PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUALISÉ (IEP)

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND (MSDE) DIVISION DE L'ÉDUCATION SPÉCIALE
(Formulaire approuvé par MSDE pour utilisation le 1er juillet 2026)

Renseignements sur l'élève

◯ Version préliminaire _____
◯ Approuvée
◯ Modifiée _____

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

Élève identifié comme apprenant multilingue: ◯ 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 remis au(x) parent(s) un exemplaire du document relatif aux garanties procédurales des droits parentaux.
◯ Le(s) parent(s) a (ont) reçu une explication verbale et écrite des droits et responsabilités des parents dans le processus de l'équipe du IEP.
◯ Le(s) parent(s) 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(s) informé(s) ◯ OUI ◯ NON ◯ N/A
Parent(s) sollicité(s) ◯ OUI ◯ NON

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

INFORMATIONS DE SORTIE

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 déménagé, mais continue
◯ H- Abandon ◯ I- Cas spécial ◯ J - Les parents ne consentent plus aux services

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE IEP

Responsable du cas IEP : _____
Animateur IEP : _____
Parent/Tuteur : _____
Parent/Tuteur : _____

Directeur/Personne désignée : _____
Éducateur général : _____
Éducateur spécial : _____
Conseiller d'orientation : _____

Psychologue de l'école : _____
Travailleur social : _____
Orthophoniste : _____
Élève : _____

Représentant de l'organisme : _____
Autres participants : _____
Autres participants : _____
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) un manque d'instruction en lecture, y compris ses éléments essentiels ? ◯ OUI ◯ NON b) un 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) _____
◯ Sensorielle (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 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 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(s) parent(s) ne répond(ent) pas ou refuse(nt) de consentir à la prestation initiale de l'enseignement spéciale et des services connexes, l'organisme public ne fournira pas l'enseignement spéciale et les services connexes à l'élève et ne sera pas considéré comme enfreignant l'obligation de rendre la FAPE disponible conformément au 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

_x000B_Indiquez l'handicap principal

◯ AUTISME ◯ RETARD DE DÉVELOPPEMENT ◯ DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ◯ TROUBLE SPÉCIFIQUE DE L'APPRENTISSAGE ◯ TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE ◯ DEFICIENCE VISUELLE
◯ SOURD ◯ HANDICAP AFFECTIF ◯ HANDICAP ORTHOPEDIQUE ◯Dyslexie ◯Dysgraphie ◯ LESION CEREBRALE TRAUMATIQUE ◯ INFIRMITES 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 parent et l'équipe IEP ont convenu par accord écrit de prolonger l'intervalle de temps

◯ L'élève est inscrit après le début du délai de 60 jours et avant la décision de la LEA. ◯ Le mauvais temps complète

La LEA d'accueil a fait des progrès suffisants pour réaliser l'évaluation et les parents et ◯ Fermeture de l'école/de l'établissement

la LEA ont convenu d'un délai spécifique pour réaliser l'évaluation ◯ Autre
(toutes les conditions doivent être remplies).

◯ 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 (requises 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 ◯ INFIRMITÉS MULTPLES
◯ 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 au(x) parent(s) ◯ 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 _

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 la réussite d'un parcours de formation professionnelle et technique agréé 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 le(s) parent(s) 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 al 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 3e à la 8e année
Langue et Littérature anglaises ◯OUI ◯ NON Mathématiques ◯OUI ◯ NON Études sociales (classe de 8 ème seulement) ◯ OUI ◯NON MISA Science (5e et 8e années) ◯ OUI ◯NON

L'élève participera aux évaluations du programme d'évaluation globale du **Maryland (MCAP)** pour les études secondaires
Langue anglaise Arts/alphabétisation ◯ OUI ◯ NON Algèbre ◯ OUI ◯ NON Algèbre II ◯ OUI ◯ NON Géométrie ◯ OUI ◯ NON Sciences de la vie (LS) MISA ◯ OUI ◯ NON Gouvernement ◯ 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 du IEP : Décisions de Participation pour les Evaluation et les instructions Alternatives en utilisant le document de Normes Alternées annuellement et classement du dossier IEP 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 Evaluation 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 . Document sur lequel repose la décision d'évaluation. Si l'élève participe à des évaluations alternatives, expliquez pourquoi ces évaluations sont appropriées pour lui et pourquoi il ne peut pas participer aux évaluations de l'enseignement général.

_____

_____

_____

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'élève est-il un apprenant multilingue ? ○ 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 ○MÉDIAIREDE 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** ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

Littératie précoce Star	Niveau de performance : ○ DÉBUTANT ○ EN DÉVELOPPEMENT ○ ACQUIS
Star Math	Niveau de performance : ○ DÉBUTANT ○ EN DÉVELOPPEMENT ○ ACQUIS
SAEBRS (outil de dépistage des risques sociaux, scolaires et émotionnels)	Niveau de risque : ○ RISQUE FAIBLE ○ RISQUE MODÉRÉ ○ RISQUE ÉLEVÉ

Quel a été le rendement de l'élève aux évaluations MCAP de classe 3ème et 8ème le☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	Grille de Notation actuelle		**Grille de Notation de l'année précédente**		**Niveaux de connaissance actuels**			
PECM	**Niveau**	**Barème de Nontation**	**Niveau**	**Barème de Nontation**	**Niveau 1 Apprenant débutant**	**Niveau 2 Apprenant en développement**	**Niveau 3 Apprenant compétent**	**Niveau 4 Apprenant distingué**
Langue anglaise Lettres					○	○	○	○
Mathématiques					○	○	○	○
Algèbre 1 le cas échéant					○	○	○	○
Études sociales (5e et 8e années)					○	○	○	○
MISA Science (5e et 8e années)					○	○	○	○

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 10ème)			○	○	○	○
Algèbre			○	○	○	○
Sciences de la vie (LS) MISA			○	○	○	○
Gouvernement			○	○	○	○

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

	Niveaux de connaissance actuels			
DLM	**Niveau 1 De base**	**Niveau 2 Cible en approche**	**Niveau 3 Satisfaisant**	**Niveau 4 Avancé**
Langue anglaise Lettres	○	○	○	○
Mathématiques	○	○	○	○
Sciences (5e, 8e, 11e année seulement)	○	○	○	○

Remarques supplémentaires sur les performances lors des évaluations à l'échelle de l'État : _____

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

COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE PRÉCOCE :

◯ Langue et alphabétisation
◯ Cognition précoce et STEAM
◯ Développement socio-émotionnel
◯ Bien-être physique et développement moteur
◯ Approches de l'apprentissage

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 le(s) parent(s), les commentaires des élèves et 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 an 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 le(s) parent(s), les commentaires des élèves et 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

Ce domaine nécessite-t-il un objectif de réduction des écarts ? ○ OUI ○ NON:
Si non, justifiez votre décision :_____

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

SOCIAL, ÉMOTIONNEL / COMPORTEMENTAL

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.

