

Historique des services d'intervention précoce

PROGRAMMES DU PREKINDERGARTEN/HEAD START
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

INSTRUCTIONS :

L'employé des services à la famille (Family Service Worker, FSW) de Montgomery County Public Schools (MCPS) remplit ce formulaire avec le parent/tuteur légal et vérifie l'exactitude des informations. Les informations sont utilisées dans le but d'apporter un soutien aux élèves.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom de l'élève _____ Date de naissance _____

Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre enfant ? Cochez les cases correspondantes et donnez une description dans l'espace dédié.

Développement moteur _____ Langage/parole _____

Comportement _____ Vue/audition _____

Santé générale (asthme, allergies, diabète, convulsions, etc.) _____

Votre enfant nécessitera-t-il une prise de médicament à l'école ? Oui Non

Votre enfant nécessitera-t-il une prise de médicaments d'**urgence** à l'école (epinephrine auto-injecteurs, inhalateurs, glucagon, Diastat, médicaments nébulisés) ? Oui Non (Si oui, consultez le formulaire 565-1, *Informations d'urgence de l'élève*)

Votre enfant est-il propre (utilisation des toilettes) ? Oui Non Votre enfant aura-t-il besoin d'un traitement/d'une assistance spéciale (alimentation par sonde, cathétérisme, etc.) à administrer à l'école ? Oui Non

Votre enfant suit-il actuellement un programme d'éducation individualisé (**IEP**) ? Oui Non

Si oui, joignez une copie de l'IEP en cours. Lieu d'élaboration du programme : _____

Votre enfant est-il sujet à des services spéciaux ? Oui Non

Cocher toutes les cases correspondantes :

Preschool Education Program (PEP) Parole Thérapie physique (OT/PT, physical therapy)

Cours de langue de prématernelle Privés Service itinérant (garderie de l'école)

Où est-ce que votre enfant reçoit ses services ? _____

Combien de fois par semaine ? _____

Votre enfant a-t-il fait partie du **programme pour bébés et petite enfance** ? Oui Non (à domicile ou en garderie)

Si oui, joindre une copie de l'IFSP en cours. Lieu d'élaboration du programme : _____

Votre enfant a-t-il passé des évaluations ou contrôles sur la parole, la psychologie, le développement, de l'ergothérapie (OT) ou de la thérapie physique (PT), etc. ? Quand ? _____

Avez-vous déjà emmené votre enfant à une **Child Find Clinic (Clinique de contrôle des enfants)** ? Oui Non

Avez-vous actuellement un rendez-vous chez une **Child Find Clinic** ? Oui Non

Si oui, quand ? _____ (merci de joindre des rapports)

SIGNATURE

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

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

OFFICE USE ONLY

MCPS ID _____ Current School _____