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 🞎 НетЕсли 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  |