Sources : (au moins deux sources doivent être identifiées et l'une d'entre elles doit être l'interview de l'élève)

☐ Entretien avec l'élève (obligatoire) Date:_____
☐ Croisière de carrière Date:_____
☐ Évaluations de la transition à Conover Date:_____
☐ Naviance Date:_____
☐ O*Net Date:_____
☐ Enquête sur les carrières et les centres d'intérêt (PICS) Date:_____
☐ Profil personnel positif (PPP) Date:_____
☐ Inventaire de planification de la transition (TPI) Date:_____
☐ Autre : _____ Date:_____

Niveau de performance actuel (selon le cas) : _____

_____

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

_____
_____
_____
_____
_____

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

PRÉSCOLAIRE : ÉVALUATION AUTHENTIQUE

Les services d'éducation préscolaire spécialisée ont pour objectif d'aider les jeunes enfants à participer avec succès au programme général et aux activités quotidiennes à l'école, ainsi que dans d'autres contextes communautaires et à la maison. Il est donc important de comprendre les capacités fonctionnelles de l'enfant dans le cadre de ces activités et de ces milieux. L'évaluation authentique recueille de manière intentionnelle des informations sur les compétences fonctionnelles et les comportements de l'enfant dans les trois domaines de résultats de la petite enfance : (1) développer des compétences socio-émotionnelles et des relations positives ; (2) acquérir et utiliser des connaissances et des compétences ; et (3) utiliser des comportements appropriés pour répondre à ses besoins. De multiples sources d'information sont utilisées pour comprendre les capacités individuelles de l'enfant et ses progrès par rapport à lui-même et à ses pairs du même âge. Ces sources comprennent les préoccupations et les priorités de la famille ainsi que la performance éducative et fonctionnelle de l'enfant dans différents contextes.

Évaluation utilisée : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ Entretien basé sur les routines Date_____
- ☐ Échelle d'évaluation du plaisir familial dans les routine (SAFER) Date_____
- ☐ Échelle d'évaluation des impressions des enseignants sur les routines et l'engagement (SATIRE) Date_____
- ☐ Entretien élaboré localement Date_____
- ☐ Autre : _____ Date_____

Où l'enfant passe-t-il son temps ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

☐ Centre de garde d'enfants	☐ Centre de soutien aux familles	☐ Lieu de travail du parent	☐ Programme prématernelle publique
☐ Foyer pour enfants	☐ Chez un membre de la famille	☐ Programme ou activités en matière de parcs et de loisirs	☐ Milieu religieux
☐ Early Head Start/Head Start	☐ Centre Judy	☐ Groupe de jeu préscolaire	☐ Refuge
☐ Garde d'enfants en milieu familial	☐ Bibliothèque	☐ École maternelle et maternelle privée	☐ Autres : _____

Observation(s) : ○ NON ○ OUI – Date(s) de l'observation : _____ Routine/activité observée : (cochez tout ce qui s'applique)

☐ Habillage	☐ Temps de cercle	☐ Transitions	☐ Autres : _____
☐ Changement de couches/toilettes	☐ Centres d'apprentissage	☐ Sieste/repos/heure du coucher	
☐ Repas/collations	☐ Lecture	☐ Départ de l'école	
☐ Arrivée à l'école	☐ Jeu à l'extérieur	☐ Trajet en bus	

Quelles sont les préoccupations et les priorités des parents en ce qui concerne les performances éducatives et fonctionnelles de leur enfant d'âge préscolaire ? Quel est l'impact de ces préoccupations sur la façon dont l'enfant interagit avec les autres, apprend et participe à des activités, et gagne en autonomie ?

_____

_____

Comment le handicap de l'enfant influe-t-il sur son accès et sa participation à des activités adaptées à son âge ?

_____

_____

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

PRÉSCOLAIRE : RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

Des outils normalisés qui génèrent des scores reflétant les niveaux de compétence de l'enfant dans chacun des domaines sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux services d'éducation préscolaire spécialisée. Des activités d'évaluation authentiques permettent de recueillir des informations sur les compétences et les capacités fonctionnelles de l'enfant dans ses routines et activités quotidiennes. Les capacités fonctionnelles recoupent les domaines du développement et reflètent la nature intégrée de l'apprentissage et de la croissance des enfants. Par conséquent, nous résumons toutes les capacités fonctionnelles, les points forts et les besoins en trois domaines de résultats fonctionnels. Les sources d'information peuvent inclure des conversations avec les familles et les personnes qui s'occupent de l'enfant, des observations de l'enfant dans ses activités quotidiennes, les résultats d'évaluations, des activités d'évaluation authentiques et des rapports externes.

En outre, l'équipe examine et identifie comment le fonctionnement de l'enfant dans ces trois domaines de résultats se compare à celui d'autres enfants de son âge. Cela permet de soutenir le développement de l'enfant et sa participation aux activités quotidiennes ET aide à déterminer comment les enfants bénéficient de leur participation aux services d'éducation préscolaire spécialisée.

Résumé des résultats pour les enfants (COS) Type : ☐ *Initiale* ☐ *Intermédiaire* ☐ *Sortie* **Date d'achèvement du COS :** _____ ☐ *Complété sans la participation des parents*

Sources : _____

DOMAINE DE RÉSULTAT : DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES ET DES RELATIONS SOCIO-ÉMOTIONNELLES POSITIVES

Il s'agit de la manière dont les enfants interagissent avec leur entourage : leurs parents, leurs enseignants, leurs éducateurs, leurs frères et sœurs, leurs camarades de classe et les autres jeunes enfants. Cela comprend de nombreuses compétences différentes, telles que la communication, l'expression appropriée des émotions et le contrôle de son propre comportement. Pour entretenir des relations sociales positives, les jeunes enfants doivent également respecter les règles qui régissent les interactions, comme attendre son tour ou partager. Pour plus d'informations, consultez la section « Breadth of the Three Broad Outcomes » (Étendue des trois grands résultats) *à l'adresse https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

