

## Plan d'aménagements Section 504\*

Année scolaire : \_\_\_\_\_

DBN et nom de l'école \_\_\_\_\_

Date de la réunion de l'équipe 504 : \_\_\_\_\_

\*Pour les élèves diabétiques qui ont besoin d'aménagements, utilisez le Modèle de diabète du plan 504.

Ce plan sera examiné selon les besoins avant la fin de chaque année scolaire et modifié, si nécessaire, au moment de l'examen. Le parent/tuteur ou la tutrice informera le Coordonnateur 504 de tous changements affectant le handicap de l'élève à tout moment pendant l'année scolaire dans la mesure où la révision de ce plan s'avère nécessaire.

**Le Coordonnateur 504 complètera ce plan avec les observations de l'équipe 504 (y compris le parent/tuteur ou la tutrice) en tenant compte des documents pertinents** (*p.ex.*, les rapports, les évaluations ou les diagnostics fournis par le parent/tuteur ou la tutrice de l'élève, les notes de l'élève, les recommandations de mesures disciplinaires, les informations médicales, les questionnaires sur les langues, les informations sur le parent/tuteur ou la tutrice, les scores des tests standardisés et les commentaires des enseignants).

Renseignements sur l'élève et sa famille	
Nom de l'élève	Handicap/Diagnostic : ( <i>d'après le Formulaire de demande d'aménagements d'ordre médical</i> )
N° OSIS :	Enseignant de la classe/Homeroom :
Langue privilégiée par le parent/tuteur ou la tutrice :	Grade :
Adresse du domicile :	Paraprofessionnel (le cas échéant) :
Date de naissance :	
Informations pour les cas d'urgence	
<u>Coordonnées 1</u>	<u>Coordonnées 2</u>
Nom :	Nom :
Lien avec l'élève :	Lien avec l'élève :
Numéro du téléphone du domicile :	Numéro du téléphone du domicile :
Numéro de téléphone professionnel :	Numéro de téléphone professionnel :
Numéro de téléphone portable :	Numéro de téléphone portable :

**Instructions sur les Coordonnées à contacter en cas d'urgence :** En cas d'urgence, le plan et le MAV de l'élève (le cas échéant) resteront en vigueur.

### Informations sur l'équipe 504

Nom	Rôle
1.	Coordonnateur 504
2.	Parent/tuteur/tutrice
3.	
4.	
5.	
6.	

### Services et aménagements

Le coordonnateur 504 entre tous les services et aménagements autorisés, précise le type d'aménagements à fournir (ex. : Aménagements des conditions d'examen – cadre à effectif réduit à un maximum de 12 élèves, temps prolongé à 1,5 avec 5 minutes de pause toutes les 30 minutes), et met N/A dans tous les champs qui ne s'appliquent.

Aménagement et description de l'aménagement
<input type="checkbox"/> SITE ACCESSIBLE
<input type="checkbox"/> AIR CONDITIONNÉ
<input type="checkbox"/> AIDE AUX DÉPLACEMENTS
<input type="checkbox"/> TECHNOLOGIES D'ASSISTANCE
<input type="checkbox"/> AMÉNAGEMENTS EN SALLE DE CLASSE

**Aménagement et description de l'aménagement (Suite)**

PARAPROFESSIONNEL DE SANTÉ

CARTE D'ACCÈS À L'ASCENSEUR

EPI-PEN

ACTIVITÉS RESTREINTES

MESURE DE PROTECTION (Lycée uniquement)

AMÉNAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMEN

TRANSPORT (*Tel qu'approuvé par l'OPT. Consultez le coordonnateur des transports scolaires*)

AUTRE - Veuillez préciser :

## Responsabilités de l'école

Indiquez le personnel qui fournira chaque aménagement

Aménagement	Nom du membre du personnel scolaire du DOE	Fonction au DOE	Responsabilités (si elles ne sont pas précisées ci-dessus)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

J'ai reçu l'[Avis de non-discrimination en vertu de la section 504](#) du DOE ainsi que la Notification sur l'admissibilité. En signant, je consens à la fourniture d'aménagements à mon enfant tels que décrits ci-dessus.

**Approuvé et reçu :**

\_\_\_\_\_

Parent/tuteur/tutrice

\_\_\_\_\_

Date

**Approuvé et reçu :**

\_\_\_\_\_

Responsable administratif/Coordonnateur 504 et Fonction

\_\_\_\_\_

Date

**RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION / ADMINISTRATIVE USE ONLY**

**Supporting Documentation**

*Has the following documentation been submitted to  
504Accommodations@strongschools.nyc?*

- 504 Accommodation Request Forms
- Notice of Non-Discrimination under Section 504
- Notice of Eligibility
- Signed 504 Plan
- 504 Meeting Attendance Sheet
- [Allergy](#) or Seizure Plan (*if applicable*)

**Health Director Approval**

*(If a funded service is authorized by your Health Director.)*

**Notes on Services Not Approved**

*Notes from 504 Coordinator*

ASHR Form ID: