童主要语言	
家长/监护人电子邮件			
推介原因			
<b>推介信息 (如果您不是被推介儿童的家长, 请完成此部分)。</b>			
推介机构			
推介人姓名		推介人电话	
推介人电子邮件		机构电话	
<b>其他信息 (如果知晓额外信息, 请完成此部分)。</b>			
儿童医生姓名			
儿童医生电子邮件		儿童医生电话	
社会工作者姓名		<input type="checkbox"/> 儿童与家庭服务机构 (CFSA)	
社会工作者电子邮件		社会工作者电话	

**家长/监护人审阅 (勾选所有适用项):**

- 我已审阅此推介。我理解此推介将启动决定我的孩子是否符合特殊教育或同等服务资格的进程。我理解我可以随时终止此进程。  
 我同意 DCPS 与推介人分享我孩子筛选和评估的结果。

 此处签名 家长/监护人签名:	<input type="text"/> 日期:
---	-----------------------------

请将此表格发送传真至 [202.654.6079](tel:202.654.6079) 或者发送邮件至 [referral@earlystagesdc.org](mailto:referral@earlystagesdc.org)  
 要了解详细信息或推介儿童, 请致电 [202.698.8037](tel:202.698.8037) 或访问我们的网站 [www.earlystagesdc.org](http://www.earlystagesdc.org)。