



**Individualized Educational Plan
Plan d'intervention personnalisé**



Student's name/Nom de l'élève :

Date of IEP/Date du PIP :

Teacher (s)/Enseignant (es) :

Permanent Code/Code permanent :

Date of Revision/Date de révision :

Cycle :

Year/Année :

Student's Profile/Profil de l'élève

Strengths/Forces :	Challenges/Défis :
--------------------	--------------------

Areas of Focus/Champs d'intervention

English Language Arts

To be Developed À développer	Differentiation Practices Pratiques de différenciation	Persons Responsible Responsables	Strategies/Suggestions for Home Stratégies/Suggestions pour la maison
To use pictorial cues when sharing a book or reading To turn the pages of a book and to tell the story from memory			

French Second Language/Français Langue Seconde

To be Developed À développer	Differentiation Practices Pratiques de différenciation	Persons Responsible Responsables	Strategies/Suggestions for Home Stratégies/Suggestions pour la maison

Areas of Focus/Champs d'intervention(Continued/Suite)

Mathematics/Mathématiques

To be Developed À développer	Differentiation Practices Pratiques de différenciation	Persons Responsible Responsables	Strategies/Suggestions for Stratégies/Suggestions p

Cross-Curricular Competencies/Compétences transversales

To be Developed À développer	Differentiation Practices Pratiques de différenciation	Persons Responsible Responsables	Strategies/Suggestions for Stratégies/Suggestions p

Other Relevant Information/Autres informations

To be Developed À développer	Differentiation Practices Pratiques de différenciation	Persons Responsible Responsables	Strategies/Suggestions for Stratégies/Suggestions p

Other Relevant Information/Autres informations

Support Measures and Services/Mesures de soutien et services

Required General Support Measures (including evaluations) Mesures de soutien nécessaires (incluant durant les évaluations)	Outside Services Services externes	Services in School Services à l'école	
	<input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CMR <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> MOSD Other	Support Services/Services de soutien: <input type="checkbox"/> Attendant/Préposé(e) <input type="checkbox"/> Special Education Technician/Technicien(ne) en éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Interpreter-Technician/Technicien(ne)-Interprète Other	Professional Services/Services professionnels : <input type="checkbox"/> Resource/Orthopédagogie <input type="checkbox"/> Speech Therapy/Orthophonie <input type="checkbox"/> Psychology/Psychologie <input type="checkbox"/> Psychoeducation/Psychoéducation Other

Communication of Progress/Communication sur le progrès

Communication of Progress
Communication sur le progrès

Goals Achieved
Objectifs atteints

Signatures

Principal : _____ Teacher(s) : _____ Student : _____

IEP Coordinator : _____ Parents : _____ Technician/Attendant : _____