

Formulaire d'autorisation des parents pour les services de l'équipe CDCI CARES et consentement à la divulgation d'informations personnellement identifiables

Je suis le parent ou le tuteur légal de _____

J'autorise l'équipe scolaire et l'école de mon enfant :

- A demander et recevoir des services de consultation de l'équipe CDCI CARES et du personnel UVM connexe pour soutenir la planification et la mise en œuvre du programme scolaire de mon enfant.
- A échanger des informations provenant des dossiers scolaires de mon enfant avec l'équipe CDCI CARES afin de les utiliser lors de la consultation et de la planification et de la mise en œuvre connexes de l'IEP. En plus, j'autorise l'équipe CDCI CARES et le personnel UVM concerné à partager des informations avec l'équipe éducative de mon enfant.

Je comprends que:

- Les services de l'équipe CDCI CARES peuvent inclure des services tels que l'observation de mon enfant dans un cadre éducatif (y compris à la maison, si mon enfant y reçoit des services d'hébergement IEP / 504), la participation à des réunions d'équipe, la discussion avec moi et avec le personnel de l'école et les prestataires de services à propos de les besoins de mon enfant, et la fourniture des formations et/ou des recommandations.
- Il n'y a aucun coût pour ma famille pour ces services.
- Les exigences de confidentialité seront respectées par l'école et l'équipe CDCI CARES.
- Les services de l'équipe CDCI CARES se poursuivront de manière continue, à moins que l'équipe CDCI CARES / le district scolaire ne demande plus la consultation du DHHDB ou si je révoque mon consentement pour les services de l'équipe CDCI CARES.

- Je peux révoquer ce consentement par écrit à tout moment dans le futur si je ne souhaite plus que l'équipe CDCI CARES me consulte en ce qui concerne le programme éducatif de mon enfant.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Nom du parent/tuteur : _____

Langue parlée à la maison : _____

Nom de l'enfant : _____

District scolaire/Nom de l'école : _____

Consentements supplémentaires

Photographies et enregistrements à être utilisés par l'équipe.

Je consens à ce que l'équipe du CDCI CARES et l'école de mon enfant photographient, enregistrent des audio et / ou vidéos mon enfant pour aider à déterminer et à fournir des recommandations pour l'accès à la communication scolaire et la mise en œuvre des aménagements recommandés. Ces éléments ne seront partagés qu'avec les membres de l'équipe CDCI CARES et les membres de l'équipe scolaire impliqués dans la planification et/ou la mise en œuvre de la programmation de mon enfant.

_____ Date: _____
Signature du parent/tuteur

Utilisation du courrier électronique.

Je consens à l'utilisation du courrier électronique pour la correspondance confidentielle entre l'équipe CDCI CARES, les membres de l'équipe de l'école et moi.

_____ Date: _____
Signature du parent/tuteur

Consentement à la divulgation d'informations médicales et/ou d'autres informations de tiers

Pour aider l'équipe CDCI CARES et l'équipe éducative de l'école de mon enfant dans la planification et la mise en œuvre des services pour mon enfant, j'autorise l'équipe CDCI CARES et l'équipe scolaire de mon enfant à divulguer les dossiers scolaires et les informations concernant mon enfant, à la(aux) personne(s), agence(s) ou organisation(s) nommée(s) ci-dessous, et pour les personnes/organisation(s) nommées ci-dessous pour divulguer des informations et/ou des dossiers concernant mon enfant à l'équipe CDCI CARES et à l'équipe de l'école.

Nom de l'enfant : _____

Nom(s) de la personne, de l'agence ou d'autre(s) tierce(s) partie(s) :

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date: _____

Adresse postale de l'équipe CDCI CARES :

CDCI CARES Team
c/o UVM Center on Disability & Community Inclusion
317 Mann Hall
208 Colchester Ave
Burlington VT 05405

Coordonnées de l'équipe CDCI CARES

Darren McIntyre, Directeur adjoint
(802) 656-1132

Valérie LeClair, Spécialiste en référence
(802) 656-7122

Adresse e-mail : cdcicaresteam@uvm.edu

Fax confidentiel: (844) 775-7283