



# Plan de service familial personnalisé (IFSP)

Date de la recommandation :	Date de la réunion de l'IFSP :	Type de réunion : <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Revue à 6 mois <input type="checkbox"/> Autre revue <input type="checkbox"/> Annuelle
-----------------------------	--------------------------------	---

## Informations sur l'enfant et la famille

Nom de l'enfant (Prénom/Milieu/Nom de famille) :					
Date de naissance :	Numéro d'identification :	Numéro de MA :			
Adresse :		Téléphone domicile :			
Nom du parent/tuteur/représentant légal :					
Adresse :		Téléphone domicile :			
Adresse :		Téléphone professionnel :			
E-mail :		Téléphone portable :			
Meilleur moment pour contacter :	Meilleure méthode de contact :	<input type="checkbox"/> Téléphone domicile	<input type="checkbox"/> Téléphone professionnel	<input type="checkbox"/> Téléphone portable	<input type="checkbox"/> E-mail

## Membres de l'équipe IFSP

Les membres de l'équipe suivants ont contribué à l'élaboration de cet IFSP :

Parent(s)/Tuteur/Représentant légal

Parent(s)/Tuteur/Représentant légal

Coordonnateur de services

Évaluateur/Enquêteur/Prestataire

Coordonnateur de services intérimaire/suppléant (le cas échéant)

Évaluateur/Enquêteur/Prestataire

Représentant de l'organisme responsable (le cas échéant)

Autre participant, Nom de l'agence

## Informations du coordonnateur de services

Si vous avez des questions sur cet IFSP ou sur toute personne travaillant avec votre enfant et votre famille, contactez votre coordonnateur de services.

Nom du coordonnateur de services :

Agence :

Adresse :

Téléphone professionnel :

E-mail :

## Dates de réunion prévues pour l'IFSP

Revue de l'IFSP à 6 mois

Revue annuelle de l'IFSP

Réunion de planification de la transition

--	--	--

<b>Traduction en langue maternelle :</b>	Parent informé ? <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Parent invité ? <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	---	------------------------------	------------------------------	--	------------------------------

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	--------------------------------

## PARTIE I - INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

### Section A – Information sur la santé

## Santé générale

Quel était l'âge gestationnel de votre enfant à la naissance ? \_\_\_\_\_ Semaines \_\_\_\_\_ Jours

Quel était le poids de votre enfant ? \_\_\_\_\_ Livres \_\_\_\_\_ Onces OU \_\_\_\_\_ Grammes

Qui est votre médecin traitant ou un autre professionnel de la santé ?

*Dr. B. Healthy*

Téléphone :

### VACCINATIONS

Les vaccinations de votre enfant sont-elles à jour ?  Oui  Non  Pas sûr  N/A

*Veillez à ce que la famille comprenne les exigences de l'école en matière de vaccination avant que l'enfant soit prêt à faire la transition vers le programme de la petite enfance communautaire/scolaire.*

### DÉPISTAGE/TEST DE PLOMB

Le niveau de plomb de votre enfant a-t-il été testé ?  Oui  Non Si **OUI**, quel était le niveau ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il des préoccupations concernant le niveau de plomb de votre enfant ?  Oui  Non Si **OUI**, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

### NUTRITION

Y a-t-il des préoccupations concernant l'alimentation, la nutrition générale ou la croissance de votre enfant ?  Oui  Non

Si **OUI**, veuillez expliquer.

### PRÉOCCUPATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

**Considérez l'état de santé actuel de votre enfant.** Existe-t-il des éléments concernant la santé de votre enfant (équipement spécial, allergies, autres informations mentales ou physiques) que l'équipe devrait connaître pour mieux planifier et fournir des services à votre enfant et à votre famille, y compris des diagnostics spécifiques ?

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	--------------------------------

**PARTIE I - INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT**

**Section B – Évaluation de l'admissibilité**

Type d'évaluation :  Admissibilité initiale  Maintien de l'admissibilité

**Évaluation du développement**

	Date d'évaluation (MM/JJ/AA)	Nom de l'outil d'évaluation	Âge chronologique	Âge corrigé (le cas échéant)	Niveau d'âge/Tranche d'âge	Description qualitative		
COGNITIF								
COMMUNICATION								
SOCIAL/ÉMOTIONNEL								
ADAPTATIF								
PHYSIQUE	Capacités motrices fines							
	Capacités motrices globales							
	Audition	Votre enfant a-t-il passé un dépistage auditif universel des nouveau-nés ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
		Votre enfant a-t-il consulté un audiologiste pour une évaluation auditive complète ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
		Y a-t-il des préoccupations concernant l'ouïe de votre enfant ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Résultats de l'évaluation/observation :							
	Vision	La vision de votre enfant a-t-elle été testée ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Y a-t-il des préoccupations concernant la vision de votre enfant ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Résultats de l'évaluation/observation :								

**Admissibilité**

*Votre enfant est admissible aux services d'intervention précoce basés sur les résultats du processus d'évaluation du développement. L'admissibilité est basée sur LA catégorie cochée ci-dessous.*

**Retard de développement d'au moins 25%**

Votre enfant est admissible à des services d'intervention précoce, car il présente un retard d'au moins 25% dans une ou plusieurs zones de développement.

**Développement ou comportement atypique**

Votre enfant est admissible à des services d'intervention précoce car il présente un développement ou un comportement atypique dans une ou plusieurs zones de développement, susceptible d'entraîner ultérieurement un retard.

**Affection physique ou mentale diagnostiquée avec une probabilité élevée de retard de développement**

Votre enfant est admissible à des services d'intervention précoce, parce qu'il présente un état physique ou mental diagnostiqué ci-dessous, susceptible d'entraîner ultérieurement un retard de développement :

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	--------------------------------

**PARTIE II – L'HISTOIRE DE MON ENFANT ET DE LA FAMILLE**  
**Section A – Évaluation : Routines naturelles/Activités et environnements**

*Le but des services d'intervention précoce est d'aider votre enfant à participer avec succès à des activités quotidiennes et communautaires qui revêtent de l'importance pour vous et votre famille. Par conséquent, il est important de comprendre les capacités fonctionnelles de votre enfant dans ces activités et environnements. Vous pouvez communiquer autant d'informations que vous le souhaitez.*

Évaluation de l'enfant et de la famille (cocher l'évaluation utilisée) :

<input type="checkbox"/>	Entretien basé sur des routines (RBI) Passez à la partie II, section B
<input type="checkbox"/>	Échelle d'évaluation de la satisfaction de la famille dans les routines (SAFER) Passez à la partie II, section B
<input type="checkbox"/>	Section des routines et activités quotidiennes de l'IFSP
<input type="checkbox"/>	La famille a refusé l'évaluation axée sur la famille

**ROUTINES ET ACTIVITÉS QUOTIDIENNES**

**DATE :**

Routine/Activité	Que se passe-t-il maintenant, avec qui et où ?	Comment l'évaluez-vous ?
<input type="checkbox"/> Réveil	<i>Comment votre enfant interagit-il et se lie-t-il avec les autres pendant cette activité ? Comment votre enfant apprend-il cette activité pour participer avec succès ? Quels types de comportements votre enfant utilise-t-il pour satisfaire ses besoins et désirs dans cette activité? Dans quelle mesure est-il indépendant ?</i>	<input type="checkbox"/> Tout va bien <input type="checkbox"/> Une certaine inquiétude <input type="checkbox"/> Beaucoup d'inquiétude
<input type="checkbox"/> Habillement		
<input type="checkbox"/> Toilettes / hygiène		
<input type="checkbox"/> Repas / collations		
<input type="checkbox"/> Jeu		
<input type="checkbox"/> Transitions	<i>Comment pensez-vous qu'il se compare aux autres enfants de son âge dans cette activité ?</i>	Que voudriez-vous voir de différent ?
<input type="checkbox"/> Sorties		
<input type="checkbox"/> Temps passé à la garderie		
<input type="checkbox"/> Temps avec la famille, les amis, les autres enfants		
<input type="checkbox"/> Heure du bain		
<input type="checkbox"/> Heure de lecture		
<input type="checkbox"/> Siestes / heure du coucher		
<input type="checkbox"/> Autre :		

Routine/Activité	Que se passe-t-il maintenant, avec qui et où ?	Comment l'évaluez-vous ?
<input type="checkbox"/> Réveil	<i>Comment votre enfant interagit-il et se lie-t-il avec les autres pendant cette activité ? Comment votre enfant apprend-il cette activité pour participer avec succès ? Quels types de comportements votre enfant utilise-t-il pour satisfaire ses besoins et désirs dans cette activité? Dans quelle mesure est-il indépendant ?</i>	<input type="checkbox"/> Tout va bien <input type="checkbox"/> Une certaine inquiétude <input type="checkbox"/> Beaucoup d'inquiétude
<input type="checkbox"/> Habillement		
<input type="checkbox"/> Toilettes / hygiène		
<input type="checkbox"/> Repas / collations		
<input type="checkbox"/> Jeu		
<input type="checkbox"/> Transitions	<i>Comment pensez-vous qu'il se compare aux autres enfants de son âge dans cette activité ?</i>	Que voudriez-vous voir de différent ?
<input type="checkbox"/> Sorties		
<input type="checkbox"/> Temps passé à la garderie		
<input type="checkbox"/> Temps avec la famille, les amis, les autres enfants		
<input type="checkbox"/> Heure du bain		
<input type="checkbox"/> Heure de lecture		
<input type="checkbox"/> Siestes / heure du coucher		
<input type="checkbox"/> Autre :		

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de la réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	---------------------------------------	--

**PARTIE II – L'HISTOIRE DE MON ENFANT ET DE LA FAMILLE**

**Section B – Évaluation : les ressources, les priorités et les préoccupations de notre famille**

*L'un des objectifs de l'intervention précoce est de permettre aux familles de prodiguer des soins à leur enfant et de disposer des ressources nécessaires pour participer aux activités familiales et communautaires souhaitées, ce qui nécessite de décrire les capacités et les défis de leur enfant et d'aider celui-ci à se développer et apprendre.*

<b>Ressources familiales</b>	Ressources dont mon enfant/ma famille dispose comme soutien, y compris les personnes, les activités, les programmes/organisations.
Qui habite avec vous ? Qui fournit un soutien à votre famille ? Cela peut inclure les grands-parents, les tantes, les oncles, les amis, les groupes/organisations (garderie, WIC, groupes de parents, visiteurs à domicile), les médecins, les infirmières, etc.	

<b>Priorités familiales</b>	Mes espoirs et mes rêves pour mon enfant. Les points les plus importants pour mon enfant et/ou ma famille en ce moment.
Dans l'ensemble, quelles sont les forces, les capacités et les intérêts de votre enfant ? Quelles sont vos priorités pour votre enfant et votre famille en fonction de la discussion concernant vos activités et routines quotidiennes ?	

<b>Préoccupations de la famille</b>	Préoccupations concernant la santé et le développement de mon enfant. Informations, ressources, soutiens dont j'ai besoin ou que je désire pour mon enfant et/ou ma famille.
Quelles sont vos inquiétudes ? Que voudriez-vous changer si vous le pouviez ?	

**Connexions communautaires :** Cochez les liens entre ressources et services sur lesquels votre famille souhaite obtenir plus d'informations :

- Lieux où mon enfant peut jouer avec d'autres enfants dans la communauté
- Garde d'enfants
- Centre Judy
- Vêtements, nourriture, etc.
- Réseau de soutien familial/partenaires préscolaires
- Aide au logement
- Soins de santé, santé mentale et/ou assurance maladie
- Le diagnostic ou l'invalidité de mon enfant
- Parler avec d'autres parents
- Soutien aux parents/formation/défense des intérêts
- Autre :

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

**PARTIE II – L'HISTOIRE DE MON ENFANT ET DE LA FAMILLE**

**Section C – Résumé de l'évaluation : Niveaux actuels de développement fonctionnel**

*Au cours de l'évaluation du processus d'admissibilité, nous avons examiné le développement de votre enfant dans cinq domaines. Pendant le processus d'évaluation de l'enfant et de la famille, nous avons recueilli des informations sur les capacités fonctionnelles de votre enfant à réaliser des activités et les routines quotidiennes. Les capacités fonctionnelles des enfants se chevauchent dans les domaines de développement. Nous les combinons donc et résumons toutes les capacités, forces et besoins fonctionnels en trois domaines de résultats fonctionnels. Voici le résumé de ce que nous avons découvert pour que notre plan corresponde bien aux forces et aux intérêts développementaux de votre enfant. Les sources d'informations peuvent inclure les conversations que nous avons eues avec vous, les observations de votre enfant dans les routines quotidiennes, les évaluations de l'admissibilité, les activités d'évaluation des enfants et de la famille et les rapports externes. De plus, ensemble, nous examinerons et identifierons comment le fonctionnement de votre enfant dans ces trois domaines se compare à celui des autres enfants de son âge. Cela nous permettra de vous aider à soutenir le développement et la participation de votre enfant aux activités quotidiennes ET nous aidera à comprendre les bénéfices que les enfants tirent de leur participation au Programme pour nourrissons et enfants en bas âge du Maryland.*

En plus de l'évaluation de l'admissibilité (partie I, section B) et de l'évaluation de l'enfant et de la famille (partie II, sections A et B), indiquez toute évaluation supplémentaire (et la date de fin) utilisée pour élaborer ce résumé :

Évaluation : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Évaluation : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Remarque :** Les forces et les besoins dans tous les domaines du développement, y compris: cognitif, communication (expressif et réceptif), social et affectif, adaptatif/auto-assistance, capacités motrices fines et capacités motrices globales doivent être pris en compte dans le contexte de :

**Développement des compétences et des relations sociales positives, acquisition et utilisation des connaissances et des compétences et utilisation des comportements appropriés pour répondre aux besoins.**

**Développement des compétences et des relations sociales positives :**  
 Il s'agit de la relation des enfants avec ceux qui les entourent - leurs parents, leurs aides-soignants, leurs frères et sœurs et autres jeunes enfants. Cela comprend de nombreuses compétences différentes, telles que la communication, la présentation appropriée des émotions et le contrôle de leur propre comportement. Le fait d'avoir des relations sociales positives exige également que les jeunes enfants suivent des règles sur la manière d'interagir, comme attendre son tour ou partager.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant montre des compétences très précoces mais pas encore des compétences de base ou attendues dans ce domaine.	Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant a des compétences de base émergentes ou immédiates qui l'aideront à œuvrer en vue de parvenir à obtenir des compétences adaptées à son âge dans ce domaine.	Les compétences de l'enfant sont similaires à celles d'un enfant plus jeune. L'enfant n'utilise pas encore les compétences attendues d'un enfant de son âge, mais utilise de nombreuses compétences de base importantes et exploitables immédiatement dans ce domaine.	L'enfant fait un usage occasionnel de d'aptitudes d'enfants de son âge. Toutefois, la plupart de ses aptitudes ne sont pas celles attendues d'un enfant de son âge. L'enfant utilise davantage d'aptitudes similaires à celles d'un enfant plus jeune.	L'enfant fait preuve de nombreuses compétences attendues d'un enfant de son âge, mais continue à fonctionner dans certains cas d'une manière similaire à un enfant plus jeune dans ce domaine..	L'enfant a les aptitudes attendues pour un enfant de son âge dans ce domaine, mais il existe des préoccupations.	L'enfant possède toutes les aptitudes attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine.
L'enfant a-t-il montré de nouvelles aptitudes ou comportements liés à ce domaine depuis le dernier résumé ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A

**PARTIE II – L'HISTOIRE DE MON ENFANT ET DE LA FAMILLE**

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

**Section C – Résumé de l'évaluation : Niveaux actuels de développement fonctionnel (suite)**

**Acquisition et utilisation des connaissances et des compétences :** *Il s'agit d'aptitudes dans les domaines de la pensée, de l'apprentissage, du raisonnement, de la mémoire et de la résolution de problèmes, des connaissances générales acquises par les enfants sur leur univers, tels que les concepts du plus et du moins, les couleurs et les formes, les histoires et les livres, et l'utilisation de ces connaissances pour participer aux activités quotidiennes. Il s'agit de l'apprentissage précoce et de la manière dont les enfants parviennent à comprendre leur univers et acquièrent les aptitudes nécessaires pour réussir à l'école et au-delà.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant montre des compétences très précoces mais pas encore des compétences de base ou attendues dans ce domaine.	Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant a des compétences de base émergentes ou immédiates qui l'aideront à œuvrer en vue de parvenir à obtenir des compétences adaptées à son âge dans ce domaine.	Les compétences de l'enfant sont similaires à celles d'un enfant plus jeune. L'enfant n'utilise pas encore les compétences attendues d'un enfant de son âge, mais utilise de nombreuses compétences de base importantes et exploitables immédiatement dans ce domaine.	L'enfant fait un usage occasionnel de d'aptitudes d'enfants de son âge. Toutefois, la plupart de ses aptitudes ne sont pas celles attendues d'un enfant de son âge. L'enfant utilise davantage d'aptitudes similaires à celles d'un enfant plus jeune. .	L'enfant fait preuve de nombreuses compétences attendues d'un enfant de son âge, mais continue à fonctionner dans certains cas d'une manière similaire à un enfant plus jeune dans ce domaine.	L'enfant a les aptitudes attendues pour un enfant de son âge dans ce domaine, mais il existe des préoccupations.	L'enfant possède toutes les aptitudes attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine.
L'enfant a-t-il montré de nouvelles aptitudes ou comportements liés à ce domaine depuis le dernier résumé ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A

**Utilisation de comportements appropriés pour répondre à ses besoins :** *,En d'autres termes, les enfants peuvent prendre soin d'eux-mêmes et utiliser les moyens appropriés pour satisfaire leurs besoins et désirs. Cela comprend les activités quotidiennes comme manger, s'habiller, jouer avec des jouets, faire des choix et se déplacer d'un endroit à un autre, ainsi que la réponse apportée aux défis qui se présentent ou aux retards à obtenir ce qu'ils veulent. Il s'agit également de la prise de conscience par les enfants de situations susceptibles d'être dangereuses et de la manière dont ils y réagissent. . En définitive, l'accent est mis sur l'acquisition de l'indépendance.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant montre des compétences très précoces mais pas encore des compétences de base ou attendues dans ce domaine.	Les compétences de l'enfant sont comme celles d'un enfant beaucoup plus jeune. L'enfant a des compétences de base émergentes ou immédiates qui l'aideront à œuvrer en vue de parvenir à obtenir des compétences adaptées à son âge dans ce domaine..	Les compétences de l'enfant sont similaires à celles d'un enfant plus jeune. L'enfant n'utilise pas encore les compétences attendues de son âge, mais utilise de nombreuses compétences de base importantes et exploitables immédiatement dans ce domaine ine.	L'enfant fait un usage occasionnel de d'aptitudes d'enfants de son âge. Toutefois, la plupart de ses aptitudes ne sont pas celles attendues d'un enfant de son âge. L'enfant utilise davantage d'aptitudes similaires à celles d'un enfant plus jeune.	L'enfant fait preuve de nombreuses compétences attendues d'un enfant de son âge, mais continue à fonctionner dans certains cas d'une manière similaire à un enfant plus jeune dans ce domaine.	L'enfant a les aptitudes attendues pour un enfant de son âge dans ce domaine, mais il existe des préoccupations.	L'enfant possède toutes les aptitudes attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine.
L'enfant a-t-il montré de nouvelles aptitudes ou comportements liés à ce domaine depuis le dernier résumé ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

**PARTIE III – LES RÉSULTATS DE MON ENFANT ET MA FAMILLE**

**Résultats de l'enfant et de la famille**

Ces informations vous aideront à appuyer la participation de votre enfant aux activités et routines quotidiennes en fonction de vos priorités pour son apprentissage et son développement. Les activités sur lesquelles vous allez vous concentrer en tant que résultats serviront à mesurer les progrès de votre enfant, mais ne seront pas les seules sur lesquelles vous devrez travailler avec votre équipe.

Le Programme pour les nourrissons et enfants en bas âge apporte son soutien aux adultes qui interagissent régulièrement avec votre enfant. Comment les adultes présents dans la vie de votre enfant apprennent-ils mieux (lire, faire, entendre, regarder) ?

<b>RÉSULTAT No.</b>	Les résultats sont fonctionnels, mesurables et liés aux activités et aux routines quotidiennes.
---------------------	---

Que voudrions-nous voir se produire dans notre activité/routine quotidienne ?	Comment saurons-nous que nous y sommes parvenus ? À quel moment ?

**STRATÉGIES**

Quels sont les moyens mis en œuvre pour résoudre ce problème ? Quelles sont les stratégies initiales utilisées pour commencer/continuer ?

**Des stratégies supplémentaires et continues liées à ce résultat seront élaborées conjointement avec vous lors des visites d'intervention précoce.**

Ce résultat IFSP traite des éléments suivants :

- Le développement de relations sociales positives par votre enfant
- L'acquisition et l'utilisation de connaissances et aptitudes par votre enfant
- L'utilisation de comportements appropriés par votre enfant pour répondre à ses besoins
- Résultat familial

<b>RÉSULTATS ÉDUCATIFS VISÉS (obligatoire à partir de 3 ans)</b>	<input type="checkbox"/> Langue	<input type="checkbox"/> Calcul	<input type="checkbox"/> Pré-alphabétisation
--	---------------------------------	---------------------------------	--

**ÉVALUATION DES RÉSULTATS OBTENUS**

Codes d'évaluation : <b>sélectionnez le code qui convient le mieux.</b>	Code :	Date :	Initiales :	Commentaires :
1- Réalisé – <i>Nous y sommes parvenus !</i> 2- En cours – <i>Nous progressons.</i> 3- Besoin de modifications – <i>Faisons des ajustements.</i> <i>a. Réévaluer le résultat</i> <i>b. Changer de service</i> <i>c. Autre : _____</i> 4- Plus nécessaire – <i>Intéressons-nous à quelque chose d'autre.</i> 5- Reporté				

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

**PARTIE IV – NOS SOUTIENS ET SERVICES DE PREMIÈRE INTERVENTION**

## Résumé des services d'intervention précoce

*Les soutiens et les services sont déterminés suite au développement des résultats fonctionnels de l'IFSP. Ils sont conçus pour renforcer la capacité des familles à soutenir l'apprentissage et le développement de leur enfant grâce à une participation fonctionnelle aux activités familiales et communautaires. Chaque agence ou personne qui joue un rôle direct dans la prestation de services d'intervention précoce est chargée d'aider la famille à atteindre les résultats escomptés dans le présent IFSP.*

PRESTATAIRE PRINCIPAL	SERVICE FAMILIAL	SERVICE D'INTERVENTION PRÉCOCE	INTENSITÉ	FRÉQUENCE			PARAMETRAGE DU SERVICE	DURÉE	
			<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe	À quelle fréquence ?	Nbre de sessions	Nbre de minutes par session	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier	Date de début prévue	Date de fin prévue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe				<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier		
<b>NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICE :</b>				<b>COORDONNÉES :</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe				<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier		
<b>NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICE :</b>				<b>COORDONNÉES :</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe				<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier		
<b>NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICE :</b>				<b>COORDONNÉES :</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe				<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier		
<b>NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICE :</b>				<b>COORDONNÉES :</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe				<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Autre* *Justifier		
<b>NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICE :</b>				<b>COORDONNÉES :</b>					

**Discussion sur la prestation des services d'intervention précoce :**

\*Si un service d'intervention précoce n'est pas fourni dans un environnement naturel, comment se **justifie** la décision de l'équipe IFSP concernant l'impossibilité de parvenir aux résultats dans l'environnement naturel ?

**SERVICES POUR LES ENFANTS AVEUGLES/MALVOYANTS OU SOURDS/ MALENTENDANTS**

Les parents ont-ils reçu des informations concernant l'École du Maryland pour les aveugles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
Les parents ont-ils reçu des informations concernant l'École pour les sourds du Maryland ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

## PARTIE V – PLANIFICATION DE LA TRANSITION DE MON ENFANT

### Section A – Identification des transitions

Les transitions se produisent pendant toute la durée de la participation de la famille aux services d'intervention précoce. Certains sont informels, tels que la transition vers le foyer après un séjour à l'hôpital, ou vers un nouveau prestataire de services de garde, ou lorsqu'un parent commence un nouvel emploi. Les transitions font également référence à la sortie d'une intervention précoce et éventuellement la participation à un autre programme dans la communauté ou à l'école. Votre équipe IFSP peut vous aider à planifier en douceur les transitions de toutes sortes.

#### TRANSITIONS IDENTIFIÉES :

<input type="checkbox"/> Transition avant l'âge de 3 ans	<b>Passez aux NOTES DE PLANIFICATION DE TRANSITION/ÉTAPES FUTURES</b>
--	---

<input type="checkbox"/> Transition à l'âge de 3 ans	
--	--

<b>DATE DE RÉUNION SUR LA PLANIFICATION DE TRANSITION (Doit être de 33 mois) :</b>	
--	--

Si la réunion de planification de la transition a lieu après que l'enfant ait atteint l'âge de 33 mois, cochez la réponse ci-dessous qui fournit une explication. **(Ne cochez qu'une seule réponse.)**

- Échec des tentatives de contact de la famille  
 Recommandation de l'enfant à l'âge de 31,5 mois ou plus  
 Demande de report de la réunion par la famille  
 Autre :

Si la réunion de planification de la transition n'a pas eu lieu avant le troisième anniversaire de l'enfant, cochez la réponse ci-dessous qui fournit une explication. **(Ne cochez qu'une seule réponse.)**

- Échec des tentatives de contact de la famille  
 Recommandation de l'enfant à l'âge de 34,5 mois ou plus  
 Refus de participation de la famille à la réunion  
 Autre :

#### EXAMEN DE L'ADMISSIBILITÉ À L'ÉDUCATION SPÉCIALE PRÉSCOLAIRE ET AUX SERVICES CONNEXES (PARTIE B)

- Les parents souhaitent envisager l'admissibilité à la partie B  
 Les parents ne souhaitent pas envisager l'admissibilité à la partie B

#### RÉSULTATS DE LA RÉUNION INITIALE DE DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ À L'IEP (À REMPLIR PAR LE PERSONNEL DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE)

**PERSONNEL DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE :** Remplissez cette section et utilisez-la dans la saisie des données de la partie C immédiatement après la réunion initiale de détermination de l'admissibilité à l'IEP. *Cochez la réponse qui indique les résultats de la réunion initiale de détermination de l'admissibilité à l'IEP.*

- L'enfant est jugé **ADMISSIBLE** à des services continus par le biais d'un IFSP ou d'une éducation spécialisée préscolaire et de services connexes par le biais d'un IEP.  
 L'enfant est jugé **INADMISSIBLE** à des services continus par le biais d'un IFSP ou d'une éducation spécialisée préscolaire et de services connexes par le biais d'un IEP.

#### **Passez aux NOTES DE PLANIFICATION DE TRANSITION/ÉTAPES FUTURES**

<input type="checkbox"/> Transition après l'âge de 3 ans	
--	--

<b>DATE DE RÉUNION SUR LA PLANIFICATION DE TRANSITION</b>	
---	--

Si la réunion de planification de la transition a lieu plus de 90 jours avant la date d'arrêt de l'admissibilité de l'enfant, cochez la réponse ci-dessous qui fournit la meilleure explication. **(Ne cochez qu'une seule réponse.)**

- Échec des tentatives de contact de la famille  
 Demande de report de la réunion par la famille  
 Autre :

Si la réunion de planification de la transition n'a pas eu lieu avant la date d'arrêt de l'admissibilité de l'enfant, cochez la réponse ci-dessous qui fournit la meilleure explication. **(Ne cochez qu'une seule réponse.)**

- Échec des tentatives de contact de la famille  
 Sélection des services IEP par la famille avant le délai de 90 jours  
 Refus de participation de la famille à la réunion  
 Autre :

#### EXAMEN DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE ET DES SERVICES CONNEXES (PARTIE B)

Avant le début de l'année scolaire suivant le 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant :

- Les parents souhaitent envisager une éducation spécialisée préscolaire et des services connexes dans le cadre d'un IEP.  
 Les parents ne souhaitent pas envisager une éducation spécialisée préscolaire et des services connexes dans le cadre d'un IEP.

Au début de l'année scolaire suivant le 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant :

- Les parents souhaitent envisager une éducation spécialisée préscolaire et des services connexes dans le cadre d'un IEP.  
 Les parents ne souhaitent pas envisager une éducation spécialisée préscolaire et des services connexes dans le cadre d'un IEP.

#### **Passez aux NOTES DE PLANIFICATION DE TRANSITION/ÉTAPES FUTURES**

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

**PARTIE V – PLANIFICATION DE LA TRANSITION DE MON ENFANT**  
Section B – Planification de la transition

## Notes de planification de la transition/étapes futures

### SERVICES COMMUNAUTAIRES

La famille a-t-elle été recommandée à des services communautaires ?  Oui  Non Si OUI, cochez les services applicables.

Développement / Médical / Santé	Soins aux enfants / Enrichissement	Soutien à la famille
<input type="checkbox"/> Thérapies développementales (autres que les parties C et B) <input type="checkbox"/> Équipements/appareils <input type="checkbox"/> Soins de santé à domicile <input type="checkbox"/> Vaccinations <input type="checkbox"/> Services de santé mentale <input type="checkbox"/> Soins de santé primaires <input type="checkbox"/> Programme Femmes, Bébé et Enfants (WIC)	<input type="checkbox"/> Camps <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Garderie familiale <input type="checkbox"/> Garde d'enfant en groupe <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Instruction à domicile pour les parents d'enfants d'âge préscolaire (HIPPI) <input type="checkbox"/> Centre Judy <input type="checkbox"/> Groupe de jeu <input type="checkbox"/> Programme préscolaire : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Programme de loisirs	<input type="checkbox"/> Centre de soutien familial <input type="checkbox"/> Réseau de soutien familial/partenaires préscolaires <input type="checkbox"/> Programme de visites à domicile (veuillez préciser) : _____  <input type="checkbox"/> Éducation parentale <input type="checkbox"/> Groupe de soutien <input type="checkbox"/> Autre : _____
		<b>Autres services communautaires</b>

### NOTES DE PLANIFICATION DE TRANSITION/ÉTAPES FUTURES

Activités	Chronologies	Personne(s) responsable(s)
-----------	--------------	----------------------------

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

--	--	--

Nom de l'enfant :		Numéro d'identification :		Date de réunion de l'IFSP :	
-------------------	--	---------------------------	--	-----------------------------	--

**PARTIE VI – CONSENTEMENT DES PARENTS (À ou avant l'âge de trois ans)**  
**Choix de la famille : Consentement à la continuation ou demande de résiliation des services IFSP**

## Les familles ont le choix

- J'ai reçu/Nous avons reçu une copie de la notification annuelle « *A Family Guide to Next Steps When Your Child in Early Intervention Turns 3 – Families have a choice* » (*Guide familial sur les étapes à venir lorsque l'enfant en intervention précoce atteint l'âge de 3 ans - Les familles ont le choix*).
- J'ai/Nous avons été informés des différences entre les services d'intervention précoce fournis dans le cadre d'un plan de service familial personnalisé (IFSP) dans le cadre de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) et les services d'éducation préscolaire offerts dans le cadre d'un Programme d'éducation personnalisé (Individualized Education Program, IEP) en vertu de la loi IDEA.
- Je comprends/Nous comprenons que mon/notre enfant a un IFSP en cours et que mon/notre enfant a été jugé admissible à l'éducation préscolaire en tant qu'enfant handicapé en vertu de la loi IDEA.
- J'ai/Nous avons été informés de mon/notre droit de choisir entre l'option IFSP pour continuer à recevoir des services d'intervention précoce par le biais d'un IFSP ou pour initier des services préscolaires d'éducation spécialisée par le biais d'un IEP.
- Je comprends/Nous comprenons que si je choisis/nous choisissons que mon/notre enfant reçoive des services par l'intermédiaire d'un IEP et met/mettons fin aux services IFSP, mon/notre enfant et notre famille ne seront plus admissibles à des services par l'intermédiaire d'un IFSP.
- Je/Nous comprenons que si je choisis/nous choisissons que mon/notre enfant reçoive des services via un IFSP, je peux/nous pouvons à tout moment mettre fin à ma/notre participation aux services d'intervention précoce par l'intermédiaire d'un IFSP et choisir d'initier des services préscolaires d'éducation spéciale par le biais d'un IEP.
- Je comprends/nous comprenons que la principale agence locale est tenue de continuer à fournir des services IFSP dans le cadre de l'option IFSP étendue jusqu'à la date de début des services de l'IEP. Toutefois, si je choisis/nous choisissons l'option IEP mais refusons de consentir à l'éducation spécialisée et aux services connexes proposés dans l'IEP développé par l'équipe IEP, je comprends/nous comprenons qu'il sera mis fin aux services IFSP.
- Je comprends/Nous comprenons que mon/notre consentement à la poursuite des services IFSP est volontaire et que je peux/nous pouvons révoquer notre consentement à tout moment.

### CHOIX DE LA FAMILLE

Cochez **UNE** case.

- Je consens/Nous consentons à la **poursuite** des services d'intervention précoce pour mon/notre enfant et ma/notre famille par le biais d'un IFSP après le troisième anniversaire de mon/notre enfant.
- Je **demande**/Nous **demandons** **l'interruption** des services d'intervention précoce pour mon/notre enfant et notre famille par le biais d'un IFSP lorsqu'il aura atteint l'âge de 3 ans.

Signature du/des Parent(s)/Tuteur/Représentant légal

Date

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--



*Signature du/des Parent(s)/Tuteur/Représentant légal*

*Date*

Nom de l'enfant :		Numéro d'identification :		Date de réunion de l'IFSP :	
-------------------	--	---------------------------	--	-----------------------------	--

## PARTIE VII – AUTORISATIONS

### Section A – Consentement dans le cadre de la loi IDEA

# Autorisation(s)

## CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR/REPRÉSENTANT LÉGAL

- J'ai/Nous avons eu l'occasion de participer à l'élaboration de ce plan de service familial individualisé (IFSP) et avons reçu un préavis raisonnable pour la réunion IFSP.
- J'ai/Nous avons été informés de mes/nos droits parentaux dans le cadre de ce programme en recevant une copie des *Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice* (Droits parentaux : avis de garanties procédurales du Maryland) et un manuel de la famille sur le système d'intervention précoce du Maryland.
- Les services d'intervention précoce seront fournis tels que décrits dans l'IFSP. 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.
- Je comprends/Nous comprenons que les documents ne seront pas publiés sans mon consentement écrit et signé, sauf en vertu des dispositions du Family Education Rights and Privacy Act (Loi sur les droits et la protection de la vie privée de la famille, FERPA). Cette loi autorise la divulgation des dossiers d'intervention précoce aux organismes participants au système d'intervention précoce.
- Je comprends/Nous comprenons que l'organisme public soumettra des informations via une base de données au niveau de l'État. Cette base de données sera utilisée par le Département de l'éducation de l'État du Maryland (Maryland State Department of Education, MSDE) et d'autres organismes d'État, selon le cas, pour permettre le financement des programmes.
- J'ai/Nous avons été informés de la/des décision(s) de l'équipe IFSP dans ma/notre langue maternelle ou dans un autre mode de communication.
- Ce plan tient compte des résultats qui sont importants pour mon/notre enfant et notre famille.
- Je comprends/Nous comprenons le plan et les droits parentaux et autorisons la mise en œuvre de cet IFSP.

Signature du/des Parent(s)/Tuteur/Représentant légal

Date

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

## PARTIE VII – AUTORISATIONS

### Section B – Consentement à l'aide médicale (MA)

# Autorisation(s)

## CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR/REPRÉSENTANT LÉGAL

Le consentement parental est obligatoire avant que l'organisme prestataire puisse divulguer, à des fins de facturation, les informations permettant d'identifier l'enfant au Département de la santé du Maryland (Maryland Department of Health, MDH), organisme public responsable de l'administration du programme d'assistance médicale (MA) conformément au Family Educational Rights and Privacy Act (Loi fédérale sur les droits à l'éducation de la famille et la protection des renseignements personnels, FERPA) et au Individuals with Disabilities Education Act (Loi sur l'éducation des personnes handicapées, IDEA). En donnant votre consentement, vous comprenez et approuvez par écrit l'accès par l'organisme public au compte Medicaid de votre enfant pour acquitter les services fournis à votre enfant.

**Afin de fournir des services d'intervention précoce à votre enfant, l'organisme prestataire ne peut pas :**

- Vous obliger à vous inscrire ou à vous abonner au programme MA de l'État pour que votre enfant reçoive des services en vertu de la loi IDEA.
- Vous obliger à vous acquitter de frais annexes engager une dépense telle que le paiement d'une franchise ou d'une contribution au paiement de la somme encourue pour la soumission d'une demande de services.
- Utiliser les prestations de votre enfant dans le cadre de l'aide médicale si cela entraîne :
  - Une réduction de la couverture disponible ou de tout autre bénéfice de l'assuré,
  - Au paiement par votre famille de services normalement couverts par l'aide médicale et dont votre enfant a besoin en dehors des périodes scolaires,
  - L'augmentation des primes ou l'interruption des bénéfices ou assurances, ou
  - Le risque de perte d'admissibilité aux dérogations à domicile et dans la communauté, en fonction des dépenses globales liées à la santé.

Vous avez le droit de retirer votre consentement à la divulgation de renseignements permettant d'identifier votre enfant auprès de programme d'aide médicale de l'État à tout moment. Si vous retirez votre consentement à la divulgation par l'organisme prestataire des renseignements permettant d'identifier votre enfant, celui-ci ne sera pas pour autant déchargé de sa responsabilité visant à s'assurer à ce que tous les services nécessaires soient fournis à votre enfant, et ce, sans frais pour les parents.

L'enfant est-il admissible à la MA ?  Oui  Non Numéro de MA :

- J'accepte que mon dossier soit géré par le Service de gestion des cas des services d'intervention précoce et que le(s) coordinateur(s) de service(s) identifié(s) dans cet IFSP soit (soient) désigné(s) coordinateur(s) de service(s) MA (COMAR 10.09.40). Je comprends que je suis libre de choisir un coordonnateur de service MA pour mon enfant. À présent, j'accepte le(s) coordonnateur(s) de service suivant(s) :

**Nom du coordinateur de service MA :**

**Nom du coordinateur de service MA :**

- Je comprends que si je souhaite changer de coordonnateur de service MA ultérieurement, je peux le faire en appelant le programme d'intervention précoce.
- Je comprends que l'objectif de ce service est de faciliter l'accès aux services médicaux, sociaux, éducatifs et autres services nécessaires.
- Je consens à ce que l'organisme prestataire divulgue les renseignements permettant d'identifier mon enfant auprès du Programme d'aide médicale de l'État afin de bénéficier des prestations d'aide médicale.
- J'autorise l'organisme prestataire à récupérer les coûts de coordination de service auprès de Medicaid, ainsi que les services de santé, liés à la mise en œuvre des objectifs IFSP de mon enfant.
- Je comprends que si je refuse d'autoriser l'organisme prestataire à accéder aux fonds de MA, l'organisme prestataire n'est pas pour autant déchargé de sa responsabilité visant à s'assurer que tous les services nécessaires soient fournis à mon enfant, et ce, gratuitement pour le parent.
- Je comprends que ce service n'affecte pas ou ne restreint pas le droit à l'admissibilité de mon enfant à d'autres prestations de MA. Je comprends également que mon enfant peut ne pas bénéficier d'une gestion de cas similaire dans le cadre de la MA s'il est admissible à plus d'un type.

Signature du/des Parent(s)/Tuteur/Représentant légal

Date

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de réunion de l'IFSP :
-------------------	---------------------------	-----------------------------

**Plan de service familial personnalisé (IFSP)**

**Préavis écrit**

OBJECTIF DE LA RÉUNION	ACTION(S) PROPOSÉE ET/OU REFUSÉE	RAISONS DU STATUT INACTIF (Cochez UNE réponse.)	
Cochez <b>toutes</b> les réponses applicables	(Cochez <b>une</b> réponse pour <b>continuer, modifier, ou achever</b> l'IFSP.)	<b>DATE INACTIVE :</b>	
<input type="checkbox"/> intérim <input type="checkbox"/> IFSP initial <input type="checkbox"/> Examen à six mois <input type="checkbox"/> Autre examen <input type="checkbox"/> Examen annuel	<input type="checkbox"/> Commencer l'IFSP <input type="checkbox"/> Continuer l'IFSP <input type="checkbox"/> Modifier l'IFSP (Cochez <b>toutes</b> les réponses applicables.) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ajout de service</li> <li><input type="checkbox"/> Ajout de service</li> <li><input type="checkbox"/> Modification de service</li> <li><input type="checkbox"/> Fin de service</li> <li><input type="checkbox"/> Ajouter / modifier des résultats</li> <li><input type="checkbox"/> Planification de la transition à l'âge de 3 ans</li> <li><input type="checkbox"/> Planification de la transition après l'âge de 3 ans</li> </ul> <input type="checkbox"/> Fin de l'IFSP (Si sélectionné, remplissez la section « RAISONS DU STATUT INACTIF »)	<input type="checkbox"/> Déterminé non admissible – <i>dépistage uniquement</i> (naissance à 3 ans) <input type="checkbox"/> Déterminé non admissible - <i>L'enfant n'a jamais été admissible</i> (naissance à 3 ans) <input type="checkbox"/> Les tentatives de contact ont échoué (naissance à 4 ans) <input type="checkbox"/> Retrait du ou des parents (naissance à 4 ans) <input type="checkbox"/> Achèvement de l'IFSP avant l'âge de trois ans (naissance à 3 ans) <input type="checkbox"/> Transition à trois ans – <i>pas de transformation en IFSP</i> (naissance à 3) <input type="checkbox"/> Transition <u>après</u> l'âge de trois ans (3 à 4 ans) <input type="checkbox"/> Achèvement de l'IFSP après l'âge de trois ans (3 à 4 ans) <input type="checkbox"/> Transition au début de l'année scolaire suivant le 4ème anniversaire <input type="checkbox"/> A déménagé dans une autre juridiction (naissance à 4 ans)	<b>NOM DE LA JURIDICTION :</b> <input type="checkbox"/> Déménagé hors de l'État (naissance à 4 ans) <input type="checkbox"/> Décédé (naissance à 4 ans)

**DESCRIPTION DES MESURES PROPOSÉES ET/OU REFUSÉS ET EXPLICATION POUR CHAQUE MESURE :**

**DROITS PARENTAUX - GARANTIES DE PROCÉDURE DU MARYLAND**

Le parent d'un enfant souffrant d'un retard de développement ou d'un handicap a droit à certaines garanties de procédure telles que décrites dans le document « **Parental Rights-Maryland Procedural Safeguards Notice** » (Droits parentaux : garanties de procédure du Maryland) ci-joint, y compris le droit de demander une médiation ou de déposer une plainte en bonne et due forme si le parent est en désaccord avec la ou les mesure(s) proposée(s) et le droit de déposer une plainte contre l'État.

- Une copie des « *Parental Rights–Maryland Procedural Safeguards Notice* » (Droits parentaux : garanties de procédure du Maryland) a été fourni aux parents
- Le(s) parent(s) ont refusé un autre exemplaire

**SERVICES D'ASSISTANCE FAMILIAL**

LOCAL Réseau d'assistance aux familles/ Informations sur les partenaires préscolaires :

**SUR TOUT LE TERRITOIRE DE L'ÉTAT GRATUITEMENT** Ligne d'information sur les services de soutien à la famille : **1-800-535-0182**

Un service du Département de l'éducation de l'État du Maryland, Division de l'éducation spécialisée/Services d'intervention précoce (Maryland State Department of Education, Division of Special Education/Early Intervention Services)

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>		<b>Date de réunion de l'IFSP :</b>	
--------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--