

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

**Services provisoires d'enseignement**  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)  
CESC, salle 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 MCPS IOE-RB Services d'enseignement provisoires.

**Une nouvelle demande remplie, contenant les informations à jour du praticien sur le diagnostic et le traitement, est requise pour la poursuite du service au-delà de 60 jours civils.**

Pour que cette candidature soit prise en compte, TOUS les éléments de cette candidature sont à remplir et soumettre :

- I. Partie réservée aux parents y compris le champ de signature
- II. Partie réservée à l'école
- III. Vérification du praticien, y compris les mesures particulières que l'école peut prendre pour aider l'élève à reprendre ses études
- IV. Plan de retour à l'école : La conversation sur le plan de retour à l'école doit avoir lieu avec toutes les parties concernées avant la soumission de la demande. Il est préférable de joindre le plan à votre demande lors de sa soumission, mais celui-ci doit être soumis au plus tard 30 jours après le dépôt de la demande.

L'école doit envoyer le formulaire par voie électronique, une fois rempli, à [IISOffice@mcpsmd.org](mailto:IISOffice@mcpsmd.org).

La remise d'IIS sera virtuelle. Les exceptions individuelles devront être examinées et approuvées par le superviseur des services d'enseignement provisoires.

## I. 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° de tél. mobile \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

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° de tél. mobile \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse e-mail du parent/tuteur légal \_\_\_\_\_

Lien de parenté  Mère  Père  Tuteur légal  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

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 //

## III. À REMPLIR UNIQUEMENT PAR UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE CERTIFIÉE. VEUILLEZ REMPLIR PAR INFORMATIQUE OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

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

Student is enrolled in a discreet program (Name of Program) \_\_\_\_\_

Date application given to parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date application returned from parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date school submitted application to IIS Office \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Counselor/Principal/Designee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND EMAIL THE COMPLETED APPLICATION TO [IISOFFICE@MCPSMD.ORG](mailto:IISOFFICE@MCPSMD.ORG)**

(voir au dos)

## MEDICAL VERIFICATION

### For Physical Health Conditions Only

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (more commonly known throughout the state as “Home and Hospital Teaching”), a verification made within **30 days** of this application of the student’s physical health condition from a physician or CNP is required. Student need for IIS must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification by the practitioner, or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

1. Student Name \_\_\_\_\_
  2. 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.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  3. Reasons the condition prevents the student from attending school.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  3. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  4. Is this condition contagious?  Yes  No  
If yes, please explain \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  5. Is the student currently taking any medication?  Yes  No  
Medicine/Dosage \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  6. Requested duration of services (**no more than 60 days**) \_\_\_\_\_
  7. 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. Please list necessary modifications below.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Student is able to attend school part-time  Yes  No

8. Please list actionable steps the school can take, in your estimation, to support the student in returning to school by the end of the requested duration of services:

---

---

---

**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.
- I understand that I am part of the support team for this student and I will communicate with the school to assist in ensuring the student's return to school as quickly as is reasonably possible.
- I understand that by signing this application, the parent/guardian/caregiver of the named student has given authorization for me to discuss and clarify any of the information I have provided with Montgomery County Public Schools.

Signature of Physician/CNP \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Printed Physician/CNP Name \_\_\_\_\_ License Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_

#### IV. PLAN DE RETOUR A L'ECOLE

Le plan de retour à l'école doit être créé selon une collaboration entre l'école, l'élève (si possible), les parents et le praticien pour décrire les étapes que chacun prendra pour organiser le retour de l'élève à l'école d'ici la fin de la durée demandée des services. L'école doit documenter la réussite ou les défis de chaque composante du plan. Dans l'éventualité où les services doivent se poursuivre à la fin de la durée des services indiquée sur cette demande, les écoles devront soumettre un justificatif de la mise en œuvre du plan de retour à l'école, ainsi qu'un plan mis à jour tenant compte de toute nouvelle information.

Veillez noter que le plan de retour à l'école peut être mis en œuvre dès que possible et ne doit pas être retardé jusqu'à ce que la durée complète des services demandée soit écoulée.

Le plan de retour à l'école doit tenir compte des éléments suivants :

1. Quels types de soutien l'école mettra-t-elle en place pour organiser la transition de l'élève vers l'édifice scolaire ? Quelques éléments à considérer :

- Identifiez l'adulte de confiance qui rencontrera l'élève à son retour et les étapes que le personnel de l'école prendra au cours du premier jour/semaine/mois/etc. pour soutenir la transition de l'élève vers l'édifice scolaire.
- Identifiez un camarade de déjeuner / d'arrivée pour l'élève
- Prévoyez une heure pour que l'élève vienne à l'école en dehors des horaires de cours pour s'acclimater à l'édifice, consulter son emploi du temps, etc.
- Planifiez des visites régulières avec le conseiller ou un autre personnel de confiance de l'école.

2. Si un étudiant a un plan 504 ou un IEP, quand l'équipe se réunira-t-elle pour établir si des aménagements modifiés ou supplémentaires peuvent être nécessaires (les demandes de renouvellement doivent contenir des notes de cette réunion) ?

3. Si l'élève n'a pas actuellement de plan 504 ou d'IEP, une réunion EMT est-elle nécessaire pour établir si des aménagements codifiés deviennent nécessaires pour cet élève à son retour ?

4. Quelles mesures les parents prendront-ils pour s'assurer que l'élève est présent à l'école lors de la transition vers l'édifice ?

5. Quelles mesures particulières le praticien peut-il prendre pour soutenir la présence scolaire des élèves, et comment et quand l'école communiquera-t-elle avec le praticien pour recueillir ces informations ?

6. Comment l'école organisera-t-elle le retour de l'élève dans l'édifice ?

Cette liste n'est pas exhaustive et les écoles, les élèves, les parents et les praticiens doivent ajouter tout ce qui sera nécessaire pour assurer un environnement accueillant et sûr pour les élèves qui reviennent à l'école. Vous trouverez ci-dessous des exemples de plans de retour à l'école pour vous aider à créer un plan réussi pour cet élève :

[Ecole élémentaire](#)

[Collège \(Middle school\)](#)

[Lycée \(High school\)](#)