LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE
SERVICES DE LA SANTÉ SCOLAIRE

Permission ou note d'évaluation des élèves handicapés protégés

Protected Handicapped Students Permission or Notice of Evaluation

Prière de remplir ce formulaire en anglais/*Please fill this form in English*

Nom des parents/tuteurs/*Name of Parent/Guardian*	Date/*Date*_____
Adresse familiale */Address*	

Objet: Nom de l'élève/*Name of Student*_____
No. de l'élève/Student ID_____
Date de naissance */Date of Birth* ___ Mois */Month* ___Jour */Day* _____Année */Year*

Chers parents/Tuteurs/*Dear Parent/Guardian*:

Dans le but de s'assurer que votre enfant qui est inscrit à _____*(Name of the School)* ait droit à une scolarité, le District Scolaire a examiné ses dossiers scolaires et a déterminé qu'une évaluation était nécessaire.

Type d'évaluation:

☐**Évaluation initiale */Initial Evaluation*** ☐**Ré-évaluation/*Re-evaluation*** ☐**Modification/*Modification*** **Date Proposée:**

_____ _____
_____ _____
_____ _____

L'évaluation déterminera l'éligibilité de votre enfant en tant qu'élève handicapé protégé. Si pareil cas, vous serez invités à aider dans la préparation d'un protocole de service pour votre enfant.

Vous avez les droits légaux suivants/*You have the following rights*:

- D'examiner les dossiers scolaires de votre enfant;
  /To review your child's education records
- De discuter des dossiers scolaires avec une personne autorisée à répondre à vos questions;
  /To discuss your child's education records with someone who is authorized to answer your questions
- De discuter de l'affectation et du plan d'évaluation proposé avec un membre de l'équipe scolaire de l'école ;
  /To discuss the referral and proposed evaluation plan with a member of the school team
- D'accepter ou de refuser tout ou une partie du plan d'évaluation proposé;
  /To give or withhold consent for all or part of the proposed evaluation plan
- De demander une audition sur tout ou une partie du plan d'évaluation proposé.
  /To request a hearing about all or part of the proposed evaluation plan

Vous pouvez faire tout ce qui est indiqué ci-dessus en appelant le _____ *(Numéro de téléphone/Phone number)*.

Cordialement

Agent responsable du cas/*Case Manager*_____

☐ Réponse non requise. Permission déjà donnée/ *No response is needed. Permission was previously given*.

☐ Prière d'indiquer une réponse, de signer ci-dessous et de remettre à l'agent responsable du cas dans les 10 jours.
/Your response is needed。

___J'accepte l'évaluation proposée/*I agree to the proposed evaluation*.

___Je n'accepte pas l'évaluation proposée parce que/*I do not agree to the proposed evaluation because*

_____

_____ _____
*(*Signature des parents/*Parent Signature)* *(*Date/*Date)*

Pour plus de documents et information traduits en français, prière d'aller à: www.philasd.org/language/french