

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT ET L'ÉCOLE

Prénom : _____ Deuxième prénom : _____ Nom de famille : _____ :

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Classe : _____

Numéro d'identification unique de l'élève (état) : _____

Numéro d'identification de l'élève (local) : _____

Date de naissance : • • (JJ•MM•AAAA)

Age : _____ Sexe : MASCULIN FÉMININ

CODES DE LA RACE

- Ethnicité : Hispanique ou Latino Oui Non
 Amérindien ou aborigène de l'Alaska Aborigène d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique
 Asiatique Noir ou Afro-Américain
 Blanc

Étudiant considéré comme apprenant en anglais : OUI NON

Langue d'origine de l'élève : _____

Comté de résidence : _____

École du lieu de résidence : _____

Comté des services : _____

École des services : _____

L'élève doit-il bénéficier d'aménagements spécifiques en cas d'évacuation d'urgence ? OUI NON

Si oui, indiquer les aménagements d'évacuation : _____

Quelle juridiction est financièrement responsable ? _____

L'élève est-il actuellement confié à la garde d'un organisme de l'état ? OUI NON

Si oui, Nom de l'organisme d'état : _____

L'élève a-t-il besoin d'un parent de substitution ? OUI NON

Nom du parent de substitution : _____ Téléphone de la famille de substitution : _____

PARENT/TUTEUR 1

Prénom : _____ Initiales du deuxième prénom : _____ Nom de famille : _____

Téléphone fixe : (_____) _____ - _____ Téléphone portable : (_____) _____ - _____

Courriel : _____

Langue d'origine des parents, si différente de l'anglais : _____

Nécessité d'un interprète ? OUI NON

PARENT/TUTEUR 2

Prénom : _____ Initiales du deuxième prénom : _____ Nom de famille : _____

Téléphone fixe : (_____) _____ - _____ Téléphone portable : (_____) _____ - _____

Courriel : _____

Langue d'origine des parents, si différente de l'anglais : _____

Nécessité d'un interprète ? OUI NON

Responsable du cas : _____

Date(s) de réunion de l'équipe IEP : _____

Date de révision annuelle du IEP : _____

- Il a été fourni aux parents un exemplaire du document *Garanties juridictionnelles des droits parentaux*.
 Les parents ont reçu une explication verbale et écrite de leurs droits et responsabilités dans le processus de l'équipe du IEP.
 Les parents ont reçu des informations verbales et écrites sur l'accès aux services d'habilitation, y compris une copie de la loi du Maryland relatif aux services de réadaptation élaboré par l'administration des assurances du Maryland.

Traduction en langue maternelle : Parent informé YES NO N/A Parent requis OUI NON

Date de révision annuelle prévue : _____

Date d'évaluation la plus récente : _____

Date d'évaluation prévue : _____

Handicap principal : _____

Zones affectées par l'handicap : _____

EXIT INFORMATION

Date de sortie : • • (JJ•MM•AAAA)

- Catégorie de sortie : A- Renvoyé en enseignement général (Cet étudiant est-il scolarisé à la maison? Oui NON) B- Diplômé avec un diplôme d'études secondaires du Maryland
 C- A reçu le certificat d'achèvement de programme de l'enseignement secondaire du Maryland D- A 21 ans E- Décédé F- A démenagé, mais continue
 H- Abandon I- Cas spécial J- Les parents ne consentent plus aux services

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE IEP

Responsable du cas IEP : _____ Directeur/Personne désignée : _____ Psychologue de l'école : _____ Représentant de l'organisme : _____

Animateur IEP : _____ Édicateur général : _____ Travailleur social : _____ Autres participants : _____

Parent/Tuteur : _____ Édicateur spécial : _____ Orthophoniste : _____ Autres participants : _____

Parent/Tuteur : _____ Conseiller d'orientation : _____ Élève : _____ Autres participants : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

DONNÉES D'ÉLIGIBILITÉ DE L'ÉVALUATION INITIALE (uniquement requises pour l'évaluation initiale de l'élève afin de déterminer son admissibilité)

Identifiez la (les) zone(s) affectée(s) par l'handicap probable de l'élève : _____

Discussion en vue de confirmer la décision : _____

Le facteur déterminant dans le manque de progrès scolaire de l'élève est-il le résultat de :

a) Une manque d'instruction en lecture, y compris ses éléments essentiels ? OUI NON_x000B_b) Une manque d'instruction en maths ? OUI NON

c) un manque de maîtrise de l'anglais ? OUI NON

(Si la réponse est oui à l'une des questions ci-dessus, l'étudiant doit par ailleurs répondre aux critères d'admissibilité en tant qu'étudiant ayant un handicap identifié.)

L'élève requiert-il un enseignement personnalisé afin de pouvoir faire des progrès scolaires adéquats ? OUI NON

Admissibilité initiale (avant l'âge de 3 ans)

Date du consentement parental pour l'évaluation initiale : (JJ•MM•AAAA) Date de l'évaluation initiale : (JJ•MM•AAAA)

L'enfant est admissible à l'éducation spécialisée préscolaire et les services connexes par l'intermédiaire d'un IEP. Yes Non _x000B_Indiquez l'handicap

principal

AUTISME RETARD DE DÉVELOPPEMENT DÉFICIENCE INTELLECTUELLE TROUBLE SPÉCIFIQUE DE L'APPRENTISSAGE TROUBLES DE LA PAROLE OU DU LANGAGE DÉFICIENCE VISUELLE

SOURD HANDICAP ÉMOTIONNEL DÉFICIENCE ORTHOPÉDIQUE Dyslexie Dysgraphie LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE PLUSIEURS HANDICAPS

SOURD - CÉCITÉ DÉFICIENCE AUDITIVE AUTRE ATTEINTE À LA SANTÉ Dyscalculie Autres _____ Cognitif (préciser) _____

Cognitif (préciser) _____

Physique (précisez) _____

Documenter la base de la ou des décisions : _____

Raison(s) du retard de l'évaluation initiale :

Admissibilité Non déterminée en raison du retrait de consentement, du changement de district, de l'indisponibilité de l'enfant par suite d'une maladie ou d'un état chronique.

Évaluation initiale

Si l'évaluation de l'enfant a été retardée, indiquez la (les) raison(s) du retard :

Les parents ont à plusieurs reprises refusé ou n'ont pu rendre l'enfant disponible

Le refus des parents de consentir a provoqué des retards dans l'évaluation ou le début des services

Les parents ont demandé un délai- Les parents et l'équipe PEP ont convenu par accord écrit de prolonger l'intervalle de temps

Fermeture de l'installation/de l'école

Mauvais temps

Autre

Problèmes de personnel Erreur de paperasserie

Résultats de tests non concluants

Autre, veuillez préciser: _____

Date du consentement des parents - poursuivre plus tôt

Services d'intervention par le biais d'un IFSP à l'âge de 3 ans.

(JJ•MM•AAAA)

Date de l'élaboration initiale du IEP:

(JJ•MM•AAAA)

Date du consentement des parents pour le début des services:

(JJ•MM•AAAA)

La IEP initial est effective le :

(JJ•MM•AAAA)

L'élève passe-t-il du Programme pour Nourrissons et tout-petits (Partie C) au Programme pour âge préscolaire et recevra-t-il des services ? OUI NON

Raison(s) pour le retard du IEP effectif dès l'âge de 3 ans

Admissibilité Non déterminée en raison du retrait de consentement, du changement de district, de l'indisponibilité de l'enfant par suite d'une maladie ou d'un état chronique.

IEP initial effectif dès l'âge de 3 ans

Si l'IEP n'est pas effectif dès l'âge de 3 ans, indiquez la (les) raison(s) du retard :

Les parents ont à plusieurs reprises refusé ou n'ont pu rendre l'enfant disponible

Le refus des parents de consentir a provoqué des retards dans l'évaluation ou le début des services

Les parents ont demandé un délai- Les parents et l'équipe IEP ont convenu par accord écrit de prolonger l'intervalle de temps

Fermeture de l'installation/de l'école

Mauvais temps

Autre

Problèmes de personnel Erreur dans les documents

Résultats des tests peu concluants

Autre, veuillez préciser: _____

Si le parent ne répond pas ou refuse de consentir à la fourniture initiale d'un enseignement spécial et de services connexes, l'organisme public ne fournira pas d'enseignement spécial et de services connexes à l'élève et ne sera pas considéré comme ayant enfreint l'obligation de rendre le FAPE conformément à 34 CFR §300.

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

Admissibilité initiale (élève âgé de 3 à 21 ans)

Date du consentement parental pour l'évaluation initiale : (JJ•MM•AAAA) Date de l'évaluation initiale : (JJ•MM•AAAA)

L'enfant est admissible à l'éducation spécialisée préscolaire et les services connexes. Yes Non

- AUTISME RETARD DE DÉVELOPPEMENT DÉFICIENCE INTELLECTUELLE TROUBLE SPÉCIFIQUE DE L'APPRENTISSAGE TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE DEFICIENCE VISUELLE
 SOURD HANDICAP AFFECTIF HANDICAP ORTHOPÉDIQUE Dyslexie Dysgraphie LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE INFIRMES MULTIPLES
 SOURD-AVEUGLE ALTERATION AUDITIVE AUTRE PROBLEME DE SANTE Dyscalculie Autres _____ Cognitives (précisez) _____
 Sensorielles (précisez) _____
 Physiques (précisez) _____

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Raison(s) du retard de l'évaluation initiale

Admissibilité Non déterminée en raison du retrait de consentement, du changement de district, de l'indisponibilité de l'enfant par suite d'une maladie ou d'un état chronique.

Évaluation initiale

Si l'évaluation de l'enfant a été retardée, indiquez la (les) raison(s) du retard :

- Les parents ont à plusieurs reprises refusé ou n'ont pu rendre l'enfant disponible Les parents ont demandé un délai- Les parents et l'équipe IEP ont convenu par accord écrit de prolonger l'intervalle de temps
 L'élève a été inscrit après le début de la période de 60 jours et avant détermination par LSS. Le mauvais temps complète
Recevoir la LSS a fait suffisamment de progrès pour compléter l'évaluation et les parents et la LSS ont convenu d'un moment précis pour l'évaluation (toutes les conditions doivent être remplies). Fermeture de l'école/de l'établissement
 Autre Erreur dans les documents Enfant Non disponible (pas la faute des parents)/refus de l'enfant
 Résultats des tests peu concluants Problèmes de personnel
 Autre, veuillez préciser: _____

Date du consentement des parents: Continuation des services d'intervention précoces par un IFSP dès 3 ans :

(JJ•MM•AAAA)

Date à laquelle le système scolaire local a été informé de la présence des parents décision parentale de demander des services via un IEP:

(JJ•MM•AAAA)

Fin des services IFSP prolongés :

(JJ•MM•AAAA)

Date de l'élaboration initiale du IEP:

(JJ•MM•AAAA)

Date du consentement des parents pour le début des services:

(JJ•MM•AAAA)

La IEP initial est effective le :

(JJ•MM•AAAA)

L'élève passe-t-il du Programme pour Nourrissons et tout-petits (Partie C) au Programme pour âge préscolaire et recevra-t-il des services ? OUI NON

DONNES D'ADMISSIBILITÉ (requis pour réévaluation au moins une fois tous les trois ans)

Précisez le(s) domaine(s) identifié(s) pour la réévaluation : _____ Discussion en vue de confirmer la décision : _____

Date de l'évaluation : (JJ•MM•AAAA) (Il s'agit de la date la plus récente à laquelle l'équipe IEP a terminé l'examen complet et exhaustif de toute la documentation d'évaluation.)

