

Plan d'aménagements en vertu de la Section 504*

Année scolaire : _____ Date de la réunion de l'équipe 504 : _____

DBN et nom de l'école : _____

***Pour les élèves diabétiques qui ont besoin d'aménagements, utilisez le modèle du Plan d'aménagements en vertu de la Section 504 pour le diabète.**

Ce plan sera revu selon les besoins et avant la fin de chaque année scolaire, et sera modifié si nécessaire au moment de sa révision. Le parent/tuteur ou la tutrice informera la personne responsable de la coordination de la Section 504 de tout changement 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.

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

L'élève pourra participer à toutes les sorties scolaires et aux activités parascolaires du DOE (comme les activités après l'école, les sports, les clubs et les programmes de perfectionnement du DOE) sans restriction et avec tous les aménagements et toutes les modifications, y compris les soins nécessaires dispensés par le personnel scolaire identifié, indiqués dans ce plan. Le parent/tuteur/la tutrice de l'élève ne sera pas dans l'obligation d'accompagner l'élève lors des sorties scolaires ou autres activités scolaires, mais pourra choisir de le faire.

Renseignements sur l'élève et sa famille

Nom de l'élève : _____ Handicap/diagnostic : _____

OSIS : _____ Date de naissance : _____

Enseignant ou enseignante en charge de la classe/salle d'appel : _____ Grade : _____

Nom du paraprofessionnel ou de la paraprofessionnelle (le cas échéant) : _____

Langues parlées et écrites privilégiées par le parent/tuteur/la tutrice : _____

Adresse du domicile : _____

Informations sur les contacts d'urgence

Contact 1 :

Nom : _____

Lien avec l'élève : _____

Numéro de téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone portable : _____

Contact 2 :

Nom : _____

Lien avec l'élève : _____

Numéro de téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone portable : _____

Instructions sur les contacts d'urgence : en cas d'urgence, le plan et le MAF de l'élève (le cas échéant) resteront en vigueur.

Informations sur l'équipe 504

Nom	Rôle
1.	Personne responsable de la coordination de la Section 504
2.	Parent/tuteur/tutrice
3.	
4.	
5.	
6.	

Services et aménagements

La personne responsable de la coordination 504 saisit tous les services et aménagements autorisés, précise le type d'aménagements à fournir (*ex. : aménagements des conditions d'examen – cadre plus petit avec 12 élèves maximum, durée prolongée à 1,5 avec 5 minutes de pause toutes les 30 minutes*) et marque par N/A tous les champs qui ne s'appliquent pas.

Aménagement et description de l'aménagement

SITE ACCESSIBLE

Nouveau

Renouvellement

CLIMATISATION

Nouveau

Renouvellement

AIDE AUX DÉPLACEMENTS

Nouveau

Renouvellement

TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE

Nouveau

Renouvellement

AMÉNAGEMENTS EN SALLE DE CLASSE

Nouveau

Renouvellement

Aménagement et description de l'aménagement (suite)

PARAPROFESSIONNEL(LE) DE SANTÉ Nouveau Renouvellement

LAISSEZ-PASSER POUR L'ASCENSEUR Nouveau Renouvellement

Le cas échéant, le personnel de l'école doit s'assurer que l'élève a accès à un ascenseur si nécessaire et doit l'accompagner dans l'ascenseur dans la mesure du possible (les élèves ne reçoivent pas de clés ou de cartes d'accès aux ascenseurs).

EPIPEN Nouveau Renouvellement

ACTIVITÉ RESTREINTE Nouveau Renouvellement

SAFETY NET (lycée uniquement) Nouveau Renouvellement

AMÉNAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMEN Nouveau Renouvellement

TRANSPORT Nouveau Renouvellement

(Personne responsable de la coordination de la Section 504 : cochez l'une des options suivantes le cas échéant après confirmation avec la personne en charge de la coordination du transport scolaire. Si elle est approuvée par l'OPT).

Le DOE doit prévoir ce qui suit lors du trajet aller-retour en bus de l'élève chaque jour entre l'école et son domicile :

- Ne s'applique pas (transport en bus scolaire (« busing ») non fourni) ;
- Transport supervisé par une personne en charge des soins infirmiers ;
- Transport supervisé par une personne en charge des services paraprofessionnels ;
- Service de trajet porte-à-porte en bus avec une personne en charge de l'accompagnement uniquement ;
- Transport en bus avec arrêts scolaires sans accompagnement.

AUTRE – Veuillez préciser : Nouveau Renouvellement

Responsabilités de l'école
Indiquez le personnel qui fournira chaque aménagement

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

J'ai reçu la notification du DOE sur la [non-discrimination en vertu de la Section 504](#) ainsi que la notification sur la détermination de l'admissibilité. En signant, je consens à ce que mon enfant bénéficie de l'aménagement, comme décrit ci-dessus.

Approuvée et reçue :

Parent/tuteur/tutrice

Date (MM/JJ/AAAA)

Approuvée et reçue :

Responsable administratif/de la coordination de la Section 504 et fonction

Date (MM/JJ/AAAA)

ADMINISTRATIVE USE ONLY (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Notes on Services Requested But Not Approved (Notes from the 504 Coordinator)

Supporting Documentation

Has compliance information and the following documentation been submitted to the online 504 Data Tracker?

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

Has the 504 information also been entered into the ATS S504 screen?

Health Director Approval

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

ASHR Form ID: _____