

EARLY DEVELOPMENT NETWORK (RÉSEAU DU  
DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE)  
Avis et consentement pour la sélection initiale  
dans le cadre de l'intervention de la petite  
enfance

Nom complet de l'enfant

Date de la demande  
d'orientation

Nom des parents

Le \_\_\_\_\_ District scolaire public propose de procéder à un examen initial de votre enfant pour déterminer s'il/elle est suspecté(e) d'avoir un handicap et nécessite une évaluation multidisciplinaire.

Le district propose d'évaluer votre enfant parce que :

La sélection comprendra notamment :

- recueillir des informations sur votre enfant par le biais d'entretiens avec les parents/tuteurs
- des observations de votre enfant
- utilisation d'un instrument de sélection par du personnel formé
- examen d'autres informations disponibles (comme les dossiers médicaux)

Le temps nécessaire pour effectuer la sélection et l'évaluation pluridisciplinaire ultérieure, si nécessaire pour déterminer que votre enfant est handicapé, est de 45 jours civils à partir du moment où le réseau de développement de la petite enfance a reçu la demande d'orientation. S'il existe des circonstances familiales exceptionnelles, le processus de sélection et d'évaluation multidisciplinaire peut être retardé.

En tant que parent, vous avez le droit de :

- demander une évaluation multidisciplinaire avant le début du processus de sélection ou à tout moment pendant le processus de sélection ;
- demander une évaluation multidisciplinaire même si les résultats de sélection déterminent qu'il n'y a pas de soupçon de handicap chez votre enfant ;
- un résumé écrit des résultats de sélection.

Les parents d'enfants suspectés d'être handicapés bénéficient d'une protection en vertu des garanties procédurales de l'Individuals with Disabilities Education Act (IDEA [loi sur l'éducation des personnes handicapées]). Une copie des « Garanties procédurales de la partie C », ainsi que les procédures de dépôt d'une plainte et de demande d'audience de procédure régulière sont fournies avec cet avis.

Si à tout moment vous souhaitez demander une évaluation ou si vous avez des questions concernant vos droits, vous pouvez contacter :

Nom du contact

À

---

**Informations supplémentaires**

---

Vous pouvez contacter l'une des ressources suivantes pour vous aider à comprendre les lois fédérales et étatiques relatives à l'éducation des enfants handicapés et les droits parentaux accordés par ces lois. Une explication de vos droits vous sera fournie gratuitement par l'une des organisations suivantes :

Ministère de l'Éducation Lincoln (402) 471-2471	Ligne d'assistance téléphonique pour les services d'aide aux personnes handicapées (800) 742-7594	PTI Nebraska (800) 284-8520
--	--	--------------------------------

---

**Donne le consentement pour la sélection**

---

J'ai/nous avons reçu une copie de l'avis de sélection initiale d'intervention de la petite enfance ; je comprends (nous comprenons) le contenu de l'avis et JE DONNE (NOUS DONNONS) mon (notre) consentement à la sélection indiquée dans l'avis. Je comprends/nous comprenons que ce consentement est volontaire et que je peux/nous pouvons retirer le consentement à tout moment. Si je retire/nous retirerons le consentement, je comprends/nous comprenons que ce n'est pas rétroactif.

---

Signature du/des parent(s)	Date
----------------------------	------

---

Une fois la sélection terminée, vous serez contacté au sujet des résultats. Si une évaluation supplémentaire est nécessaire pour déterminer si votre enfant a un handicap, votre consentement pour une évaluation multidisciplinaire sera requis et, après avoir reçu votre consentement écrit, l'évaluation doit être faite dans les 45 jours civils suivant la réception de la demande d'orientation par le Early Development Network (Réseau de développement de la petite enfance).

---

**Ne donne pas de consentement pour la sélection**

---

J'ai/nous avons reçu une copie de l'avis de sélection initiale d'intervention de la petite enfance ; je comprends (nous comprenons) le contenu de l'avis et JE NE DONNE mon (NOUS NE DONNONS) PAS notre consentement à la sélection indiquée dans l'avis.

---

Signature du/des parent(s)	Date
----------------------------	------

---

J'ai/nous avons reçu une copie de l'avis de sélection initiale d'intervention de la petite enfance ; je comprends (nous comprenons) le contenu de l'avis et JE NE DONNE mon (NOUS NE DONNONS) PAS notre consentement à la sélection indiquée dans l'avis, et demande/demandons plutôt une évaluation multidisciplinaire. Je comprends/nous comprenons que je dois/nous devons fournir un consentement écrit pour l'évaluation multidisciplinaire et que l'évaluation multidisciplinaire doit être effectuée dans les 45 jours civils suivant la réception de la demande d'orientation par le Réseau de développement de la petite enfance (Early Development Network).

---

Signature du/des parent(s)	Date
----------------------------	------