

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Autorisation d'évaluation en vertu de la section 504**Office of Well-Being and Student Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20852**PARTIE I: INFORMATION SUR L'ÉLÈVE**

Nom de l'élève _____

Numéro identifiant de l'élève _____ Date de naissance ____/____/____ Grade _____

École _____

Nom du parent/tuteur légal _____ Numéro de téléphone de jour ____-____-____

PARTIE II. TYPE D'ÉVALUATION ÉTANT AUTORISÉE

Cochez chaque catégorie par Oui ou Non

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychologique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évaluation du Comportement Fonctionnel (FBA) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Auditif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre (veuillez préciser) _____ |

PARTIE III. AUTORISATION

Le critère d'éligibilité prévu par la section 504 de la loi de 1973 sur la réhabilitation exige qu'un élève ait une déficience physique ou mentale qui limite considérablement une activité majeure de la vie. Afin que Montgomery County Public Schools (MCPS) évalue l'éligibilité de l'élève en vertu de la section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973, j'autorise aux membres du personnel de MCPS de procéder à des activités d'évaluation. J'autorise l'infirmier(ière) de la communauté scolaire ou le technicien de l'infirmierie scolaire à prendre contact avec tout personnel médical et à partager des informations de ce type avec les membres du personnel désignés (le cas échéant). Je comprends que pendant les activités d'évaluation, les membres du personnel désignés examineront les dossiers de l'élève, pourront observer l'élève, pourront s'entretenir avec l'élève, l'enseignant de l'élève ou moi-même, et pourront mener des activités d'évaluation fonctionnelle ou normative supplémentaires, le cas échéant. Je comprends d'autant plus que les résultats des évaluations seront inclus dans un dossier d'élève confidentiel auquel le personnel de MCPS peut avoir accès selon le besoin, et que je peux autoriser la divulgation de ces informations à une autre agence ou professionnel.

Signature, Parent/tuteur Légal (ou élève éligible) _____ Date ____/____/____

Autorisation obtenue par : Nom _____ Fonction _____ Date ____/____/____