



Consentements pour l'année scolaire 2021/2022

Veillez utiliser ce formulaire pour indiquer vos préférences aux écoles publiques de DC concernant le fait que 1) DCPS utilise l'image, la voix et le travail scolaire de votre élève ; 2) offre des services socio-émotionnels à votre élève ; 3) et communique l'information de votre élève aux recruteurs militaires.

Élève de DCPS

Prénom :

Nom :

FACULTATIF – Consentement et décharge des médias

En signant ci-dessous, j'accorde, par la présente, au District de Columbia, y compris DCPS, ainsi qu'à leurs employés et mandataires, à leurs successeurs et cessionnaires le droit : 1) d'enregistrer l'image et la voix de mon élève ; 2) d'éditer ces enregistrements à leur discrétion ; et 3) d'utiliser ces enregistrements, ainsi que les œuvres d'art et écrites de mon élève sur bande vidéo, dans les photographies, les médias numériques, et toute autre forme de médias électroniques ou de la presse écrite (tels que photographies, médias numériques, et d'autres médias électroniques ou la presse écrite contenant l'image, la voix, les œuvres d'art ou écrites de mon élève sont dénommés communément « Médias »). Je comprends que cette décharge n'accorde pas à DCPS ou au District de Columbia le droit de divulguer des informations biographiques ou d'autres informations l'identifiant et que je peux révoquer ce consentement à tout moment en contactant mon école.

Je dégage, par la présente, DCPS et le District de Columbia, leurs successeurs, et leurs mandataires et tous ceux qui utilisent les Médias, conformément à cette décharge, de la totalité des réclamations, dommages, responsabilités, frais et dépenses que moi ou mon enfant avons actuellement ou pouvons dorénavant avoir par la suite en raison d'une telle utilisation. Je comprends que les dispositions de cette décharge sont juridiquement contraignantes. Ce consentement est valable à perpétuité pour tous les Médias créés jusqu'à la fin de l'année scolaire et peut être révoqué par moi à tout moment.

Je consens. Je ne consens pas.

Nom du Parent / Tuteur : _____ Signature : _____ Date : _____

FACULTATIF – Divulgence d'informations aux recruteurs de l'armée (6^e à la 12^e année)

La loi fédérale exige que DCPS fournisse aux recruteurs de l'armée, sur demande, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone (« information » de tous les élèves de la 6^e à la 12^e année à moins que le parent/tuteur légal d'un élève (ou l'élève s'il est un adulte) ait refusé une telle divulgation en signant ci-dessous. Ce consentement est valable tant que votre élève est inscrit à une école de DCPS et peut être révoqué à tout moment.

Je demande à ce que DCPS ne divulgue pas les coordonnées de mon élève ou mes coordonnées (si l'élève est un adulte) aux recruteurs de l'armée.

Nom du Parent / Tuteur : _____ Signature : _____ Date : _____

FACULTATIF – Services de santé socio-émotionnelle

DCPS dispose de professionnels et de partenaires hautement qualifiés qui aident les élèves éprouvant le stress, la tristesse, la colère, et/ou d'autres émotions qui peuvent influencer leur vie. Si vous consentez à un dépistage pour déterminer le niveau d'aide, l'information de votre élève sera examinée par l'équipe de santé mentale en milieu scolaire et sera traitée de manière confidentielle pour protéger la vie privée de votre élève. S'il est déterminé que votre élève a besoin de services thérapeutiques, vous serez informé et inclus dans tout plan de services, conformément aux meilleures pratiques. Si vous consentez ci-dessous, ce consentement est valable jusqu'à la fin de l'année scolaire et peut être révoqué à tout moment. Pour plus d'informations, veuillez contacter l'équipe de santé mentale en milieu scolaire à school.mentalhealth@k12.dc.gov.

- Si vous n'êtes pas intéressé à avoir votre élève dépisté, veuillez cocher cette case et signer ci-dessous :

Je ne consens pas.

- Si vous consentez d'avoir votre élève dépisté, veuillez cocher les cases qui s'appliquent à la situation de votre élève et signer ci-dessous :

Divorce/séparation des parents

Sans abri

Centre d'accueil

Parent incarcéré

Décès d'un proche

Autre traumatisme : _____

Nom du Parent / Tuteur : _____ **Signature :** _____ **Date :** _____