

Nom complet de l'enfant :		Téléphone	Adresse	
Date de naissance de l'enfant			Numéro Medicaid de l'enfant	
Date de la demande d'orientation à l'intervention de la petite enfance		Date de consentement à l'évaluation		Date de l'examen médical
Choix de langue de la famille			La famille aimerait avoir un interprète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Parent(s) /Tuteur :**

Nom	Téléphone (domicile)	Adresse (si différente)		
Rôle	Téléphone (bureau)	Adresse (si différente)		
Nom	Téléphone (domicile)	Adresse (si différente)		
Rôle	Téléphone (bureau)	Adresse (si différente)		
Nom	Téléphone (domicile)	Adresse (si différente)		
Rôle	Téléphone (bureau)	Adresse (si différente)		
Nom	Téléphone (domicile)	Adresse (si différente)		
Rôle	Téléphone (bureau)	Adresse (si différente)		

**Si vous avez des questions concernant ce plan ou concernant l'une des personnes travaillant avec votre enfant, veuillez appeler la personne en charge de la coordination des services.**

Nom	Téléphone	Adresse du service		
-----	-----------	--------------------	--	--

**Dates des réunions de l'IFSP :**

Date d'intérim/Date d'envoi	Date Initiale/Date d'envoi	Date annuelle/Date d'envoi	Date d'envoi	
Date d'examen périodique/Date d'envoi	Date d'examen périodique/Date d'envoi	Date d'envoi de la révision périodique	Date d'examen périodique/Date d'envoi	

(-----) Indique une mise à jour périodique

**CONFIDENTIEL**

Nom de l'enfant

Date

Préoccupations de la famille et priorités souhaitées

(-----) Indique une mise à jour périodique

**CONFIDENTIEL**

Nom de l'enfant

Date

Atouts de l'enfant et de la famille

(-----) Indique une mise à jour périodique

**CONFIDENTIEL**

Nom de l'enfant

**Niveau de développement actuel de l'enfant**

Lieu/Date d'évaluation

Vision	Années	Mois	Capacités actuelles
Vision (Mise à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
Audition	Années	Mois	Capacités actuelles
Audition (Mise à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
État de santé	Années	Mois	Capacités actuelles
État de santé (mis à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles

(-----) Indique une mise à jour périodique

**CONFIDENTIEL**

Nom de l'enfant

**Niveau de développement actuel de l'enfant**

Lieu/Date d'évaluation

Capacités cognitives	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----
Capacités cognitives (mises à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----
Capacités communicationnelles	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----
Capacités communicationnelles (mises à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----
Capacités en comportement social	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----
Capacités en comportement social (mises à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
-----	-----	-----	-----

(-----) Indique une mise à jour périodique

**CONFIDENTIEL**

Nom de l'enfant

**Niveau de développement actuel de l'enfant**

Lieu/Date d'évaluation

Capacités d'auto-assistance et d'adaptation	Années	Mois	Capacités actuelles
----- Capacités d'auto-assistance et d'adaptation (mise à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
Motricité fine	Années	Mois	Capacités actuelles
----- Motricité fine (mise à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles
Motricité globale	Années	Mois	Capacités actuelles
----- Motricité globale (mise à jour)	Années	Mois	Capacités actuelles

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

---

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---



Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---

Nom de l'enfant :

---

Résultat

---

Atouts et ressources de l'enfant/de la famille en rapport avec ce résultat

---

Qui fera quoi

---

Les progrès seront évalués

Par qui \_\_\_\_\_ À quelle fréquence \_\_\_\_\_ Comment \_\_\_\_\_

---

**Révision du plan pour ce résultat**

Date

---

Commentaires sur les prochaines étapes

---

Quels sont les progrès réalisés ?

---



District scolaire

Nom de l'enfant

**Plan de transition  
de l'IFSP**

Date de la conférence de transition

Date de transition estimée

<b>Ce qui doit être fait</b>	<b>Qui est responsable</b>	<b>Calendrier</b>	<b>Date d'achèvement</b>

Nom de l'enfant

---

**Choix de la famille : Consentement à la poursuite des services d'intervention de la petite enfance ou à la mise en place de services d'éducation spécialisée**

---

- J'ai/Nous avons reçu une copie de l'avis de transition annuel.
- J'ai/Nous avons été informé(s) des différences entre, et du droit de choisir, les services d'intervention de la petite enfance fournis par le biais d'un IFSP en vertu de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées (Individuals with Disabilities Education Act - IDEA)) et les services d'éducation spéciale préscolaire fournis par le biais d'un programme d'éducation individualisé (Individualized Education Program - IEP) conformément à l'IDEA lorsque mon/notre enfant atteindra l'âge de 3 ans.
- Je comprends/Nous comprenons que si je choisis/nous choisissons que mon/notre enfant reçoive des services d'éducation spéciale par le biais d'un IEP, mon enfant et ma famille ne recevront plus de services d'intervention de la petite enfance et ne bénéficieront plus de la coordination des services d'intervention de la petite enfance.
- Je comprends/Nous comprenons que si je choisis/nous choisissons que mon/notre enfant continue à bénéficier de services d'intervention de la petite enfance dans le cadre d'un IFSP, je peux/nous pouvons à tout moment choisir de bénéficier de services préscolaires d'éducation spéciale au lieu de services d'intervention de la petite enfance.
- Je comprends/Nous comprenons que mon/notre consentement à la poursuite des services d'intervention de la petite enfance est volontaire et que je peux/nous pouvons révoquer mon/notre consentement à tout moment.
- Je consens/Nous consentons à la poursuite des services d'intervention de la petite enfance pour mon/notre enfant et sa famille dans le cadre d'un IFSP après le troisième anniversaire de mon/notre enfant.
- Je demande/Nous demandons la mise en place de services d'éducation préscolaire spécialisée pour mon/notre enfant et sa famille à partir de l'âge de 3 ans.

Signature du parent/tuteur	Date
Signature du parent/tuteur	Date

District scolaire	Nom de l'enfant
<input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Examen périodique	Date

Existe-t-il des conditions particulières pour assurer le transport en toute sécurité de cet enfant ?

**Les services qui seront fournis pour soutenir tous les buts et objectifs**

Service	Localisation (Où) ? Groupe/Individu ? Environnement naturel ?	Fréquence ? Longueur ? Méthode ?	Durée Quand le service commencera il/se terminera-t-il ?	Qui paie

Fournir une justification de la mesure dans laquelle, le cas échéant, un service ne sera pas fourni dans un environnement naturel.

Nom de l'enfant

Autres services/assistances que l'enfant/la famille reçoit ou dont il/elle a besoin, mais qui ne sont ni requis ni financés par le programme d'intervention de la petite enfance.

Service Description	Début/Fin Date	Personne Responsable	Source de financement

LES SERVICES D'EXEMPTION À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE QUI SERONT FOURNIS POUR APPUYER LES RÉSULTATS DE L'EXEMPTION :

Service	Pour aider Avec résultat	Combien	Date de début/fin du service	Source de financement

Nom de l'enfant

**Équipe enfant/famille**

Membres de l'équipe présents à la réunion

Intérimaire    Initial    Annuel    Examen périodique

Date

Nom	Signature	Rôle	Adresse	Téléphone

**Autres membres de l'équipe enfant/famille**

Nom	Rôle	Adresse	Téléphone	Initiale de la famille pour la copie des pages envoyées

Nom de l'enfant

---

**Consentement éclairé des parents/de la famille**

---

Les services d'intervention de la petite enfance seront fournis comme décrit dans l'IFSP et doivent commencer au plus tard 30 jours après la date de mon/notre consentement écrit.

- Je comprends/Nous comprenons que l'IFSP sera réexaminé au moins tous les six (6) mois.
- Je comprends/Nous comprenons que mon/notre consentement est volontaire et que je peux/nous pouvons le révoquer à tout moment.
- J'ai/Nous avons été informé(s) de la/des décision(s) de l'équipe de l'IFSP dans ma/notre langue maternelle ou dans un autre mode de communication.
- Je comprends/Nous comprenons que nous pouvons accepter ou refuser tout service énuméré dans l'IFSP sans compromettre la réception d'autres services que nous acceptons dans le plan.
- Je comprends (nous comprenons) qu'une copie de l'IFSP, de l'évaluation, de l'évaluation de l'enfant et de l'évaluation de la famille sera distribuée dans un délai de 7 jours civils.

**Je comprends/Nous comprenons le plan et les droits parentaux, j'autorise/nous autorisons la mise en œuvre de l'IFSP et je consens/nous consentons à tous les services prévus par l'IFSP.**

Signature du parent/tuteur	Date
Signature du parent/tuteur	Date

**Je ne suis pas/Nous ne sommes pas d'accord avec la proposition de l'IFSP telle qu'elle est rédigée. Toutefois, je consens/nous consentons aux services/fréquences suivants :**

Signature du parent/tuteur	Date
Signature du parent/tuteur	Date