COMMENT L'ENFANT : ● Interagit-il avec ses aidants ● Prête-t-il attention aux autres dans divers contextes ● Interagit-il avec ses pairs ● Participe-t-il à des jeux sociaux et communique-t-il avec les autres ● Respecte-t-il les normes sociales et s'adapte-t-il aux changements dans ses routines ● Exprime-t-il ses émotions et réagit-il aux émotions des autres							
COMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT SE COMPARAIT-IL À CELUI DE SES CAMARADES DU MÊME ÂGE ? Par rapport à ses camarades du même âge :	○ son fonctionnement peut être décrit comme celui d'un enfant beaucoup plus jeune. Il/elle montre des aptitudes précoces, mais ne possède pas encore les compétences fondamentales immédiates ou attendues pour son âge dans ce domaine.	○ Il/elle montre certaines compétences fondamentales émergentes ou immédiates, qui l'aideront à acquérir les compétences appropriées à son âge dans ce domaine.	○ n'utilise pas encore les aptitudes attendues pour son âge. Il/elle utilise toutefois de nombreuses compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il/elle pourra s'appuyer dans ce domaine.	○ Il/elle utilise occasionnellement certaines compétences attendues pour son âge, mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à celles attendues pour son âge dans ce domaine.	○ Il/elle montre de nombreuses compétences attendues pour son âge, mais continue à présenter un fonctionnement qui pourrait être décrit comme celui d'un enfant légèrement plus jeune dans ce domaine.	○ Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine ; cependant, ce domaine suscite des inquiétudes.	○ Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine.
Répondez uniquement si vous mettez à jour le résumé d'évaluation d'origine :	L'enfant a-t-il/elle montré de nouvelles compétences ou de nouveaux comportements liés à un développement socio-émotionnel et à des relations positives depuis le dernier résumé d'évaluation ? ○ Oui ○ Non						

Ce domaine de résultats a-t-il une incidence sur les performances scolaires et/ou fonctionnelles de l'enfant ? ○ *Oui* ○ *Non*

L'équipe doit-elle envisager de définir un objectif fonctionnel lié à ce domaine de résultats ? ○ *Oui* ○ *Non*

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

PRÉSCOLAIRE : RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

Des outils normalisés qui génèrent des scores reflétant les niveaux de compétence de l'enfant dans chacun des domaines sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux services d'éducation préscolaire spécialisée. Des activités d'évaluation authentiques permettent de recueillir des informations sur les compétences et les capacités fonctionnelles de l'enfant dans ses routines et activités quotidiennes. Les capacités fonctionnelles recoupent les domaines du développement et reflètent la nature intégrée de l'apprentissage et de la croissance des enfants. Par conséquent, nous résumons toutes les capacités fonctionnelles, les points forts et les besoins en trois domaines de résultats fonctionnels. Les sources d'information peuvent inclure des conversations avec les familles et les personnes qui s'occupent de l'enfant, des observations de l'enfant dans ses activités quotidiennes, les résultats d'évaluations, des activités d'évaluation authentiques et des rapports externes.

En outre, l'équipe examine et identifie comment le fonctionnement de l'enfant dans ces trois domaines de résultats se compare à celui d'autres enfants de son âge. Cela permet de soutenir le développement de l'enfant et sa participation aux activités quotidiennes ET aide à déterminer comment les enfants bénéficient de leur participation aux services d'éducation préscolaire spécialisée.

DOMAINE DE RÉSULTAT : ACQUISITION ET UTILISATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES

Il s'agit des capacités de réflexion, d'apprentissage, de raisonnement, de mémoire et de résolution de problèmes, des connaissances générales que les enfants acquièrent sur leur monde, telles que les concepts de plus et de moins, les couleurs, les formes, les lettres, les chiffres, les histoires et les livres, et de l'utilisation de ces connaissances pour participer à des activités quotidiennes. Il s'agit de l'apprentissage précoce et de la manière dont les enfants comprennent leur monde et acquièrent les compétences dont ils ont besoin pour réussir à l'école et au-delà.
Pour plus d'informations, consultez la section « Breadth of the Three Broad Outcomes » (Ampleur des trois grands résultats) *à l'adresse https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp.*

COMMENT L'ENFANT : ● Montre-t-il de l'intérêt pour l'apprentissage ● Utilise-t-il ses capacités de résolution de problèmes ● S'adonne-t-il à des jeux constructifs ● Comprend-il les pré-compétences scolaires et la littératie ● Acquiert-il le langage nécessaire pour communiquer ● Comprend-il les questions qui lui sont posées et les consignes qui lui sont données							
COMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT SE COMPARAIT-IL À CELUI DE SES CAMARADES DU MÊME ÂGE ? Par rapport à ses camarades du même âge :	○ son fonctionnement peut être décrit comme celui d'un enfant beaucoup plus jeune. Il/elle montre des aptitudes précoces, mais ne possède pas encore les compétences fondamentales immédiates ou attendues pour son âge dans ce domaine.	○ Il/elle montre certaines compétences fondamentales émergentes ou immédiates, qui l'aideront à acquérir les compétences appropriées à son âge dans ce domaine.	○ n'utilise pas encore les aptitudes attendues pour son âge. Il/elle utilise toutefois de nombreuses compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il/elle pourra s'appuyer dans ce domaine.	○ Il/elle utilise occasionnellement certaines compétences attendues pour son âge, mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à celles attendues pour son âge dans ce domaine.	○ Il/elle montre de nombreuses compétences attendues pour son âge, mais continue à présenter un fonctionnement qui pourrait être décrit comme celui d'un enfant légèrement plus jeune dans ce domaine.	○ Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine ; cependant, ce domaine suscite des inquiétudes.	○ Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine.
Répondez uniquement si vous mettez à jour le résumé d'évaluation d'origine :	L'enfant a-t-il montré de nouvelles aptitudes ou de nouveaux comportements liés à l'acquisition et à l'utilisation de connaissances et de compétences depuis le dernier résumé d'évaluation ? ○ Oui ○ Non						

Ce domaine de résultats a-t-il une incidence sur les performances scolaires et/ou fonctionnelles de l'enfant ? ○ *Oui* ○ *Non*
L'équipe doit-elle envisager de définir un objectif fonctionnel lié à ce domaine de résultats ? ○ *Oui* ○ *Non*

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

PRÉSCOLAIRE : RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

Des outils normalisés qui génèrent des scores reflétant les niveaux de compétence de l'enfant dans chacun des domaines sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux services d'éducation préscolaire spécialisée. Des activités d'évaluation authentiques permettent de recueillir des informations sur les compétences et les capacités fonctionnelles de l'enfant dans ses routines et activités quotidiennes. Les capacités fonctionnelles recoupent les domaines du développement et reflètent la nature intégrée de l'apprentissage et de la croissance des enfants. Par conséquent, nous résumons toutes les capacités fonctionnelles, les points forts et les besoins en trois domaines de résultats fonctionnels. Les sources d'information peuvent inclure des conversations avec les familles et les personnes qui s'occupent de l'enfant, des observations de l'enfant dans ses activités quotidiennes, les résultats d'évaluations, des activités d'évaluation authentiques et des rapports externes.

En outre, l'équipe examine et identifie comment le fonctionnement de l'enfant dans ces trois domaines de résultats se compare à celui d'autres enfants de son âge. Cela permet de soutenir le développement de l'enfant et sa participation aux activités quotidiennes ET aide à déterminer comment les enfants bénéficient de leur participation aux services d'éducation préscolaire spécialisée.

DOMAINE DE RÉSULTAT : UTILISER DES COMPORTEMENTS APPROPRIÉS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS

Il s'agit de la capacité des enfants à prendre soin d'eux-mêmes et à utiliser des moyens appropriés pour obtenir ce dont ils ont besoin et ce qu'ils veulent. Cela comprend les activités quotidiennes telles que manger, s'habiller,
jouer avec des jouets, faire des choix et se déplacer d'un endroit à un autre, ainsi que la manière dont ils réagissent aux défis ou aux retards dans l'obtention de ce qu'ils veulent. Cela fait également référence
à la capacité des enfants à être conscients des situations potentiellement dangereuses et à y réagir. En fin de compte, cela met l'accent sur l'émergence de l'indépendance.
Pour plus d'informations, consultez la section « Breadth of the Three Broad Outcomes » (Ampleur des trois grands résultats) *à l'adresse https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp.*

COMMENT L'ENFANT : ● Se déplace et manipule des objets pour répondre à ses besoins ● Mange et boit avec une autonomie croissante ● S'habille et se déshabille avec une autonomie croissante ● Va aux toilettes et se lave avec une autonomie croissante ● Communique ses besoins ● Fait preuve d'un sens de la sécurité	

COMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT SE COMPARAIT-IL À CELUI DE SES CAMARADES DU MÊME ÂGE ? Par rapport à ses camarades du même âge :	O son fonctionnement peut être décrit comme celui d'un enfant beaucoup plus jeune. Il/elle montre des aptitudes précoces, mais ne possède pas encore les compétences fondamentales immédiates ou attendues pour son âge dans ce domaine.	O Il/elle montre certaines compétences fondamentales émergentes ou immédiates, qui l'aideront à acquérir les compétences appropriées à son âge dans ce domaine.	O n'utilise pas encore les aptitudes attendues pour son âge. Il/elle utilise toutefois de nombreuses compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il/elle pourra s'appuyer dans ce domaine.	O Il/elle utilise occasionnellement certaines compétences attendues pour son âge, mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à celles attendues pour son âge dans ce domaine.	O Il/elle montre de nombreuses compétences attendues pour son âge, mais continue à présenter un fonctionnement qui pourrait être décrit comme celui d'un enfant légèrement plus jeune dans ce domaine.	O Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine ; cependant, ce domaine suscite des inquiétudes.	O Il/elle possède les compétences que l'on attendrait de son âge dans ce domaine.
Répondez uniquement si vous mettez à jour le résumé d'évaluation d'origine :	L'enfant a-t-il montré de nouvelles compétences ou de nouveaux comportements liés à l'utilisation de comportements appropriés pour répondre à ses besoins depuis le dernier résumé d'évaluation ? O Oui O Non						

Ce domaine de résultats a-t-il une incidence sur les performances scolaires et/ou fonctionnelles de l'enfant ? ○ *Oui* ○ *Non*
L'équipe doit-elle envisager de définir un objectif fonctionnel lié à ce domaine de résultats ? ○ *Oui* ○ *Non*

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

ÂGE SCOLAIRE – NIVEAU ACTUEL DE PERFORMANCES ÉDUCATIVES ET FONCTIONELLES

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 postscolaires.)

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 objectifs post-secondaires sont basés sur les préférences, les intérêts et les compétences de l'élève identifiés par des évaluations de transition adaptées à son âge et résumées dans le niveau actuel des résultats scolaires et des performances fonctionnelles.

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 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.

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 mises en œuvre tel que mentionné 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 à cette activité de transition secondaire _____

Progrès Rapport 1 Date_____	Progrès : ◯ Terminé ◯ Partiellement complété ◯ Pas encore débuté ◯ Non terminé (Raison: ◯ Choix de la famille ◯ Choix de l'étudiant ◯ Horaire de l'étudiant ◯ Autre: _____) Activité professionnelle *concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI):* ◯ Exploration de carrière ◯ Expérience de travail Non rémunérée ◯ Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 2 Date_____	Progrès : ◯ Terminé ◯ Partiellement complété ◯ Pas encore débuté ◯ Non terminé (Raison : ◯ Choix de la famille ◯ Choix de l'étudiant ◯ Horaire de l'étudiant ◯ Autre: _____) Activité professionnelle *concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI):* ◯ Exploration de carrière ◯ Expérience de travail Non rémunérée ◯ Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 3 Date_____	Progrès : ◯ Terminé ◯ Partiellement complété ◯ Pas encore débuté ◯ Non terminé (Raison : ◯ Choix de la famille ◯ Choix de l'étudiant ◯ Horaire de l'étudiant ◯ Autre: _____) Activité professionnelle *concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI):* ◯ Exploration de carrière ◯ Expérience de travail Non rémunérée ◯ Expérience de travail rémunérée Description du progrès : _____
Progrès Rapport 4 Date_____	Progrès : ◯ Terminé ◯ Partiellement complété ◯ Pas encore débuté ◯ Non terminé (Raison : ◯ Choix de la famille ◯ Choix de l'étudiant ◯ Horaire de l'étudiant ◯ Autre: _____) Activité professionnelle *concernée (uniquement pour les activités d'EMPLOI):* ◯ Exploration de carrière ◯ Expérience de travail Non rémunérée ◯ 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.

- ○ Fabrication de pointe
- ○ Construction
- ○ Énergie et ressources naturelles
- ○ Hôtellerie, événements et tourisme
- ○ Service public et sécurité
- ○ Agriculture
- ○ Technologie numérique
- ○ Services financiers
- ○ Gestion et entrepreneuriat
- ○ Chaîne d'approvisionnement et transport
- ○ Arts, divertissement et design
- ○ Éducation
- ○ Santé et services sociaux
- ○ Marketing et ventes

