

# DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS EN VERTU DE LA SECTION 504 - ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ N° d'identifiant de l'élève \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_ ATS/DBN de l'école \_\_\_\_\_ Grade/classe \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice faisant la demande \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève \_\_\_\_\_

Date d'envoi au coordinateur 504 \_\_\_\_\_ Nom du coordinateur 504 \_\_\_\_\_

L'élève est actuellement titulaire d'un IEP ?  Oui  Non Téléphone du coordinateur 504 \_\_\_\_\_

## Part. 1 : Le parent/tuteur/la tutrice doit remplir et soumettre le formulaire au coordinateur 504 de l'école

Décrivez ci-dessous le problème et précisez comment il affecte les résultats scolaires de l'élève :

*Demandez des aménagements en fonction des problèmes listés ci-dessus : contactez le coordinateur 504 de votre école pour toute question.*

| Demande d'aménagement(s)<br><i>Le parent/tuteur/la tutrice coche les aménagements demandés :</i>  | Nouvelle demande<br><i>For school use only/Réservé à l'usage de l'école</i>  | Demande de renouvellement<br><i>For school use only/Réservé à l'usage de l'école</i>   |
|---|--|--|
| <b>Aménagements des conditions d'examen</b><br><input type="checkbox"/> Calendrier d'examen/durée d'examen (ex. : durée prolongée, etc.)<br><input type="checkbox"/> Cadre/lieu d'examen<br><input type="checkbox"/> Méthode de présentation/instructions/technologie d'assistance<br><input type="checkbox"/> Méthode de réponse au test/aide en matière de contenu<br><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Aménagements de la salle de classe/du programme scolaire</b><br><input type="checkbox"/> Emploi du temps de la classe/utilisation du temps<br><input type="checkbox"/> Cadre des activités en classe<br><input type="checkbox"/> Méthode de présentation/instructions/technologie d'assistance<br><input type="checkbox"/> Méthode de réponse lors d'activités en classe/aide en matière de contenu<br><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Soutiens scolaires et autres services</b><br><input type="checkbox"/> Paraprofessionnels<br><input type="checkbox"/> Services infirmiers<br><input type="checkbox"/> Transport (pour un problème de santé temporaire ou une mobilité réduite à court ou à long terme, soumettez des <a href="#">formulaires de demande d'exception pour raisons médicales</a> au Bureau du transport scolaire)<br><input type="checkbox"/> Safety Net (lycée uniquement)<br><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

Si l'élève a besoin de médicaments au cours de la journée scolaire et ne peut pas se les administrer en toute autonomie, l'infirmière scolaire les lui administrera. Les demandes pour des soins infirmiers 1:1, des soutiens paraprofessionnels et le transport seront examinées au cas par cas. Ces demandes doivent être examinées par un médecin du Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) pour déterminer si les services sont médicalement nécessaires. D'autres formulaires doivent être remplis ; veuillez consulter votre coordinateur 504. Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) examinera les demandes de technologie d'assistance et pourra faciliter une évaluation pour déterminer les besoins de l'élève.

## Part. 2 : AUTORISATION PARENTALE – Le parent/tuteur/la tutrice doit remplir le formulaire avant de le soumettre au coordinateur 504 de l'école

Votre enfant peut avoir droit aux aménagements en vertu de la Section 504 de la Loi de 1973 sur la protection et l'insertion des handicapés. L'équipe 504 de votre école se réunira pour examiner les dossiers de votre enfant, son travail en classe, les observations en salle de classe, sa performance aux tests ainsi que les déclarations de son médecin. Si votre enfant a droit aux services selon cet examen, l'équipe élaborera un Plan 504 avec votre soutien et votre consentement. Les Plans 504 **doivent être examinés avant la fin de chaque année scolaire** ou plus souvent si nécessaire.

En signant ce formulaire : 1) Je donne mon consentement à l'équipe 504 pour qu'elle examine les dossiers de mon enfant et décide s'il ou si elle a droit aux aménagements.. 2) Je confirme que j'ai fourni des informations précises et complètes dans la pleine mesure de mes moyens. 3) Je comprends que l'OSH et le DOE se fient à l'exactitude des informations contenues dans le formulaire pour leur examen et leurs décisions. 4) Je comprends que l'OSH et le DOE peuvent obtenir toutes les informations qu'ils estiment nécessaires sur l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

Le formulaire HIPAA rempli est joint (REQUIS POUR L'EXAMEN. LES PARENTS DOIVENT REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE).

Nom du parent/tuteur/de la tutrice \_\_\_\_\_ Téléphone en journée \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_