

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Demande de services d'enseignement provisoires, pour individus à état de santé éligible uniquement

Department of Career Readiness and Innovative Programs

Services provisoires d'enseignement

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)

CESS, Room 248, Rockville, Maryland

N.B : Ce formulaire est utilisé par l'Interim Instructional Services (IIS) en vue d'obtenir la prescription d'un psychologue/psychiatre et la permission du parent/tuteur légal d'initier un enseignement à des élèves présentant un problème de santé mentale. **Renvoyer le formulaire de demande dûment rempli au conseiller scolaire de l'élève ou au directeur/délégué.** Pour plus d'informations, consultez la Politique IOE-RB de MCPS *Services d'enseignement provisoires*.

Un nouveau formulaire de demande rempli est exigé pour la prolongation du service au-delà de 60 jours calendaires.

À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL. VEUILLEZ REMPLIR PAR INFORMATIQUE OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Nom de l'élève (Nom, prénom, Initiale de deuxième prénom) _____ Identifiant MCPS _____

École MCPS _____ Grade _____ Dernier jour de présence en classe _____

L'adresse du domicile fournie pour cet élève est correcte : <> Oui <> Non (si non, vous devez mettre à jour votre adresse à l'école de quartier de votre enfant)

Nom du parent/tuteur légal (en capitale d'imprimerie) _____

Téléphone du Parent/Tuteur Légal Téléphone Fixe _____ - _____ - _____ Téléphone Professionnel _____ - _____ - _____ Poste _____ N° tél. portable _____ - _____ - _____

Adresse e-mail du parent/tuteur légal _____

Lien de parenté Mère Père Tuteur légal Autre (préciser) _____

Nom du parent/tuteur légal (en capitale d'imprimerie) _____

Téléphone du Parent/Tuteur Légal Téléphone Fixe _____ - _____ - _____ Téléphone Professionnel _____ - _____ - _____ Poste _____ N° tél. portable _____ - _____ - _____

Adresse e-mail du parent/tuteur légal _____

Lien de parenté Mère Père Tuteur légal Autre (préciser) _____

Veillez vérifier les horaires auxquels votre enfant est disponible pour l'enseignement : Jours de la semaine Soirées Weekends

J'autorise Montgomery County Public Schools (MCPS) à consulter le médecin traitant et/ou l'infirmière agréée qui suit mon enfant, pour confirmer le diagnostic et/ou obtenir des clarifications sur les notes médicales. Je comprends que MCPS a le droit de refuser le service jusqu'à ce que le besoin de services provisoires d'enseignement ait été confirmé.

Signature du parent/tuteur légal _____ Date ____/____/____

II. À REMPLIR PAR LE CONSEILLER/DIRECTEUR OU PERSONNE DÉSIGNÉE VEUILLEZ REMPLIR PAR INFORMATIQUE OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Does this student have? Individualized Education Program (IEP) Section 504 Plan (please notify IIS office when IIS IEP is complete).

Date application given to parent/guardian ____/____/____ Date application returned from parent/guardian ____/____/____

Date school submitted application to IIS Office ____/____/____ (voir au dos)

I understand that after 30 days of beginning IIS, the student's counselor and/or school team will develop a return to school plan as appropriate.

Counselor/Principal/Designee Signature _____ Date ____/____/____

COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND E-MAIL THE COMPLETED APPLICATION TO IISOFFICE@MCPSSMD.ORG

PARENT/TUTEUR LÉGAL : MERCI DE BIEN INFORMER LES ÉLÈVES QU'ILS DOIVENT FAIRE REMPLIR LA PAGE 2 DE CE FORMULAIRE PAR LEUR PSYCHOLOGUE/PSYCHIATRE, PUIS TRANSMETTRE LA DEMANDE COMPLÈTE À L'ÉCOLE.

Student Name _____

MEDICAL VERIFICATION

For Physical Health Conditions Only

To be completed by the **Physician/Certified Nurse Practitioner**

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (IIS), a verification made within **30 days** of this application of the student's physical health condition from a physician or CNP is required. Service need must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

Please provide the following information (this information may be attached to this signed document):

1. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment. If the request is due to pregnancy, list the expected date of delivery.

2. Reasons the condition prevents the student from attending school.

3. Date of most recent appointment ____/____/____

4. Is this condition contagious? Yes No Describe _____

5. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

6. Describe the specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan).

7. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____

8. Recommendations for school attendance:
 Student is unable to attend school
 Student is able to attend regular day program and student's school of enrollment with modifications
 Student is able to attend school part-time AM PM

9. If checked, this student cannot access instruction virtually. Please provide details explaining why.

I certify that:

- I am a licensed physician or certified nurse practitioner and am currently treating this student.
- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their physical health condition.

Signature of Physician/CNP _____ Date ____/____/____

Printed Physician/CNP Name _____ License Number _____

Address _____ Phone ____ - ____ - ____