|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| *Invitation à la réunion* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’enfant : | | |  | | | | | | |  | Le programme pour nourrissons et tout-petits (NC ITP) est requis de prendre des dispositions pour les réunions et de fournir une **notification écrite** à la famille et aux autres participants suffisamment tôt avant la date de la réunion du plan de services familiaux individualisés (IFSP) afin que la famille et les fournisseurs puissent participer. | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Cher      ,  Je souhaiterai confirmer la date de la réunion de l'équipe de l’IFSP ou de la conférence de planification de la transition discutée précédemment pour votre enfant. La réunion a été prévue à la convenance de votre famille. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| *Date* | | |  | *Heure* | | |  | *Adresse:* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **GENRE DE REUNION:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Réunion pour développer le plan initial de services familiaux individualisés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Réunion pour réviser le plan initial de services familiaux individualisés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Réunion annuel pour évaluer le plan initial de services familiaux individualisés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Réunion pour ajouter (ou réviser) le plan de transition au plan de services familiaux individualisés de vote enfant. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Conférence de planification de la transition (date de saisine à NC ITP) : | | | | | | | |  | | | |  | | Langue maternelle: | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Plan de services familiaux individualisés (IFSP)***  IFSP est le plan écrit de votre famille pour la prestation de services d'intervention précoce pour vous et votre enfant. Il décrit comment vous et votre équipe d'intervention précoce travaillerez ensemble pour répondre aux besoins identifiés pour votre enfant et votre famille. Les parents sont une partie essentielle de l'équipe de l’IFSP et du processus de décision. Une réunion initial de l’IFSP doit être effectuée dans les 45 jours civils à compter du moment où votre enfant est référé au NC ITP, à moins que vous ne prolongez ce délai pour répondre aux besoins de votre famille. IFSP doit être révisé au moins tous les six mois et une réunion annuelle doit être tenue pour évaluer l’IFSP et le réviser si nécessaire. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Planification de transition***  Lorsque votre enfant aura entre deux ans, trois mois et deux ans, des réunions de neuf mois seront prévues pour discuter et planifier le processus de transition. Avec votre approbation, votre coordonnateur de service organisera une réunion avec vous et des représentants du système scolaire local. D'autres agences communautaires peuvent également être invitées, avec votre consentement. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vous avez donné votre consentement aux personnes suivantes pour qu'ils soient invités ou informées de la réunion et elles recevront une copie de cette notification. Les membres de l'équipe de l’IFSP fourniront des informations pour le développement ou la révision de l’IFSP. Ils peuvent être absents à la réunion, mais peuvent fournir des informations écrites ou verbales. Toutes ces informations vous seront communiquées lors de la réunion. Vous pouvez inviter toute personne de votre choix à participer à la réunion. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom** | | | | | | | | | | | **Agence** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez nous contacter si vous avez des questions concernant les informations ci-dessus. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cordialement, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| *Coordonnateur de service d'intervention précoce* | | | | | | | | | |  | *Numéro de téléphone* | | | | | | | | | | | | |
| **FOR LEA USE** | | | | | | | | | | | | | |  | | Parents received a copy of this notice: | | | | | | | |
| Le parent n'est pas intéressé à poursuivre les services du programme préscolaire pour le moment.  Parent is not interested in pursuing services from the Preschool Program at this time. | | | | | | | | | | | | | |  | | Hand Delivered | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | Mailed. | | | | | | | |
| Date : | |  | | |  |  | | | | | |  | |  | | Date : |  | | |  | | | |
|  |  | | | |  | Signature du parent | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | |