



학생 성명: \_\_\_\_\_

NYC DOE ID #: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

수신: \_\_\_\_\_,

동봉/첨부된 섹션 504 계획을 검토해 주십시오. 귀하께서 본 계획의 조건에 동의하실 경우, 서명 후 가능한 빨리 제게 보내주시기 바랍니다.

본 섹션 504 계획의 번역본이 필요하시면 제게 말씀하십시오.

감사합니다.

\_\_\_\_\_  
섹션 504 코디네이터

전화: \_\_\_\_\_