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(s) parent(s) ont reçu un exemplaire du Guide familial de planification de la transition vers le 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 / Élève recommandé par LEA 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) ▫ **Bénéficier des services de transition préalable à l'emploi** ▫ **Bénéficier des services d'emploi pour les élèves**	◯ Oui Réadaptation professionnelle (RV) ◯ Non	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date du consentement __ Date de recommandation __ ▫ Pré-ETS ▫ Services d'emploi pour les élèves Services ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date _____ ◯ Non ◯ N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Administration de Déficience Intellectuelle(ADI)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date _____ ◯ Non ◯ N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Direction de la santé comportementale(DSC)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date _____ ◯ Non ◯ 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)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	Agence ne dispose pas d'un processus de référence	◯ Oui: Date _____ ◯ Non: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)	◯ Oui: Date _____ ◯ Non ◯ N/A: (sélectionner les raisons parmi les options ci-dessous)
Motifs des décisions	**Oui:** l'Etudiant rempli les critères initiaux d'admissibilité publié pour l'agence dans le Guide de Planification de Transition des Personnes Handicapées dans le Maryland **Non:** l'Etudiant 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. ***Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant*** 2. pour le moment, l'étudiant n'est pas intéressé par les services d'agence 3. le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas renvoyé le consentement pour la communication/ la référence, donc la références n'a pas été faite 4. le(s) parent(s)/ l'étudiant n'ont pas donné leur consentement à la communication / référence 5. Le(s) parent(s)/ l'étudiant ont choisi de se référer à la DSRD (uniquement le DSRD) 6. 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. ***Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant*** 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. Le(s) parent(s) ne souhaite(nt) pas qu'un renvoi soit effectué pour le moment. 8. Autres: _____ (documenter la raison)	**Oui**: CAccord Signé pour inviter le représentant de l'agence à la réunion d'équipe signé le _____ (date) **Non**: (les raisons) 1. ***Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant*** 2. L'étudiant n'a pas l'âge/grade requis pour inviter le représentant de l'Agence (DORS, BHA, MDL) 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 : La LEA n'a pas invité le représentant de l'agence** **N/A**: (les raisons) 1. ***Les services ne sont pas prévus pour cet étudiant*** 2. L'étudiant n'a pas l'âge/grade requis pour inviter le représentant de l'Agence (DORS, BHA, MDL) 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 invite 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
◯ L'étudiant n'exige pas les appareils AT ou les services AT	Non	Non
◯ L'étudiant n'exige pas des appareils AT mais exige les services AT	Non	Oui Collecte des données supplémentaires qui nécessite des essais
◯ 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
◯ 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'Orientation 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) : _____

_____

Le(s) parent(s) a-t-il (ont-ils) reçu des informations sur l'école 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 ◯ NON

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) : _____

_____

Le(s) parent(s) a-t-il (ont-ils) reçu des informations sur l'école pour sourds du Maryland ? ◯ OUI ◯ NON

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'Evaluation comportementale fonctionnelle (FBA) Date d'évaluation : ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Plan d'intervention comportementale (PIC) Date du PIC actuel: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

Restraint

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 ÉLÈVES QUI SONT DES APPRENANTS MULTILINGUES

Dans le cas d'un élève qui est un apprenant multilingue, il convient de prendre en compte les besoins linguistiques de l'élève dans la mesure où ces besoins sont liés au IEP de l'élève.

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

_____

_____

_____

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

CONSIDERATIONS ET AMENAGEMENTS SPECIAUX

DISPOSITIFS D'ACCESSIBILITÉ *Les équipes de l'IEP doivent d'abord identifier les aides techniques que l'élève utilise régulièrement lors des cours quotidiens et des évaluations en classe, puis, sur la base des recommandations de la MAAAM, déterminer quelles aides sont autorisées, nécessaires et appropriées pour les évaluations de l'État et du district, afin de garantir un accès équitable tout en respectant les exigences de l'État et du district en matière d'évaluation.*	**Instructions**	**MCAP (mathématiques, sciences, études sociales)**	**MCAP (ELA)**	**Sciences de la vie (LS) MISA**	**Gouvernement**	**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**	**AAlt–-ACCESS pour ELL**	**NAEP**
1a : Masquage des réponses	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui
1b : Amplification audio	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1c : Signet(marquer un élément pour examen)	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	N/A	N/A	N/A	oui
1d : Contraste des couleurs (couleur de l'arrière-plan/de la police)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1e : Feuilles de brouillon blanches	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1f : Éliminer les choix de réponses	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui
1g : Clarification des orientations générales	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1h : Instructions générales lues 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	non	non	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	non	non	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	non	non	oui	oui	oui	non
1n : Glossaire contextuel	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	N/A	N/A	N/A	non
1o : Rediriger l'élève	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
1p : Vérification de l'orthographe ou appareils externes de vérification de l'orthographe	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non
1q : L'élève lit le contenu à haute voix pour lui-même ou elle-même	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
1r : Synthèse vocale pour les évaluations en mathématiques, sciences et études sociales (disponible en anglais uniquement)	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	non
1s : Lecteur humain ou Signataire humain pour les évaluations en mathématiques, sciences et études sociales (le lecteur humain est disponible en anglais et en espagnol)	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	non
1t : Outils de rédaction	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
1u : Organisateur graphique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non
1v : Matériel audio	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
1w : Version espagnole Évaluation assistée par ordinateur	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non
1x : Aides auditives Blue Tooth	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
1y : Dispositif électronique à des fins médicales	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	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. 1t[1]: Non disponible pour la partie orale

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

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

CONSIDERATIONS ET AMENAGEMENTS SPECIAUX

CONSIDÉRATIONS ADMINISTRATIVES POUR TOUS LES ÉLEVÉS *Les équipes de l'IEP doivent d'abord identifier les mesures administratives dont l'élève bénéficie habituellement lors des cours quotidiens et des évaluations en classe, puis, en s'appuyant sur les recommandations de la MAAAM, déterminer quelles aides sont autorisées, nécessaires et appropriées pour les évaluations de l'État et du district, afin de garantir un accès équitable tout en respectant les exigences de l'État et du district en matière d'évaluation.*	**Instructions**	**MCAP (mathématiques, sciences, études sociales)**	**MCAP (ELA)**	**Sciences de la vie (LS) MISA**	**Gouvernement**	**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**	**AAlt–-ACCESS pour ELL**	**NAEP**
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 : Réduire les distractionsenvers soi-même	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2h : Réduire la distraction des autres	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
2k : Accommodements administratifs uniques	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.

* Soumettre des demandes d'aménagements uniques au MSDE.

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

_____

_____

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

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

AMÉNAGEMENTS DE TEMPS POUR LES ÉLÈVES HANDICAPÉS *Les équipes de l'IEP doivent d'abord identifier les aménagements de présentation que l'élève utilise régulièrement pendant les cours quotidiens et les évaluations en classe, puis, en s'appuyant sur les recommandations du MAAAM, déterminer quels soutiens sont autorisés, nécessaires et appropriés pour les évaluations de l'État et du district, afin de garantir un accès équitable tout en respectant les exigences de l'État et du district en matière d'évaluation.*	**Instructions**	**MCAP (mathématiques, sciences, études sociales)**	**MCAP (ELA)**	**Sciences de la vie (LS) MISA**	**Gouvernement**	**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**	**AAlt→ACCESS pour ELL**	**NAEP**
3a : Technologies d'assistance pour la présentation (autres que les lecteurs d'écran)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
3b : Version pour lecteur d'écran	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	N/A	N/A	N/A	oui
3c : Afficheur braille actualisable	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui
3d : Copie papier en Braille	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
3e : Graphiques tactiles	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	non
3f : Impression grand format (disponible en anglais ou en espagnol)	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	non
3g : Édition papier (test papier) (disponible en anglais et en espagnol)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
3h : Sous-titrage codé des passages multimédias	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	non
3i : Synthèse vocale pour les évaluations ELA/alphabétisation	oui	N/A	oui	N/A	N/A	N/A	oui	oui	oui	oui	non
3j : Vidéo ASL pour ELA	oui	N/A	oui	N/A	N/A	non	non	N/A	N/A	N/A	non
3k : Lecteur humain/ Signataire humain pour ELA	oui	N/A	oui	N/A	N/A	oui	oui	non	non	non	non
3l : Vidéo sur la langue des signes américaine (ASL) pour les mathématiques, les sciences et les études sociales	oui	oui	N/A	oui	oui	non	non	N/A	N/A	N/A	non
3m : Signataire humain pour les instructions d'évaluation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
3n : Contrôle manuel de l'audio	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	oui	N/A	N/A	oui
3o : Répétition de l'élément Audio	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	oui	N/A	N/A	oui
3p : Notes et aperçus	oui	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non
3q : Aménagements uniques de présentation	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.

