

**외국어로서의 영어 교육 (ESOL) 프로그램
학급 배정 통지서**

날짜: _____		<input type="checkbox"/> 초기배정	<input type="checkbox"/> 지속 배정
성	이름	중간이름첫자	학생번호
학교		학년	

학부모님/법적 보호자 귀하.

귀하의 자녀가 _____ 학년도에 저희 ESOL 프로그램의 수업을 받을 자격이 있음을 통보해 드립니다. 귀하께서 작성하신 가정 언어 설문 (Home Language Survey), 선생님의 추천 및 메릴랜드 주 영어 실력 측정 결과를 바탕으로 학생들은 서비스가 필요한 것으로 분류됩니다.

전반적인 영어 능력 수준

하위 초보				상위 초보 (기초단계) 2	하위 중급 (발전단계) 3	상위 중급 (확장단계) 4	고급 (연결단계) 5
시작단계 A1	탐구단계 A2	참여단계 A3	진입단계 1				

귀하의 자녀의 ESOL 프로그램은 아래 항목에서 지정해 주는 수업 방식대로 진행됩니다:

- EL 이중 언어:** 학생들은 학생의 모국어로 이루어진 수업으로 모국어와 영어를 숙달합니다.
- 혼합된 이중 언어:** 영어와 파트너 언어에 동등한 초점이 주어지며 EL 및 비 EL 수업의 파트너 언어로 된 내용 교육이 포함됩니다.
- EL 특유 과도기적 학습:** 학생의 모국어는 영어 구술 취득을 지원하는 데 사용되지만 학생의 모국어 사용 능력은 EL 전용 수업의 프로그램 목표가 아닙니다.
- 모국어 지원과 혼합된 수업:** 학생의 모국어는 영어 구사 능력을 지원하는 데 사용되지만, 대부분의 수업은 EL 및 비 EL 수업에서 영어로 제공됩니다.
- EL 특유 영어 전용 수업:** 영어 실력과 내용이 EL 수업의 중심입니다.

프로그램 배정 선택사항 세부 내용 및 영어 학습자의 목표

모든 프로그램에는 학생 개개인의 영어 수준에 맞추어서 개발된 영어 능력 발전 및 교습 방식이 포함되어 있습니다. 이 교습 방식들은 학생 개개인이 영어의 듣기, 말하기, 읽기 및 쓰기 능력을 충분히 발전시키고 모든 주요 과목들에서 성공적인 학습을 할 수 있도록 도움을 주기 위해 사용됩니다. 영어 학습생들은 주류 수업에 합류하고, 학년 진급을 위해 필요한 학력 성과 기준을 충족시키며, 주류 학생들과 동일한 비율로 고등학교를 졸업할 것으로 기대됩니다.

특수 보조가 필요한 영어 학습생들

학생들의 ESOL 프로그램은 개인화된 교육 계획 (IEP, Individualized Education Plan)의 교육목표를 달성하는데 도움을 줍니다.

프로그램 졸업 기준

매년 실행되는 영어 능력 평가에서 주 기준을 충족시키고 해당 연령/학년에 적절한 학습 환경에서 성공을 거둘 수 있을 경우 영어 학습자들은 더이상 ESOL 서비스를 받을 자격에 해당되지 않게 됩니다.

부모의 권한

귀하는 언제든지 귀하 자녀의 ESOL 담당 선생님 및/혹은 학교측에 연락하여 ESOL 서비스를 거부할 권한이 있습니다. 이 과정은 매년 완료되어야 합니다.

자녀의 학급 배정에 관한 귀하의 결정 사항을 표시하여 주십시오:

- 예, 저는 제 아이가 _____ 학년도에 ESOL 프로그램에 참여하기를 원합니다.
저는 제 아이가 영어 능력 진척 정도를 측정하기 위해 매년 영어 능력 측정 시험을 다시 보게 된다는 것을 이해합니다.
- 아니오, 저는 제 아이가 _____ 학년도에 ESOL 프로그램에 참여하기를 원하지 않습니다.
저는 제 아이가 영어 능력 진척 정도를 측정하기 위해 매년 영어 능력 측정 시험을 다시 보게 된다는 것을 이해합니다. ESOL 서비스를 거부했을 경우에도 학습의 진전과 영어 달성을 측정할 수 있습니다. 우리 아이는 주 출국 기준이 충족 될 때까지 영어 학습자로 남아 있습니다.

귀하의 허가를 통해 귀하와 귀하의 자녀는 방과 후 과외 수업 및 여름철집중영어프로그램, 학부모 아웃리치 프로그램 및 학부모-교사 모임 중 통역관 제공 서비스 등 타이틀 III 에 의거한 추가 서비스를 받을 수 있습니다.

감사합니다.

이름	직함	전화번호
----	----	------

교육프로그램에 대한 추가 정보나 프로그램 선택에 도움이 필요한 경우 아래로 연락하십시오:

이름	직함	전화번호
----	----	------

위의 자녀의 ESOL 배치에 관한 귀하의 결정을 명시하고 아래에 귀하의 이름을 서명하여 확인하여 주십시오.

부모/법적 보호자서명	날짜
-------------	----

아래로 본 서류를 제출해 주시기 바랍니다.

이름	직함	날짜
----	----	----