L'élève a-t-il toujours un handicap et des besoins éducatifs tels que l'orthopédagogie et les services connexes continuent à s'avérer nécessaire ? OUI NON

Des modifications ou des ajouts à l'orthopédagogie et aux services connexes sont-ils nécessaires pour que l'élève puisse satisfaire aux objectifs annuels mesurables définis dans son IEP et pour qu'il puisse participer au programme d'enseignement général ? OUI NON

Eligible en tant qu'étudiant handicapé? Oui Non

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Indiquez l'handicap principal

- AUTISME RETARD DE DÉVELOPPEMENT DÉFICIENCE INTELLECTUELLE TROUBLE SPÉCIFIQUE DE L'APPRENTISSAGE TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE INFIRMES MULTIPLES
 SOURD HANDICAP AFFECTIF HANDICAP ORTHOPÉDIQUE Dyslexie Dysgraphie LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE Cognitives (précisez) _____
 SOURD-AVEUGLE ALTERATION AUDITIVE AUTRE PROBLÈME DE SANTE Dyscalculie Autres _____ DÉFICIENCE VISUELLE Sensorielles (précisez) _____
 Physiques (précisez) _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

PARTICIPATION DES ÉLÈVES AUX ÉVALUATIONS ORGANISÉES À L'ÉCHELLE DU DISTRICT / DE L'ÉTAT ET DONNÉES RELATIVES À LA DÉLIVRANCE DES DIPLÔMES

Les conditions d'obtention du diplôme sont expliquées aux parents OUI NONLes critères d'obtention des diplômes de l'État sont disponibles à l'adresse suivante www.marylandpublicschools.org.

Critères locaux supplémentaires pour la délivrance des diplômes _

CATÉGORIE DE SORTIE PRÉVUE :

L'élève quittera avec : Diplôme d'études secondaires du Maryland
(Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) avec 2 crédits de Langue Mondiale, qui peuvent inclure la Langue des Signes Américaine Avec 2 unités de valeur en technologie avancée avec l'achèvement réussi d'un programme d'enseignement professionnel et technique approuvé par l'État Certificat d'achèvement de programme à la fin de l'année scolaire où l'élève atteint 21 ans Certificat d'achèvement de programme avant la fin de l'année scolaire où l'élève atteint 21 ans (choix de l'élève et des parents)

DATE DE SORTIE PRÉVUE :

L'élève participe à _____ un programme annuel et doit quitter / obtenir son diplôme _____ (jour, mois, année). À l'achèvement, l'élève recevra un résumé de son rendement au Maryland (Maryland Summary of Performance (MSOP) qui comprend les résultats scolaires, le rendement fonctionnel, les aménagements et les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs post-secondaires.

L'élève et les parents ont-ils été informés que les droits dans le cadre d'IDEA ne sont pas transférables à leur majorité aux élèves atteints d'infirmités, excepté dans certaines circonstances, conformément à la section §8-412.1 de l'article relatif à l'éducation du code Annoté du Maryland? Oui N/A

PLAN DE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'ÉVALUATION GLOBALE DU MARYLAND (MCAP) À ADMINISTRER PENDANT LA DURÉE DE L'IEP ACTUEL

L'élève participera aux évaluations du **Maryland Comprehensive Assessment Program (MCAP)** de la 3^e à la 8^e annéeLangue et Littérature anglaises OUI NON Mathématiques OUI NON Études sociales (classe de 8^eème seulement) OUI NONL'élève participera aux évaluations du programme d'évaluation globale du **Maryland (MCAP)** pour les études secondairesLangue anglaise Arts/alphabétisation OUI NON Algèbre OUI NON Science OUI NON Gouvernement OUI NONL'étudiant participera à l'évaluation scientifique intégrée du **Maryland (MISA)** alignée sur les Normes de la Nouvelle Génération des Sciences (NGSS) en classe d'évaluation (classe de 5^eème et de 8^eème) OUI NONCet élève participera à l'Évaluation scolaire secondaire intégrée du Maryland (MISA) conforme aux Normes de niveaux académiques en fonction du niveau évalué OUI NON

L'équipe IEP a-t-elle déterminé que l'élève devrait participer à une évaluation alternative basée sur des normes de rendement scolaire alternatives ?

(Remplir l'annexe A requise de la *Directive pour les équipes de IEP : Décisions de Participation pour les Évaluations et les Instructions Alternatives en utilisant le document de Normes Alternées annuel-lement et classement du dossier PEI électronique de l'étudiant*)OUI NON

Le parent consent-il à ce que l'élève soit instruit en utilisant des Normes alternées? basée sur des normes alternatives de rendement scolaire dans l'année évaluée en

•Arts de la Langue Anglaise (Classes de CE1 - 3e, 1ere) •Mathématiques (Classes de CE1 - 3e, 1ere) •Science (niveaux 5, 8, 10, uniquement?)

 Oui - Date de consentement : Non - Date de refus par écrit : Aucune réponse reçue dans les 15 jours ouvrés à compter de la réunion de l'équipe IEP

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

PARTICIPATION DES ÉLÈVES AUX ÉVALUATIONS ORGANISÉES À L'ÉCHELLE DU DISTRICT / DE L'ÉTAT ET DONNÉES RELATIVES À LA DÉLIVRANCE DES DIPLÔMES

PLANIFIER LA PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT EN UTILISANT D'AUTRES NORMES

L'équipe IEP a-t-elle déterminé que l'élève sera instruit en utilisant des normes alternatives qui, si elles sont maintenues, l'empêcheront d'obtenir les crédits nécessaires à l'obtention du diplôme d'études secondaires du Maryland ?

(Remplir l'annexe A requise de la *Directive pour les équipes du IEP : Décisions de Participation pour les Évaluations et les instructions Alternées en utilisant le document de Normes alternées* annuellement et classement du dossier IEP électronique de l'étudiant)

OUI NON

Le parent accepte-t-il que l'étudiant participe à une évaluation alternative?

Oui - Date de consentement : • • Non - Date de refus par écrit : • •

Aucune réponse reçue dans les 15 jours ouvrés à compter de la date de réunion de l'équipe IEP

Documents de base relatifs aux décisions d'évaluation : _____

L'élève suit des cours afin d'obtenir un : Diplôme d'études secondaires du Maryland Certificat de réussite au programme d'études secondaires du Maryland attestant de la participation au programme

VEUILLEZ NOTER : IL PEUT ÊTRE DEMANDÉ À UN ÉLÈVE DE PARTICIPER À DES ÉVALUATIONS NATIONALES OU INTERNATIONALES. AMÉNAGEMENTS ACCEPTABLES UNIQUEMENT AUTORISÉS POUR LES ÉVALUATIONS NATIONALES / INTERNATIONALES.

Complète pour les élèves de dernière année éligibles à l'exonération des frais HSA

L'équipe IEP a étudié les critères de décision concernant l'exonération de frais pour l'élève et recommande l'exonération des frais HSA auprès du superintendant local.

OUI (SI OUI, MENTIONNEZ LA DATE RECOMMANDÉE) NON

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

PRÉSENTATION DES CONNAISSANCES EN LANGUE ANGLAISE

L'étudiant est-il un apprenant en anglais ? OUI NON

Quels étaient les résultats de l'élève lors de l'évaluation des connaissances en langue anglaise ? OU

Date d'évaluation .. (MM•JJ•AAAA)

Niveau de connaissance global _____

ENTRÉE ÉMERGENT EN DÉVELOPPEMENT EXPANSION TRANSITION OBTENTION

Quels étaient les résultats de l'élève lors de l'autre évaluation des compétences en langue anglaise ?

Date de l'évaluation .. (MM•JJ•AAAA)

Niveau de compétence global moyen _____

EN COURS NIVEAU INTER MÉDIAIRE DE BASE EN COURS D'APPRENTISSAGE

SOMMAIRE DU RENDEMENT DU PROGRAMME DE L'ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MCAP)

Quel était le niveau de performance de l'étudiant, le cas échéant, lors de l'évaluation pour l'entrée en école maternelle le .. ?

Rendement global	<input type="radio"/> ÉMERGER <input type="radio"/> APPROCHER <input type="radio"/> DÉMONSTRER <input type="radio"/> AUTRE (un ou plusieurs éléments d'évaluation inaccessibles en raison d'une invalidité, ce qui a donné lieu à une note "non négligeable") <input type="radio"/> ÉVALUATION INCOMPLÈTE (certains ou tous les éléments n'étaient pas complets)	Rendement au niveau de l'ensemble	
		de l'élève	Fourchette
		Aptitudes linguistiques et alphabétisme	202-298
		Mathématiques	202-298
		Fondamentaux sociaux	202-298
Note globale	_____ (fourchette : 202-298)	Bien-être physique et développement moteur	202-293

Quel a été le rendement de l'élève aux évaluations MCAP de classe 3^{ème} et 8^{ème} le .. ?

PECM	Grille de Notation actuelle		Grille de Notation de l'année précédente		Niveaux de connaissance actuels			
	Niveau	Barème de Notation	Niveau	Barème de Notation	Niveau 1 Apprenant débutant	Niveau 2 Apprenant en développement	Niveau 3 Apprenant compétent	Niveau 4 Apprenant distingué
Langue anglaise Lettres					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mathématiques					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algèbre 1 le cas échéant					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Études sociales (Classe de 3e)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA	Niveau	Barème de Notation	Niveau	Barème de Notation	Niveau 1 Apprenant débutant	Niveau 2 Apprenant en développement	Niveau 3 Apprenant compétent	Niveau 4 Apprenant distingué
Science (classes 5, 8 uniquement)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel a été le rendement de l'élève du lycée aux évaluations MCAP le .. ?

PECM	Score actualisé sur l'Échelle	Score précédent sur l'Échelle	Niveaux de connaissance actuels			
			Niveau 1 Apprenant débutant	Niveau 2 Apprenant en développement	Niveau 3 Apprenant compétent	Niveau 4 Apprenant distingué
Lettres et Langue Anglaise (classe de 10 ^{ème})			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algèbre			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sciences			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gouvernement			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels ont été les résultats de l'élève, le cas échéant, lors des autres évaluations le .. ?

DLM	Niveaux de connaissance actuels			
	Niveau 1 De base	Niveau 2 Cible en approche	Niveau 3 Satisfaisant	Niveau 4 Avancé
Langue anglaise Lettres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mathématiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sciences (5e, 8e, 11e année seulement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

COMPÉTENCES EN MATIÈRE

D'APPRENTISSAGE PRÉCOCE :

- Fondamentaux sociaux
- Langue et alphabétisation
- Mathématiques
- Sciences
- Études sociales
- Bien-être physique et développement moteur
- Beaux-arts

Assurer le suivi des niveaux de performance éducative et fonctionnelle de l'enfant, le cas échéant.

Source(s) : _____

Niveau de performance éducative et fonctionnelle : (prise en compte des sources de données multiples, notamment les résultats de l'évaluation personnalisée, les évaluations en classe, les évaluations du district, les observations en classe, les informations des parents, les commentaires des élèves et des enseignants de l'enseignement général, observations faites en classe, informations sur les parents, commentaires des élèves et commentaires des enseignants de l'enseignement général dans les domaines pertinents). _____

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) : _____

Cet élément a-t-il un impact sur les performances éducatives et/ou fonctionnelles de l'enfant ? OUI NON

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

RESULTATS SCOLAIRES

Documentez les niveaux des résultats scolaires et des performances fonctionnelles dans les domaines scolaires, s'il y a lieu.

Source(s) : _____

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) : _____

Résultats au niveau de la classe :

(prise en compte des sources de données multiples, notamment les résultats de l'évaluation personnalisée, les évaluations en classe, les évaluations du district, les observations en classe, les informations des parents, les commentaires des élèves et des enseignants de l'enseignement général, observations faites en classe, informations sur les parents, commentaires des élèves et commentaires des enseignants de l'enseignement général dans les domaines pertinents).

Données sur les tendances en matière de rendement scolaire pendant de l'année (documentez le taux de croissance de l'élève au cours des deux dernières années).

Année scolaire	Performance du niveau d'enseignement

Ce domaine a-t-il un impact sur les résultats scolaires et/ou les performances fonctionnelles de l'élève ? OUI NON

SANTE

Source(s) : _____

Niveau des résultats :

Prenez en compte les évaluations au niveau du système scolaire privé, local, de l'état et de la classe.)

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) : _____

Ce domaine a-t-il un impact sur les résultats scolaires et/ou les performances fonctionnelles de l'élève ? OUI NON

PHYSIQUE

Source(s) : _____

Niveau des résultats :

Prenez en compte les évaluations au niveau du système scolaire privé, local, de l'état et de la classe.)

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) : _____

Ce domaine a-t-il un impact sur les résultats scolaires et/ou les performances fonctionnelles de l'élève ? OUI NON

COMPORTEMENT

Source(s) : _____

Niveau des résultats :

Prenez en compte les évaluations au niveau du système scolaire privé, local, de l'état et de la classe.)

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) : _____

Ce domaine a-t-il un impact sur les résultats scolaires et/ou les performances fonctionnelles de l'élève ? OUI NON

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

TRANSITION SECONDAIRE :

- Emploi
- Éducation/Formation
- Vie indépendante
- Auto-détermination
- Compétences de voyage

L'emploi et l'éducation/formation doivent être complétés pour les élèves qui auront 14 ans ou plus pendant la période d'activité de l'IEP.

Source(s): _____

Résumé des conclusions des évaluations (avec les dates auxquelles elles ont été effectuées) :

Niveau de performance actuel (selon le cas) : _____

Nom : _____ Agence : _____ Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

ÂGE PRÉSCOLAIRE - NIVEAU ACTUEL DE PERFORMANCE ÉDUCATIVE ET FONCTIONNELLE

Où cet enfant passe-t-il le plus clair de son temps ?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centre de garderie | <input type="checkbox"/> Centre de soutien aux familles | <input type="checkbox"/> Lieu de travail d'un parent | <input type="checkbox"/> Programme précoce public |
| <input type="checkbox"/> Domicile de l'enfant | <input type="checkbox"/> Domicile d'un membre de la famille | <input type="checkbox"/> Parcs et programmes ou activités de loisirs | <input type="checkbox"/> Institution religieuse |
| <input type="checkbox"/> Programme d'étude préscolaire / Head start | <input type="checkbox"/> Centre Judy | <input type="checkbox"/> Aire de jeu préscolaire | <input type="checkbox"/> Refuge |
| <input type="checkbox"/> Milieu familial | <input type="checkbox"/> Bibliothèque | <input type="checkbox"/> École privée / école maternelle | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Quelles sont les inquiétudes et préoccupations des parents concernant les performances éducatives et fonctionnelles de leur enfant ? _____

Dans quelle mesure le handicap de l'enfant affecte-t-il son accès et sa participation aux activités adaptées à son âge ? _____

Prenez en compte les points forts de l'enfant et ses besoins relatifs à trois domaines fonctionnels : **PRÉSENTATION DES POINTS FORTS ET BESOINS**

<p><i>Pour que les enfants puissent être actifs et participer à des activités à la maison, au sein de la communauté et dans des lieux comme les centres de garderie ou les programmes préscolaires, ils doivent développer des compétences dans trois domaines fonctionnels : (1) développement de capacités et relations socio-émotionnelles positives ; (2) acquisition et utilisation des connaissances et compétences ; et (3) adoption des comportements appropriés pour satisfaire ces besoins. Plusieurs sources d'information sont utilisées pour comprendre les progrès individuels de l'enfant en lien avec ses capacités et celles des enfants du même âge. Ces sources comprennent les préoccupations et priorités de la famille et les performances éducatives et fonctionnelles de l'enfant.</i></p> <p>COMMENT L'ENFANT</p>	<p>POINTS FORTS DE L'ENFANT</p> <p>Quelles sont les choses que l'enfant aime faire ? Quelles sont les compétences que l'enfant met en avant ou commence à mettre en avant ?</p>	<p>BESOINS DE L'ENFANT</p> <p>Quels sont les éléments ou les comportements que l'enfant n'adopte pas ou quelles sont les difficultés rencontrées par l'enfant ? Pour quelles activités ou compétences l'enfant a-t-il besoin d'un soutien considérable et/ou d'entraînement ?</p>	<p>COMMENT L'ENFANT SE DÉVELOPPE-T-IL PAR RAPPORT AUX ENFANTS DE SON ÂGE ?</p> <p>Par rapport aux enfants de son âge :</p> <p><input type="radio"/> dispose des compétences attendues à son âge dans ce domaine. <input type="radio"/> dispose des compétences attendues à son âge pour le domaine concerné ; néanmoins ce domaine reste préoccupant. <input type="radio"/> dispose de plusieurs compétences attendues en fonction de l'âge, mais continue d'avoir l'attitude d'un enfant plus jeune dans ce domaine. utilisation occasionnelle de certaines compétences attendues à l'âge de l'enfant, mais la plupart des compétences de l'enfant ne correspondent pas à son âge. n'utilise pas encore les compétences attendues à son âge. L'enfant utilise néanmoins plusieurs compétences fonctionnelles et immédiates importantes dans ce domaine. montre certaines compétences fonctionnelles émergentes et immédiates, aidant l'enfant à développer les compétences adaptées à son âge dans attitude similaire à celle d'un enfant plus jeune. L'enfant dispose de compétences précoces, mais non immédiates étant donné son âge et le domaine.</p> <p>Présentation des résultats de l'enfant : <input type="radio"/> Prise en charge <input type="radio"/> Provisoire <input type="radio"/> Exclusion <input type="radio"/> N/A Date d'analyse des résultats _____ Sources : _____ <input type="checkbox"/> Sans l'intervention des parents</p>
<p>DÉVELOPPEMENT DE CAPACITÉS ET RELATIONS SOCIO-ÉMOTIONNELLES POSITIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> • En fonction des membres de la famille • En fonction des interactions avec les autres adultes • En fonction de l'interaction avec les frères et sœurs / les autres enfants • Communication / régulation des émotions et des sentiments • Interactions sociales / jeux avec les autres • Adaptation aux changements en termes de routine ou d'environnement • Compréhension et respect des Normes sociales 			<p><i>Veillez choisir une Nante dans la liste ci-dessous :</i> En fonction des enfants du même âge - _____</p> <p><i>Ne répondre qu'en cas de modification de la présentation de base des points forts et besoins :</i> L'enfant a-t-il développé de Nouvelles compétences ou de Nouveaux comportements en lien avec le développement socio-émotionnel positif depuis la dernière Présentation des points forts et besoins ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>ACQUISITION ET UTILISATION DES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication (p. ex. grâce au langage des signes, communication verbale, dispositif augmentatif, symboles et images) • Utilisation quotidienne de mots / compétences, même lors de jeux • Interaction avec les livres, images, symboles • Capable de s'adapter à de Nouvelles situations • Comprend les concepts préscolaires • Comprend et répond aux instructions 			<p><i>Veillez choisir une Nante dans la liste ci-dessous :</i> En fonction des enfants du même âge - _____</p> <p><i>Ne répondre qu'en cas de modification de la présentation de base des points forts et besoins :</i> L'enfant a-t-il développé de Nouvelles compétences ou de Nouveaux comportements en lien avec les comportements appropriés depuis la dernière Présentation des points forts et besoins ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>ADOPTION DES COMPORTEMENTS APPROPRIÉS POUR SATISFAIRE CES BESOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire part de ses besoins et envies • Veiller à sa santé et sa propre sécurité • Veiller à ses besoins (s'alimenter, s'habiller, se laver) • Répond tardivement afin d'obtenir ce qu'il veut / ce don't il a besoin • Demande de l'aide, le cas échéant • Se déplacer pour prendre les choses 			<p><i>Veillez choisir une Nante dans la liste ci-dessous :</i> En fonction des enfants du même âge - _____</p> <p><i>Ne répondre qu'en cas de modification de la présentation de base des points forts et besoins :</i> L'enfant a-t-il développé de Nouvelles compétences ou de Nouveaux comportements en lien avec les comportements appropriés depuis la dernière Présentation des points forts et besoins ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

ÂGE SCOLAIRE - NIVEAU ACTUEL DE PERFORMANCES ÉDUCATIVES ET FONCTIONNELLES

Que pensent les parents du programme pédagogique de l'élève ? (y compris la transition scolaire, fonctionnelle, sociale/émotionnelle, comportementale et secondaire)

Quels sont les points forts, les centres d'intérêt, les attributs personnels significatifs et les réalisations personnelles de l'élève ? (Inclure les préférences et intérêts pour les activités postsecondaires.)

Comment l'handicap de l'élève affecte-t-il sa participation à un programme d'enseignement général ?

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

TRANSITION SECONDAIRE: (à remplir chaque année, à partir de 14 ans ou plus jeune, si nécessaire.)

LES PRÉFÉRENCES, LES INTÉRÊTS ET LES COMPÉTENCES DES ÉLÈVES :

Le(s) but(s) postsecondaire(s) est (sont) basé(s) sur les intérêts, les préférences et les évaluation(s) de la transition.

Date de l'entretien annuel de l'élève : • • (JJ•MM•AAAA)

Résumé des préférences, des intérêts et des compétences de l'élève sur la base d'une ou plusieurs évaluations de transition adaptées à l'âge :

BUTS POSTSECONDAIRES (résultats) :

Indiquez ici le(s) but(s) postsecondaire(s). Un objectif doit être indiqué pour l'emploi et un objectif doit être indiqué pour l'éducation et/ou la formation.

Emploi (requis) : _____

Les objectifs connexes du IEP qui soutiendront cet objectif d'emploi post-secondaire s'inscriront dans la section Objectifs annuels du PEI.

Les activités de transition secondaires liées à l'emploi, à la partie responsable, à la planification du PEI pour les situations d'urgence et aux progrès s'afficheront ici.

EDUCATION: _____

Le(s) objectif(s) connexe(s) du IEP qui soutiendrai(en)t cet objectif d'éducation post-secondaire s'ajouteront à la section Objectifs annuels du IEP.

Les activités de transition secondaire liées à l'éducation, à la partie responsable, à la planification du IEP en cas d'urgence et aux progrès s'afficheront ici.

FORMATION: _____

Les objectifs connexes du IEP qui soutiendront cet objectif de formation post-secondaire s'inscriront dans la section Objectifs annuels du IEP.

Les objectifs connexes du IEP qui soutiendront cet objectif de formation post-secondaire s'inscriront dans la section Objectifs annuels du IEP.

VIE INDÉPENDANTE (si approprié): _____

Le ou les objectifs connexes du IEP qui soutiendront cet objectif de vie autonome post-secondaire apparaîtront dans la section Objectifs annuels du IEP.

Les activités de transition secondaires liées à la vie autonome, à la partie responsable, à la planification du IEP en cas d'urgence et aux progrès s'afficheront ici.

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

ACTIVITÉS DE TRANSITION VERS LE SECONDAIRE

SERVICES/ACTIVITÉS DE TRANSITION:

Les services de transition constituent un ensemble d'activités coordonnées pour un élève handicapé, conçu selon un processus axé sur les résultats qui facilitera sa progression au niveau des activités de l'école aux activités post-secondaires.

TYPE D'ACTIVITÉ : EMPLOI ACTIVITÉS ACADÉMIQUES DE LA VIE QUOTIDIENNE VIE INDÉPENDANTE TRANSPORTS

Responsable : _____

Identifiez l'objectif post-secondaire que cette activité soutient (les services/activités ajoutés ici apparaîtront dans le IEP sous l'objectif post-secondaire correspondant) :

Emploi Éducation Formation Vie autonome

Planification du PEI pour les conditions d'urgence :

Cette activité de transition secondaire peut-elle être mise en œuvre tel que mentionné dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

Progrès Rapport 1 Date _____	Progrès : <input type="radio"/> Terminé <input type="radio"/> Partiellement complété <input type="radio"/> Pas encore débuté <input type="radio"/> Non terminé (Raison: <input type="radio"/> Choix de la famille <input type="radio"/> Choix de l'étudiant <input type="radio"/> Horaire de l'étudiant <input type="radio"/> Autre: _____) Activité professionnelle concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI): <input type="radio"/> Exploration de carrière <input type="radio"/> Expérience de travail Non rémunérée <input type="radio"/> Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 2 Date _____	Progrès : <input type="radio"/> Terminé <input type="radio"/> Partiellement complété <input type="radio"/> Pas encore débuté <input type="radio"/> Non terminé (Raison : <input type="radio"/> Choix de la famille <input type="radio"/> Choix de l'étudiant <input type="radio"/> Horaire de l'étudiant <input type="radio"/> Autre: _____) Activité professionnelle concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI): <input type="radio"/> Exploration de carrière <input type="radio"/> Expérience de travail Non rémunérée <input type="radio"/> Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 3 Date _____	Progrès : <input type="radio"/> Terminé <input type="radio"/> Partiellement complété <input type="radio"/> Pas encore débuté <input type="radio"/> Non terminé (Raison : <input type="radio"/> Choix de la famille <input type="radio"/> Choix de l'étudiant <input type="radio"/> Horaire de l'étudiant <input type="radio"/> Autre: _____) Activité professionnelle concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI): <input type="radio"/> Exploration de carrière <input type="radio"/> Expérience de travail Non rémunérée <input type="radio"/> Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 4 Date _____	Progrès : <input type="radio"/> Terminé <input type="radio"/> Partiellement complété <input type="radio"/> Pas encore débuté <input type="radio"/> Non terminé (Raison : <input type="radio"/> Choix de la famille <input type="radio"/> Choix de l'étudiant <input type="radio"/> Horaire de l'étudiant <input type="radio"/> Autre: _____) Activité professionnelle concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI): <input type="radio"/> Exploration de carrière <input type="radio"/> Expérience de travail Non rémunérée <input type="radio"/> Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

TRANSITION SECONDAIRE / COURS D'ÉTUDES

PROGRAMME D'ÉTUDES :

L'élève est inscrit(e) à des cours qui lui permettront de se préparer pour une carrière ou une éducation post-secondaire faisant partie du groupe de carrières sélectionnées ci-dessous.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Arts, médias et communications | <input type="radio"/> Gestion des affaires et finance | <input type="radio"/> Construction et développement |
| <input type="radio"/> Services aux consommateurs, hospitalité et tourisme | <input type="radio"/> Environnement, agriculture et ressources naturelles | <input type="radio"/> Santé et biosciences |
| <input type="radio"/> Services des ressources humaines | <input type="radio"/> Technologie d'information | <input type="radio"/> Fabrication, ingénierie et technologie |
| <input type="radio"/> Technologies de transport | | |

Discussion en vue de confirmer la décision : _____

Dressez la liste des cours que l'élève suit et qui correspondent à ses objectifs post-secondaires : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

LIEN AVEC L'AGENCE DE TRANSITION SECONDAIRE

LIAISON AVEC DES AGENCES :

Date annuelle à laquelle l'élève et le parent ont reçu une copie du *Guide familial de planification transitoire secondaire dans le Maryland* •• (JJ•MM•AAAA)

Agence de service adulte	Services prévus pour la transition	Consentement signé pour la communication :	Consentement signé pour la recommandation / Étudiant recommandé par LSS à :	Accord signé pour inviter le(s) représentant(s) de l'agence à la réunion d'équipe	Le(s) représentant(s) de l'agence invité(s) à la réunion d'équipe du IEP
Division des Services de Réhabilitation(DSDR) Bénéficiaire des services de transition préalable à l'emploi	<input type="radio"/> Oui Réadaptation professionnelle (RV) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date du consentement _____ Date de recommandation _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Administration de Déficience Intellectuelle(ADI)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Direction de la santé comportementale(DSC)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Division du développement de la main-d'œuvre et de l'éducation des adultes Département du travail du Maryland (MDL)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	<input type="radio"/> Oui: Date _____ <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Motifs des décisions	Oui: l'Étudiant remplit les critères initiaux d'admissibilité publié pour l'agence dans le Guide de Planification de Transition des Personnes Handicapées dans le Maryland Non: l'Étudiant ne remplit pas les critères initiaux d'admissibilité publié pour l'agence dans le Guide de Planification de la Transition des Personnes Handicapées dans le Maryland (sélectionner la raison. Les services de l'agence ne sont pas prévus pour cet étudiant pour toutes les colonnes restantes)	Oui : Consentement à la communication avec l'agence signé le (date) Non: (les raisons) 1. <i>Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant</i> 2. L'étudiant n'est pas correct avec l'âge/ le grade fait allusion aux DSDR (uniquement la DSRD) 3. pour le moment, l'étudiant n'est pas intéressé par les services d'agence 4. le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas renvoyé le consentement pour la communication/ la référence, donc la référence n'a pas été faite 5. le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas donné leur consentement à la communication / référence 6. Le(s) parent(s)/ l'étudiant ont choisi de se référer à la DSRD (uniquement le DSRD) 7. Autres: _____ (documenter la raison)	Oui: Le consentement à la recommandation a été signé le _____ (date) et l'étudiant a été recommandé à DORS le _____ (date) Non: (les raisons) 1. <i>Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant</i> 2. L'étudiant n'est pas correct avec l'âge/ le grade fait allusion à la DSDR (uniquement le DSRD) 3. pour le moment, l'étudiant n'est pas intéressé par les services de la DSRD 4. le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas renvoyé le consentement pour la communication/ la référence, donc la référence n'a pas été faite 5 le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas donné leur consentement à la communication / référence. 6. Le(s) parent(s)/ l'étudiant ont choisi de se référer 7. Autres: _____ (documenter la raison)	Oui: C'Accord Signé pour inviter le représentant de l'agence à la réunion d'équipe signé le _____ (date) Non: (les raisons) 1. <i>Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant</i> 2. L'étudiant n'a pas l'âge/grade requis pour inviter le représentant de l'Agence (DORS, BHA, MDL seulement) 3. Parent(s)/ l'étudiant n'a pas renvoyé le consentement 4. Le(s) Parent(s)/l'étudiant n'ont pas donné leur consentement pour que le représentant de l'agence soit invité à la réunion 5. Autres: _____ (documenter la raison)	Oui: Rles représentants sont invités à la réunion d'équipe IEP et figure sur l'avis de convocation à la date du _____ (date) Non: le LSS n'a pas invité le représentant de l'agence N/A: (les raisons) 1. <i>Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant</i> 2. L'étudiant n'a pas l'âge/grade requis pour inviter le représentant de l'Agence (DORS, BHA, MDL seulement) 3. Le(s) Parent(s)/ l'étudiant n'a pas renvoyé le consentement 4. Le(s) Parent(s)/ l'étudiant ne veulent pas que le représentant de la DSDR soit invité à la réunion(DSDR) uniquement 5. Le(s) Parent(s)/l'étudiant n'ont pas donné leur consentement pour que le représentant de l'agence soit invité à la réunion 6. Autres: _____ (documenter la raison)

Discussion supplémentaire: _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

COMMUNICATION (obligatoire)

Est-ce que la communication de l'élève est affectée par son handicap ? OUI NON

(Si oui, décrivez brièvement comment les besoins en communication seront traités dans l'IEP.)

Est-ce que l'élève dispose d'un moyen fiable de communication symbolique (par exemple, la parole, le langage des signes, la suppléance à la communication) ? OUI NON

Si non, décrivez les objectifs, les services ou les autres mesures de soutien qui seront offerts pour développer une communication efficace.) _____

TECHNOLOGIE D'AIDE (TA) (obligatoire)

Indiquez l'(les) appareil(s) et le(s) service(s) TA nécessaires pour accroître, conserver ou améliorer les capacités fonctionnelles d'un élève avec handicap.

Décision(s)	Exige les (s) appareils AT	Exige les (s) services AT
<input type="radio"/> L'étudiant n'exige pas les appareils AT ou les services AT	Non	Non
<input type="radio"/> L'étudiant n'exige pas des appareils AT mais exige les services AT	Non	Oui Collecte des données supplémentaires qui nécessite des essais
<input type="radio"/> L'étudiant exige les appareils AT et exige les services AT	Oui	Oui Les services peuvent examiner le(s) dispositifs(s) requis ou la collecte des données supplémentaire qui nécessite des essais
<input type="radio"/> L'étudiant exige les appareils AT mais n'exige les services AT	Oui	Non

Document de base pour la/les décision(s) des appareils AT y compris la description de(s) appareil(s) : _____

Document de base pour la/les décision(s) des appareils AT y compris le(s) service(s) d'implémentation des essais : _____

SERVICE POUR LES ETUDIANTS QUI SONT AVEUGLES OU ONT UNE DEFICIENCE VISUELLE

L'élève est-il aveugle ou malvoyant ? OUI NON

Dans le cas d'un élève qui est aveugle ou a une déficience visuelle, l'enseignement sera fait en Braille à moins que l'équipe IEP détermine, après évaluation des médias de lecture et d'écriture que l'enseignement en Braille ne convient pas à cet élève.

Date d'évaluation en Braille : •• (JJ•MM•AAAA) Le programme en Braille est-il justifié ? OUI NON

Dans le cas d'un élève aveugle ou malvoyant, fournir les instructions ayant trait à l'Orientatation et à la mobilité (O&M) sauf si l'équipe IEP estime, après évaluation des besoins en termes de mobilité pour la future carrière de l'élève, que les instructions de type O&M ne sont pas nécessaires à l'élève.

Date d'évaluation O&M •• (JJ•MM•AAAA) Les instructions O&M sont-elles justifiées ? OUI NON

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Les parents ont-ils reçu des informations sur les Écoles pour aveugles du Maryland ? OUI NON

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

SERVICE POUR LES ETUDIANTS QUI SONT SOURDS OU ONT UNE DEFICIENCE AUDITIVE

L'élève est-il sourd ou malentendant ? OUI NonN

Dans le cas d'un élève qui est sourd ou a une déficience auditive, envisagez les besoins en langue ou communication, les occasions de communications directes, le niveau scolaire et la gamme complète de besoins, y compris l'enseignement dans la langue de l'élève et le mode de communication.

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Les parents ont-ils reçu des informations sur les Écoles pour sourds du Maryland ? OUI NonN

INTERVENTION COMPORTEMENTALE

Dans le cas d'un élève dont le comportement est un obstacle à son apprentissage ou à celui des autres, envisagez l'utilisation d'interventions comportementales positives et de l'assistance ainsi que toute stratégie capable de résoudre ce comportement.

Date de l'Évaluation comportementale fonctionnelle (FBA) Date d'évaluation : . .

Plan d'intervention comportementale (PIC) Date du PIC actuel: . .

Restrained

L'équipe IEP envisage-t-elle l'utilisation de la contention physique dans le cadre du IEP et/ou du BIP de l'élève ? OUI NON

L'équipe du IEP a-t-elle examiné les données disponibles pour identifier toute contre-indication à l'utilisation de la contention physique en fonction des antécédents médicaux ou des traumatismes antérieurs de l'élève, y compris la consultation de professionnels de la médecine ou de la santé mentale, le cas échéant ? _____

Identifier les interventions moins intrusives et non physiques qui seront utilisées pour répondre au comportement de l'élève jusqu'à ce que la contrainte physique soit utilisée dans une situation d'urgence. _____

L'équipe IEP de l'école recommande-t-elle l'inclusion de la contention physique dans le IEP et/ou le BIP de l'élève ? OUI NON

Le parent consent-il à l'utilisation de la contention dans le cadre du IEP et/ou du BIP de l'élève ?

OUI - Date du consentement écrit : . . NON - Date du refus écrit : . .

Aucune réponse reçue dans les 15 jours ouvrés à compter de la réunion de l'équipe IEP

Isolement - Un organisme public ne peut pas utiliser l'isolement comme intervention de santé comportementale pour un élève (2022 HB1255/SB0705).

L'équipe du IEP envisage-t-elle de recourir à l'isolement dans le cadre du IEP et/ou du BIP de l'élève ? OUI NON

L'équipe du IEP a-t-elle examiné les données disponibles pour identifier toute contre-indication à l'utilisation de l'isolement en fonction des antécédents médicaux ou des traumatismes antérieurs de l'élève, y compris la consultation de professionnels de la médecine ou de la santé mentale, le cas échéant ? _____

Identifier les interventions moins intrusives et non physiques qui seront utilisées pour répondre au comportement de l'élève jusqu'à ce que l'isolement soit utilisé dans une situation d'urgence. _____

L'équipe IEP de l'école recommande-t-elle l'inclusion de l'isolement dans le IEP et/ou le BIP de l'élève ? OUI NON

Le parent consent-il à l'utilisation de l'isolement dans le cadre du PEI et/ou du PIF de l'élève ?

OUI - Date du consentement écrit : . . NON - Date du refus écrit : . .

Aucune réponse reçue dans les 15 jours ouvrés à compter de la réunion de l'équipe IEP

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

SERVICE POUR LES ÉTUDIANTS APPRENANTS EN ANGLAIS

Dans le cas d'un étudiant apprenant en anglais, prendre en compte les besoins langagiers de l'étudiant comme des besoins inhérents au programme d'enseignement personnalisé (IEP)

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

CONSIDÉRATIONS ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX

pour TOUS les élèves, soit par le biais de la plateforme en ligne,	Instructions	PECM	HSA Gouvernement	HSA MISA	MISA (classe de 5ème, 8ème)	Alt-MISA (DLM)	Arts de la langue anglaise et Cartes d'apprentissage dynamiques des Mathématiques	ACCES aux ELLs (les apprenants de l'anglais)	École maternelle ACCESS pour ELL	AAIt--ACCESS pour ELL	NAEP
1b : Amplification audio	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1c : Signet (Indiquer les éléments à revoir)	oui	oui	oui	oui	oui						
1e : Feuilles de brouillon blanches	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1f : Éliminer le choix de réponse	oui	oui	oui	oui	oui						oui
1g : Directives de l'administration générale précisées	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1h : Directives de l'administration générale énoncées à haute voix et répétées si nécessaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1i : Outils de surlignage	oui	oui	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui	oui
1j : Écouteurs ou dispositifs de réduction du bruit	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1k : Outil de masque de lecteur de lignes	oui	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui	oui	oui
1l : Dispositif de grossissement ou d'agrandissement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1m : Bloc-Notes	oui	oui	oui	oui	oui			oui			
1n : Glossaire contextuel	oui	oui	oui	oui	oui						
1o : Rediriger l'étudiant	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1p : Vérification de l'orthographe ou appareils externes de vérification de l'orthographe	oui	oui	oui	oui	oui						
1t : Outils de rédaction ¹	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
1u : Organisateur graphique	oui										
1v : Matériel audio	oui										oui

Ceci reflète les fonctionnalités et les adaptations autorisées dans Nos programmes d'évaluation actuels. Veuillez consulter votre manuel d'administrateur d'évaluations pour obtenir les informations les plus récentes.

* Consulter les directives de l'évaluation spécifiques pour plus d'informations.

1t¹: Non disponible pour la partie orale

Documentez les raisons de la (les) décision :

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

CONSIDÉRATIONS ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX

CRITÈRES D'ACCESSIBILITÉ POUR TOUS LES ÉLÈVES (doivent être identifiés à l'avance et documentés dans le Dossier d'inscription de l'élève / présentant les besoins personnels de l'élève [SR/PNP]) Les critères d'accessibilité DOIVENT être utilisés lors des instructions afin de laisser suffisamment de temps à l'élève pour se familiariser avec les outils/appareils, le tout, de manière impartiale.	Instructions	PECM	HSA Gouvernement	HSA MISA	MISA (classe de 5ème, 8ème)	Alt-MISA (DLM)	Arts de la langue anglaise et Cartes d'apprentissage dyna-	ACCES aux ELLs (les apprenants de l'anglais)	École maternelle ACCESS pour ELL	AAIT--ACCESS pour ELL	NAEP
1a : Masquage des réponses	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
1d : Contraste des couleurs (couleur en arrière-plan / fond)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1q : L'étudiante ou l'étudiant lit le contenu à voix haute pour elle ou lui-même	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1r : Texte transformé en document oral pour les mathématiques, les sciences et les évaluations gouvernementales (le dossier SR / PNP de l'élève pour les mathématiques doit mentionner "Texte uniquement" ou "texte et inclusion d'images". L'ordre d'inclusion du texte définit les sections sélectionnées).	oui	oui*	oui*	oui*	oui*	oui	oui				oui
1s : Lecteur humain ou signataire humain pour certaines sections des évaluations en mathématiques, et science et les évaluations gouvernementales (Texte entier ou sections sélectionnées)	oui	oui*	oui*	oui*	oui*	oui	oui				oui
2a : Petit groupe	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2b : Heure de la journée	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2c : Lieu isolé ou différent	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2d : Zone ou cadre différent	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2e : Matériel de mobilier adapté ou spécialisé	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2f : Pauses fréquentes	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2g : Limiter les risques de distraction pour l'élève	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2h : Limiter les risques de distraction pour les autres	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2i : Changement de salle au sein de l'école	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2j : Changement de salle hors de l'école	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2k : Critère d'accessibilité unique	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Ceci reflète les fonctionnalités et les adaptations autorisées dans Nons programmes d'évaluation actuels. Veuillez consulter votre manuel d'administrateur d'évaluations pour obtenir les informations les plus récentes.

* Consulter les directives de l'évaluation spécifiques pour plus d'informations.

Documentez les raisons de la (les) décision :

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

(pour les élèves handicapés et dont les aménagements sont documentés dans un programme IEP ou 504 avant la date de l'évaluation ; et qui nécessitent la mise en place régulière de ces aménagements (avec de rares exceptions) dans le cadre des instructions et des évaluations organisées à l'échelle locale, à la fois avant et après l'évaluation).	Instructions	PECM	HSA Gouvernement	HSA MISA	MISA (classe de 5ème, 8ème)	Alt-MISA (DLM)	Arts de la langue anglaise et Cartes d'apprentissage dyna-	ACCES aux ELLs (les apprenants de l'anglais)	École maternelle ACCESS pour ELL	AAIt--ACCESS pour ELL	NAEP
3a : TechNonlogie d'assistance (Nonn - lecteur d'écran)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
3b : Version lecteur d'écran (pour un étudiant aveugle ou malvoyant).	oui	oui	oui	oui	oui						
3c : Afficheur Braille dynamique avec lecteur d'écran pour ELA / alphabétisation	oui	oui	oui	oui	oui						
3d : Copie papier en Braille	oui	oui	oui	oui	oui	oui*		oui			oui
3e : Graphiques tactiles	oui	oui	oui	oui	oui		oui				
3f : Impression grand format	oui	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui*	oui*	oui
3g : Support papier	oui	oui	oui	oui	oui		oui*	oui	oui	oui	oui
3h : Sous-titrage codé des passages multimédias	oui	oui	oui	oui	oui						oui
3i : Synthèse de la parole à partir du texte pour l'évaluation ELA / alphabétisation, _x000B_y compris les éléments, les options de réponse, et les passages ¹	oui	oui					oui				
3j : Vidéo ASL pour les évaluations ELA/alphabétisation ¹	oui	oui									
3k : Lecteur humain/signataire humain pour ELA ¹	oui	oui					oui*				
3l : Vidéo ASL pour l'évaluation des mathématiques, des sciences et du gouvernement	oui	oui	oui	oui	oui						
3m : Signataire humain pour les instructions d'évaluation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
3n : Lecteur humain, y compris le contrôle manuel de l'élément audio et répétition de l'élément audio (ACCÈS uniquement)	oui							oui			
3o : Notes et aperçus	oui										
3p : Assistance à l'analyse	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				
3q : Aménagements uniques de présentation	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Ceci reflète les fonctionnalités et les adaptations autorisées dans Nons programmes d'évaluation actuels. Veuillez consulter votre manuel d'administrateur d'évaluations pour obtenir les informations les plus récentes.

* Consulter les directives de l'évaluation spécifiques pour plus d'informations.

3i¹; 3j¹; 3k¹: Annexe D à remplir

Documentez les raisons de la (les) décision : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

AMÉNAGEMENTS DE RÉPONSE POUR LES ÉLÈVES HANDICAPÉS (pour les élèves handicapés et dont les aménagements sont documentés dans un programme IEP ou 504 avant la date de l'évaluation ; et qui nécessitent la mise en place régulière de ces aménagements (avec de rares exceptions) dans le cadre des instructions et des évaluations organisées à l'échelle locale, à la fois avant et après l'évaluation).	Instructions	PECM	HSA Gouvernement	HSA MISA	MISA (classe de 5ème, 8ème)	Alt-MISA (DLM)	Arts de la langue anglaise et Cartes d'apprentissage dynamiques des Mathématiques	ACCES aux ELLs (les apprenants de l'anglais)	École maternelle ACCESS pour ELL	AAIT--ACCESS pour ELL	NAEP
4a : TechNonlogie d'assistance	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
4b : Prise de Notes en Braille	oui	oui	oui	oui	oui			oui			oui*
4c : Machine à écrire le Braille	oui	oui	oui	oui	oui	oui*	oui*	oui			oui*
4d : Dispositif de calcul et outils mathématiques (pour les sections Calcul des évaluations en mathématiques)	oui	oui		oui	oui		oui*				oui
4e : Dispositif de calcul et outils mathématiques (pour les sections autres que Calcul des évaluations en mathématiques)	oui	oui		oui	oui	oui					
4f : Outil de reconnaissance de la parole pour certaines réponses de l'évaluation ELA/alphabétisation	oui	oui									
4g : Rédacteur humain pour certaines réponses de l'évaluation ELA/alphabétisation	oui	oui					oui				
4h : Signataire humain pour certaines réponses de l'évaluation ELA/alphabétisation	oui	oui					oui				
4i : Outil de techNonlogie assistée pour certaines réponses de l'évaluation ELA/alphabétisation	oui	oui					oui				
4j : Mathématiques, sciences, réponse du gouvernement transcripateur humain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
4k : Mathématiques, sciences, réponse du gouvernement transcripateur humain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
4l : Mathématiques, sciences, réponse du gouvernement signeur humain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
4m : Mathématiques, sciences, réponse du gouvernement appareil de techNonlogie d'assistance	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				oui
4n : ELA / L Réponse construite parole-texte	oui	oui					oui				oui
4o : ELA / L Réponse transcripateur humain	oui	oui					oui				oui
4p : ELA / L Réponse signeur humain	oui	oui					oui				oui
4q : ELA / L Réponse construite dispositif de techNonlogie d'assistance externe	oui	oui					oui				oui
4r : Supervision des réponses au test	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui*	oui*	oui*	oui
4s : Dispositif externe de prédiction des mots	oui	oui	oui	oui	oui						
4t : Réponses inscrites dans le livret d'évaluation	oui	oui	oui					oui	oui	oui	
4u : Appareil d'enregistrement ¹	oui							oui	oui	oui	
4v : Rédacteur ACCESS pour ELL	oui							oui	oui	oui	oui
4w : Aménagements uniques de réponse	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Ceci reflète les fonctionnalités et les adaptations autorisées dans Nons programmes d'évaluation actuels. Veuillez consulter votre manuel d'administrateur d'évaluations pour obtenir les informations les plus récentes.

* Consulter les directives de l'évaluation spécifiques pour plus d'informations.

4u¹: Disponible uniquement en lecture et écriture sur ACCESS For ELLs, Kindergarten ACCESS for ELLs, et Alt-ACCESS For ELLs

Documentez les raisons de la (les) décision :

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

<p>AMÉNAGEMENTS DE TEMPS POUR LES ÉLÈVES HANDICAPÉS (pour les élèves handicapés et dont les aménagements sont documentés dans un programme IEP ou 504 avant la date de l'évaluation ; et qui nécessitent la mise en place régulière de ces aménagements (avec de rares exceptions) dans le cadre des instructions et des évaluations organisées à l'échelle locale, à la fois avant et après l'évaluation).</p>	Instructions	PECM	HSA Gouvernement	HSA MISA	MISA (classe de 5ème, 8ème)	Alt-MISA (DLM)	Arts de la langue anglaise et Cartes d'apprentissage dyna-	ACCES aux ELLs (les apprenants de l'anglais)	École maternelle ACCESS pour ELL	AAIt--ACCESS pour ELL	NAEP
5a : Durée du test prolongée 1.5x <input type="radio"/> 2x Autre : _____	oui	oui	oui	oui	oui			oui*			oui
5b : Hébergement unique	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Ceci reflète les fonctionnalités et les adaptations autorisées dans Nons programmes d'évaluation actuels. Veuillez consulter votre manuel d'administrateur d'évaluations pour obtenir les informations les plus récentes.

* Consulter les directives de l'évaluation spécifiques pour plus d'informations.

Documentez les raisons de la (les) décision :

Planification de l'IEP pour les conditions d'urgence :

Les mesures d'adaptation en matière d'enseignement et d'évaluation peuvent-elles être mises en œuvre telles qu'elles sont écrites dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

OUI NON Si non, décrivez les changements nécessaires aux adaptations d'enseignement et d'évaluation existantes :

Des aménagements pour l'enseignement et les tests ont été envisagés. Il s'est avéré que de tels aménagements ne sont pas requis en ce moment.

Documentez les raisons de la (les) décision : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Soutien(s) pédagogique(s)

Nature du service		Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Principal ○ = Autre	
<input type="radio"/> Permettre l'utilisation de surligneurs pendant la formation et les devoirs <input type="radio"/> Autoriser l'utilisation de matériel de manipulation <input type="radio"/> Autoriser l'utilisation d'aide à l'organisation <input type="radio"/> Vérifier la compréhension <input type="radio"/> Feedback fréquent et/ou immédiat <input type="radio"/> Faire répéter et/ou paraphraser les informations à l'élève <input type="radio"/> Limiter le volume à copier du tableau <input type="radio"/> Contrôler le travail indépendant <input type="radio"/> Paraphraser les questions et l'instruction <input type="radio"/> Tutorat par les pairs/ dispositif de travail par paire	<input type="radio"/> Représenter l'emploi du temps <input type="radio"/> Donner aux élèves d'autres moyens de démontrer leur progrès <input type="radio"/> Aider l'organisation <input type="radio"/> Fournir du matériel/des manuels scolaires pour le travail à domicile <input type="radio"/> Fournir une liste de relecture <input type="radio"/> Donner à l'élève une copie des Notes de l'enseignant/des élèves <input type="radio"/> Répétition des instructions <input type="radio"/> Utilisation d'exercices à trous pour renforcer le vocabulaire et/ou en cas d'écriture prolongée <input type="radio"/> Autre : _____	Fréquence anticipée <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle <input type="radio"/> Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="checkbox"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="checkbox"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social de l'élève <input type="checkbox"/> Professeur d'éducation physique <input type="checkbox"/> Personnel des services de réhabilitation <input type="checkbox"/> Professeur d'enseignement général <input type="checkbox"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="checkbox"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="checkbox"/> Administration de la santé comportementale <input type="checkbox"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="checkbox"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="checkbox"/> Autre agence _____ <input type="checkbox"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="checkbox"/> Autre prestataire de service _____ <input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Équipe IEP <input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Pédagogique Auxiliaire <input type="checkbox"/> Physique Thérapeute <input type="checkbox"/> Professeur particulier <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation <input type="checkbox"/> Travailleur social scolaire <input type="checkbox"/> Ludothérapeute <input type="checkbox"/> Assistant en ergothérapie <input type="checkbox"/> Assistant de physiothérapie <input type="checkbox"/> Assistant d'orthophonie <input type="checkbox"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Nature du service	Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Principal ○ = Autre	
<input type="radio"/> Devoirs modifiés/changés <input type="radio"/> Diviser les devoirs en unités plus petites <input type="radio"/> Séparer le(s) textes en sous-chaînes <input type="radio"/> Supprimer si possible les informations superflues relatives aux devoirs et évaluation <input type="radio"/> Limiter le volume de lecture requis reading <input type="radio"/> Contenu modifié <input type="radio"/> Système de Nontation modifiée <input type="radio"/> Examens à livre ouvert <input type="radio"/> Examens ouverts <input type="radio"/> Réduire le Nonmbre de choix <input type="radio"/> de questions <input type="radio"/> Réduction de la longueur des examens <input type="radio"/> Supprimer si possible les questions « sauf » et « Nonn » <input type="radio"/> Revoir le format du test (par exemple, moins de questions « Remplacez les tirets par ») <input type="radio"/> Séparer si possible avec des puces les questions dans les longs paragraphes <input type="radio"/> Simplifier la structure des phrases, le vocabulaire et les illustrations dans les devoirs et les évaluations <input type="radio"/> Utiliser des images si possible pour rendre la lecture plus facile <input type="radio"/> Autre : _____	Fréquence anticipée <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle <input type="radio"/> Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____ <input type="radio"/> Infirmière	<input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire <input type="radio"/> Physique Thérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Nature du service	Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Principal ○ = Autre
<input type="radio"/> Soutien aux adultes <input type="radio"/> Préparation avancée aux changements d'emploi du temps <input type="radio"/> Formation à la maîtrise de la colère <input type="radio"/> Vérifier la compréhension <input type="radio"/> Intervention de crise <input type="radio"/> Encourager l'élève à demander de l'aide en cas de besoin <input type="radio"/> Encourager/renforcer un comportement approprié dans des environnements scolaires et Nonn scolaires <input type="radio"/> Contrôle de proximité/contact visuel fréquent <input type="radio"/> Rappel fréquent du règlement <input type="radio"/> Système de communication destiné à l'école à la maison <input type="radio"/> Mise en œuvre d'un contrat de comportement <input type="radio"/> Contrôle de l'utilisation de l'agenda et/ou du carnet scolaire <input type="radio"/> Changer les activités ou donner des occasions de se déplacer fréquemment <input type="radio"/> Prévoir des activités sensorielles et/ou de manipulation pour favoriser l'écoute et la concentration <input type="radio"/> Structurer le temps pour l'organisation des matières <input type="radio"/> Renforcer un comportement positif par la communication verbale/Nonn-verbale <input type="radio"/> Formation aux aptitudes sociales <input type="radio"/> Stratégies pour favoriser et maintenir l'attention <input type="radio"/> Utilisation de renforts positifs/concrets <input type="radio"/> Autre : _____	Fréquence anticipée <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle <input type="radio"/> Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="checkbox"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="checkbox"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social de l'élève <input type="checkbox"/> Professeur d'éducation physique <input type="checkbox"/> Personnel des services de réhabilitation <input type="checkbox"/> Professeur d'enseignement général <input type="checkbox"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="checkbox"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="checkbox"/> Administration de la santé comportementale <input type="checkbox"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="checkbox"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="checkbox"/> Autre agence _____ <input type="checkbox"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="checkbox"/> Autre prestataire de service _____ <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Équipe IEP <input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Pédagogique Auxiliaire <input type="checkbox"/> Physique Thérapeute <input type="checkbox"/> Professeur particulier <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation scolaire <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Ludothérapeute <input type="checkbox"/> Assistant en ergothérapie <input type="checkbox"/> Assistant de physiothérapie <input type="checkbox"/> Assistant d'orthophonie <input type="checkbox"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Nature du service	Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Principal ○ = Autre																																				
<input type="radio"/> Accès à l'ascenseur <input type="radio"/> Équipement adaptatif <input type="radio"/> Dispositifs adaptatifs d'alimentation <input type="radio"/> Réglages des sources sensorielles (comme, la lumière, le son) <input type="radio"/> Donner du temps supplémentaire pour les déplacements entre les classes <input type="radio"/> Aides environnementales (par exemple, l'acoustique de la salle de classe, le chauffage, la ventilation) <input type="radio"/> Emplacement privilégié du casier <input type="radio"/> Place privilégiée <input type="radio"/> Réduire les devoirs nécessitant du papier/un crayon <input type="radio"/> Régime sensoriel <input type="radio"/> Emploi du temps graphique <input type="radio"/> Autre : _____	Fréquence anticipée <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle <input type="radio"/> Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité</td> <td><input type="radio"/> Audiologiste</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Orthophoniste</td> <td><input type="radio"/> Psychologue</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants</td> <td><input type="radio"/> Équipe IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels</td> <td><input type="radio"/> Interprète</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ergothérapeute</td> <td><input type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Travailleur social de l'élève</td> <td><input type="radio"/> Physique Thérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professeur d'éducation physique</td> <td><input type="radio"/> Professeur particulier</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation</td> <td><input type="radio"/> Conseiller d'orientation</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professeur d'enseignement général</td> <td><input type="radio"/> Travailleur social scolaire</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation</td> <td><input type="radio"/> Ludothérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistant en ergothérapie</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administration de la santé comportementale</td> <td><input type="radio"/> Assistant de physiothérapie</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistant d'orthophonie</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Autre agence _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Autre prestataire de service _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Infirmière</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité	<input type="radio"/> Audiologiste	<input type="radio"/> Orthophoniste	<input type="radio"/> Psychologue	<input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants	<input type="radio"/> Équipe IEP	<input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels	<input type="radio"/> Interprète	<input type="radio"/> Ergothérapeute	<input type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire	<input type="radio"/> Travailleur social de l'élève	<input type="radio"/> Physique Thérapeute	<input type="radio"/> Professeur d'éducation physique	<input type="radio"/> Professeur particulier	<input type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation	<input type="radio"/> Conseiller d'orientation	<input type="radio"/> Professeur d'enseignement général	<input type="radio"/> Travailleur social scolaire	<input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation	<input type="radio"/> Ludothérapeute	<input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS)	<input type="radio"/> Assistant en ergothérapie	<input type="radio"/> Administration de la santé comportementale	<input type="radio"/> Assistant de physiothérapie	<input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA)	<input type="radio"/> Assistant d'orthophonie	<input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS)	<input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement	<input type="radio"/> Autre agence _____		<input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie		<input type="radio"/> Autre prestataire de service _____		<input type="radio"/> Infirmière	
<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité	<input type="radio"/> Audiologiste																																							
<input type="radio"/> Orthophoniste	<input type="radio"/> Psychologue																																							
<input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants	<input type="radio"/> Équipe IEP																																							
<input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels	<input type="radio"/> Interprète																																							
<input type="radio"/> Ergothérapeute	<input type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire																																							
<input type="radio"/> Travailleur social de l'élève	<input type="radio"/> Physique Thérapeute																																							
<input type="radio"/> Professeur d'éducation physique	<input type="radio"/> Professeur particulier																																							
<input type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation	<input type="radio"/> Conseiller d'orientation																																							
<input type="radio"/> Professeur d'enseignement général	<input type="radio"/> Travailleur social scolaire																																							
<input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation	<input type="radio"/> Ludothérapeute																																							
<input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS)	<input type="radio"/> Assistant en ergothérapie																																							
<input type="radio"/> Administration de la santé comportementale	<input type="radio"/> Assistant de physiothérapie																																							
<input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA)	<input type="radio"/> Assistant d'orthophonie																																							
<input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS)	<input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement																																							
<input type="radio"/> Autre agence _____																																								
<input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie																																								
<input type="radio"/> Autre prestataire de service _____																																								
<input type="radio"/> Infirmière																																								

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Nature du service	Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Principal ○ = Autre
<input type="radio"/> Consultation TA et/ou formation <input type="radio"/> Consultation d'un audiologiste <input type="radio"/> Consultation pour l'instruction en classe <input type="radio"/> Coordination des services de soutien pour la prévention et l'intervention dans les cas de crises <input type="radio"/> Prestataires d'activités Nonn scolaires/périscolaires <input type="radio"/> Consultation d'un ergothérapeute <input type="radio"/> Consultation relative à l'orientation et la mobilité <input type="radio"/> Consultation parentale <input type="radio"/> Consultation en éducation physique <input type="radio"/> Consultation d'un physiothérapeute <input type="radio"/> Consultation d'un psychologue <input type="radio"/> Consultation en santé scolaire <input type="radio"/> Consultation d'un travailleur social <input type="radio"/> Consultation d'un orthophoniste <input type="radio"/> Formation de personnel <input type="radio"/> Formation au voyage <input type="radio"/> Consultation de la vision <input type="radio"/> Autre : _____	Fréquence anticipée <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle <input type="radio"/> Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____ <input type="radio"/> Infirmière <input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire <input type="radio"/> Physique Thérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Identifiez le ou les domaines du PEI soutenus par la formation/consultation :

- But(s) et objectifs (interventions et stratégies fondées sur des preuves)
- Aménagements
- Aides, services, modifications de programme et soutiens supplémentaires
- Éducation spéciale/services connexes

Clarifier le(s) sujet(s), le(s) participant(s), le lieu et la manière : _____

Discussion à l'appui de la (des) décision(s) : _____

Planification du PEI pour les conditions d'urgence :

Les mesures d'adaptation en matière d'aides, de services, de modifications de programmes et soutiens supplémentaires peuvent-elles être mises en œuvre telles qu'elles sont écrites dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

OUI NON Si non, décrivez les changements nécessaires aux adaptations d'enseignement et d'évaluation existantes : _____

Des aides, services, modifications de programme et assistance supplémentaires ont été envisagés, mais aucun n'est requis en ce moment. OUI NonN

Discussion à l'appui de la (des) décision(s) : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

ANNÉE SCOLAIRE PROLONGÉE (ESY)

L'équipe IEP doit déterminer si un des facteurs ci-dessous compromettra de manière significative la capacité de l'élève à tirer quelque bénéfice de son programme pédagogique pendant l'année scolaire Nonrmale, et ce, sans recevoir de services ESY. Les services ESY permettent de fournir de manière individuelle orthopédagogie et services connexes au-delà de l'année scolaire Nonrmale de l'organisme public, conformément au IEP, et sans coût pour les parents.

Décision ESY différée

Si vous envisagez ESY, répondez OUI ou NON et documentez la décision :

1.

Le IEP de l'élève comprend-t-il dans ses objectifs des aptitudes fondamentales ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

1a. Existe-t-il une possibilité importante de perte d'aptitudes fondamentales en cas de pause scolaire Nonrmale et d'impossibilité de recouvrer ces aptitudes en un temps raisonnable ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

1b : L'élève démontre-t-il une certaine progression dans la maîtrise des objectifs IEP liés aux aptitudes fondamentales ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

2. Constate-t-on l'apparition de Nouvelles aptitudes ou tout du moins des occasions d'espérer ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

3. Existe-t-il des comportements iNonportuns significatifs ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

4. La nature et la sévérité de l'handicap justifient-ils ESY ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

5. Existent-ils d'autres circonstances spéciales exigeant ESY ? OUI NON

Documentez les raisons de la décision : _____

Après avoir pris en compte toutes les questions ci-dessus, les bénéfices du programme pédagogique reçus pendant l'année scolaire Nonrmale seront-ils compromis si l'élève se voit refuser ESY ? OUI, l'élève peut bénéficier du service ESY.

NON, l'élève ne peut bénéficier du service ESY.

Documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1 juillet 2023)

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

BUT

Cet objectif soutient-il un objectif de transition post-secondaire?

Si oui, identifiez-les : Emploi Éducation Formation Vie autonome

But: (prend en compte les conditions, le comportement, le calendrier, la méthode de mesure et les critères) : _____

Par : (JJ•MM•AAAA)

Méthode d'évaluation (Sélectionnez tout ce qui s'applique) : PROCÉDURES INFORMELLES - (Outil/méthode utilisé) EVALUATION BASEE SUR LA CLASSE - (Outil/méthode utilisé)

COMPTE-RENDU D'OBSERVATION EVALUATION NORMALISEE - (Outil/méthode utilisé) DOSSIER D'EVALUATION AUTRE _____

Critères (maîtrise et rétention) : Avec _____ % de précision % de diminution ___ sur ___ essais % d'augmentation Autre _____

But ESY ? OUI NON

Planification du PEI pour les conditions d'urgence : Cet objectif peut-il être mis en œuvre tel qu'il est écrit dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

OUI Non Si non, décrivez les modifications à apporter à cet objectif : _____

Objectif 1 : (prend en compte les conditions, le comportement, le calendrier, la méthode de mesure et les critères) Critères):

Objectif 3 (y compris les conditions, le comportement, le calendrier, la méthode de mesure et l'objectif Critères):

Objectif 2 : (prend en compte les conditions, le comportement, le calendrier, la méthode de mesure et les critères) Critères):

Objectif 4 : (prend en compte les conditions, le comportement, le calendrier, la méthode de mesure et les critères) Critères):

Progrès en vue du but	
Progrès Rapport 1 Date _____	Code de progrès : <input type="radio"/> Réalisé <input type="radio"/> Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Compétences Nouvellement introduit; progrès mesurables pas en ce moment <input type="radio"/> Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Pas encore introduit (l'équipe IEP doit se réunir pour discuter de l'insuffisance des progrès) Description du progrès : _____
Progrès Rapport 2 Date _____	Code de progrès : <input type="radio"/> Réalisé <input type="radio"/> Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Compétences Nouvellement introduit; progrès mesurables pas en ce moment <input type="radio"/> Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Pas encore introduit (l'équipe IEP doit se réunir pour discuter de l'insuffisance des progrès) Description du progrès : _____
Progrès Rapport 3 Date _____	Code de progrès : <input type="radio"/> Réalisé <input type="radio"/> Progrès suffisants pour atteindre l'objectif <input type="radio"/> Compétence nouvellement introduite ; les progrès ne sont pas mesurables pour l'instant <input type="radio"/> Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Pas encore introduit (l'équipe IEP doit se réunir pour discuter de l'insuffisance des progrès) Description du progrès : _____
Progrès Rapport 4 Date _____	Code de progrès : <input type="radio"/> Réalisé <input type="radio"/> Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Compétences Nouvellement introduit; progrès mesurables pas en ce moment <input type="radio"/> Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but <input type="radio"/> Pas encore introduit (l'équipe IEP doit se réunir pour discuter de l'insuffisance des progrès) Description du progrès : _____

Comment les parents vont-ils être Notifiés des progrès de l'élève en vue des buts IEP ? _____

Souvent ? HEBDOMADAIREMENT CHAQUE QUINZAINE MENSUELLEMENT INTERIM TRIMESTRIELLEMENT FIN DE PERIODE DE NOTATION AUTRE _____

PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1 juillet 2023)

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

SERVICES D'ORTHOPELAGOGIE

Nature des services		Lieu	Description des services			Date de début	Date de fin	Prestataire(s) ○ = Primaire, ○ = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Enseignement en classe (L'indication du Nombre de sessions d'enseignement en classe est facultative) <input type="radio"/> Éducation physique <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Formation au voyage	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="checkbox"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="checkbox"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social de l'élève <input type="checkbox"/> Professeur d'éducation physique <input type="checkbox"/> Personnel des services de rééducation <input type="checkbox"/> Professeur d'enseignement général <input type="checkbox"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="checkbox"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="checkbox"/> Administration de la santé comportementale <input type="checkbox"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="checkbox"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="checkbox"/> Autre agence _____ <input type="checkbox"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="checkbox"/> Autre prestataire de service _____	<input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Équipe IEP <input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Assistant d'enseignement <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Professeur particulier <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation <input type="checkbox"/> Travailleur social scolaire <input type="checkbox"/> Ludothérapeute <input type="checkbox"/> Assistant en ergothérapie <input type="checkbox"/> Assistant de physiothérapie <input type="checkbox"/> Assistant d'orthophonie <input type="checkbox"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____ H. _____ Min.	
Nature des services ESY		Lieu ESY	Description des services			Date de début ESY	Date de fin ESY	Prestataire(s) ○ = Primaire, ○ = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Enseignement en classe (L'indication du Nombre de sessions d'enseignement en classe est facultative) <input type="radio"/> Éducation physique <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Formation au voyage	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="checkbox"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="checkbox"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social de l'élève <input type="checkbox"/> Professeur d'éducation physique <input type="checkbox"/> Personnel des services de rééducation <input type="checkbox"/> Professeur d'enseignement général <input type="checkbox"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="checkbox"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="checkbox"/> Administration de la santé comportementale <input type="checkbox"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="checkbox"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="checkbox"/> Autre agence _____ <input type="checkbox"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="checkbox"/> Autre prestataire de service _____	<input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Équipe IEP <input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Assistant d'enseignement <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Professeur particulier <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation <input type="checkbox"/> Travailleur social scolaire <input type="checkbox"/> Ludothérapeute <input type="checkbox"/> Assistant en ergothérapie <input type="checkbox"/> Assistant de physiothérapie <input type="checkbox"/> Assistant d'orthophonie <input type="checkbox"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____ H. _____ Min.	

Discussion relative au(x) service(s) fourni(s) : _____

Planification du PEI pour les situations d'urgence : Ce service/service EJE peut-il être mis en œuvre tel qu'il est écrit dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

OUI NON Si non, décrivez les changements à apporter à ce service/service EJE : _____

PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1 juillet 2023)

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

SERVICES

SERVICES CONNEXES

Nature des services	Lieu	Description des services			Date de début	Date de fin	Prestataire(s) = Primaire, ○ = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Services audiologiques <input type="radio"/> Services psychologiques <input type="radio"/> Ergothérapie <input type="radio"/> Physiothérapie <input type="radio"/> Loisirs <input type="radio"/> Évaluation et identification précoces <input type="radio"/> Services d'orientation <input type="radio"/> Services de santé scolaire <input type="radio"/> Services de travail social <input type="radio"/> Formation et assistance aux parents <input type="radio"/> Aide à la réadaptation <input type="radio"/> Services de formation à l'orientation et à la mobilité <input type="radio"/> Services médicaux (DiagNonstic et évaluation) <input type="radio"/> Autres thérapies _____ <input type="radio"/> Services d'interprétation <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Services d'infirmierie	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle	JJ•MM•AAAA _____	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de rééducation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____ <input type="radio"/> Infirmière	<input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Assistant d'enseignement <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____H. _____Min.

Nature des services ESY	Lieu ESY	Description des services			Date de début ESY	Date de fin ESY	Prestataire(s) ○ = Primaire, ○ = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Services audiologiques <input type="radio"/> Services psychologiques <input type="radio"/> Ergothérapie <input type="radio"/> Physiothérapie <input type="radio"/> Loisirs <input type="radio"/> Évaluation et identification précoces <input type="radio"/> Services d'orientation <input type="radio"/> Services de santé scolaire <input type="radio"/> Services de travail social <input type="radio"/> Formation et assistance aux parents <input type="radio"/> Aide à la réadaptation <input type="radio"/> Services de formation à l'orientation et à la mobilité <input type="radio"/> Services médicaux (DiagNonstic et évaluation) <input type="radio"/> Autres thérapies _____ <input type="radio"/> Services d'interprétation <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Services d'infirmierie	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle Durée _____ semaines	JJ•MM•AAAA _____	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de rééducation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____ <input type="radio"/> Infirmière	<input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Assistant d'enseignement <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____H. _____Min.

Transport

Discussion des services de livraison incluant un descriptif des services de transport dans le cas où celui-ci serait fourni: _____

Planification du PEI pour les situations d'urgence : Ce service/service EJE peut-il être mis en œuvre tel qu'il est écrit dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?
 OUI NON Si non, décrivez les changements à apporter à ce service/service EJE : _____

PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1 juillet 2023)

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

SERVICES

SERVICES D'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE ET D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Nature des services	Lieu	Description des services			Date de début	Date de fin	Prestataire(s) <input type="radio"/> = Primaire, <input type="radio"/> = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Programme d'enseignement technique et d'orientation professionnelle avec services d'assistance <input type="radio"/> Évaluation professionnelle <input type="radio"/> Programme d'orthopédagogie avec objectifs préprofessionnels	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de rééducation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____	<input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Assistant d'enseignement <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____H. _____Min.
Nature des services ESY	Lieu ESY	Description des services			Date de début ESY	Date de fin ESY	Prestataire(s) <input type="radio"/> = Primaire, <input type="radio"/> = Autre		Résumé des services
<input type="radio"/> Programme d'enseignement technique et d'orientation professionnelle avec services d'assistance <input type="radio"/> Évaluation professionnelle <input type="radio"/> Programme d'orthopédagogie avec objectifs préprofessionnels	<input type="radio"/> Dans l'enseignement général <input type="radio"/> Hors de l'enseignement général	Nombre de sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Autre _____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence <input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Une fois uniquement <input type="radio"/> Trimestrielle <input type="radio"/> Biannuelle	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les Sourds et malentendants <input type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input type="radio"/> Personnel des services de rééducation <input type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input type="radio"/> Professeur de techNonlogie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration de la santé comportementale <input type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input type="radio"/> Autre agence _____ <input type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input type="radio"/> Autre prestataire de service _____	<input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Équipe IEP <input type="radio"/> Interprète <input type="radio"/> Assistant d'enseignement <input type="radio"/> Ergothérapeute <input type="radio"/> Professeur particulier <input type="radio"/> Conseiller d'orientation <input type="radio"/> Travailleur social scolaire <input type="radio"/> Ludothérapeute <input type="radio"/> Assistant en ergothérapie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle <input type="radio"/> annuelle _____H. _____Min.

Discussion relative au(x) service(s) fourni(s) : _____

Planification de l'IEP pour les conditions d'urgence : Ce service/service EJE peut-il être mis en œuvre tel qu'il est écrit dans des situations d'urgence entraînant la fermeture physique de l'école pendant 10 jours ou plus ?

OUI NON Si non, décrivez les changements à apporter à ce service/service EJE : _____

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

LEAST RESTRICTIVE ENVIRONMENT (LRE) DECISION MAKING & PLACEMENT SUMMARY

Un élève avec un handicap n'est pas retiré de l'enseignement général pour être placé dans un cadre d'enseignement adapté à son âge uniquement en raison de modifications nécessaires au cursus général.

