

Nom : _____ Agence : _____ Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ELEVE ET A L'ECOLE

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 FEMININ

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

Élève ayant une connaissance limitée de l'anglais OUI NON
 Langue d'origine de l'élève : _____
 Comté de résidence : _____
 École du lieu de résidence : _____
 Comté des services : _____
 École des services : _____
 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 personnel : () - 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 personnel : () - 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 des explications écrites et verbales sur leurs droits et responsabilités en tant que parents dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure de l'équipe de l'IEP.
 Les parents ont reçu des explications écrites et verbales sur l'accès aux services de réadaptation, dont une copie du Guide « Parents » relatif aux services de réadaptation élaboré par l'administration des assurances du Maryland.

Date de révision annuelle prévue : _____
 Date d'évaluation la plus récente : _____
 Date d'évaluation prévue : _____
 Handicap principal : _____
 Zones affectées par l'handicap : _____

RENSEIGNEMENTS DE SORTIE

Date de sortie : • • (JJ•MM•AAAA)
 Catégorie de sortie : A- Renvoyé en enseignement général 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 déménagé, mais continue G- Abandon H- Cas spécial I- Les parents ne consentent plus aux services

COMPOSITION DE L'EQUIPE IEP

Responsable du cas IEP : _____ Directeur/personne désignée : _____ Psychologue de l'école : _____ Représentant de l'organisme : _____
 Animateur IEP : _____ Éducateur général : _____ Travailleur social : _____ Autres participants : _____
 Parent/tuteur : _____ Éducateur spécial : _____ Orthophoniste : _____ Autres participants : _____
 Parent/tuteur : _____ Conseiller d'orientation : _____ Élève : _____ Autres participants : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

DONNEES D'ÉVALUATION INITIALE DE L'ADMISSIBILITE (requis uniquement en cas d'évaluation initiale de l'élève pour déterminer l'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) Un manque d'instruction en lecture, y compris ses éléments essentiels ? OUI NON
 b) Un manque d'instruction en maths ? OUI NON
 c) Une connaissance limitée de l'anglais ? OUI NON

(Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus, l'élève doit satisfaire aux critères d'admissibilité des élèves 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)

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

Indiquez l'handicap principal

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISME | <input type="radio"/> RETARD DANS LE DEVELOPPEMENT | <input type="radio"/> HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="radio"/> TROUBLE D'APPRENTISSAGE PARTICULIER | <input type="radio"/> DEFICIENCE VISUELLE |
| <input type="radio"/> SOURD | <input type="radio"/> HANDICAP AFFECTIF | <input type="radio"/> HANDICAP ORTHOPÉDIQUE | <input type="radio"/> TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE | <input type="radio"/> INFIRMITES MULTIPLES |
| <input type="radio"/> SOURD-AVEUGLE | <input type="radio"/> ALTERATION AUDITIVE | <input type="radio"/> AUTRE PROBLEME DE SANTE | <input type="radio"/> LESION CEREBRALE TRAUMATIQUE | <input type="radio"/> Cognitives (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorielles (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Physiques (précisez) _____ |

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

Date du consentement des parents pour l'évaluation initiale :

 (JJ•MM•AAAA)

Date de l'évaluation initiale :

 (JJ•MM•AAAA)

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

Fermeture de l'installation/de l'école

Mauvais temps

Autre:

- Staffing issues Erreur dans les documents
 Résultats des tests peu concluants
 Autre, veuillez préciser: _____

prolonger l'intervalle de temps

Date du consentement des parents - Continuation des services d'intervention précoce par un IFSP dès 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 PEP ont convenu par accord écrit de prolonger l'intervalle de temps

Fermeture de l'installation/de l'école

Mauvais temps

Autre:

- Staffing issues Erreur dans les documents
 Résultats des tests peu concluants
 Autre, veuillez préciser: _____

Si les parents ne répondent pas ou refusent de consentir à la disposition initiale sur l'orthopédagogie et les services connexes, l'organisme public ne fournira pas ladite orthopédagogie et lesdits services connexes à l'élève et ne pourra pas être considérée en violation de l'obligation de mettre FAPE à disposition conformément à 34 CFR Section 300.

