

# Early On 发育筛查 家长同意书

儿童法定姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

家长/监护人姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

为了让您的子女接受发育筛查，您需在下方签字，提供知情书面同意。发育筛查旨在评估儿童各项能力是否符合预期发育水平，或判断是否需要进一步评估。

筛查方式将根据儿童的个体需求调整。具体可能包括：由您回答若干关于子女发育情况的问题、填写相关调查问卷。也可能由 *Early On* 工作人员观察儿童在趣味活动中的参与表现。

筛查将覆盖以下发育领域：

- 沟通能力——儿童理解他人意图及表达自身需求的能力。
- 社交与情感——儿童与家人及其他人的相处情况。
- 认知能力——儿童的思维方式及问题解决能力。
- 适应能力——儿童完成穿衣、进食、如厕等日常任务的能力。
- 肢体发育——儿童的身体活动能力及手脚动作协调情况。

本次筛查的各项内容，均基于您的子女对应年龄段的典型发育里程碑而设定。例如，针对 16 月龄幼儿的精细动作筛查问题可能会询问您的子女是否会协助翻书；针对 22 月龄幼儿的沟通能力筛查问题可能会询问您的子女除了“妈妈”、“爸爸”外，是否能说出 15 个或更多的词语。

*Early On* 将与您沟通筛查结果及相关建议。筛查结果将用于判断是否需要接受 *Early On* 提供的进一步评估。

筛查过程中收集的所有结果及信息均将严格保密。无论筛查结果是否建议进一步评估，您在筛查期间均有权随时提出评估申请。筛查及评估均不收取任何费用。

## 知情同意声明

本人已充分了解上述筛查相关事宜，同意 *Early On* 开展该筛查。本人知晓此同意基于本人自愿。本人理解，在筛查过程中，可随时申请进行发育评估，确认子女是否符合相关资格。

家长/监护人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

*Early On* 代表：\_\_\_\_\_ 机构：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_