



# Consentements pour l'année scolaire 2020/2021

Utilisez ce formulaire pour indiquer vos préférences aux Écoles publiques du DC concernant 1) la publication de renseignements sur votre enfant dans les médias; 2) la prestation de services socio-émotionnels à votre enfant; et 3) la communication d'informations sur votre enfant aux recruteurs de l'armée.

## Élève des DCPS

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

### FACULTATIF – Consentement et décharge concernant les médias

En signant ci-dessous, j'accorde au District de Columbia, y compris aux DCPS, ainsi qu'à leurs employés et mandataires, à leurs successeurs et cessionnaires, le droit de: (1) enregistrer l'image et la voix de mon enfant; (2) modifier ces enregistrements à leur discrétion; et (3) utiliser ces enregistrements, ainsi que les œuvres artistiques et écrites de mon enfant sur bande vidéo, photographie, médias numériques et toute autre forme de médias électroniques ou imprimés (ces photographies, médias numériques et d'autres médias électroniques ou imprimés contenant l'image, la voix, les œuvres artistiques ou écrites de mon enfant sont collectivement appelés « médias »). Je comprends que cette décharge n'accorde ni aux DCPS ni au District de Columbia le droit de divulguer des informations biographiques ou d'autres données d'identification sur mon enfant et que je peux révoquer ce consentement à tout moment en contactant mon école.

Je dégage par la présente les Écoles publiques du District de Columbia (DCPS) et le District de Columbia, et leurs successeurs et cessionnaires, et toute personne qui utilise des médias, en vertu de la présente décharge de toutes réclamations, tous dommages, toutes responsabilités, tous frais et toutes dépenses que mon enfant ou moi-même avons actuellement ou pourrions avoir par la suite en raison d'une telle utilisation. Je comprends que les dispositions de la présente 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 – Communication des coordonnées aux recruteurs de l'armée (6<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> année)

Les lois fédérales exigent que les DCPS fournissent, sur demande, aux recruteurs de l'armée le nom, l'adresse et le numéro de téléphone (les « coordonnées ») de tous les élèves de la 6<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année à moins que le parent / tuteur légal de l'élève (ou l'élève s'il est adulte) refuse cette communication en signant ci-dessous. Ce consentement est valable tant que votre enfant est inscrit à une école des DCPS et peut être révoqué à tout moment.

Je demande aux DCPS de ne pas communiquer les coordonnées de mon enfant / mes coordonnées (si l'élève est adulte) aux recruteurs de l'armée.

Nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### FACULTATIF – Services de santé socio-émotionnelle

Les DCPS disposent de professionnels et associés très qualifiés pour aider les élèves éprouvant du stress, de la tristesse, de la colère ou d'autres émotions pouvant influencer sur leur vie. Si vous consentez à un examen préalable pour déterminer le niveau de besoin, les renseignements de votre enfant seront examinés par l'équipe de santé mentale de l'école et traités de manière confidentielle pour garantir la confidentialité de votre enfant. S'il est déterminé que votre enfant a besoin des services thérapeutiques, vous serez informés 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 obtenir plus d'information, contactez l'équipe de santé mentale de l'école à [school.mentalhealth@k12.dc.gov](mailto:school.mentalhealth@k12.dc.gov).

- S'il ne vous intéresse pas que votre enfant soit examiné, veuillez cocher cette case et signer ci-dessous:  Je ne consens pas.
- Si vous consentez à ce que votre enfant soit examiné, veuillez vérifier lequel des problèmes suivants votre enfant éprouve et signer ci-dessous:

Divorce/séparation des parents       Itinérance       Famille d'accueil  
 Parent incarcéré       Décès d'un proche parent       Autre traumatisme: \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_