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

Admissibilité initiale (élève âgé de 3 à 21 ans)

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

Indiquez l'handicap principal

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISME | <input type="radio"/> RETARD DANS LE DEVELOPPEMENT | <input type="radio"/> HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="radio"/> TROUBLE D'APPRENTISSAGE PARTICULIER | <input type="radio"/> DEFICIENCE VISUELLE |
| <input type="radio"/> SOURD | <input type="radio"/> HANDICAP AFFECTIF | <input type="radio"/> HANDICAP ORTHOPEDIQUE | <input type="radio"/> TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE | <input type="radio"/> INFIRMITES MULTIPLES |
| <input type="radio"/> SOURD-AVEUGLE | <input type="radio"/> ALTERATION AUDITIVE | <input type="radio"/> AUTRE PROBLEME DE SANTE | <input type="radio"/> LESION CEREBRALE TRAUMATIQUE | <input type="radio"/> Cognitives (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorielles (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Physiques (précisez) _____ |

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

Date du consentement des parents pour l'évaluation initiale : • • (JJ•MM•AAAA)

Date de l'évaluation initiale : _____ (JJ•MM•AAAA)

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
- L'élève a été inscrit après le début de la période de 60 jours et avant détermination par LSS. LSS a progressé suffisamment pour achever l'évaluation et les parents et LSS se sont mis d'accord sur un délai pour achever l'évaluation (Toutes les conditions doivent être satisfaites)
- Les parents ont demandé un délai- Les parent 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:

- Erreur dans les documents
- Résultats des tests peu concluants
- Autre, veuillez préciser: _____
- Enfant non disponible (pas la faute des parents)/refus de l'enfant
- Problèmes de personnel

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 a été avisé de la 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'ADMISSIBILITE (requisés 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

Admissible en tant qu'élève avec un handicap Oui Non

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

Indiquez l'handicap principal

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISME | <input type="radio"/> RETARD DANS LE DEVELOPPEMENT | <input type="radio"/> HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="radio"/> TROUBLE D'APPRENTISSAGE PARTICULIER | <input type="radio"/> DEFICIENCE VISUELLE |
| <input type="radio"/> SOURD | <input type="radio"/> HANDICAP AFFECTIF | <input type="radio"/> HANDICAP ORTHOPEDIQUE | <input type="radio"/> TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE | <input type="radio"/> INFIRMITES MULTIPLES |
| <input type="radio"/> SOURD-AVEUGLE | <input type="radio"/> ALTERATION AUDITIVE | <input type="radio"/> AUTRE PROBLEME DE SANTE | <input type="radio"/> LESION CEREBRALE TRAUMATIQUE | <input type="radio"/> Cognitives (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorielles (précisez) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Physiques (précisez) _____ |

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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

Critères d'attribution des diplômes expliqués aux parents OUI NON

Les 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 : _____

PROGRAMME RELATIF À LA PARTICIPATION AUX ÉVALUATIONS À EFFECTUER AU COURS DE LA FORMATION IEP* EN COURS

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

L'élève participera à une **évaluation annexe** basée sur des critères éducatifs annexes dans le cadre d'une évaluation en •Lecture •Mathématiques •Science (Classes 5, 8, 10, uniquement) OUI NON

L'élève participera à l'**Évaluation scolaire du Maryland (MSA)** conforme aux critères de réussite scolaire associé à la classe évaluée - Science (Classes 5 et 8) OUI NON

L'élève participera à l'**Évaluation des études secondaires du Maryland (HSA)** associée à la formation évaluée - Biologie OUI NON Gouvernement OUI NON

L'élève participera aux **Évaluations PARCC** des classes de 3 à 8 - Langue et Littérature anglaises OUI NON Mathématiques OUI NON

L'élève participera aux **Évaluations PARCC** des écoles secondaires - Langue anglaise Art/Littérature OUI NON Algèbre I OUI NON Géométrie OUI NON Algèbre II OUI NON

Documents de base relatifs aux décisions d'évaluation : _____

*** 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 :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

PRÉSENTATION DES CONNAISSANCES EN LANGUE ANGLAISE

L'élève éprouve-t-il des difficultés en anglais ? OUI NON

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

Date d'évaluation .. (MM•JJ•AAAA) Niveau de connaissance global _____

DE BASE EN COURS D'APPRENTISSAGE EN DÉVELOPPEMENT EN PROGRÈS SATISFAISANT BON

OU

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 INTERMÉDIAIRE DE BASE EN COURS D'APPRENTISSAGE

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS À L'ÉCHELLE DE L'ÉTAT

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

EN COURS D'APPRENTISSAGE EN COURS D'ACQUISITION ACQUIS

Quel était le niveau de performance de l'étudiant lors de l'évaluation annexe en .. ?

Quels étaient les résultats de l'élève, le cas échéant, lors de l'évaluation HSA le .. ?

		Niveaux de connaissance actuels				
MSAA	Grille de notation	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Langue anglaise Lettres		<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Tous les MSA	% des objectifs principaux	Niveau de base	Niveau intermédiaire	Niveau avancé		
Science (niveaux 5, 8, 10 uniquement)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Quels étaient les résultats de l'élève lors de l'évaluation aux niveaux 3 à 8 le

.. ?

		Grille de notation actuelle		Grille de notation de l'année précédente		Niveaux de connaissance actuels				
PARCC	Niveau	Grille de notation	Niveau	Grille de notation	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
Langue anglaise Lettres/Littérature					<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	
Algèbre 1 le cas échéant					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
MSA	Niveau	Grille de notation	Niveau	Grille de notation	Niveau de base	Niveau intermédiaire	Niveau avancé			
Science (classes 5, 8 uniquement)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Évaluations HSA	Score de assage	1er score de l'élève	2e score de l'élève	Score le plus élevé de ève	Obtient la moyenne	Participant au plan Bridge	Évaluation de substitution
Algèbre/Analyse de données <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Biologie <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Anglais <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Sciences politiques <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Score combiné avec le gouvernement	1602				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Score combiné sans le gouvernement	1208				<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N

Quels étaient les résultats de l'élève au PARCC (High School Partnership to Assess the Readiness for College and Careers) le

.. ?

PARCC	Score actualisé sur	Score précédent sur	Niveaux de connaissance actuels					Obtient la moyenne	Participant au plan Bridge	Évaluation de substitution
			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5			
langue anglaise / alphabétisation			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Algèbre 1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Géométrie			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Algèbre II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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) : _____

Présentation des conclusions des évaluations (dont les dates d'administration) : _____

Niveau de performance éducative et fonctionnelle : (prise en compte du système scolaire privé, étatique et local et des évaluations réalisées en classe, le cas échéant). _____

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

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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 : _____

