



Bienvenue à l'année scolaire 2023/2024 avec les écoles publiques de DC ! Veuillez remplir le paquet d'inscription pour la prochaine année scolaire 2023/2024. Des instructions étape par étape sont incluses ci-dessous. Vous pouvez trouver tous les documents en ligne à <https://enrolldcps.dc.gov/>. Les traductions sont disponibles en amharique, chinois, français, espagnol et en vietnamien. DCPS s'engage à protéger le droit de chaque élève de fréquenter l'école publique, peu importe son statut d'immigration ou son origine nationale. Par conséquent, DCPS permet à tous les résidents éligibles du District de Columbia de fréquenter ses écoles sans se renseigner sur le statut d'immigration de l'élève ou de sa famille.

À DCPS, c'est notre mission de veiller à ce que chacune de nos écoles offre une éducation de calibre mondial, qui prépare TOUS nos élèves, indépendamment de leurs antécédents ou de leurs circonstances, à réussir au collège, à la carrière et dans la vie. C'est un honneur et un privilège d'accueillir tous les élèves, et nous anticipons une autre merveilleuse année scolaire.

Étape 1. Veuillez remplir les formulaires dans ce paquet.

- A. Formulaire d'inscription
- B. Formulaire de résidence
- C. Enquête sur la technologie
- D. Formulaires de consentement (consentement des médias et divulgation d'informations aux recruteurs militaires)
- E. Notifications des droits des élèves et du parent/tuteur
- F. Exigences d'immunisations
- G. Formulaire de santé universelle
- H. Formulaire de santé bucco-dentaire

Étape 2. Veuillez collecter vos documents justificatifs. On exige certains documents justificatifs pour inscrire votre élève :

Nouvel élève à DCPS (n'a jamais fréquenté une école publique de DC auparavant)

- A. Pour une preuve d'âge – les exemples comprennent un acte de naissance, des dossiers d'hospitalisation, des dossiers scolaires précédents, ou un certificat de baptême.
- B. Preuve de résidence – voir le formulaire de résidence pour une liste complète des documents acceptables et des méthodes de vérification
- C. Enquête sur les langues parlées à domicile -- voir le formulaire d'inscription pour cette enquête

Retour à votre école actuelle de DCPS

- Preuve de résidence – voir le formulaire de résidence pour une liste complète de documents acceptables et les méthodes de vérification.

Étape 3. Veuillez soumettre le paquet et les documents justificatifs à l'équipe d'inscriptions scolaires de votre élève.

Étape 4. Marquez votre calendrier pour remplir la demande d'inscription aux repas gratuits et à prix réduit (FARM).

La demande d'inscription à FARM pour déterminer l'éligibilité des ménages au déjeuner gratuit sera disponible le 1^{er} juillet 2023. Les formulaires de demande d'inscription en ligne seront disponibles à <https://dcps.dc.gov/farm> ou à la direction de votre école. Toutes les familles sont invitées à soumettre une demande d'inscription.

Veuillez noter que la loi exige que DCPS vérifie annuellement la résidence au District de chaque famille, qui cherche à s'inscrire à DCPS. DCPS entreprend cette vérification de résidence lors des inscriptions (la résidence doit être vérifiée dans les **dix (10) jours calendaires** à compter de la date à laquelle l'élève cherche à s'inscrire la première fois). Si vous n'êtes pas en mesure de vérifier la résidence au District en conformité avec les exigences du District ou vous n'avez pas accepté de payer les frais scolaires de non-résident, votre élève sera à risque d'exclusion de fréquenter DCPS. Pour toutes questions, veuillez contacter l'équipe d'inscriptions de DCPS à enroll@k12.dc.gov.

À moins que vous ou votre enfant soyez inscrit dans une école du District ou ayez obtenu une place dans une école en raison de la loterie, des besoins en éducation spécialisée, ou d'autres circonstances spéciales, vous ou votre enfant devez vous inscrire dans une école appropriée de DCPS, qui dessert la zone dans laquelle se trouve votre résidence au District. Vous pouvez trouver la zone de votre fréquentation scolaire en inscrivant votre adresse au site web suivant : <https://enrolldcps.dc.gov/node/41>.

Avis de non-discrimination : Conformément aux lois de étatiques et fédérales, les écoles publiques du District de Columbia ne font pas de discriminations sur la base de la race réelle ou supposée, la couleur de peau, la religion, l'origine nationale, le genre, l'âge, l'état civil, l'apparence physique, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, le statut familial, les responsabilités familiales, l'immatriculation, l'appartenance politique, l'information génétique, le handicap, la source de revenus, le statut de victime d'une infraction inter-familiale, ou le lieu de résidence ou des affaires. Pour le texte complet et des informations supplémentaire, veuillez consulter <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.



Formulaire d'inscription pour l'année scolaire 2023/2024

Veillez utiliser ce formulaire pour inscrire chacun de vos nouveaux élèves ou vos élèves qui retournent à une école de DCPS. Veillez soumettre ce formulaire en personne à l'école que votre élève va fréquenter durant l'année scolaire 2023/2024. Vous devez répondre à toutes les questions ci-dessous. Veillez noter que la résidence doit être vérifiée dans un délai de dix jours calendaires à compter de la date que vous avons soumis ce formulaire.

Élève de DCPS						
Prénom :		Nom :		Date de naissance :		
Pays de naissance :		Carte de l'élève :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire		
Adresse :		Appt :	Ville/État :		Code postal :	
Programme scolaire ou préscolaire de l'année scolaire 2022/2023 :				Ville/État :		
École pour l'année scolaire 2023/2024 :			Courriel de l'élève :			
Classe pour l'année scolaire 2023/2024 : cochez une seule case <input type="checkbox"/> Pré-K3 <input type="checkbox"/> Pré-K4 <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> 1 ^e <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e <input type="checkbox"/> 7 ^e <input type="checkbox"/> 8 ^e <input type="checkbox"/> 9 ^e <input type="checkbox"/> 10 ^e <input type="checkbox"/> 11 ^e <input type="checkbox"/> 12 ^e <input type="checkbox"/> Éducation des adultes						
Statut de logement : cochez seulement une case <input type="checkbox"/> Permanent (propriétaire, locataire) <input type="checkbox"/> Hôtel/Motel <input type="checkbox"/> Abri <input type="checkbox"/> Partagé <input type="checkbox"/> Sans abri						
Ces situations suivantes s'appliquent-elles à l'élève ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N En attente de famille d'accueil <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Jeune non accompagné (pas en logement permanent)						
Désignation ethnique : cochez une seule case <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non hispanique/non Latino						
Race : cochez tout ce qui s'applique <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique/Autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autochtone de Hawaï ou Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Noir/Noire <input type="checkbox"/> Blanc/Blanche						
L'élève a-t-il l'un des éléments suivants ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Allergies <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Médicaments requis <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Restrictions alimentaires Cochez oui ou non pour chaque question. L'école peut faire un suivi. <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Plan 504 <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N IEP pour les services d'éducation spécialisée						
Parent/Tuteur/Gardien	Coordonnée 1		Prénom :		Nom :	
	Coordonnée 1		Courriel :		Phone : <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	
	Coordonnée 1		<input type="checkbox"/> Même que l'élève Adresse : Appt : Ville/État : Code postal :		Phone : <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Je NE souhaite PAS recevoir de communications concernant mon enfant par e-mail ou SMS.	
	Coordonnée 2		Prénom :		Nom :	
Coordonnée 2		Courriel :		Phone : <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe		
Coordonnée 2		<input type="checkbox"/> Même que l'élève Adresse : Appt : Ville/État : Code postal :		Phone : <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Je NE souhaite PAS recevoir de communications concernant mon enfant par e-mail ou SMS.		
Enquête sur la langue parlée à la maison Remplissez uniquement si c'est votre inscription initiale à DCPS. Si votre réponse à l'une des questions ci-dessous est dans une langue autre que l'anglais, votre enfant sera évaluée pour les services linguistiques en anglais. Pour toutes questions, veuillez contacter la Division de l'apprentissage des langues au 202-671-0750.						
Quelle est la langue principale parlée à la maison ? _____ (précisez la langue)						
Quelle langue l'élève parle-t-il le plus souvent ? _____ (précisez la langue)						
Quelle(s) langue ou langues que l'élève a parlée(s) en premier lieu ? _____ (précisez la langue)						
Dans quelle langue souhaiteriez-vous recevoir des informations de l'école ? Si « autre » est sélectionné, la correspondance écrite sera envoyée en anglais. L'interprétation orale dans n'importe quelle langue sera fournie sur demande.						
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Amharique <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Personnes à contacter en cas d'urgence si on ne peut pas joindre les parents ou les tuteurs de l'élève, l'une des personnes ci-dessous peut être contactée en cas d'urgence. Les parents, les tuteurs, et ceux qui sont indiqués comme étant les personnes à contacter en cas d'urgence peuvent aller chercher l'élève à l'école.						
Prénom et nom :		Liens de parenté avec l'élève :		Phone :		
Prénom et nom :		Liens de parenté avec l'élève :		Phone :		
Frères et sœurs de l'élève à DCPS Veuillez fournir des informations pour tous les frères et sœurs de l'élève qui fréquentent une école de DCPS.						
	Frère ou sœur 1	Frère ou sœur 2	Frère ou sœur 3	Frère ou sœur 4		
Prénom et nom :						
Date de naissance :						

Attestation de la personne inscrivant l'élève

Je confirme que toutes les informations fournies ci-dessus sont à ma connaissance exactes. Je comprends que DCPS gardera ces informations confidentielles et ne les utilisera que dans le cadre des activités de DCPS. Je comprends que la loi punit le fait de communiquer de fausses informations. Je comprends que je ne peux pas maintenir une inscription à plus d'une école pour l'année scolaire 2023-2024, et je confirme mon inscription à l'école ci-dessus indiquée pour l'année scolaire 2023-2024. Je comprends que si je m'inscris après une offre reçue d'une liste d'attente de cette école, on retirera mon nom des listes d'attente de toutes les écoles classées au-dessous de cette école sur ma demande d'inscription *My School DC*

Nom en lettres majuscules : _____ **Signature :** _____ **Date :** _____

SCHOOL OFFICIAL USE: Attendance Boundary: IB OOB | **Enroll Method:** Continuing OR New: IB F P Lottery ID _____



Formulaire de vérification du lieu de résidence dans le DC – Année scolaire 2023-24

Utilisez ce formulaire pour vérifier que vous êtes un résident du District et que, par conséquent, vous ou votre élève êtes admissible à vous inscrire à une école publique ou une école publique à charte du DC. Tous les formulaires et les documents de résidence à l'appui sont soumis à l'école d'inscription.

Première étape : Choisissez la méthode de vérification du lieu de résidence qui vous convient le mieux.

Les détails des méthodes disponibles, pour vérifier votre lieu de résidence dans le DC, sont fournis à la page deux. **Choisissez l'UNE** d'entre elles après avoir rempli les sections 2 et 3 ci-dessous. Pour être admissible à s'inscrire à une école publique ou une école publique à charte du DC sans frais de scolarité : 1) la personne qui inscrit l'enfant doit être le parent, l'élève adulte ou le tuteur légal, le représentant légal ou un autre aidant principal (OPC) valide, disposant des documents appropriés ; 2) la personne qui inscrit a établi une **présence physique** dans le District de Columbia ; et 3) la personne qui inscrit a soumis des documents valides et appropriés établissant le statut de résidence conformément à la loi et aux règlements.

Deuxième étape : Fournissez des informations sur l'élève et la personne qui inscrit.

Prénom de l'élève :		Nom de famille de l'élève :		DDN :	
Nom de l'école Année scolaire 2023-24 :					
Personne qui inscrit (consultez la page 2) > Prénom :			Nom de famille :		
Je suis : <input type="checkbox"/> le parent légal/le tuteur légal/le représentant légal de l'élève <input type="checkbox"/> l'autre aidant principal de l'élève et j'ai rempli le formulaire OPC <input type="checkbox"/> l'élève adulte <input type="checkbox"/> le parent mineur et j'ai rempli la déclaration sous serment					
Adresse de la personne qui inscrit :				Zone:	
Ville :		État :	CODE POSTAL :	Résident du DC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel :			Téléphone :		

Troisième étape : Signez l'attestation des exigences de résidence.

- Je certifie que je suis le parent ou le tuteur, le représentant légal ou l'autre aidant principal valide de l'élève adulte ou de l'élève et que je soumetts en conséquence des documents de résidence valide et appropriée, ou que je me suis identifié comme un non-résident et que je comprends l'accord sur les frais de scolarité requis et les paiement de frais de scolarité nécessaires pour l'inscription.
- Je certifie que j'ai établi et que je maintiendrai une présence physique dans le District, définie comme « occuper et habiter réellement un lieu de résidence dans l'intention d'y demeurer pendant une période continue » ; et je soumetts des documents valides et appropriés pour vérifier le lieu de résidence, conformément à l'article 5-A DCMR § 5004 ; ou, je me suis identifié comme un non-résident et je mettrai en œuvre l'accord sur les frais de scolarité requis et effectuerai les paiement de frais de scolarité nécessaires.
- Je consens à ce que soit divulgué le fait que j'ai été déterminé à remplir les conditions de résidence pour tout programme d'aide financière financé par le gouvernement (tel que Medicaid, TANF ou SNAP) auquel je suis inscrit dans le seul but de vérifier le lieu de résidence dans le District pour l'inscription dans une école publique ou à charte du DC. En signant ci-dessous, je déclare que : J'autorise l'OSSE à obtenir mes informations d'identification personnelle en tant que résident du DC auprès d'autres organismes d'État ou fédéraux, y compris, mais sans s'y limiter, le Département des services sociaux du DC (DC Department of Human Services/DHS), l'Office du logement du DC (DC Housing Authority/DCHA), et le Département des finances en matière de soins de santé (Department of Health Care Finance/DHCF). OSSE protégera mes informations et respectera toutes les lois applicables concernant la protection et l'utilisation de ces informations.
- Je comprends que l'inscription de l'élève susmentionné, dans les écoles publiques, les écoles publiques à charte ou d'autres écoles du District de Columbia offrant des services éducatifs financés par ce District, est fondée sur ma représentation du lieu de **résidence de bonne foi dans le DC, y compris la présente déclaration sous-serment de présence physique et ma soumission de documents valides et appropriés vérifiant le lieu de résidence** ou en mettant en œuvre un accord sur les frais de scolarité et en effectuant les paiement de frais de scolarité.
- Je comprends que même si les documents que je fournis semblent satisfaisants, l'OSSE ou les responsables de l'école peuvent, avec une base raisonnable, demander des informations supplémentaires pour vérifier le lieu de résidence de l'élève ou le statut d'autre aidant principal de l'adulte qui l'inscrit.
- Si le District de Columbia, par l'intermédiaire de l'OSSE, détermine que je ne suis pas un résident ou un non-résident agréé en vertu de 5-A DCMR § 5007, je comprends que je suis responsable du paiement des frais de scolarité rétroactifs pour l'élève, et que ce dernier peut être retiré de l'école.
- Je comprends que si je fournis de faux renseignements ou de faux documents, je peux être renvoyé au Bureau de l'inspecteur général du DC pour poursuites pénales ou au Bureau du procureur général du DC pour poursuites aux termes de la loi False Claims Act et du code du D.C. § 38-312, qui prévoit que toute personne qui fournit sciemment de fausses informations à un agent public dans le cadre de la vérification du lieu de résidence d'un élève est passible du paiement d'une amende maximale de 2 000 USD ou d'une peine d'emprisonnement maximale de 90 jours, mais pas à la fois d'une amende et d'une peine d'emprisonnement.
- Je comprends que ce formulaire et toutes les pièces justificatives de ce formulaire, y compris tous les autres formulaires de l'OSSE utilisés pour confirmer mon lieu de résidence, doivent être conservés à l'école. Je consens à ce qu'ils soient divulgués à l'OSSE, aux auditeurs externes et aux autres organismes du district, y compris, mais sans s'y limiter, le bureau de l'inspecteur général et le bureau du procureur général du DC, sur demande, afin d'établir la véracité de mon lieu de résidence dans le DC.
- Je comprends que le District de Columbia peut utiliser tous les moyens légaux dont il dispose pour confirmer mon lieu de résidence.
- J'accepte d'aviser l'école de tout changement de lieu de résidence pour moi-même ou pour l'élève, dans les trois jours d'école suivant ce changement et de remplir un formulaire de vérification du lieu de résidence dans le DC.

Personne qui inscrit SIGNER ICI : _____ DATE : _____

Quatrième étape : Soumettre le présent formulaire rempli et les documents pertinents à votre école.

USAGE OFFICIEL SCOLAIRE UNIQUEMENT La méthode suivante a été utilisée pour vérifier le lieu de résidence dans le District de Columbia. Choisissez UNE méthode.

Je certifie, sous peine de parjure, que j'ai personnellement revu tous les documents présentés et j'affirme que les informations ci-dessus sont vraies au meilleur de mes connaissances, informations et croyances. J'affirme également que toutes les pièces justificatives jointes à ce formulaire seront conservées par l'école et mises à la disposition de l'OSSE, des vérificateurs externes et d'autres organismes, y compris mais non limité au Bureau de l'inspecteur général du DC et au Bureau du procureur général du DC, sur demande.

Nom officiel de l'école (en caractères d'imprimerie) : _____ Signature : _____ Date : _____

Méthode : Responsable de l'école vérifié

- Résidence de l'OSSE vérifiée (Allocations de la QLIK, de l'ASPEN ou de la CBO)
- Liaison pour sans-abri vérifiée
- Pupille du DC

Méthode B : Sélectionnez un document

- Talon de paie
- Aide financière du gouvernement du DC
- Formulaire certifié d'impôt du DC-D40
- Commandes de logements militaires
- Lettre de l'ambassade

Méthode B : Sélectionnez deux documents

- Immatriculation des véhicules à moteur du DC
- Permis de conduire/carte d'identité du DC
- Bail avec paiement
- Facture de services publics avec paiement

Méthode C : Visite à domicile

Non-résident

Personne qui inscrit, suivez l'UNE des méthodes (A-C) pour vérifier votre lieu de résidence dans le DC.

- A** **Vérifiez auprès d'un responsable de l'école.** Si vous vivez une situation d'itinérance, êtes un pupille du District et/ou un participant à un programme de prestations publiques du District, tel que Medicaid, le Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program/SNAP), ou l'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families/TANF), votre école dispose peut-être déjà de vos informations. Renseignez-vous auprès du responsable de votre école ou de l'agent de liaison des sans-abri de l'école.
- Vérifiez auprès du Bureau des impôts et des recettes (Office of Tax and Revenue/OTR).** Les familles/élèves, qui s'inscrivent à nouveau, sont parfois en mesure de vérifier le lieu de résidence en utilisant le processus de vérification du lieu de résidence du OTR (Office of Tax and Revenue/Bureau des impôts et des recettes). La personne qui inscrit doit avoir payé des impôts dans le DC au cours de l'exercice précédent et posséder le numéro de sécurité sociale de l'élève. L'élève doit s'inscrire à nouveau dans le même organisme local responsable de l'enseignement et s'inscrire dans les classes K-12. Connectez-vous au système sur le site Web ossedtax.com. En cas de succès, votre vérification sera alors disponible pour confirmation par votre école.

Vérifiez en soumettant des pièces justificatives. *Tous les éléments doivent inclure le même nom et la même adresse de la personne qui inscrit, que ceux indiqués sur le formulaire de vérification du lieu de résidence dans le DC et les documents d'inscription en milieu scolaire.*

UN élément de cette liste est nécessaire.	DEUX différents éléments de cette liste sont nécessaires.
<p>B</p> <ul style="list-style-type: none">• Un talon de chèque valide émis dans les 45 jours suivant l'examen du présent formulaire par l'école. Doit contenir la retenue d'impôt sur le revenu des particuliers du DC pour l'année d'imposition en cours et aucun autre État répertorié pour la déduction, même si le montant est nul. Il doit également indiquer un montant de retenue d'impôt sur le revenu des particuliers du DC supérieur à zéro pour l'année d'imposition en cours et la période de paie courante.• Les documents officiels non expirés de l'aide financière, fournis par le Gouvernement du District de Columbia, délivrés à la personne qui inscrit au cours des 12 derniers mois et en vigueur au moment de sa présentation à l'école, y compris, mais sans s'y limiter, l'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families/TANF), Medicaid, le Programme d'assurance santé infantile d'État (State Child Health Insurance Program/SCHIP), le Revenu complémentaire de sécurité, l'aide au logement ou d'autres programmes.• Copie certifiée conforme du formulaire D40 par le Bureau des impôts et des recettes (OTR) du DC, avec une preuve du paiement des impôts du DC pour l'année fiscale en cours ou la plus récente, et doit porter le cachet du Bureau des impôts et des recettes du DC.• Les commandes actuelles de logements militaires ou les déclarations sur papier à en-tête militaire doivent être de la correspondance officielle et mentionner l'adresse de résidence spécifique dans le DC.• Lettre de l'ambassade émise au cours des 12 derniers mois. Doit porter le sceau officiel de l'ambassade et la signature du représentant de l'ambassade ; et indiquer que la personne qui inscrit réside actuellement ou résidera sur le site de l'ambassade dans le DC pendant l'année scolaire concernée.	<p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">• Permis d'opérateur de véhicules à moteur du DC ou carte d'identité officielle non-conducteur délivrée par le gouvernement, valide et non expiré.• Immatriculation des véhicules à moteur du DC valide et non expirée.• Contrat de bail ou de location valide et non expiré avec une preuve distincte de paiement du loyer, telle que réception du paiement, mandat ou copie du chèque encaissé. <i>Le bail doit contenir la date de début, le montant du loyer mensuel, le nom du propriétaire, et être signé par la personne qui inscrit et le propriétaire.</i> <i>La preuve de paiement distincte doit être valable pour une période de deux mois précédant immédiatement l'examen du présent formulaire par l'école et correspondre au montant du loyer mensuel indiqué sur le bail.</i>• Facture de services publics (seules les factures de gaz, d'électricité et d'eau sont acceptables) avec un reçu de paiement distinct indiquant le paiement de la facture, tel que réception de l'imprimé du paiement, mandat ou copie du chèque encaissé. <i>La facture de services publics doit être valable pour une période de deux mois précédant immédiatement l'examen du présent formulaire par l'école.</i> <i>La preuve de paiement distincte doit concerner la facture spécifique soumise. La soumission la plus courante est deux factures consécutives où la deuxième facture indique le paiement sur la première facture. Un montant crédité sur une facture et une lettre d'un organisme gouvernemental, subventionnant le paiement pour les services publics, sont également des preuves de paiement acceptables.</i>

- C** **Vérifiez par l'intermédiaire d'une visite à domicile.** Si vous ne pouvez pas vérifier par l'intermédiaire de l'une des méthodes ci-dessus, adressez-vous à un responsable de votre école au sujet d'une visite à domicile.

Inscription en tant qu'élève non résident

Les élèves non résidents ne sont autorisés à fréquenter une école publique du District, que s'il n'y a pas de résidents du DC admissibles sur la liste d'attente, si le LEA accepte d'inscrire l'élève, s'il y a un accord signé sur les frais de scolarité avec le Bureau du Surintendant d'État à l'Éducation, et un paiement initial des frais de scolarité a été effectué. Pour mettre en œuvre l'accord sur les frais de scolarité et effectuer le paiement des frais de scolarité, veuillez envoyer un courriel à osse.residency@dc.gov. Les non-résidents ne sont pas admissibles à l'inscription, dans le cadre du programme de financement pour l'amélioration et l'expansion de la pré-maternelle du District.

Personnes admissibles à inscrire un élève.

- **Parent** - un parent naturel, beau-parent, un concubin(e), ou un parent adoptif qui a la garde ou le contrôle d'un élève, y compris la garde partagée.
- **Tuteur** - un tuteur légal désigné d'un élève par un tribunal compétent.
- **Représentant légal** - une personne à qui la garde physique a été accordée par un tribunal compétent.
- **Autre aidant principal** - est une personne autre qu'un parent, un représentant légal nommé par le tribunal ou un tuteur qui est le principal fournisseur de soins ou de contrôle et de soutien à un enfant qui réside avec lui et dont le parent, représentant légal ou tuteur est incapable de fournir de tels soins et soutien en raison de graves difficultés familiales.
- **Élève adulte** - Un élève qui est âgé de 18 ans ou plus, ou qui a été affranchi du contrôle parental par le mariage, l'application de la loi ou l'ordonnance d'un tribunal compétent.



Élève de DCPS

Prénom :	Nom :	Date de naissance :
----------	-------	---------------------

École pour l'année scolaire 2023/2024 :

Courriel de l'élève :

Portail des parents *Donne l'accès pour vérifier les notes, l'assiduité et les bulletins scolaires de votre élève par Aspen, la base de données des informations sur les élèves de DCPS.*

Souhaiteriez-vous avoir accès au portail des parents sur Aspen ? Oui Non

Si oui, indiquez les courriels des personnes qui devraient avoir accès au portail des parents :

Courriel 1 :

Courriel 2 :

Courriel 3 :

Sondage sur l'accès à la technologie *DCPS s'efforce de comprendre les besoins en technologie de toutes nos familles*

Votre élève a-t-il accès à un appareil pour l'apprentissage à la maison ?

Oui

Non

Votre élève a-t-il accès à un appareil pour l'apprentissage à la maison ?

Mon enfant a accès à un ordinateur portable / une tablette fourni(e) par DCPS

Mon enfant a accès à un ordinateur portable / une tablette personnel(le) ou non fourni(e) par DCPS

Mon enfant n'a pas d'ordinateur portable / ni de tablette à la maison

Confirmation de la Politique d'utilisation acceptable du réseau et de la technologie du DCPS

DCPS fournit aux élèves et au personnel un accès à l'Internet et aux systèmes de réseau et de données (réseau DCPS). DCPS met également à la disposition des élèves un accès aux ordinateurs, tablettes et/ou autres appareils de technologie tels que des imprimantes (appareils ou technologie DCPS). Le réseau DCPS et la technologie DCPS sont mis à la disposition des élèves à des fins d'éducation, de recherche et de développement professionnel. L'utilisation du réseau DCPS et de la technologie DCPS est régie par la Politique d'utilisation acceptable du réseau et de la technologie par les élèves et le personnel du DCPS, disponible à l'adresse suivante : <https://dcps.tech/aup>. Toute utilisation des appareils, de la technologie ou du réseau du DCPS non conforme à la Politique d'utilisation acceptable de la technologie et du réseau par les élèves et le personnel peut entraîner des mesures disciplinaires. En cochant la case ci-dessous, vous confirmez avoir lu et compris la Politique d'utilisation acceptable de la technologie et vous acceptez toutes les conditions générales énoncées dans cette politique.

En cochant cette case, je confirme que j'ai lu et compris les conditions générales énoncées dans la Politique d'utilisation acceptable de la technologie du DCPS et que je les accepte. Je confirme également que je souhaite que mon élève ait accès aux appareils, à la technologie et au réseau du DCPS. Je reconnais que ces objets appartiennent au DCPS, qu'ils sont prêtés à mon élève à des fins pédagogiques et scolaires uniquement, et qu'ils doivent être restitués sur demande. Si les appareils ne sont pas restitués, des frais peuvent m'être facturés.



Consentements pour l'année scolaire 2023/2024

Veillez utiliser ce formulaire pour indiquer vos préférences aux écoles publiques de DC sur le fait que 1) DCPS utilise l'image, la voix et le travail scolaire de votre élève et 2) divulgue les informations 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 en lettres majuscules : _____

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 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 en lettres majuscules : _____

Signature : _____

Date : _____

FACULTATIF – Services de santé socio-émotionnelle

Les écoles publiques du District de Columbia (DCPS) disposent d'une équipe de professionnels et de partenaires hautement qualifiés dont la mission est d'aider les élèves en proie au stress, à la tristesse, à la colère et/ou à d'autres émotions susceptibles d'avoir un impact sur leur vie. Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie d'un soutien en santé mentale dans le cadre de l'école, veuillez remplir le [Formulaire de recommandation pour les services de santé mentale et de soutien psychologique des élèves](#) des DCPS ou utiliser le code QR ci-dessous. Les coordonnateurs de santé comportementale au niveau de l'école (SBHC) sont chargés de traiter les formulaires de recommandation pour les services de santé mentale au niveau de leurs écoles respectives. Si vous utilisez le formulaire inscriptible, veuillez contacter votre école pour savoir qui est votre coordonnateur de santé comportementale au niveau de l'école (SBHC) ; si vous utilisez le code QR, ce dernier recevra le formulaire de façon automatique. Dès réception d'une recommandation, les informations relatives à votre enfant seront examinées par l'équipe de santé mentale de l'école et seront traitées de manière confidentielle afin de garantir le respect de la vie privée de votre enfant. Si l'équipe constate que votre enfant a besoin de services thérapeutiques, elle vous en informera et vous inclura dans le plan de ces services, conformément aux meilleures pratiques. Pour plus d'informations, consultez la ressource [DCPS à votre service](#) ou contactez l'équipe de santé mentale de l'école à l'adresse school.mentalhealth@k12.dc.gov.





Loi de 2015 sur la réussite de chaque élève (*Every Student Succeeds Act of 2015*)

Cet avis a pour objectif de vous informer que vous avez le droit de demander des informations concernant les qualifications professionnelles des enseignants de votre enfant en vertu de la Loi de 2015 portant sur la réussite de chaque élève. À tout moment, vous pouvez demander les informations suivantes :

- Si oui ou non un enseignant a satisfait aux critères de qualification et de licence du District de Columbia pour les classes et les matières qu'il enseigne ;
- Si oui ou non un enseignant enseigne dans le cadre d'une situation d'urgence ou provisoire en vertu de laquelle les critères de qualification ou de licence du District de Columbia n'ont pas été appliqués ;
- Si oui ou non un enseignant enseigne dans le domaine de la discipline de sa certification ;
- Si oui ou non un élève reçoit des services de paraprofessionnels (auxiliaires pédagogiques non certifiés qui aident en classe sous la supervision d'un enseignant) et, dans l'affirmative, les qualifications des paraprofessionnels.

On peut trouver une liste actuelle des écoles du Titre I de DCPS à <https://dcps.dc.gov/publication/list-title-i-and-non-title-i-schools>. Veuillez envoyer toutes les demandes et toutes autres questions relatives à cet avis aux écoles publiques de DC par courriel à dcps.hrdataandcompliance@dc.gov ou par télécopie au (202) 535-2483.

Amendement relatif à la protection des droits des élèves

Cet avis informe les parents/tuteurs légaux et les élèves admissibles (mineurs émancipés ou élèves de 18 ans et plus âgés) de leurs droits concernant l'administration d'enquêtes et d'examens/de dépistages physiques, ainsi que la collecte et l'utilisation d'informations personnelles à des fins de *marketing*. Ces droits sont énoncés dans l'amendement relatif à la protection des droits des élèves (Protection of Pupil Rights Amendment (20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Part 98) ("PPRA") et figurent également dans ce document. DCPS a élaboré et adopté des politiques concernant ces droits, ainsi que des procédures pour protéger la vie privée des élèves dans l'administration des enquêtes et la collecte, la divulgation et l'utilisation d'informations personnelles à des fins de marketing, de vente ou de distribution. DCPS informe les parents/tuteurs concernés et les élèves éligibles à l'avance de toute enquête d'information protégée (définie ci-dessous) et des examens/dépistages physiques administrés aux élèves. Pour tous les examens/dépistages physiques et toutes les enquêtes nécessitant un consentement passif, DCPS fournit aux parents et aux élèves admissibles des avis contenant des informations sur les examens/dépistages ou sur l'enquête et qui déclarent qu'ils sont capables de refuser qu'un élève participe à l'activité. En tant que parent/tuteur d'un élève ou en tant qu'élève admissible, vous disposez des droits suivants, conformément au PPRA :

1. **Consentement aux enquêtes.** En vertu de PPRA, les parents/tuteurs et les élèves admissibles doivent donner leur consentement avant que les élèves soient obligés de se soumettre à une enquête, une analyse ou une évaluation, qui est financée en tout ou en partie par un programme du ministère de l'Éducation des États-Unis (USDE) et concerne une ou plusieurs des catégories d'informations protégées suivantes :
 - Affiliations ou croyances politiques de l'élève ou de ses parents ;
 - Problèmes mentaux ou psychologiques de l'élève ou de sa famille ;
 - Comportements ou attitudes sexuels ;
 - Comportement illégal, antisocial, auto-incriminant ou humiliant ;
 - Évaluations critiques d'autres personnes avec lesquelles les répondants ont d'étroites relations familiales ;
 - Relations privilégiées juridiquement reconnues, telles que celles avec des avocats, des médecins, ou des pasteurs ;
 - Pratiques, affiliations ou convictions religieuses de l'élève ou de ses parents ; et
 - Revenus, autres que ceux exigés par la loi, pour déterminer l'admissibilité à un programme.

Bien que cela ne soit pas requis en vertu de PPRA, DCPS exige un consentement actif pour toute enquête, quelle que soit la source de financement, avec une ou plusieurs questions liées aux catégories ci-dessus.

2. **Capacité de refuser de participer.** Les parents/tuteurs et les élèves admissibles auront toujours la possibilité de retirer un élève des activités suivantes :
 - Toute enquête qui ne pose pas de questions liées aux catégories protégées ;
 - Tout groupe de discussion d'élèves ou d'entretiens menés par une partie extérieure menant des recherches au nom de DCPS ;

- Tout dépistage ou examen physique invasif non urgent exigé comme condition de participation, administré par l'école ou son mandataire et non nécessaire pour protéger de manière immédiate la santé et la sécurité d'un élève (sauf les dépistages de troubles auditifs, visuels et de scoliose, et tout autre dépistage/examen physique requis en vertu des lois étatiques) ; et
- Toute activité impliquant la collecte, la divulgation ou l'utilisation d'informations personnelles recueillies auprès des élèves à des fins de marketing, de vente ou de distribution (cela ne s'applique pas à la collecte, à la divulgation ou à l'utilisation d'informations personnelles recueillies auprès des élèves dans le but exclusif de développer, d'évaluer, ou de fournir des produits ou des services éducatifs pour les élèves ou les établissements d'enseignement).

3. **Droit d'inspecter.** Les parents/tuteurs et les élèves admissibles, sur demande et avant leur administration ou leur utilisation, peuvent inspecter :

- Toutes les enquêtes auprès des élèves, qu'elles posent des questions liées aux catégories protégées, à leur source de financement et qu'elles aient été créées par DCPS ou une partie extérieure ;
- Les instruments utilisés pour recueillir des informations personnelles à toutes fins de marketing, de vente ou de distribution ; et
- Le matériel pédagogique utilisé dans le cadre du programme d'enseignement.

Les parents/tuteurs et les élèves admissibles, qui estiment que leurs droits ont été violés, peuvent déposer une plainte à l'adresse suivante : *Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., Washington, D.C. 20202.*

La Loi relative à la protection de la vie privée et aux droits des familles en matière d'éducation

La loi relative à la protection de la vie privée et aux droits des familles en matière d'éducation (FERPA) accorde aux parents/tuteurs et aux élèves de 18 ans ou plus âgés (« élèves admissibles ») certains droits en ce qui concerne les dossiers scolaires d'un élève. Ce document vise à vous informer sur les droits importants spécifiques que vous avez :

1. **Le droit d'inspecter et d'examiner les dossiers scolaires de l'élève** dans les 45 jours après que les écoles publiques du District de Columbia (DCPS) ont reçu une demande d'accès. Les parents/tuteurs ou les élèves admissibles doivent présenter au directeur de l'école une demande écrite, qui identifie le(s) dossier(s) qu'ils souhaitent inspecter. Le directeur de l'école ou un autre représentant approprié de l'école prendra les dispositions nécessaires pour autoriser l'accès et informer le parent/tuteur ou l'élève admissible de l'heure et de l'endroit où les dossiers peuvent être inspectés ou si les dossiers requis n'existent pas.
2. **Le droit de demander une modification des dossiers scolaires de l'élève** que le parent/tuteur ou l'élève admissible considère comme inexacts, trompeurs ou autrement en violation des droits au respect de la vie privée de l'élève en vertu de la loi FERPA. Les parents/tuteurs ou les élèves admissibles peuvent écrire au directeur de l'école, identifier clairement la partie du dossier à modifier et en indiquer la raison. Si DCPS décide de ne pas modifier le dossier comme demandé par le parent/tuteur ou l'élève admissible, l'école avisera le parent/tuteur ou l'élève admissible de sa décision et les informera de leur droit à une audience concernant la demande de modification. Des informations supplémentaires concernant les procédures d'audience seront fournies au parent/tuteur ou à l'élève admissible lorsqu'ils seront informés de leur droit à une audience.
3. **Le droit de consentir (par écrit) à la divulgation de renseignements personnels permettant d'identifier l'élève** contenus dans les dossiers scolaires de l'élève, sauf dans la mesure où la loi FERPA autorise la divulgation sans consentement. Par exemple, DCPS communique les dossiers scolaires, sans consentement, aux représentants d'une autre école ou d'un autre district scolaire où un élève envisage de s'inscrire ou bien est déjà inscrit, lorsqu'une telle divulgation est requise aux fins de l'inscription ou du transfert de l'élève. De plus, la loi FERPA autorise la divulgation, sans consentement, à des représentants de l'école qui, selon DCPS, ont des intérêts éducatifs légitimes. Un représentant de l'école est une personne employée par DCPS en tant qu'administrateur, superviseur, enseignant ou membre du personnel de soutien (notamment le personnel des soins de santé ou le personnel médical et le personnel de l'unité de maintien de l'ordre) ; une personne ou une société sous contrat avec DCPS en vue d'exercer une tâche spéciale (par exemple, un avocat, un auditeur, un consultant médical ou un thérapeute) ; ou un parent /tuteur, un élève ou un autre bénévole siégeant dans un comité officiel, tel qu'un comité de discipline ou un comité de griefs, ou assistant un autre représentant de l'école dans sa mission. Un représentant de l'école a un intérêt éducatif légitime s'il doit consulter un dossier scolaire afin d'exercer ses responsabilités professionnelles.
4. **Le droit de déposer une plainte** auprès de l'USDE concernant des prétendus manquements de DCPS aux exigences de la loi FERPA. Le nom et l'adresse du bureau qui administre la loi FERPA sont : *Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.*
5. **Le droit de refuser la divulgation de renseignements contenus dans l'annuaire.** À sa discrétion, DCPS peut divulguer des renseignements de base contenus dans l'annuaire qui ne sont généralement pas considérés comme préjudiciables ou une invasion de la vie privée, sans le consentement des parents/tuteurs ou des élèves admissibles, conformément aux dispositions du droit du District et de la loi FERPA. Les parents/tuteurs ou les élèves admissibles peuvent demander à DCPS de ne pas divulguer tous les renseignements mentionnés ci-dessus en remplissant la section relative à la divulgation des renseignements sur l'élève contenus dans l'annuaire ci-dessous dans un délai de dix (10) jours de classe suivant l'inscription des élèves. Si l'autorisation ci-dessus n'est pas fournie dans les dix (10) jours scolaires suivant l'inscription, DCPS supposera que les informations ci-dessous peuvent être désignées comme des informations contenus dans l'annuaire pour votre élève pour le reste de l'année scolaire.

FACULTATIF – Ne pas divulguer les renseignements sur l'élève contenus dans l'annuaire

Vous pouvez choisir de restreindre les informations divulguées par DCPS. Veuillez cocher toutes les informations ci-dessous que DCPS ne doit pas divulguer sans votre consentement :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nom de l'élève | <input type="checkbox"/> Participation à des activités et à des sports reconnus officiellement | <input type="checkbox"/> Diplômes/Récompenses reçus |
| <input type="checkbox"/> Adresse de l'élève | <input type="checkbox"/> Poids et taille des membres des équipes sportives | <input type="checkbox"/> Dates de participation |
| <input type="checkbox"/> Courriel du parent/tuteur | <input type="checkbox"/> Noms des écoles fréquentées antérieurement | <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone de l'élève |
| <input type="checkbox"/> Classe | <input type="checkbox"/> Date et lieu de naissance de l'élève | <input type="checkbox"/> Nom de l'école fréquentée actuellement |

En signant ci-dessous, je confirme que :

- DCPS ne doit divulguer aucune des informations que j'ai cochées ;
- Je donne, par la présente, mon consentement que DCPS peut divulguer toutes les informations que je n'ai pas cochées ; et
- Je comprends que DCPS peut toujours divulguer les informations que j'ai cochées si c'est nécessaire de le faire ou autrement autorisé, en vertu de la loi FERPA.

Nom de l'élève :

Nom du Parent/Tuteur : _____

Signature : _____

Date : _____

PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

Veillez remplir le formulaire ci-dessous après avoir examiné attentivement les politiques et procédures régissant les services de santé pour les élèves, puis signer les autorisations requises dans le présent document. Ces autorisations sont nécessaires pour que vous (si vous êtes un étudiant âgé de 18 ans ou plus) ou votre enfant puissiez bénéficier des services de santé scolaire proposés aux élèves des Écoles publiques du District de Columbia (DCPS). Veuillez soumettre le formulaire rempli au bureau de la scolarité de l'établissement scolaire de votre enfant.

Renseignements personnels sur l'élève À remplir par le parent/tuteur ou par l'étudiant âgé de dix-huit (18) ans ou plus				
Nom de famille de l'élève :		Prénom de l'élève :		Date de naissance :
Nom de l'établissement scolaire ou de la garderie :				
Adresse du domicile :		Appart. :	Ville :	État : Code postal :
Désignation ethnique : <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non-hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Race : <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska/Indien d'Amérique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Renseignements sur le parent/tuteur				
Nom du parent/tuteur 1 :			Nom du parent/tuteur 2 :	
Téléphone :	Adresse électronique :		Téléphone :	Adresse électronique :
Relation avec l'élève :			Relation avec l'élève :	
Numéro de téléphone du parent/tuteur :			Numéro de téléphone du parent/tuteur :	
Nom du contact en cas d'urgence, relation avec l'élève :			Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :	
Renseignements relatifs à l'assurance				
Type d'assurance : <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune		Nom/numéro d'identification de l'assurance : Régime d'assurance :		
Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance maladie, souhaitez-vous que le gestionnaire de cas clinique vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Nom du prestataire de soins primaires :				
Organisation et adresse du prestataire de soins primaires :				
Téléphone du prestataire de soins primaires :				

POLITIQUES ET PROCÉDURES CONCERNANT LE PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

- Les élèves des écoles publiques du District de Columbia peuvent recevoir des soins de la part d'une infirmière scolaire, du personnel du service de santé ou d'un personnel scolaire qualifié, conformément aux lois et règlements du District de Columbia (le District) et aux politiques et procédures du Programme de services de santé scolaire (SHSP) du département de la santé du District (DC Health).
- Je comprends que pour participer au SHSP, je dois donner mon accord pour que le prestataire de soins médicaux de l'élève envoie par voie électronique à l'établissement scolaire de mon enfant les informations relatives à la santé de ce dernier, y compris, mais sans s'y limiter, les informations figurant dans le Certificat de santé universel. Les informations concernant les soins apportés à mon enfant dans l'établissement scolaire de ce dernier peuvent être partagées avec d'autres agences du District afin de coordonner les soins de mon enfant et de recueillir des données à l'échelle du District, par exemple pour surveiller l'asthme ou d'autres tendances en matière de santé dans le District.
- Les informations relatives à la santé de mon enfant seront toujours conservées et transférées conformément aux lois et réglementations du District et du gouvernement fédéral, y compris, mais sans s'y limiter, la loi de 1974 relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (Family Educational Rights Privacy Act, FERPA), la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la loi sur les technologies de l'information dans le domaine de la santé pour la santé économique et clinique (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) et la loi 18-273 du D.C., l'amendement à loi de 2010 sur le partage des données et la coordination des informations (Code officiel § 7-241 et suivants)
- Un étudiant âgé de dix-huit (18) ans ou plus, ou un mineur émancipé, tel que défini par le Code officiel section 7-1231.02 (10) peut remplir ce formulaire pour lui-même et consentir légalement à tout service de santé scolaire.
- Conformément au règlement régissant le consentement aux soins des mineurs (22-B DCMR 600.7), un mineur peut légalement donner son autorisation en ce qui concerne la prévention, le diagnostic ou le traitement des cas suivants : (1) une grossesse ou son interruption légale ; (2) une consommation abusive de substances, notamment les drogues et l'alcool ; (3) des troubles mentaux ou émotionnels, ou (4) une maladie sexuellement transmissible. De plus, le consentement parental n'est pas nécessaire pour prodiguer des premiers soins ou fournir des services lorsque la santé d'un élève est en danger.

CONFIRMATIONS ET AUTORISATIONS CONCERNANT LE PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

- Je donne par la présente mon accord pour que l'établissement scolaire de mon enfant ou le personnel du service de santé scolaire lui fasse passer un test de dépistage des troubles de l'audition et de la vision si mon enfant n'en a pas bénéficié au cours de l'année civile écoulée comme indiqué dans le Certificat de santé universel qui nous a été remis.
- Je donne par la présente mon accord pour que l'établissement scolaire de mon enfant ou le personnel du service de santé scolaire administre les médicaments prescrits et/ou le traitement à mon enfant selon les instructions du prestataire de soins de santé agréé de mon enfant, conformément au § 38-651 du Code officiel du D.C et, en cas d'urgence, conformément au § 38-656 du Code officiel du D.C.

Je comprends que :

- j'ai la responsabilité de soumettre les formulaires de santé scolaires, y compris, mais sans s'y limiter, les documents suivants : Plan de traitement concernant les médicaments et les procédures médicales, plan d'action contre l'asthme, plan d'action contre l'anaphylaxie, formulaire d'adaptation diététique ou tout autre formulaire de santé scolaire accepté et signé par le prestataire de soins médicaux de mon enfant à l'établissement de mon enfant si mon enfant a besoin de soins médicaux spéciaux ou de médicaments. j'ai la responsabilité de soumettre chaque année un formulaire de santé scolaire mis à jour pour mon enfant.
- j'ai la responsabilité d'apporter à l'infirmière de l'école, dans leur emballage d'origine, tous les médicaments ou fournitures médicales nécessaires figurant sur le formulaire de santé de l'établissement scolaire. Tous les médicaments ou fournitures médicales seront entreposés dans un lieu sécurisé de l'établissement.
- je suis responsable de la collecte de tous les médicaments périmés conservés à l'école dans la semaine qui suit leur date de péremption et dans la semaine qui suit la fin de l'année scolaire. Je comprends que les médicaments non récupérés seront détruits. Le personnel du service de santé n'assume aucune responsabilité en cas de perte éventuelle de médicaments ou de fournitures médicales.
- j'ai la responsabilité d'informer immédiatement l'établissement scolaire de tout changement dans l'éducation et dans le plan de traitement concernant les procédures médicales et de fournir à l'école tous les formulaires de santé scolaire mis à jour. Vous pouvez joindre le personnel du service de santé en appelant directement le service de santé ou en composant le numéro de téléphone principal de l'établissement scolaire.
- Je comprends que l'établissement scolaire et le personnel de santé de ce dernier n'assumeront aucune responsabilité pour l'automédication ou les traitements non autorisés de mon enfant. Mon enfant ne peut se soigner lui-même ou s'administrer lui-même des médicaments pour l'asthme, l'anaphylaxie ou le diabète que s'il est autorisé à s'auto-médicamenter selon les instructions d'un prestataire médical agréé et en conformité avec un formulaire de santé scolaire complet.
- Je reconnais et accepte par la présente que, conformément au Code officiel du DC section 38-651.11, le District, l'établissement scolaire, ses employés et ses agents (y compris le personnel infirmier de l'établissement) ou le médecin praticien, l'auxiliaire médical ou l'infirmière expérimentée, sont exempts de toute responsabilité civile pour tout acte ou omission liés à ou découlant de l'exercice de bonne foi de leurs responsabilités en vertu de la section 38-651.01 et suivants, à l'exception d'actes criminels, de fautes intentionnelles, de négligence grave ou d'inconduite volontaire. Je comprends que le présent formulaire doit être rempli et soumis pour que l'élève puisse recevoir des services de santé.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) : _Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du parent/tuteur ou étudiant si âgé de 18 ans ou plus _____ Date _____

CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DOSSIERS SCOLAIRES MÉDICAUX DES ÉLÈVES

La loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (Family Educational Rights Privacy Act, FERPA) est une loi fédérale qui protège la confidentialité des dossiers scolaires des élèves. L'objectif du présent consentement est de permettre aux principaux membres du personnel de l'établissement (*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 les dossiers scolaires d'ordre médical avec des agences et des prestataires de soins de santé externes, y compris les centres de santé scolaires (*s'il y en a un dans votre établissement*). Ainsi, ces derniers pourront mieux coordonner ensemble les services de santé offerts à votre enfant. La coordination des services

de santé permettra de mieux répondre aux besoins de santé de votre enfant et de faire en sorte qu'il puisse participer pleinement à l'environnement d'apprentissage de l'école. Veuillez noter que les élèves peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire prescrit par un prestataire de soins de santé, ou précisé dans un programme d'enseignement individualisé (PEI) ou un plan de la section 504 (un plan élaboré conformément à la section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973 pour fournir des aménagements ou des services supplémentaires aux élèves souffrant de déficiences physiques ou mentales); certains de ces services peuvent ne pas être fournis par l'infirmière scolaire ou disponibles dans le service de santé de l'établissement scolaire. **SI VOUS ACCEPTEZ CE CONSENTEMENT, VEUILLEZ LE REMPLIR, LE SIGNER ET LE RETOURNER AU BUREAU DE LA SCOLARITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE 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 concernant mon enfant précisés 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,
- * Prestataire(s) de soins de santé de votre enfant, et
- * Département du financement des soins de santé de DC, * 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/PEI,
- * 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)
- * Documents sur la santé comportementale



4. Je comprends que :

- * la signature de cette autorisation est volontaire, et que 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/étudiant de plus de 18 ans)

(Relation avec l'élève)

(Date)



CONSENTEMENT AU PARTAGE DU REGISTRE DES PRÉSENCES AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Le projet CARE-H (Collaborative for Attendance Resources in Education and Health) est un partenariat entre les écoles publiques du District de Columbia (DCPS) et les prestataires médicaux locaux pour les élèves inscrits au DCPS qui sont actuellement des patients de l'hôpital pour enfants, Children's National Hospital. Le projet CARE-H vise à soutenir la santé des élèves et à réduire l'absentéisme, parce que des élèves en bonne santé sont mieux à même d'aller à l'école et d'apprendre. Pour que le projet CARE-H fonctionne, les établissements scolaires de DCPS doivent fournir des informations sur l'assiduité scolaire de mon enfant aux prestataires de soins primaires de mon enfant.

En signant ce consentement, vous autorisez le DCPS à partager de manière sécurisée les informations relatives à l'assiduité avec le ou les médecins, les infirmières et le personnel du cabinet médical de votre enfant. Ces informations aideront ces professionnels de la santé à fournir une assistance spéciale et une attention médicale aux élèves et à leur famille, le cas échéant. Elles permettront également au DCPS de collaborer avec ces professionnels de la santé pour que mon enfant reste en bonne santé et réussisse à l'école.

Je confirme et comprends que j'aurai la possibilité d'examiner les dossiers et le droit de contester le contenu de ces dossiers.

Cette autorisation sera maintenue pendant toute la durée de l'inscription de mon enfant à un établissement de DCPS, à moins que je ne retire mon consentement par écrit. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si le DCPS souhaite partager ou discuter d'autres parties du dossier scolaire de mon enfant avec l'équipe médicale de mon enfant, il me sera demandé de fournir un consentement distinct.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) :

_____ **Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) :** _____

Signature du parent/tuteur ou étudiant si âgé de 18 ans ou plus _____ **Date** _____

CONDITIONS GÉNÉRALES DU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Le Programme de télésanté des services de santé scolaires permettent aux élèves d'obtenir une consultation virtuelle dans leur établissement avec un prestataire de soins médicaux. En signant ci-dessous, je comprends, confirme et autorise ce qui suit :

- Mon enfant peut participer à des consultations organisées par vidéo (vidéoconférence) ou par téléphone (téléconférence) avec des prestataires de soins de santé, tels que des spécialistes en santé comportementale, qui peuvent se trouver à l'extérieur de l'établissement scolaire. Le prestataire de soins de santé peut déterminer qu'une visite de suivi en personne ou que des soins urgents ou des services d'urgence sont nécessaires.
- En plus de l'équipe de soins de santé et du prestataire de soins de santé de mon enfant, des personnes qui font fonctionner l'équipement vidéo et qui sont formées pour préserver la confidentialité de toutes les informations obtenues peuvent également être présentes. L'élève a le droit de demander : (1) que certains détails spécifiques relatifs à ses antécédents médicaux/son examen clinique soient omis ; (2) que le personnel non médical quitte la salle d'examen ; ou (3) qu'il soit mis fin à la visite à tout moment.
- J'ai la possibilité de refuser un rendez-vous de télésanté pour mon enfant.
- J'autorise également l'établissement de soins de santé ou son personnel à communiquer toute information au régime d'assurance maladie de mon enfant ou à tout autre agent éventuellement responsable du paiement des factures médicales liées à la visite. Par ailleurs, j'autorise le Programme de télésanté des services de santé scolaires à divulguer des informations médicales spécifiques aux responsables de l'établissement scolaire et à DC Health, soit parce que la loi ou la réglementation l'exige, soit parce que cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant.
- Les services de télésanté peuvent être facturés à mon assurance. Je comprends qu'il m'incombe de fournir les informations relatives à mon assurance et que je suis responsable de toute quote-part ou de tout frais supplémentaire résultant de ce service. Les personnes inscrites à tout organisme de gestion des soins Medicaid de DC ne recevront pas de facture pour les services fournis par télé-médecine. Tous les frais associés à ce programme sont à la discrétion de la compagnie d'assurance. Toute quote-part exigée pour les visites de soins primaires pourrait s'appliquer à ce service. Je comprends que toute somme d'argent ou tout avantage lié à la prestation de services de télésanté sera attribué et transféré au prestataire, y compris les avantages/versements provenant de mon régime de santé, de Medicaid ou d'autres tiers financièrement responsables des soins médicaux de mon enfant. J'autorise la divulgation de tous les renseignements nécessaires (incluant sans s'y limiter, les dossiers médicaux, les copies des demandes de remboursement et les factures détaillées) à des fins de vérification des informations de paiement et, le cas échéant, à toute autre fin de santé publique.

- Si à tout moment je ne suis pas satisfait(e) des services rendus, je peux déposer une plainte auprès de l'équipe du Bureau de l'Ombudsman, par téléphone au (202) 724-7491 ou par e-mail à l'adresse healthcareombudsman@dc.gov. Les plaintes doivent également être soumises sur le portail du Programme des services de santé scolaires : <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Ce consentement sera valable pour toute la durée de l'inscription de l'élève dans l'établissement scolaire. Je comprends également que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment en remettant au personnel du service de santé une lettre signée et datée à cet effet.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) :

_____ **Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) :** _____

Signature du parent/tuteur ou étudiant si âgé de 18 ans ou plus _____ **Date** _____