|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du district scolaire :** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Adresse du district scolaire :** | | | |  | | | | | | | | | |
| **Personne à contacter et nº de téléphone :** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Formulaire de consentement au placement dans l’enseignement spécialisé****PL1 : enfants de 3 à 5 ans** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dates du programme d’enseignement personnalisé : du | | | | | |  | | au |  | |  | |
| Nom de l’élève : | |  | | | Date de naissance : | | |  | | | Code SASID de l’élève : | |  |

**Placements dans l’enseignement spécialisé recommandés par l’équipe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’équipe a établi que la majorité des services d’enseignement personnalisé doivent être dispensés dans le cadre d’un programme à domicile pour enfant de 3 à 5 ans. |  | Domicile |
| L’équipe a établi que la majorité des services d’enseignement personnalisé doivent être dispensés au cabinet d’un clinicien spécialiste des enfants de 3 à 5 ans. |  | Cabinet du prestataire |
| L’équipe a établi que tout ou partie des services d’enseignement personnalisé doivent être dispensés dans le cadre du programme d’éducation inclusive de la petite enfance que l’enfant suit déjà. |  | Services d’enseignement personnalisé dans le cadre du programme d’éducation inclusive de la petite enfance |
| L’équipe a établi que l’enfant doit suivre un programme d’éducation inclusive de la petite enfance pour recevoir tout ou partie des services d’enseignement personnalisé. |  | Programme d’éducation inclusive de la petite enfance |
| L’équipe a établi que l’enfant doit recevoir des services d’enseignement personnalisé dans le cadre d’un programme destiné uniquement aux jeunes enfants handicapés. |  | Programme essentiellement distinct |
|  | Programme de jour public ou privé |
| L’équipe a établi que l’enfant doit suivre un programme d’enseignement personnalisé dans un foyer éducatif destiné uniquement aux jeunes enfants handicapés. |  | Foyer éducatif |

Lieu(x) et dates de prestation des services :

|  |
| --- |
|  |
| Consentement au placement  Options et réponses du ou des parents |
| **Il est important que l’administration du district scolaire soit informée de votre décision dès que possible. Veuillez indiquer votre réponse en cochant au moins une (1) case et retourner un exemplaire signé de ce formulaire à l’administration du district scolaire avec votre réponse à propos du programme d’enseignement personnalisé. Merci de votre attention à cet égard.** |
| Je consens au placement.  Je refuse le placement.  Je demande une entrevue pour discuter du placement refusé. |
| Signature du parent, du tuteur ou du parent de substitution Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Placements requis par une autre autorité**  **Remarque : Ces placements pour raisons non éducatives ne sont pas décidés par notre équipe. En conséquence, les services dispensés peuvent être limités et le consentement n’est pas requis.** | | |
| Une administration de l’État a décidé de placer l’enfant dans un établissement spécialisé pour des raisons non éducatives. |  | Le service de la santé mentale (Department of Mental Health) a placé l’enfant dans l’unité de soins psychiatriques d’un hôpital ou dans un programme de traitement en établissement. |
|  | Le service de la santé publique (Department of Public Health) a placé l’enfant dans l’école hospitalière du Massachusetts (Massachusetts Hospital School). |
| Un médecin a établi que l’enfant devait recevoir les services à domicile. |  | Programme à domicile |
| Un médecin a établi que l’enfant devait recevoir les services en milieu hospitalier. |  | Programme en milieu hospitalier |