* Soumettre des demandes d'aménagements uniques au MSDE.
3i, 3j, 3k L'annexe D doit être complétée.

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

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

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

AMÉNAGEMENTS DE LA RÉPONSE *Les équipes de l'IEP doivent d'abord identifier les aménagements dont l'élève bénéficie régulièrement pendant les cours quotidiens et les évaluations en classe, puis, en s'appuyant sur les recommandations de la MAAAM, déterminer quels soutiens sont autorisés, nécessaires et appropriés pour les évaluations de l'État et du district, afin de garantir un accès équitable tout en respectant les exigences de l'État et du district en matière d'évaluation.*	**Instructions**	**MCAP (mathématiques, sciences, études sociales)**	**MCAP (ELA)**	**Sciences de la vie (LS) MISA**	**Gouvernement**	**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**	**AAlt–-ACCESS pour ELL**	**NAEP**
4a : Technologie d'assistance	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
4b : Notetaker en braille	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
4c : Machine à écrire le Braille	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
4d : Outils mathématiques/appareil de calcul spécial pour les sections « calculatrice » des évaluations de mathématiques et de sciences	oui	oui	N/A	N/A	N/A	N/A	oui	N/A	N/A	N/A	oui
4e: Outils mathématiques/calculatrice pour les sections « sans calculatrice » des évaluations de mathématiques	oui	oui	N/A	N/A	N/A	N/A	oui	N/A	N/A	N/A	oui
4f : Reconnaissance vocale (dictée)	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	N/A	N/A	N/A	non
4g : Réponse du scribe humain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	non
4h : Réponse du signataire humain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non
4i : Supervision des réponses au test	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
4j : Prédiction de mots- Dispositif externe	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non
4k : Réponses consignées dans le cahier d'examen (pour les élèves qui passent une évaluation sur papier)	oui	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	oui	oui	oui	non
4l : Appareils d'enregistrement	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
4m : Assistance à l'analyse par un partenaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	N/A	N/A	N/A	non
4n : Aménagements uniques de réponse	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	non

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. 4u[1]: Disponible uniquement en lecture et écriture sur ACCESS For ELLs, Kindergarten ACCESS for ELLs, et Alt-ACCESS For ELLs

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

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

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES ET D'ÉVALUATION

AMÉNAGEMENT DES HORAIRES ET DE LA PROGRAMMATION *Les équipes de l'IEP doivent tout d'abord recenser les aménagements de temps dont l'élève bénéficie régulièrement lors des cours quotidiens et des évaluations en classe, puis, en s'appuyant sur les recommandations du MAAAM, déterminer quels aménagements sont autorisés, nécessaires et adaptés aux évaluations de l'État et du district, afin de garantir un accès équitable tout en respectant les exigences de l'État et du district en matière d'évaluation.*	**Instructions**	**MCAP (mathématiques, sciences, études sociales)**	**MCAP (ELA)**	**Sciences de la vie (LS) MISA**	**Gouvernement**	**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**	**AAlt–-ACCESS pour ELL**	**NAEP**
5a : Durée du test prolongée 1.5x ◯ 2x Autre : _____	oui	oui	oui	oui	oui			oui*			oui
5b : Hébergement unique et planification de l'hébergement	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.

* Soumettre des demandes d'aménagements uniques au MSDE.

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

_____

_____

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 (des) décision(s) : _____

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
◯ Permettre l'utilisation de surligneurs pendant la formation et les devoirs ◯ Autoriser l'utilisation de matériel de manipulation ◯ Autoriser l'utilisation d'aide à l'organisation ◯ Vérifier la compréhension ◯ Feedback fréquent et/ou immédiat ◯ Faire répéter et/ou paraphraser les informations à l'élève ◯ Limiter le volume à copier du tableau ◯ Contrôler le travail indépendantk ◯ Paraphraser les questions et l'instruction ◯ Tutorat par les pairs/ dispositif de travail par paire ◯ Représenter l'emploi du temps ◯ Donner aux élèves d'autres moyens de démontrer leur progrès ◯ Aider l'organisation ◯ Fournir du matériel/des manuels scolaires pour le travail à domicile ◯ Fournir une liste de relecture ◯ Donner à l'élève une copie des Nontes de l'enseignant/ des élèves ◯ Répétition des instructions ◯ Utilisation d'exercices à trous pour renforcer le vocabulaire et/ou en cas d'écriture prolongée ◯ Autre : _____	Fréquence anticipée ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois ◯ Périodique ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle ◯ Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de l'orientation et de la mobilité Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de réhabilitation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Infirmière Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Pédagogique Auxiliaire Ⓟ ◯ Physique Thérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ 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
◯ Devoirs modifiés/changés ◯ Diviser les devoirs en unités plus petites ◯ Séparer le(s) textes en sous-chaînes ◯ Supprimer si possible les informations superflues relatives aux devoirs et évaluation ◯ Limiter le volume de lecture requis reading ◯ Contenu modifié ◯ Système de Nontation modifiée ◯ Examens à livre ouvert ◯ Examens ouverts ◯ Réduire le Nonmbre de choix de questions ◯ Réduction de la longueur des examens ◯ Supprimer si possible les questions « sauf » et « Nonn » ◯ Revoir le format du test (par exemple, moins de questions « Remplacez les tirets par ») ◯ Séparer si possible avec des puces les questions dans les longs paragraphes ◯ Simplifier la structure des phrases, le vocabulaire et les illustrations dans les devoirs et les évaluations ◯ Utiliser des images si possible pour rendre la lecture plus facile ◯ Autre : _____	Fréquence anticipée ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois ◯ Périodique ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle ◯ Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de l'orientation et de la mobilité Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de réhabilitation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Infirmière Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Pédagogique Auxiliaire Ⓟ ◯ Physique Thérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ 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
◯ Soutien aux adultes ◯ Préparation avancée aux changements d'emploi du temps ◯ Formation à la maîtrise de la colère ◯ Vérifier la compréhension ◯ Intervention de crise ◯ Encourager l'élève à demander de l'aide en cas de besoin ◯ Encourager/renforcer un comportement approprié dans des environnements scolaires et Nonn scolaires ◯ Contrôle de proximité/ contact visuel fréquent ◯ Rappel fréquent du règlement ◯ Système de communication destiné à l'école à la maison ◯ Mise en œuvre d'un contrat de comportement ◯ Contrôle de l'utilisation de l'agenda et/ou du carnet scolaire ◯ Changer les activités ou donner des occasions de se déplacer fréquemment ◯ Prévoir des activités sensorielles et/ou de manipulation pour favoriser l'écoute et la concentration ◯ Structurer le temps pour l'organisation des matières ◯ Renforcer un comportement positif par la communication verbale/Nonn-verbale ◯ Formation aux aptitudes sociales ◯ Stratégies pour favoriser et maintenir l'attention ◯ Utilisation de renforts positifs/concrets ◯ Autre : _____	Fréquence anticipée ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois ◯ Périodique ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle ◯ Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de l'orientation et de la mobilité Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de réhabilitation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Infirmière Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Pédagogique Auxiliaire Ⓟ ◯ Physique Thérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ 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
◯ Accès à l'ascenseur ◯ Équipement adaptatif ◯ Dispositifs adaptatifs d'alimentation ◯ Réglages des sources sensorielles (comme, la lumière, le son) ◯ Donner du temps supplémentaire pour les déplacements entre les classes ◯ Aides environnementales (par exemple, l'acoustique de la salle de classe, le chauffage, la ventilation) ◯ Emplacement privilégié du casier ◯ Place privilégiée ◯ Réduire les devoirs nécessitant du papier/un crayon ◯ Régime sensoriel ◯ Emploi du temps graphique ◯ Autre : _____	Fréquence anticipée ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois ◯ Périodique ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle ◯ Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de l'orientation et de la mobilité Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de réhabilitation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Infirmière Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Pédagogique Auxiliaire Ⓟ ◯ Physique Thérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ 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
◯ Consultation TA ◯ Consultation d'un audiologiste ◯ Consultation pour l'instruction en classe ◯ Coordination des services de soutien pour la prévention et l'intervention dans les cas de crises ◯ Prestataires d'activités Nonn scolaires/périscolaires ◯ Consultation auditive ◯ Consultation relative à l'orientation et la mobilité ◯ Consultation parentale et/ou formation ◯ Consultation en éducation physique ◯ Consultation d'un physiothérapeute ◯ Consultation d'un psychologue ◯ Consultation en santé scolaire ◯ Consultation d'un travailleur social ◯ Consultation d'un orthophoniste ◯ Formation de personnel ◯ Formation au voyage ◯ Consultation de la vision ◯ Autre : _____	Fréquence anticipée ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois ◯ Périodique ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle ◯ Autre : _____	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de l'orientation et de la mobilité Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de réhabilitation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Infirmière Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Pédagogique Auxiliaire Ⓟ ◯ Physique Thérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ 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 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 le(s) parent(s).

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 Nonuvelles aptitudes ou tout du moins des occasions d'espérer ? ◯ OUI ◯ NON

Documentez les raisons de la décision : _____

_____

3. Existe-t-il des comportements iNonpportuns 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. Date de la décision ESY : _____

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

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

_____

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) : ☐☐PROCEDURES 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) : Avec _____ ☐ % de précision ☐ % de diminution ☐ ____ sur ___essais ☐ % d'augmentation ☐ autre_____

Critères (rétention) : Dans ☐ ____ sur ____ essais ☐ ____ sur ____ travaux/devoirs ☐ ____ sur ____ observations ☐ ____ sur ____ occasions ☐ ____ sur ____ occurrences ☐ autre

But ESY ? ◯ OUI ◯ NON S'agit-il d'un objectif visant à réduire l'écart ? ◯ 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 ◯NonN 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 2 :(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 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 :◯ Réalisé ◯ Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ Compétences Nonuvellement introduit;progrès mesurables pas en ce moment ◯Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ 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 :◯ Réalisé ◯ Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ Compétences Nonuvellement introduit;progrès mesurables pas en ce moment ◯Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ 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 :◯ Réalisé ◯ Progrès suffisants pour atteindre l'objectif ◯Compétence nouvellement introduite ; les progrès ne sont pas mesurables pour l'instant ◯Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ 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 :◯ Réalisé ◯ Fait suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ Compétences Nonuvellement introduit;progrès mesurables pas en ce moment ◯Ne fait pas suffisamment de progrès pour réaliser le but ◯ Pas encore introduit (l'équipe IEP doit se réunir pour discuter de l'insuffisance des progrès) Description du progrès : _____

Comment le(s) parent(s) sera(ont) informé(s) des progrès de l'élève par rapport aux objectifs du IEP ? _____

