



Consentement au partage des dossiers médicaux et scolaires des élèves

La loi sur les droits et la vie privée en matière d'éducation familiale (Family Educational Rights and Privacy Act/FERPA) est une loi fédérale qui protège la confidentialité des dossiers scolaires des élèves. Le but du présent consentement est de permettre aux principaux membres du personnel de l'école (*notamment le proviseur, l'infirmière scolaire, les infirmières gestionnaires de cas, les coordinateurs section 504 et les membres du personnel de l'éducation spécialisée*) en charge de votre enfant de partager leurs dossiers médicaux et scolaires avec des agences et des fournisseurs de soins de santé externes, parmi lesquels les centres de santé scolaires (*s'il y en a un dans votre école*). Ainsi, ces derniers pourront mieux coordonner les services de santé offerts à votre enfant. La coordination des services permettra de mieux répondre aux besoins de votre enfant et de garantir sa pleine participation à l'environnement d'apprentissage scolaire. **SI VOUS ACCEPTEZ CE CONSENTEMENT, VEUILLEZ LE REMPLIR, LE SIGNER ET LE RETOURNER AU REGISTRAIRE DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.**

_____	_____	_____
(Nom de l'élève/de l'enfant)	(Nom de l'établissement)	(Date de naissance)
_____	_____	_____
(Classe)	(ID de l'élève, si connu)	

1. J'autorise les écoles publiques du District de Columbia à partager les dossiers scolaires de mon enfant, dossiers cités dans la section 3 ci-dessous, avec chacune des agences et organisations suivantes :

- | | |
|---|---|
| *Département de la Santé du DC, | *Département des services sociaux de DC, |
| *Département de la santé mentale de DC, | *le(s) fournisseur(s) de soins de santé de votre enfant, et |
| *Département du financement des soins de santé de DC, | *les autres fournisseurs de services de santé offrant des services en milieu scolaire |

2. Je comprends que ces informations peuvent être utilisées UNIQUEMENT aux fins suivantes :

- * Planifier et fournir des services coordonnés en matière d'éducation et de santé, et
- * évaluer les programmes destinés à mon enfant et les services qui lui sont fournis.

3. J'autorise l'utilisation/la divulgation des informations contenues dans chacun des dossiers suivants :

- | | |
|------------------------------------|--|
| *Dossier de l'infirmière scolaire, | * Classes, observations et autres informations scolaires contenues dans les dossiers des élèves, |
| * Documents IFSP/IEP, | * Ordonnances médicales actualisées (conservées par l'infirmière scolaire), |
| * Plans 504, | * Rapports médicaux sur la vue, |
| *Emploi du temps de la classe, | *Rapports d'audiologie, et |
| * Registre des présences, | *Plan de soins infirmiers (dans le cadre du PEI ou du plan 504) |

4. Je comprends que :

- *La signature de cette autorisation est volontaire, et mon enfant ne se verra pas refuser des services scolaires si je choisis de ne pas la signer, et
- * J'ai le droit de demander une copie de ce formulaire après l'avoir signé et de consulter ou de copier toute information divulguée en vertu de ce consentement.

5. Je consens à ce que les informations susmentionnées soient utilisées ou divulguées. Je comprends que ces informations ne peuvent pas être utilisées à des fins autres que celles indiquées dans la section 2 ci-dessus. Je peux, à tout moment, révoquer ce consentement par écrit. Je comprends que la révocation de cette autorisation n'affectera pas les mesures prises avant la réception de la révocation ou les mesures prises sur la base des informations précédemment partagées.

_____	_____	_____
(Signature du parent/tuteur/élève de plus de 18 ans)	(Relation avec l'élève)	(Date)

Cette autorisation expire un an après la date de signature ci-dessus.