Chaque organisme public doit veiller à ce que :

(i) Dans toute la mesure du possible, les enfants handicapés, y compris les enfants placés dans des institutions publiques ou privées ou dans d'autres établissements d'accueil, sont éduqués avec des enfants qui ne sont pas handicapés ; et

(ii) Les classes spéciales, la scolarisation séparée ou toute autre forme de retrait des enfants handicapés de l'environnement éducatif normal n'ont lieu que si la nature ou la gravité du handicap est telle que l'éducation dans les classes normales avec l'utilisation d'aides et de services supplémentaires ne peut pas être réalisée de manière satisfaisante.

34 CFR §300.114

Énumérer TOUTES les options de placement examinées par l'équipe d'IEP. _____

Indiquez l'option de placement choisie. _____

Indiquer l'environnement le moins restrictif sélectionné.

Placement dans l'enseignement spécial (âge préscolaire 3-5 ans) :

SUIVRE RÉGULIÈREMENT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION PRÉCOCE PENDANT AU MOINS 10 HEURES PAR SEMAINE ET ASSISTER À LA PLUPART DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX AU SEIN DE CET ORGANISME

SUIVRE RÉGULIÈREMENT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION PRÉCOCE PENDANT AU MOINS 10 HEURES PAR SEMAINE ET ASSISTER À LA PLUPART DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX AU SEIN D'UN AUTRE ORGANISME

SUIVRE RÉGULIÈREMENT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION PRÉCOCE PENDANT AU MOINS 10 HEURES PAR SEMAINE ET ASSISTER À LA PLUPART DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX AU SEIN DE CET ORGANISME

SUIVRE RÉGULIÈREMENT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION PRÉCOCE PENDANT AU MOINS 10 HEURES PAR SEMAINE ET ASSISTER À LA PLUPART DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX AU SEIN D'UN AUTRE ORGANISME

ADRESSE DU PRESTATAIRE DE SERVICES

COURS SÉPARÉS

COURS SÉPARÉS EN EXTERNAT PRIVÉ

ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PRIVÉ

DOMICILE

COURS SÉPARÉS EN EXTERNAT PUBLIC

ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PUBLIC

Stage d'éducation spéciale (âge scolaire K-21) :

{ Durée totale de la semaine scolaire : ____H. ____Minutes/semaine } - { Durée totale en dehors de l'enseignement général : ____H. ____Minutes/semaine } = { Durée totale dans l'enseignement général ____H. ____Minutes/semaine }

DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (80 % ou plus)

EXTERNAT PUBLIC SÉPARÉ

ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PRIVÉ

PLACÉ(E) PAR LES PARENTS DANS UNE

DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (40 à 79 %)

EXTERNAT PRIVÉ SÉPARÉ

CONFINÉ(E) CHEZ SOI/HÔPITAL

ÉCOLE PRIVÉE

DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (moins de 40 %)

ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PUBLIC

ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

Moyenne ____%/jour

Documenter la base de la détermination de la LRE et, si l'enfant est retiré du programme régulier pour la petite enfance/de l'environnement d'enseignement général, expliquer les raisons pour lesquelles les services ne peuvent pas être fournis dans ce cadre avec l'utilisation d'aides et de services supplémentaires. _____

Indiquer les heures/activités spécifiques auxquelles l'élève ne participera pas avec des pairs non handicapés à des activités académiques, non académiques et parascolaires ou cliquer sur NA s'il participe à 100 % de la journée.

NA (participe à 100 % de la journée) _____

Le choix de LRE peut-il comporter des conséquences nuisibles pour l'élève ou avoir des effets négatifs sur la qualité des services dont il a besoin ? OUI NON

Si oui, veuillez expliquer: _____

Les services existent-ils dans l'école du domicile de l'élève (L'école que fréquenterait l'élève s'il n'était pas handicapé) ? OUI NON

Prise en compte des besoins en transport :

L'organisme public veille à ce que la décision de placement scolaire d'un élève handicapé soit aussi proche que possible de son domicile. COMAR 13a.05.01.10C(1)a)(v)

Est-ce que l'élève a besoin d'un transport spécial ? OUI NON Si oui expliquez et tenez compte du temps et de la distance nécessaires au déplacement : _____

Est-il nécessaire de disposer d'un équipement spécialisé pour aider l'élève pendant le transport ? OUI NON Si oui, veuillez expliquer : _____

L'élève a-t-il besoin de personnel à l'aider pendant le transport ? OUI NON Si oui, veuillez expliquer : _____

D'autres mesures de soutien sont-ils nécessaires pour aider l'élève pendant le transport ? OUI NON Si oui, veuillez expliquer : _____

Comté de résidence SSIS _____

École de résidence SSIS _____

Comté de service SSIS _____

École de service SSIS _____

PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1 juillet 2023)

Page 35

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

LEAST RESTRICTIVE ENVIRONMENT (LRE) DECISION MAKING & PLACEMENT SUMMARY

Un élève avec un handicap n'est pas retiré de l'enseignement général pour être placé dans un cadre d'enseignement adapté à son âge uniquement en raison de modifications nécessaires au cursus général.

Chaque organisme public doit veiller à ce que :

(i) Dans toute la mesure du possible, les enfants handicapés, y compris les enfants placés dans des institutions publiques ou privées ou dans d'autres établissements d'accueil, sont éduqués avec des enfants qui ne sont pas handicapés ; et

(ii) Les classes spéciales, la scolarisation séparée ou toute autre forme de retrait des enfants handicapés de l'environnement éducatif normal n'ont lieu que si la nature ou la gravité du handicap est telle que l'éducation dans les classes normales avec l'utilisation d'aides et de services supplémentaires ne peut pas être réalisée de manière satisfaisante.

34 CFR §300.114

CODES D'ADMISSIBILITE POUR LE DENOMBREMENT DES ELEVES

- (1) Élève admissible avec un handicap placé dans une école publique ou Nonn publique par l'organisme public recevant FAPE.
- (2) Élève admissible avec un handicap placé par ses parents dans une école privé et qui bénéficie d'orthopédagogie et/ou d'un service connexe par le biais d'un régime de convention de l'organisme public.
- (3) Élève admissible avec un handicap placé par ses parents dans une école privé et NE bénéficiant d'aucun service de l'organisme public.
- (4) Élève admissible d'école publique avec un handicap ne recevant aucun service en raison du refus initial par les parents de services.
- (6) Élève admissible avec un handicap avant l'âge de 3 ans. Consentement des parents - Continuation des services d'intervention précoce via un IFSP.

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AUTHORIZATION(S)

CONSENTEMENT POUR L'INITIATION DES SERVICES (IEP initial uniquement)

J'ai reçu un exemplaire du rapport d'évaluation m'informant par écrit des raisons de cette démarche..

L'orthopédagogie et les services connexes seront dispensés de la manière décrite dans le IEP. Je comprends que le IEP sera réexaminé périodiquement et, en tout état de cause, au moins une fois par an.

Je comprends qu'aucun dossier ne sera communiqué sans mon accord écrit et signé conformément aux dispositions de la « Family Education Rights and Privacy Act » (FERPA). Cette loi permet de communiquer les dossiers scolaires à une école publique ou à un organisme d'éducation.

Je comprends que mon consentement est volontaire, et que je peux le révoquer à tout moment. En cas de révocation, la rétroactivité ne joue pas. Si je révoque mon consentement par écrit, pour que mon enfant cesse de recevoir des services d'orthopédagogie après que ces services et tout service connexe aient été dispensés initialement, l'organisme public n'est pas requis de supprimer des dossiers scolaires de mon enfant toute référence à la fourniture desdits services d'orthopédagogie et des services connexes suite à ma révocation.

Je comprends que l'organisme public soumettra des informations qui seront utilisées dans le système informatique des services spécialisés. Ce système sera utilisé par MSDE et d'autres organismes de l'état, pour obtenir le financement de programmes et assurer les droits de mon enfant à toute évaluation nécessaire.

J'ai été informé de la (des) décisions(s) de l'équipe IEP en ma langue d'origine ou au moyen de tout autre mode approprié de communication.

J'ai été informé de mes droits stipulés dans le document Garanties juridictionnelles des droits parentaux, que j'ai reçu.

Je consens au démarrage des services d'orthopédagogie et aux services connexes pour mon enfant, tels qu'indiqués dans le IEP de mon enfant.

Signature des parents :

Date:

Nom :

Agence :

Date de la réunion de l'équipe IEP : / /

AIDE MEDICALE (MA)

Un consentement parental doit être reçu avant que l'organisme fournisseur puisse divulguer, à des fins de facturation, des informations personnellement identifiables de l'enfant au Département de santé du Maryland (MDH), à l'agence d'État responsable de l'administration du programme d'aide médicale, conformément aux dispositions de la Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) et la Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). En fournissant votre consentement, vous comprenez et acceptez par écrit que l'organisme public peut accéder au plan Medicaid de votre enfant à couvrir les coûts des services fournis à votre enfant.

Afin de fournir une éducation publique gratuite (FAPE) à votre enfant, l'organisme fournisseur ne peut pas :

- Exiger que vous fassiez une demande ou que vous vous inscriviez à l'aide médicale de l'État afin que votre enfant reçoive FAPE sous IDEA,
- Vous contraindre à engager des frais comme le paiement d'une franchise ou d'une participation aux coûts encouru en déposant une réclamation pour services rendus,
- Utiliser les prestations de votre enfant recevant de l'aide médicale si cette utilisation :
 - o a pour effet une diminution de la protection à vie disponible ou toute autre indemnité;
 - o a pour effet que votre famille doive payer pour des services qui seraient si Nonn couverts par l'aide médicale et qui sont requis pour votre enfant en dehors du temps où votre enfant se trouve à l'école;
 - o a pour effet d'augmenter les primes ou d'interrompre les prestations ou l'assurance ou
 - o risquerait d'entraîner une perte de l'admissibilité à des dispenses fondées sur le foyer et la collectivité basée sur un ensemble de dépenses liées à la santé.

Vous avez en tout temps le droit de révoquer votre consentement de divulguer des informations personnellement identifiables au programme d'aide médicale de l'État.

Si vous révoquez votre consentement pour l'organisme fournisseur de divulguer les informations personnellement identifiables de votre enfant, cela ne dégage pas l'organisme fournisseur de ses responsabilités d'assurer que tous les services requis soient fournis à votre enfant sans frais pour vous.

L'élève peut-il bénéficier de la MA ? Oui Non Numéro MA _____

Je consens à la Coordination des services pour enfants handicapés et consens également à ce que le(s) coordinateur(s) identifié(s) dans ce IEP soient Nonmmé(s) coordinateur(s) de service MA. (COMAR 10.09.52)

Je comprends que je suis libre de choisir un coordinateur de services MA pour mon enfant. A présent, j'accepte le(s) coordinateur(s) de service suivant(s).

Nom du coordinateur de service MA : _____

Nom du coordinateur de service MA : _____

Je comprends que si je souhaite par la suite changer de coordinateur de service MA, je peux appeler l'école pour faire la modification.

Je comprends que le but de ce service est d'aider à obtenir l'accès aux services médicaux, sociaux, éducatifs, et autres services nécessaires.

Je consens à ce que l'organisme fournisseur divulgue les informations personnellement identifiables à mon enfant au programme d'aide médicale de l'État afin d'accéder aux prestations d'aide médicale.

Je donne permission à l'organisme prestataire de recouvrer auprès de Medicaid les frais imputables pour coordination de services, ainsi que pour tout service de santé, liée à la mise-en-œuvre des buts listés dans le IEP de mon enfant.

Je comprends que même si je refuse à l'organisme prestataire d'accéder aux fonds MA, celle-ci n'est pas libérée de sa responsabilité de s'assurer que tous les services requis sont dispensés à mon enfant sans frais pour les parents.

Je comprends que ce service ne restreint pas ou n'affecte pas le droit de mon enfant à d'autres bénéfices MA. Je comprends également que mon enfant puisse ne pas recevoir un type similaire de gestion de cas dans le cadre de MA s'il/elle remplit les conditions à plus d'un type.

Signature des parents :

Date:
