



মাতৃভাষা সম্পর্কিত প্রশ্নমালা

মাননীয় বাবা/মা অথবা অভিভাবক:

আপনার সন্তানকে সকল প্রকার শিক্ষা সংক্রান্ত সুযোগ সুবিধে দেওয়াই আমাদের প্রধান উদ্দেশ্য। সে কতটা ইংরেজী ভাষা বুঝতে পারে, বলতে পারে, পড়তে পারে এবং লিখতে পারে সেটা জানা আমাদের বিশেষ দরকার। সেইজন্য আপনার কাছ থেকে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর পেলে বড়ই বাঞ্ছিত হবে।

ধন্যবাদ।

স্কুল কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয় (To be completed by school personnel)		
জেলা (District)		
স্কুল (School)	শ্রেণী (Grade)	
ছাত্র/ছাত্রীর নাম (Student Name)		
জন্মতারিখ (Date of Birth)	মাস _____ / দিন _____ / সাল _____	(Month) (Day) (Year)
ছাত্র/ছাত্রীর পরিচিতিসংখ্যা (Student Identification Number)		
ছাত্র/ছাত্রীর জন্মভূমি ও পিতৃভূমি (Country of Birth / Ancestry)		
ছাত্র/ছাত্রী যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে কত বছর স্কুলে পড়াশুনা করেছে? (Number of Years Enrolled in School Outside the USA)		
যে স্কুল কর্মচারী এই অংশ পূরণ করছেন তার নাম ও পদ (Name/Position of School Personnel Completing this Section)		
সিদ্ধান্ত (Determination)	<input type="checkbox"/> ইংরেজী ভাষায় দক্ষতা কম (Possible LEP) <input type="checkbox"/> ইংরেজী ভাষায় দক্ষ (English Proficient)	

উত্তরের পাশের খোপে (✓) চিহ্ন বসান:

- ১। ছাত্র/ছাত্রী বাসায় কোন ভাষায় কথা বলে? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ২। ছাত্র/ছাত্রীর সঙ্গে বাসায় আপনি কোন ভাষায় কথা বলেন? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ৩। ছাত্র/ছাত্রী কোন ভাষা ভালো বোঝে? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ৪। ছাত্র/ছাত্রী সাধারণতঃ কোন ভাষায় কথা বলে? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ৫। ছাত্র/ছাত্রী কোন ভাষা পড়তে পারে? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ৬। ছাত্র/ছাত্রী কোন ভাষা লিখতে পারে? ইংরেজী অন্যান্য (বিশেষভাবে উল্লেখ করুন)
- ৭। আপনার মতে আপনার সন্তানের ইংরেজী ভাষার জ্ঞান কি রকম?
- | | বেশ ভালো | সামান্য | মোটাই ভালো নয় |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ইংরেজী ভাষা বুঝতে পারে | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ইংরেজী ভাষা বলতে পারে | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ইংরেজী ভাষা পড়তে পারে | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ইংরেজী ভাষা লিখতে পারে | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

স্বাক্ষর: বাবা/মা / অভিভাবক / অন্যান্য (Signature of Parent / Guardian / Other)

তারিখ: মাস _____ / দিন _____ / সাল _____
(Date: Month / Day / year)