

में युनिवर्सिटी ओफ आयोवा के शिक्षक-प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में नामांकित हूँ और वर्तमान में मैं आपके संतानके वर्ग में एक छात्र-शिक्षक के रूप में पढ़ता/पढ़ाती हूँ। युनिवर्सिटी ओफ आयोवा edTPA™ नाम के एक कार्यक्रम में भाग लेती हूँ, जो एक शिक्षक बनने की मेरी क्षमता की जांच करता है। इसके लिए मुझे अपने पाठ्यक्रम को पूरा करने के लिए एक मूल्यांकन करना होगा जिसे टीचर परफॉर्मन्स एसेसमेंट कहा जाता है। इस के लिए मुझे अपने शिक्षण-पद्धतियों को प्रदर्शित करे ऐसा एक वीडियो बनाना होगा और इसके साथ, छात्रों को क्लासमें सौंपे गये कार्यों के नमूने भेजने होंगे। यह संभावना है कि इस वीडियो के बनाते समय आपका संतान रिकॉर्डिंगमें आ जाए। जब मैं विद्यार्थियों द्वारा तैयार किए गए काम-एसेसमेंट का संकलन edTPA को भेजू तब उसमें आपके संतान द्वारा किये गये काम के नमूने भी हो सकते हैं। विशेष कहना है की यह संकलन और वीडियो आपके संतान के मूल्यांकन या निरीक्षण के लिये नहीं है; यह मेरी शिक्षण-क्षमता के परीक्षण के लिए है और शिक्षक का लाइसेंस प्राप्त करने के लिए अनिवार्य हैं।

मैं आपके संतानके जो भी एसेसमेंट भेजू उनमें कही भी आपके संतानका नाम निर्देश नहीं होगा और सभी माहिती को हमेशा निजी रखा जाएगा। इनमें से कुछ भी किसी भी तरह से घोषित या प्रदर्शित नहीं किया जाएगा। आपके संतान के कार्यों के संकलन का निरीक्षण मेरी युनिवर्सिटी ओफ आयोवा के पाठ्यक्रम की व्यवस्थापक समिति करेगी। ऐसी भी संभावना है कि edTPA द्वारा प्रस्तुत जानकारी का उपयोग किया जाए ताकि वे अपने प्रोग्राम का निरीक्षण और मूल्यांकन कर सके, जो संपूर्ण सलामती और गोपनीयता रख कर किया जाता हैं। इस परिक्षण से edTPA अपने पाठ्यक्रम में आवश्यकतानुसार श्रेणीकरण जैसे क्षेत्रो की तालीम में बदलाव लाते हैं जिससे भविष्य में प्रोग्राम की प्रबलता जारी रहे।

आपके संतान को वीडियो में शामिल करने के लिये और उनके द्वारा किये गये काम को मेरे मूल्यांकन में भेजने के लिये आपकी अनुमति मांगता हुआ यह आवेदन पत्रक हैं। अपना निर्णय निम्न अनुभाग में अंकित करें। उपरोक्त पाठ अपनी जानकारी के लिए रखें। अगर आपकी संतान की वर्ग में वीडियो के इस्तेमाल के बारे में या कक्षा में किये गये कार्यों के बारे में कोई सवाल हो तो मेरे मार्गदर्शक, _____, का संपर्क यहां करें धन्यवाद,

विद्यार्थी सह-भागिता के लिए अनुमति-पत्रक

विद्यार्थी का नाम: _____ विद्यार्थी की पाठशाला का नाम: _____

हम, नीचे हस्ताक्षरकर्ता, ऊपर निर्दिष्ट विद्यार्थी के वालिदैन अथवा कानूनी संरक्षक हैं। उपरोक्त अनुभाग में वर्णित जानकारी को हमने पढ़ी और समझी हैं। हमारी सहमति नीचे दर्शाये गये प्रकार से हैं (आपके निर्णय के अनुरूप रेखा के आगे X चिह्न करें):

हमारे संतान वीडियो रिकॉर्डिंग में शामिल हो और _____ के मूल्यांकन और परिक्षण में हमारे संतान के किये गये काम का उपयोग हो इसके लिये हम सहमत हैं। हम समझते हैं की इस वीडियो और अन्य माहिती में हमारे संतान का नाम या उसकी पहचान प्रदर्शित हो ऐसी कोई जानकारी की नोंध नहीं कि जाएगी।

हमारे संतान वीडियो रिकॉर्डिंग में शामिल हो और _____ के मूल्यांकन और परिक्षण में हमारे संतान के काम का उपयोग हो इसके लिये हम सहमत नहीं हैं। हम समझते हैं की जब उपरोक्त दर्शाये गये कार्यक्रम होते होंगे तब हमारे संतान उनमे भाग नहीं लें पायेंगे।

वालिदैन अथवा संरक्षक की सही: _____ तारीख: _____

मैं ऊपर निर्दिष्ट विद्यार्थी हूँ और मेरी उम्र कमसे काम अठारह साल की हैं। उपरोक्त अनुभाग में वर्णित जानकारी को मैंने पढ़ी और समझी हैं। मेरी सहमति नीचे दर्शाये गये प्रकार से हैं (आपके निर्णय के अनुरूप रेखा के आगे X चिह्न करें):

मेरी उम्र कमसे काम अठारह साल की हैं। वीडियो रिकॉर्डिंग में शामिल होने के लिये और _____ के मूल्यांकन और परिक्षण में मेरे किये गये काम का उपयोग हो इसके लिये मैं सहमत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ की इस वीडियो और अन्य माहिती में मेरा नाम या मेरी पहचान प्रदर्शित हो ऐसी कोई जानकारी की नोंध नहीं कि जाएगी।

मेरी उम्र कमसे काम अठारह साल की हैं। वीडियो रिकॉर्डिंग में शामिल होने के लिये और _____ के मूल्यांकन और परिक्षण में मेरे काम का उपयोग हो इसके लिये मैं सहमत नहीं हूँ। मैं समझता/समझती हूँ की जब उपरोक्त दर्शाये गये कार्यक्रम होते होंगे तब मुझसे उनमे भाग नहीं लें पायेगा।

विद्यार्थी की सही: _____ तारीख: _____ जन्म तारीख: ____/____/____