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

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

◯ SERVICES D'ORTHOPEDAGOGIE

SERVICES

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

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) (P) = Primaire, ◯ = Autre	Résumé des services
◯ Services audiologiques ◯ Services psychologiques ◯ Ergothérapie ◯ Physiothérapie ◯ Loisirs ◯ Évaluation et identification précoces ◯ Services d'orientation ◯ Services de santé scolaire ◯ Services de travail social ◯ Formation et assistance aux parents ◯ Aide à la réadaptation ◯ Services de formation à l'orientation et à la mobilité ◯ Services médicaux (DiagNonstic et évaluation) ◯ Autres thérapies _____ ◯ Services d'interprétation ◯ Orthophonie ◯ Services d'infirmerie	◯ Dans l'enseignement général ◯ Hors de l'enseignement général	Nonmbre de sessions ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Autre ____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois uniquement ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	(P) ◯ Spécialiste de la mobilité et de l'orientation (P) ◯ Orthophoniste (P) ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants (P) ◯ Enseignant pour les déficients visuels (P) ◯ Ergothérapeute (P) ◯ Travailleur social de l'élève (P) ◯ Professeur d'éducation physique (P) ◯ Personnel des services de rééducation (P) ◯ Professeur d'enseignement général (P) ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation (P) ◯ Département des services sociaux (DSS) (P) ◯ Administration de la santé comportementale (P) ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) (P) ◯ Division des services de rééducation (DORS) (P) ◯ Autre agence_____ (P) ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie (P) ◯ Autre prestataire de service_____ (P) ◯ Infirmière_____ (P) ◯ Conseiller professionnel clinique agréé (P) ◯ Audiologiste (P) ◯ Psychologue (P) ◯ Équipe IEP (P) ◯ Interprète (P) ◯ Assistant d'enseignement (P) ◯ Ergothérapeute (P) ◯ Professeur particulier (P) ◯ Conseiller d'orientation (P) ◯ Travailleur social scolaire (P) ◯ Ludothérapeute (P) ◯ Assistant en ergothérapie (P) ◯ Assistant de physiothérapie (P) ◯ Assistant d'orthophonie (P) ◯ Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : ◯ hebdomadaire ◯ mensuelle ◯ 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
◯ Services audiologiques ◯ Services psychologiques ◯ Ergothérapie ◯ Physiothérapie ◯ Loisirs ◯ Évaluation et identification précoces ◯ Services d'orientation ◯ Services de santé scolaire ◯ Services de travail social ◯ Formation et assistance aux parents ◯ Aide à la réadaptation ◯ Services de formation à l'orientation et à la mobilité ◯ Services médicaux (DiagNonstic et évaluation) ◯ Autres thérapies _____ ◯ Services d'interprétation ◯ Orthophonie ◯ Services d'infirmerie	◯ Dans l'enseignement général ◯ Hors de l'enseignement général	Nonmbre de sessions ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Autre ____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois uniquement ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle Durée _____ semaines	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	(P) ◯ Spécialiste de la mobilité et de l'orientation (P) ◯ Orthophoniste (P) ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants (P) ◯ Enseignant pour les déficients visuels (P) ◯ Ergothérapeute (P) ◯ Travailleur social de l'élève (P) ◯ Professeur d'éducation physique (P) ◯ Personnel des services de rééducation (P) ◯ Professeur d'enseignement général (P) ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation (P) ◯ Département des services sociaux (DSS) (P) ◯ Administration de la santé comportementale (P) ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) (P) ◯ Division des services de rééducation (DORS) (P) ◯ Autre agence_____ (P) ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie (P) ◯ Autre prestataire de service_____ (P) ◯ Infirmière_____ (P) ◯ Conseiller professionnel clinique agréé (P) ◯ Audiologiste (P) ◯ Psychologue (P) ◯ Équipe IEP (P) ◯ Interprète (P) ◯ Assistant d'enseignement (P) ◯ Ergothérapeute (P) ◯ Professeur particulier (P) ◯ Conseiller d'orientation (P) ◯ Travailleur social scolaire (P) ◯ Ludothérapeute (P) ◯ Assistant en ergothérapie (P) ◯ Assistant de physiothérapie (P) ◯ Assistant d'orthophonie (P) ◯ Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : ◯ hebdomadaire ◯ mensuelle ◯ 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 : _____ _____

_____ _____

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) ◯ = Primaire, ◯ = Autre	Résumé des services
◯ Programme d'enseignement technique et d'orientation professionnelle avec services d'assistance ◯ Évaluation professionnelle ◯ Programme d'orthopédagogie avec objectifs préprofessionnels	◯ Dans l'enseignement général ◯ Hors de l'enseignement général	Nonmbre de sessions ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Autre ____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois uniquement ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de la mobilité et de l'orientation Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de rééducation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Conseiller professionnel clinique agréé Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Assistant d'enseignement Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : ◯ hebdomadaire ◯ mensuelle ◯ 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
◯ Programme d'enseignement technique et d'orientation professionnelle avec services d'assistance ◯ Évaluation professionnelle ◯ Programme d'orthopédagogie avec objectifs préprofessionnels	◯ Dans l'enseignement général ◯ Hors de l'enseignement général	Nonmbre de sessions ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Autre ____	Durée du service _____ Heures _____ Minutes	Fréquence ◯ Quotidienne ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Annuelle ◯ Une fois uniquement ◯ Trimestrielle ◯ Biannuelle	JJ•MM•AAAA	JJ•MM•AAAA Durée _____ semaines	Ⓟ ◯ Spécialiste de la mobilité et de l'orientation Ⓟ ◯ Orthophoniste Ⓟ ◯ Enseignant pour les Sourds et malentendants Ⓟ ◯ Enseignant pour les déficients visuels Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Travailleur social de l'élève Ⓟ ◯ Professeur d'éducation physique Ⓟ ◯ Personnel des services de rééducation Ⓟ ◯ Professeur d'enseignement général Ⓟ ◯ Professeur de techNonlogie et d'orientation Ⓟ ◯ Département des services sociaux (DSS) Ⓟ ◯ Administration de la santé comportementale Ⓟ ◯ Administration des handicaps du développement (DDA) Ⓟ ◯ Division des services de rééducation (DORS) Ⓟ ◯ Autre agence_____ Ⓟ ◯ Professeur de classe d'orthopédagogie Ⓟ ◯ Autre prestataire de service_____ Ⓟ ◯ Conseiller professionnel clinique agréé Ⓟ ◯ Audiologiste Ⓟ ◯ Psychologue Ⓟ ◯ Équipe IEP Ⓟ ◯ Interprète Ⓟ ◯ Assistant d'enseignement Ⓟ ◯ Ergothérapeute Ⓟ ◯ Professeur particulier Ⓟ ◯ Conseiller d'orientation Ⓟ ◯ Travailleur social scolaire Ⓟ ◯ Ludothérapeute Ⓟ ◯ Assistant en ergothérapie Ⓟ ◯ Assistant de physiothérapie Ⓟ ◯ Assistant d'orthophonie Ⓟ ◯ Assistance thérapeutique du comportement	Durée totale des services : ◯ hebdomadaire ◯ mensuelle ◯ 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'ÉUCATION 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'ÉUCATION 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'ÉUCATION 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'ÉUCATION PRÉCOCE PENDANT AU MOINS 10 HEURES PAR SEMAINE ET ASSISTER À LA PLUPART DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX AU SEIN D'UN AUTRE ORGANISME

POUR LES ENFANTS FRÉQUENTANT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE ORDINAIRE, CHOISISSEZ L'ENVIRONNEMENT OÙ LA MAJORITÉ DES SERVICES SONT FOURNIS :

☐ MATERNELLE PUBLIQUE ☐ MATERNELLE/ÉCOLE MATERNELLE/GARDERIE COMMUNAUTAIRE/PRIVÉE ☐ HEAD START (PROGRAMME PRÉSCOLAIRE FÉDÉRAL DES ÉTATS-UNIS) ☐ CENTRE JUDY ☐ AUTRE (PRÉCISEZ) :_____

☐ 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}

☐ Moyenne _____ %/jour

☐ DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (80 % ou plus) ☐ EXTERNAT PUBLIC SÉPARÉ ☐ ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PRIVÉ ☐ PLACÉ(E) PAR LES PARENTS DANS UNE ÉCOLE PRIVÉE
☐ DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (40 à 79 %) ☐ EXTERNAT PRIVÉ SÉPARÉ ☐ CONFINÉ(E) CHEZ SOI/HÔPITAL
☐ DANS L'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL (moins de 40 %) ☐ ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL PUBLIC ☐ ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

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_____

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 Edication 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 siNonn 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 le(s) parent(s).

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:** _____