



Refus de participation au programme ESIT

Declining Participation in the ESIT Program

OBJET : Pour documenter la décision des parents de refuser la participation au programme ESIT.

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	COORDINATEUR DES RESSOURCES FAMILIALES
------------------------	--------------------------	---

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU REFUS DE PARTICIPATION AU PROGRAMME ESIT

☐ Je comprends que mon enfant peut faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer son admissibilité au programme ESIT.

–et/ou–

☐ Je comprends qu'un plan de services individualisés pour la famille (IFSP) peut être élaboré pour mon enfant/ma famille si mon enfant est admissible à la partie C.

–et/ou–

☐ Mon enfant est admissible au programme ESIT et a le droit de bénéficier des services d'intervention précoce décrits dans un plan de services individualisés pour la famille (IFSP). Je suis pleinement conscient de la nature des services proposés et du fait que mon enfant et ma famille ne pourront pas bénéficier des services du programme ESIT sans mon consentement.

DOCUMENTATION DE LA DÉCISION DES PARENTS

Je choisis de ne **pas** faire évaluer mon enfant ou ma famille, ni de bénéficier d'un IFSP ou des services du programme ESIT pour le moment. Je comprends que je peux changer d'avis et, le cas échéant, je contacterai mon coordinateur des ressources familiales.

Nom du parent en lettres majuscules

Signature du ou des parents

Date

Nom du CRF en lettres majuscules

Signature du coordinateur des ressources familiales

Date

J'autorise le programme ESIT à me contacter dans _____ mois pour vérifier les progrès de mon enfant.

Initiales du(des) parent(s)