Официальный бланк школьного округа

|  |
| --- |
| План адаптации учебной программы по разделу 504 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Сведения об учащемся** | | |
| **Имя и фамилия учащегося:** | | **Дата:** |
| **Дата рождения:** | **Код школьного округа:** | **Класс:** |
| **Посещает округ:** | **Посещает школу:** | |
| **Куратор по разделу 504:** | **Контактная информация куратора:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **План мероприятий по разделу 504** заполняется только в случае, когда в заключении о правомочности указано: *«Да, положены меры поддержки и план 504”*. | | |
| Дата первичного заключения о правомочности применения раздела 504: | | Дата переосвидетельствования через 3 года: |
| Дата утверждения первичного плана: | | Дата ежегодного пересмотра плана: |
| Дата текущего пересмотра плана 504: | | Дата очередного пересмотра плана 504: |
|  | | |
| **Средства адаптации —** перечислите средства адаптации, услуги или меры поддержки, необходимые для компенсации инвалидности учащегося. | | |
| В учебном заведении: | | |
| Во время внеклассных мероприятий, экскурсий и других школьных занятий, организованных школьным округом: | | |
| Во время тестирования на уровне школьного округа или штата и стандартных тестов (например, для получения документов AP, ACT, SAT и (или) PSAT): | | |
| Потребует ли оказание каких-либо услуг адаптации участия медработника? 🞎 Да 🞎 Нет  Если да, опишите услуги и укажите даты начала их оказания *(дать ссылки на IHP, планы лечения или обслуживания)* | | |
| **Условия обучения** | | |
| Опишите условия обучения | | |
| **Вариант** | **Выбрано** | **Пояснение** |
| Общеобразовательное учебное заведение с указанными средствами адаптации |  |  |
| Другое (поясните): |  |  |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа по разделу 504** | | |
| **Имя и фамилия** | **Должность** | **Осведомлены об** (выберите один вариант) |
|  |  | учащемся  освидетельствовании  условиях обучения |
|  |  | учащемся  освидетельствовании  условиях обучения |
|  |  | учащемся  освидетельствовании  условиях обучения |
|  |  | учащемся  освидетельствовании  условиях обучения |
|  |  | учащемся  освидетельствовании  условиях обучения |

|  |
| --- |
| **Согласие родителей** (заполняется для исходного плана 504) |
| 🞎 Я даю согласие на реализацию плана 504. Я понимаю, что согласие является добровольным.  🞎 Я не даю согласия на реализацию плана 504. Я понимаю, что согласие является добровольным.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись родителя/опекуна Дата Телефон |