



Schools: Retain this completed form for your records

Autoriser la personne en charge du contrôle externe à observer la réunion de l'équipe de la Section 504 dans le cadre de l'affaire M.F.

Au printemps 2023, le Département de l'Éducation de la Ville de New York (Department of Education - DOE) a conclu un accord à l'amiable pour régler des poursuites concernant les soins et les services liés au traitement du diabète fournis par les écoles publiques du DOE. Pour en savoir plus sur l'affaire (M.F., et al. c. DOE, et al.), des informations sont disponibles sur le site Internet du DOE : <https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/staying-healthy/diabetes>.

Dans le cadre de cet accord, la personne en charge du contrôle externe observera un certain nombre de réunions de l'équipe de la Section 504 pour voir comment se déroule le processus de la Section 504 pour les élèves diabétiques du DOE des grades K-12. La personne en charge du contrôle externe ne fera qu'écouter et observer, elle ne participera pas activement à la réunion. Elle fera part de ses commentaires au DOE pour apporter des informations sur la manière d'améliorer le processus de la Section 504 pour les élèves et leurs familles.

Veillez remplir ce formulaire si vous autorisez la personne en charge du contrôle externe et/ou un ou une membre de son équipe à assister à la réunion de l'équipe de la Section 504 de votre enfant. Le DOE conservera les formulaires d'autorisation jusqu'au 15 août 2026 ou jusqu'à la fin de la période de stipulation. Cependant, vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment en contactant la personne en charge de la coordination de la Section 504 à l'école de votre enfant.

Je soussigné(e), _____ (parent/tuteur/tutrice ou élève (si émancipation ou âgé(e) de 18 ans ou plus)), autorise la personne en charge du contrôle externe ou la personne désignée à assister à la réunion de l'équipe de la Section 504 de mon enfant.

Je comprends que la personne en charge du contrôle externe/la personne désignée obtiendra des informations sur les aménagements et les services de santé liés au traitement du diabète de mon enfant afin d'évaluer si le DOE est en conformité avec l'accord à l'amiable dans le cadre de l'affaire M.F.

Nom de l'élève : _____

École : _____

Numéro OSIS : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date : _____

Signature de l'élève (si émancipation ou 18 ans ou plus) : _____ Date : _____