



**Schools: Retain this completed form for your records**

Autoriser l'observation par un contrôleur externe de 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, un expert nommé Dr Peter Blanck (appelé « contrôleur 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. Le Dr Blanck ne fera qu'écouter et observer, il ne participera pas activement à la réunion. Il 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 le Dr Blanck 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 (en cas d'émancipation ou personne âgée de 18 ans ou plus)), autorise le contrôleur externe ou la personne désignée à assister à la réunion de l'équipe de la Section 504 de mon enfant.

Je comprends que le contrôleur 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 (en cas d'émancipation ou personne âgée de 18 ans ou plus) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_