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

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

SANTE _____

Source(s) : _____

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

Niveau des résultats : _____

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

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

PHYSIQUE _____

Source(s) : _____

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

Niveau des résultats : _____

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

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

COMPORTEMENT _____

Source(s) : _____

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

Niveau des résultats : _____

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

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

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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 émotionnelles positives et sociales ; (2) acquisition et utilisation des connaissances et compétences ; et (3) mise en place des actions appropriées 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> <ul style="list-style-type: none"> <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. <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> n'utilise pas encore les compétences attendues à son âge. L'enfant utilise néanmoins plusieurs compétences fonctionnelles et immédiates importantes dans ce domaine. <input type="radio"/> montre certaines compétences fonctionnelles émergentes et immédiates, aidant l'enfant à développer les compétences adaptées à son âge dans ce domaine. <input type="radio"/> 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>Présentation des résultats de l'enfant : <input type="radio"/> Prise en charge <input type="radio"/> Provisoire <input type="radio"/> Exclusion</p> <p>Date d'analyse des résultats _____</p> <p>Sources : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sans l'intervention des parents</p>
<p>DÉVELOPPEMENT POSITIF DE COMPÉTENCES SOCIALES ET ÉMOTIONNELLES</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 note dans la liste ci-dessous :</i></p> <p>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></p> <p>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 ?</p> <p><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 note dans la liste ci-dessous :</i></p> <p>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></p> <p>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 ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS APPROPRIÉES POUR RÉPONDRE AUX 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 dont il a besoin • Demande de l'aide, le cas échéant • Se déplacer pour prendre les choses 			<p><i>Veillez choisir une note dans la liste ci-dessous :</i></p> <p>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></p> <p>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 ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

ÂGE SCOLAIRE - NIVEAU ACTUEL DE PERFORMANCES ÉDUCATIVES ET FONCTIONNELLES

Que pensent les parents du programme pédagogique de l'élève ?

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 :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

COMMUNICATION (obligatoire)

L'élève a-t-il des besoins spéciaux en communication ? OUI NON _____
(Si oui, indiquez quels sont les besoins spéciaux.) _____

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.

L'élève a-t-il besoin d'*appareil(s)* TA ? OUI NON

L'élève a besoin de *service(s)* TA OUI NON

Si oui, les besoins en *appareil(s)* TA seront pris en charge par :

- Aides, services, modifications de programme et assistance supplémentaires
- Aménagements spéciaux pour l'enseignement et les tests

Si oui, les besoins en *service(s)* TA seront pris en charge par :

- Aides, services, modifications de programme et assistance supplémentaires
- Services connexes
- Aménagements spéciaux pour l'enseignement et les tests

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

SERVICE POUR LES ÉTUDIANTS QUI SONT AVEUGLES OU ONT UNE DÉFICIENCE VISUELLE

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.

L'enseignement en Braille est-il envisagé ? OUI NON

Date d'évaluation : •• (JJ•MM•AAAA)

L'enseignement en Braille est-il approprié ? OUI NON

Les parents ont-ils été informés de l'existence de l'École du Maryland pour les aveugles OUI NON

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

SERVICE POUR LES ÉTUDIANTS QUI SONT SOURDS OU ONT UNE DÉFICIENCE AUDITIVE

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.

Les parents ont-ils été informés de l'existence de l'École du Maryland pour les sourds OUI NON

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

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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) • •

L'élève requiert-il un Plan d'intervention comportementale (BIP) ? OUI NON

Plan d'intervention comportementale Date de mise en œuvre : • •

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

SERVICE POUR LES ÉLÈVES AYANT UNE CONNAISSANCE LIMITÉE DE L'ANGLAIS

Dans le cas d'un élève ayant une connaissance limitée de l'anglais, envisagez les besoins linguistiques de l'élève dans la mesure où ceux-ci ont une incidence sur le IEP de l'élève.

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

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX POUR L'ENSEIGNEMENT ET LES TESTS

(Pour des informations concernant l'utilisation d'accommodations spécifiques pour les tests en ligne, veuillez consulter la Section 5 du Manuel des accommodations du Maryland, numéro ID 201206.)

1. PRESENTATION ACCOMMODATIONS: ('I' covers all instruction/intervention including Bridge Plan)

Aménagements pour les présentations visuelles	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et l'évaluation
1-A : Gros caractères	I, A
1-B : Dispositifs d'agrandissement	I, A
1-C : Interprétation/Translittération pour les sourds et les malentendants	I, A
Aménagements pour les présentations tactiles	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et l'évaluation
1-D : Braille	I, A
1-E : Graphiques tactiles	I, A ¹
Aménagements pour les présentations auditives	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et l'évaluation
1-F : Lecteur humain ou enregistrement audio pour lecture mot à mot du test complet	I, A ²
1-G : Lecteur humain ou enregistrement audio de certaines parties du test	I, A ^{2, 4}
1-H : Dispositifs d'amplification audio	I, S/O
1-J : Matériel audio	I, A
Aménagements pour présentations multisensorielles	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et l'évaluation
1-K : Vidéo descriptive/sous-titrée	I, S/O
1-L : Lecteur d'écran pour la lecture mot à mot du test complet	I, A ³
1-M : Lecteur d'écran pour certaines parties du test	I, S/O ⁴
1-N : Logiciel de lecteur d'écran	I, S/O
1-O : Repères visuels	I, A
1-P : Notes et grandes lignes	I, S/O
Autres aménagements pour les présentations	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et l'évaluation
1-Q : Unique	Déterminé au cas par cas en consultation avec MSDE

Document basis for decision:

¹ Pour les évaluations de l'État, les graphiques tactiles sont fournis avec les tests en braille.

² L'utilisation d'un dispositif de lecture mot à mot est autorisée pour toutes les évaluations, en tant qu'aménagement standard, sauf l'évaluation des écoles du Maryland (MSA) en lecture, 3e année UNIQUEMENT, qui évalue la capacité d'un(e) élève à décoder le langage imprimé. Les élèves de 3e année bénéficiant de cet aménagement pour l'évaluation seront notés en fonction des normes 2 et 3 (compréhension de textes de lecture à caractère littéraire et informationnel), mais ne seront pas notés pour la norme 1, processus de lecture générale.

³ Tout lecteur d'écran peut être utilisé pour l'enseignement, mais seul le lecteur d'écran actuellement accepté pour les évaluations par l'État est l'interface Kurzweil™ 3000.

⁴ Veuillez noter que le lecteur humain et le dispositif de synthèse vocale ne sont pas autorisés pour les Sections choisies lors des évaluations PARCC.

Documentez les raisons de la décision :

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX POUR L'ENSEIGNEMENT ET LES TESTS

(Pour des informations concernant l'utilisation d'accommodations spécifiques pour les tests en ligne, veuillez consulter la Section 5 du Manuel des accommodations du Maryland, numéro ID 201206.)

2. RESPONSE ACCOMMODATIONS: ('I' covers all instruction/intervention including Bridge Plan)

Aménagements pour les réponses	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
2-A : Scribe	I, A
2-B : Système de suppléance à la communication et générateurs de parole*	I, A
2-C : Machine à écrire en braille	I, A
2-D : Traitements de texte électronique	I, A
2-E : Preneurs de notes en braille électroniques	I, A
2-F : Dispositifs d'enregistrement	I, A
Matériels ou appareils utilisés pour résoudre ou organiser les réponses	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
2-G : Répondre sur le cahier de test	I, A
2-H : Supervision des réponses au test	I, A
2-J : Outils de mathématiques et appareils de calcul*	I, A
2-K : Appareils d'orthographe et de grammaire*	I, A ⁵
2-L : Organisateur visuel	I, A ⁶
2-M : Organisateur graphique	I, A
2-N : Outils/dispositifs/logiciel d'accès à l'ordinateur*	I, S/O
2-O : Outils/instruments d'écriture*	I, A
Autres aménagements pour les réponses	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
2-P : Unique	Déterminé au cas par cas en consultation avec MSDE

⁵ Les appareils d'orthographe et de grammaire ne sont pas autorisés lors de l'évaluation de l'anglais au secondaire.

⁶ La photocopie de documents de tests sécurisés requiert l'approbation préalable et doit être faite sous le contrôle du coordinateur de reddition des comptes local (LAC). Les documents photocopiés doivent être détruits sous le contrôle du LAC. L'utilisation de surligneurs est à restreindre sur les formulaires de tests corrigés par ordinateur, car le surlignage risque d'obscurcir les réponses du test. Vérifiez auprès du LAC avant d'autoriser l'utilisation de surligneurs dans le cadre des évaluations de l'État.

Documentez les raisons de la décision :

* Fournir une description spécifique du type d'accommodation et de la façon dont l'accommodation sera administrée :

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX POUR L'ENSEIGNEMENT ET LES TESTS

(Pour des informations concernant l'utilisation d'accommodations spécifiques pour les tests en ligne, veuillez consulter la Section 5 du Manuel des accommodations du Maryland, numéro ID 201206.)

3. AMÉNAGEMENTS RELATIFS AU CALENDRIER ET AUX HORAIRES : ('I' couvre intervention/enseignement y compris le Plan Bridge)

Aménagements relatifs au calendrier et aux horaires	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
3-A : Prolongation du temps	I, A
3-B : Pauses multiples ou fréquentes	I, A
3-C : Changement d'horaire ou de l'ordre des activités – À prolonger sur plusieurs jours	I, A
3-D : Changement d'horaire ou de l'ordre des activités – En l'espace d'une seule journée	I, A
Autres aménagements relatifs au calendrier et aux horaires	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
3-E : Unique	Déterminé au cas par cas en consultation avec MSDE

Documentez les raisons de la décision : _____

4. SETTING ACCOMMODATIONS: ('I' covers all instruction/intervention including Bridge Plan)

Aménagements relatifs au cadre	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
4-A : Réduction des distractions pour l'élève	I, A
4-B : Réduction des distractions envers les autres élèves	I, A
4-C : Changement des lieux pour encourager l'accès physique ou l'utilisation d'équipements spéciaux – à l'intérieur de l'école	I, A
4-D : Changement des lieux pour encourager l'accès physique ou l'utilisation d'équipements spéciaux – à l'extérieur de l'école	I, A
Autres aménagements du cadre	Conditions pour l'utilisation dans l'enseignement et les évaluations
4-E: Unique	Déterminé au cas par cas en consultation avec MSDE

Documentez les raisons de la décision : _____

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 décision : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Soutien(s) pédagogique(s)

Nature du service		Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) <input type="radio"/> = Principal <input type="radio"/> = 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 : _____	MM•DD•YYYY	MM•DD•YYYY Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'ergothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Program Modification(s)

Nature du service	Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) <input checked="" type="radio"/> = Principal <input type="radio"/> = 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 notation modifiée <input type="radio"/> Examens à livre ouvert <input type="radio"/> Examens ouverts <input type="radio"/> Réduire le nombre de choix de questions <input type="radio"/> Réduction de la longueur des examens	<input type="radio"/> Supprimer si possible les questions « sauf » et « non » <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 : _____	MM•DD•YYYY MM•DD•YYYY Durée _____ semaines	<input checked="" type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input checked="" type="radio"/> Orthophoniste <input checked="" type="radio"/> Enseignant pour les malentendants <input checked="" type="radio"/> Enseignant pour les déficients visuels <input checked="" type="radio"/> Ergothérapeute <input checked="" type="radio"/> Travailleur social de l'élève <input checked="" type="radio"/> Professeur d'éducation physique <input checked="" type="radio"/> Personnel des services de réhabilitation <input checked="" type="radio"/> Professeur d'enseignement général <input checked="" type="radio"/> Professeur de technologie et d'orientation <input checked="" type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input checked="" type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <input checked="" type="radio"/> Administration des handicaps du développement (DDA) <input checked="" type="radio"/> Division des services de rééducation (DORS) <input checked="" type="radio"/> Autre agence _____ <input checked="" type="radio"/> Professeur de classe d'orthopédagogie <input checked="" type="radio"/> Autre prestataire de service _____ <input checked="" type="radio"/> Infirmière
				<input checked="" type="radio"/> Audiologiste <input checked="" type="radio"/> Psychologue <input checked="" type="radio"/> Équipe IEP <input checked="" type="radio"/> Interprète <input checked="" type="radio"/> Pédagogique Auxiliaire <input checked="" type="radio"/> Physique Thérapeute <input checked="" type="radio"/> Professeur particulier <input checked="" type="radio"/> Conseiller d'orientation <input checked="" type="radio"/> Travailleur social scolaire <input checked="" type="radio"/> Ludothérapeute <input checked="" type="radio"/> Assistant certifié d'ergothérapie <input checked="" type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input checked="" type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input checked="" type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Soutien(s) physique(s)/environnemental(aux)

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 : _____	MM•DD•YYYY	MM•DD•YYYY Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'ergothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AIDES, SERVICES, MODIFICATIONS DE PROGRAMME ET ASSISTANCE SUPPLÉMENTAIRES

Soutien(s) parental(aux)/du personnel de l'école

Nature du service		Fréquence	Date de début	Date de fin	Prestataire(s) Ⓟ = Principal ○ = Autre	
<input type="radio"/> Consultation TA <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 non 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 et/ou formation	<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 au voyage <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 : _____	MM•DD•YYYY	MM•DD•YYYY Durée _____ semaines	<input type="radio"/> Spécialiste de l'orientation et de la mobilité <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'ergothérapie <input type="radio"/> Assistant d'orthophonie <input type="radio"/> Assistant de physiothérapie <input type="radio"/> Assistance thérapeutique du comportement

Précisez l'emplacement et la manière : _____

Documentation à l'appui de la décision : _____

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

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

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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 normale, 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 normale 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 normale 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 inopportuns 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 normale 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 décision : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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

STUDENT PREFERENCES AND INTERESTS:

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

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

Discussion relative aux intérêts, préférences et évaluations de transition appropriées à chaque âge : _____

BUTS POSTSECONDAIRES (résultats) :

Indiquez ici le(s) but(s) postsecondaire(s). Un but au moins doit s'appliquer à la formation et/ou à l'enseignement.

Emploi (requis) : _____

Formation : _____

Enseignement : _____

Vie indépendante (s'il y a lieu) : _____

PROGRAMME D'ETUDES :

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Arts, média et communication | <input type="radio"/> Gestion des affaires et finance | <input type="radio"/> Construction et aménagement |
| <input type="radio"/> Éducation, formation et services à l'enfance | <input type="radio"/> Gestion des affaires et finance | <input type="radio"/> Informatique |
| <input type="radio"/> Ingénierie, recherche scientifique et technologie de fabrication | <input type="radio"/> Environnement, agriculture et ressources naturelles | <input type="radio"/> Transports, distribution et logistique |
| <input type="radio"/> Droit, gouvernement, sécurité publique et administration | <input type="radio"/> Services aux consommateurs, hospitalité et tourisme | |

L'élève est inscrit dans les activités fonctionnelles et de développement des aptitudes suivantes.

- Échantillonnage d'offres et formation à l'emploi Emploi pris en charge Activités de vie quotidienne

Discussion d'appuyer la décision: _____

CATEGORIE DE FIN PREVUE

- L'élève quittera avec :
- Diplôme d'études secondaires du Maryland
 - Avec 2 unités de valeur en langue étrangère
 - Avec 2 unités de valeur en technologie avancée
 - Avec 4 unités de valeur en programme de technologie et carrière
 - 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).

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 S/O

Nom : _____ Agence : _____ Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

ACTIVITES DE TRANSITION

ACTIVITES/SERVICES DE TRANSITION

Les services de transition consistent en activités coordonnées orientées vers les résultats et destinées aux élèves handicapés dans le but de faciliter leur passage de l'école aux activités postsecondaires.

Scolaire : _____

Responsable : _____

Formation à l'emploi _____

Responsable : _____

Activités de vie quotidienne : _____

Responsable : _____

Vie indépendante : _____

Responsable : _____

Transport : _____

Responsable : _____

Date à laquelle l'étudiant et le(s) parent(s) ont reçu une copie du Guide de Planification Transitoire • • (JJ•MM•AAAA)

LIAISON AVEC DES AGENCES :

*L'élève a été envoyé(e) à :
 à la rencontre de l'équipe IEP:

*Des représentants de l'agence ont été invités:

Services prévus
 pour la transition :

	Oui	Non	Oui	Non	S/O	Oui	Non
Division des services de rééducation (DORS)	<input type="radio"/>						
Administration des handicaps du développement (DDA)	<input type="radio"/>						
Administration psycho-sociale (MHA)	<input type="radio"/>						

*Si aucun ou S/O, documentez les raisons de la décision : _____

Discussion pour appuyer la décision : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

SERVICES

SERVICES D'ORTHOPELAGOGIE

Nature des services	Lieu	Description des services			Date de début	Date de fin	Prestataire(s) (P = Primaire, O = 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="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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) (P = Primaire, O = 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="radio"/> Spécialiste de la mobilité et de l'orientation <input type="radio"/> Orthophoniste <input type="radio"/> Enseignant pour les 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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) : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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 de technologie d'aide <input type="radio"/> Services médicaux (Diagnostic et évaluation) <input type="radio"/> Autres thérapies _____ <input type="radio"/> Services d'interprétation <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Services d'infirmier	<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 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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

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 de technologie d'aide <input type="radio"/> Services médicaux (Diagnostic et évaluation) <input type="radio"/> Autres thérapies _____ <input type="radio"/> Services d'interprétation <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Services d'infirmier	<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 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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 des services de livraison incluant un descriptif des services de transport dans le cas où celui-ci serait fourni: _____ Page 25

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

SERVICES

SERVICES D'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE ET D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Nature des services	Lieu	Description des services			Date de début	Date de fin	Prestataire(s) (P = Primaire, O = 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	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 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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) (P = Primaire, O = 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	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 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 technologie et d'orientation <input type="radio"/> Département des services sociaux (DSS) <input type="radio"/> Administration psycho-sociale (MHA) <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 certifié d'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) : _____

Nom :

Agence :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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.

Quelle(s) option(s) de placement l'équipe IEP a-t-elle envisagée ? _____

En cas de retrait de l'enseignement général, expliquez les raisons pour lesquelles les services ne peuvent être dispensés dans l'enseignement général avec usage de services et aides supplémentaires _____

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

Placement en éducation spécialisée (3 à 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

Placement en éducation spécialisée (6 à 21 ans) :

{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}

Moyenne ____%/jour

- 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

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, documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

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 Si non, documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Si non, le placement est-il aussi proche que possible du domicile de l'élève ? OUI NON Si non, documentez les raisons de la (les) décision(s) : _____

Examen des besoins de transport : Le service de transport est-il nécessaire en fonction des besoins particuliers de l'élève ou afin de permettre l'accès de l'élève à des services d'éducation spéciale? OUI NON Si oui, veuillez considérer :

Est un équipement spécialisé nécessaire à 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 indiquer le type de personnel : _____

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

Discussion sur l'examen de l'âge et du handicap, le temps et la distance qui sont impliqués dans le transport et les besoins uniques de l'élève pour déterminer le besoin du service de transport connexe: _____

S'il y a lieu, expliquez la raison pour laquelle l'élève ne participera pas à des activités scolaires, non scolaires, périscolaires avec des camarades non handicapés? _____

Comté de résidence SSIS _____

École de résidence SSIS _____

Comté de service SSIS _____

École de service SSIS _____

CODES D'ADMISSIBILITE POUR LE DENOMBREMENT DES ELEVES

- (1) Élève admissible avec un handicap placé dans une école publique ou non 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 :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

AUTORISATION(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 :

Équipe de l'IEP Date de réunion : / /

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 Maryland Department of Health and Mental Hygiene (DHMH), 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 sinon 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 nommé(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.

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.

Signature des parents :

Date:
