



Bienvenue à l'année scolaire 2024-2025 (AS24-25) dans les écoles publiques du DC ! Veuillez remplir ce dossier d'inscription pour la prochaine année scolaire AS24-25. Les instructions étape par étape sont incluses ci-dessous. Vous pouvez trouver tous les documents en ligne à l'adresse <https://enrolldcps.dc.gov/>. Des traductions sont disponibles en amharique, chinois, français, espagnol et vietnamien. DCPS s'engage à protéger le droit de chaque élève à fréquenter l'école publique, indépendamment de son statut d'immigrant ou de son origine nationale. En conséquence, DCPS permet à tous les résidents éligibles du district de Columbia de fréquenter ses écoles sans s'enquérir du statut d'immigration de l'élève ou de sa famille.

DCPS a pour mission de veiller à ce que chacune de ses écoles dispense un enseignement de niveau international qui prépare TOUS nos élèves, indépendamment de leur origine ou de leur situation, à réussir à l'université, dans leur carrière et dans la vie. C'est un honneur et un privilège de servir tous les élèves, et nous nous réjouissons de cette nouvelle année scolaire.

## Étape 1. Remplissez les formulaires du présent dossier.

- A. Formulaire d'inscription
- B. Formulaire de vérification de la résidence
- C. Formulaire technologique
- D. Consentements
- E. Notifications des droits de l'élève et des parents/tuteurs
- F. Universal Health Certificate

Des formulaires supplémentaires sont disponibles sur le site <https://enrolldcps.dc.gov/>.

## Étape 2. Rassemblez vos documents justificatifs. Des documents justificatifs peuvent être exigés pour l'inscription de votre élève :

### Nouveau inscrit à DCPS (n'a jamais fréquenté une école publique du DC)

- A. Une preuve d'âge - par exemple, un certificat de naissance, un dossier hospitalier, un dossier scolaire antérieur, un passeport ou un certificat de baptême
- B. Preuve de résidence - voir le *Formulaire de vérification de la résidence* pour une liste complète des documents acceptables et des méthodes de vérification
- C. Enquête sur la langue parlée à la maison - voir le *Formulaire d'inscription* pour cette enquête

### Retour dans une école DCPS

- Preuve de résidence - voir le *Formulaire de vérification de la résidence pour une liste complète des documents acceptables et des méthodes de vérification*

## Étape 3. Soumettez le dossier et les documents justificatifs à l'équipe chargée de l'inscription de votre élève dans l'école.

## Étape 4. Notez sur votre calendrier que vous devez remplir le formulaire de demande de repas gratuits et à prix réduit (FARM).

Le formulaire FARM, qui permet de déterminer l'éligibilité des ménages à un repas gratuit, sera disponible le 1er juillet pour l'année scolaire à venir. La liste des écoles qui ont payé le déjeuner cette année ainsi que le formulaire de demande sont disponibles sur le site <https://dcps.dc.gov/farm> ou à l'accueil de votre école. Les familles **doivent** soumettre à nouveau cette demande chaque année.

Veillez noter que DCPS est tenue par la loi de vérifier chaque année la résidence dans le district de chaque famille souhaitant s'inscrire dans son établissement. DCPS procède à la vérification du lieu de résidence au moment de l'inscription (la résidence doit être vérifiée dans les **dix jours calendaires** suivant la date à laquelle l'élève cherche à s'inscrire pour la première fois). Si vous n'êtes pas en mesure de vérifier la résidence dans le district conformément aux exigences du district ou si vous n'acceptez pas de payer les frais de scolarité des non-résidents, votre élève risque d'être exclu de DCPS. Pour toute question, veuillez contacter l'équipe d'inscription du DCPS à l'adresse [enroll@k12.dc.gov](mailto:enroll@k12.dc.gov).

Il existe trois méthodes d'admission pour l'inscription à DCPS : par droit, par la loterie My School DC et par placement formel. Chaque élève en âge de scolarité obligatoire résidant à Washington DC dispose d'au moins une école DCPS de droit ou d'affectation par niveau scolaire - une école où il peut s'inscrire à tout moment. Identifiez votre école d'affectation sur le site <https://enrolldcps.dc.gov/node/41>. Pour plus d'informations sur les méthodes d'admission, veuillez consulter le Manuel d'inscription et de loterie de DCPS : <http://enrolldcps.dc.gov/node/66>.

**Avis de non-discrimination** : Conformément aux lois fédérales et de l'État, les écoles publiques du district de Columbia ne pratiquent aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion, l'origine nationale, le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, l'apparence personnelle, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, la situation familiale, les responsabilités familiales, l'inscription, l'affiliation politique, l'information génétique, le handicap, la source de revenus, le statut de victime d'un délit interfamilial, ou le lieu de résidence ou d'activité professionnelle. Le texte intégral et des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.



## Formulaire d'inscription pour l'année scolaire 2024/2025

Utilisez le présent formulaire pour inscrire chacun de vos nouveaux élèves ou ceux qui reviennent dans une école DCPS. Soumettez le présent formulaire à l'école que votre élève fréquentera pour l'année scolaire 2024/2025. Vous devez répondre à toutes les questions ci-dessous. Veuillez noter que la résidence dans le district de Columbia doit être vérifiée dans un délai de **dix jours calendaires** à compter de la date de soumission du présent formulaire.

Élève du DCPS										
Prénom :			Nom de famille :				Date de naissance :			
Pays de naissance :			Identifiant de l'élève :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire					
Adresse :				Appt :	Ville/État :			ZIP :		
Programme scolaire ou pour la petite enfance AS 2023/2024 :						Ville/État :				
École AS 2024/2025 :					Courriel de l'élève :					
Niveau scolaire pour l'année scolaire 2024/2025 : <i>ne cochez qu'une seule case</i>										
<input type="checkbox"/> Pre-K3 <input type="checkbox"/> Pre-K4 <input type="checkbox"/> Kindergarten (Maternelle) <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2e <input type="checkbox"/> 3e <input type="checkbox"/> 4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/> 6e <input type="checkbox"/> 7e <input type="checkbox"/> 8e <input type="checkbox"/> 9e <input type="checkbox"/> 10e <input type="checkbox"/> 11e <input type="checkbox"/> 12e <input type="checkbox"/> Éducation des adultes										
Statut du logement : <i>cochez une seule case</i>										
<input type="checkbox"/> Permanent (propriété, location) <input type="checkbox"/> Hôtel/Motel <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Au même endroit <input type="checkbox"/> Hors abri										
Les éléments suivants s'appliquent-ils à l'élève ?										
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N En famille d'accueil ou en attente de l'être <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Jeunes non accompagnés (ne vivant pas dans un logement permanent)										
Désignation ethnique : <i>ne cochez qu'une seule case</i>										
<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non hispanique/non latino										
Race : <i>cochez toutes les cases qui s'appliquent</i>										
<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique/Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï et des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc										
L'élève présente-t-il les caractéristiques suivantes ?										
<i>Sélectionnez oui ou non pour chacun d'entre eux. L'école peut assurer un suivi.</i>										
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Allergies <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Médicaments nécessaires <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Restrictions alimentaires										
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Plan 504 <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N PEI pour les services d'éducation spéciale										
Parent/Tuteur/Protecteur	Prénom :			Nom de famille :				Lien de parenté avec l'élève :		
	Adresse électronique :					Téléphone : <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Fixe				
	<input type="checkbox"/> Identique aux renseignements de l'élève   Adresse :					Téléphone : <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Fixe				
	Appt :		Ville/État :			ZIP :		<input type="checkbox"/> Je NE souhaite PAS recevoir de messages textes ou électroniques à propos de mon élève.		
	Prénom :			Nom de famille :				Lien de parenté avec l'élève :		
	Adresse électronique :					Téléphone : <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Fixe				
	<input type="checkbox"/> Identique aux renseignements de l'élève   Adresse :					Téléphone : <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Fixe				
	Appt :		Ville/État :			ZIP :		<input type="checkbox"/> Je NE souhaite PAS recevoir de messages textes ou électroniques à propos de mon élève.		
	Contact 1									
	Contact 2									

**Enquête sur la langue parlée à la maison** *Ne remplir que s'il s'agit de votre première inscription à DCPS.*

*Si votre réponse à l'une des questions ci-dessous est une langue autre que l'anglais, votre enfant fera l'objet d'une évaluation en vue de l'obtention de services en langue anglaise. Si vous avez des questions, veuillez contacter la Division de l'acquisition des langues au 202-671-0750.*

Quelle est la langue la plus souvent parlée à la maison ? \_\_\_\_\_ (spécifiez la langue)

Quelle est la langue la plus souvent utilisée par l'élève ? \_\_\_\_\_ (spécifiez la langue)

Quelle(s) langue(s) l'élève a-t-il utilisée(s) en premier ? \_\_\_\_\_ (spécifiez la langue)

**Dans quelle langue souhaitez-vous recevoir les communications de l'école ?** *Si vous avez coché la case « autre », la correspondance écrite vous sera envoyée en anglais. Un service d'interprétation orale dans n'importe quelle langue sera fourni sur demande.*

- Anglais     Espagnol     Amharique     Français  
 Chinois     vietnamien     Autre : \_\_\_\_\_

**Contacts en cas d'urgence** *Si les parents ou les tuteurs de l'élève ne peuvent être joints, les personnes ci-dessous seront contactées en cas d'urgence. Les parents, les tuteurs et les personnes figurant sur la liste des personnes à contacter en cas d'urgence peuvent venir chercher l'élève à l'école.*

Nom complet : \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'élève : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom complet : \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'élève : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Frères et sœurs de l'élève au sein de DCPS** *Veuillez fournir des informations sur tous les frères et sœurs de l'élève qui fréquentent une école de DCPS.*

	Frère et sœur 1	Frère et sœur 2	Frère et sœur 3	Frère et sœur 4
Nom complet :				
Date de naissance :				

**Attestation de la personne inscrivant l'élève**

Je confirme que toutes les informations fournies ci-dessus sont correctes à ma connaissance. Je comprends que DCPS gardera ces informations confidentielles et les utilisera uniquement dans le cadre de ses activités. Je comprends que la fourniture de fausses informations est punie par la loi. Je comprends que je ne peux pas rester inscrit(e) dans plus d'une école pour AS24-25, et je confirme mon inscription pour AS24-25 à l'école mentionnée ci-dessus. Je comprends que si je m'inscris à la suite d'une offre de cette école sur liste d'attente, je serai retiré des listes d'attente de toutes les écoles classées en dessous de cette école dans mon application My School DC.

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**À L'USAGE DU PERSONNEL DE L'ÉCOLE : Limite de fréquentation :  IB  OOB | Méthode d'inscription :  Continu OU Nouveau :  IB  F  P**   
Numéro d'identification de la loterie \_\_\_\_\_



# Formulaire de vérification du lieu de résidence dans le DC – Année scolaire 2024-25

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 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 :		Date de naissance :	
Nom de l'établissement pour l'année scolaire 2024-2025 :					
Personne effectuant l'inscription (voir 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'élève adulte		<input type="checkbox"/> l'autre aidant principal de l'élève et j'ai rempli le formulaire OPC <input type="checkbox"/> le parent mineur et j'ai rempli la déclaration sous serment			
Adresse de la personne effectuant l'inscription :					App. :
Ville :		État :	CODE POSTAL :	Résident du DC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
E-mail :			Téléphone :		

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

- Je certifie que je suis l'élève adulte ou le parent légal de l'élève, le tuteur, le représentant légal ou l'autre aidant principal (OPC) et que je sou mets 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 paiements 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 sou mets des documents valides et appropriés pour vérifier le lieu de résidence, conformément à l'article 5A DCMR § 5004 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 paiements 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, l'assistance temporaire pour familles nécessiteuses [TANF] ou le Programme d'aide à la nutrition supplémentaire [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 le Bureau du Surintendant d'État à l'Éducation (OSSE) à obtenir mes informations d'identification personnelle sur mon statut de 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 paiements 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'OPC 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 5A 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 fausses informations ou de faux documents, je peux être déféré au bureau de l'inspecteur général du DC pour des poursuites pénales ou au bureau du procureur général du DC pour des poursuites en vertu de la False Claims Act et de l'article 38-312 du code du DC, qui dispose que toute personne qui fournit sciemment de fausses informations à un fonctionnaire public dans le cadre de la vérification de la résidence des étudiants est passible d'une amende maximale de 2 000 dollars 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.
- Afin de vérifier ma résidence dans les écoles du District de Columbia, j'autorise l'Office of Tax and Revenue (Bureau des impôts et des revenus) (OTR) à examiner et à confirmer mes déclarations fiscales du District pour une période de trois années fiscales et à fournir les résultats de cet

examen à l'Office of Enrollment and Residency (Bureau des inscriptions et de la résidence) de l'OSSE.

- Je m'engage à informer l'école de tout changement de résidence pour moi-même ou pour l'élève dans les trois jours scolaires suivant ce changement et à remplir un formulaire de vérification de la résidence dans le district de Columbia.

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 OSSE vérifiée (QLIK, ASPEN, ou subvention 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 SNAP ou la 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.

**A** **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](https://ossedtax.com). En cas de succès, votre vérification sera alors disponible pour confirmation par votre école.

**B** **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.

**O** **DEUX** différents éléments de cette liste sont nécessaires.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un <b>talon de chèque</b> 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.</li> <li>• <b>Les documents officiels non expirés de l'aide financière, fournie par le Gouvernement du District de Columbia</b>, 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 (TANF), Medicaid, le Revenu complémentaire de sécurité, l'aide au logement ou d'autres programmes.</li> <li>• <b>Copie certifiée conforme du formulaire D40</b> 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.</li> <li>• <b>Commandes de logements militaires ou déclaration sur papier à en-tête militaire</b>, délivrés au cours des 12 derniers mois et en vigueur au moment de la présentation à l'école. La commande de logement doit être une correspondance officielle et mentionner l'adresse de résidence spécifique du DC. La commande doit indiquer que la personne qui s'inscrit réside actuellement et non pas qu'elle a l'intention de résider.</li> <li>• <b>Lettre de l'ambassade</b> 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.</li> </ul>	<p><b>U</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Permis d'opérateur de véhicules à moteur du DC</b> ou carte identité officielle non-conducteur délivrée par le gouvernement, valide et non expiré.</li> <li>• <b>Immatriculation des véhicules à moteur du DC</b> valide et non expirée. Les immatriculations temporaires ne sont pas acceptées.</li> <li>• <b>Contrat de bail ou de location (y compris un bail militaire)</b> valide et non expiré <u>avec une preuve distincte de paiement du loyer</u>, 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></li> <li>• <b>Facture de services publics (seules les factures de gaz, d'électricité et d'eau sont acceptables)</b> <u>avec un reçu de paiement distinct indiquant le paiement de la facture</u>, 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. Tous les paiements doivent être confirmés et non reportés à une date ultérieure.</i></li> </ul>
---	--

**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. La visite doit avoir lieu à l'intérieur de la résidence et démontrer que la personne qui s'inscrit et l'élève résident dans la maison.

**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](mailto: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.



## Formulaire de technologie pour l'année scolaire 2024/2025

Utilisez ce formulaire pour vous inscrire au portail des parents et pour partager votre niveau d'accès à l'Internet et à la technologie haute vitesse.

Élève de DCPS		
Prénom :	Nom :	Date de naissance :
École pour l'année scolaire 2024/2025 :		
Courriel de l'élève :		
Portail des parents <i>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.</i>		
Souhaitez-vous avoir accès au portail des parents sur <i>Aspen</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <i>DCPS s'efforce de comprendre les besoins en technologie de toutes nos familles</i>		
Votre élève a-t-il accès à un appareil pour l'apprentissage à la maison ?		
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non		
Votre élève a-t-il accès à un appareil pour l'apprentissage à la maison ? Ne cochez qu'une seule case.		
<input type="checkbox"/> Mon enfant a accès à un ordinateur portable / une tablette fourni(e) par DCPS		
<input type="checkbox"/> Mon enfant a accès à un ordinateur portable / une tablette personnel(le) ou non fourni(e) par DCPS		
<input type="checkbox"/> 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
<p>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 : <a href="https://dcps.tech/aup">https://dcps.tech/aup</a>. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>



## Année scolaire 2024/2025 Autorisations

Utilisez le présent formulaire pour indiquer aux écoles publiques du District de Columbia vos préférences concernant 1) l'utilisation par DCPS de l'image, de la voix et du travail scolaire de votre élève, 2) la communication des informations relatives à votre élève aux recruteurs militaires et 3) la prise en compte des attentes des visiteurs de l'école.

### Élève du DCPS

Prénom :

Nom de famille :

### FACULTATIF - Consentement des médias et communiqué

En signant ci-dessous, j'accorde par la présente au District de Columbia, y compris à DCPS, et à ses employés et agents, contractants, successeurs et cessionnaires le droit de : (1) Enregistrer l'image et la voix de mon élève ; (2) Éditer ces enregistrements à leur discrétion ; et (3) Utiliser ces enregistrements, ainsi que les œuvres d'art et les travaux écrits de mon élève, sur des bandes vidéo, des photographies, des supports numériques et toute autre forme de support électronique ou imprimé (ces photographies, supports numériques et autres supports électroniques ou imprimés contenant l'image, la voix, les œuvres d'art ou les travaux écrits de mon élève sont collectivement dénommés « supports »). Je comprends que le présent communiqué ne confère pas à DCPS ou au District of Columbia le droit de divulguer des informations biographiques ou d'autres informations d'identification concernant mon élève et que je peux révoquer le présent consentement à tout moment en contactant mon école.

Je dégage par la présente DCPS et le District de Columbia, leurs successeurs et leurs cessionnaires, ainsi que toute personne utilisant légalement les médias conformément à la présente décharge, de toute réclamation, de tout dommage, de toute responsabilité, de tout coût et de toute dépense que moi-même ou mon enfant avons ou pourrions avoir à l'avenir en raison de l'utilisation de ces médias. Je comprends que les dispositions du présent communiqué sont juridiquement contraignantes. Le présent consentement est valable à perpétuité pour tout média créé jusqu'à la fin de l'année scolaire et peut être révoqué par moi à tout moment.

Je consens.       Je ne consens pas.

Nom imprimé : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### FACULTATIF - Communication d'informations aux recruteurs militaires (de la 6e à la 12e année)

Les lois fédérales exigent que DCPS fournisse aux recruteurs militaires, sur demande, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone (« informations ») de tous les élèves de la 6e à la 12e année, sauf si le parent ou le tuteur légal d'un élève (ou l'élève s'il s'agit d'un adulte) s'est opposé à cette divulgation en signant ci-dessous. Le présent consentement est valable pendant toute la durée de l'inscription de l'élève à DCPS et peut être révoqué à tout moment.

Je demande que DCPS ne communique pas les informations de mon élève/mon élève (si l'élève est un adulte) aux recruteurs militaires.

Nom imprimé : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### REQUIS - Attentes à l'égard des visiteurs de l'école - Formulaire de reconnaissance

Je reconnais avoir pris connaissance des attentes de DCPS à l'égard des visiteurs scolaires, disponibles sur le site <https://dcps.dc.gov/publication/expectations-school-visitors>.

Nom imprimé : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



### Loi de 2015 relative à la réussite de tous les élèves (Every Student Succeeds Act)

Le présent avis vise à vous informer que si vous êtes le parent d'un élève inscrit dans une école Title I, vous avez le droit de demander des renseignements sur les qualifications professionnelles des enseignants de votre enfant en vertu de la loi de 2015 relative à la réussite de tous les élèves (Every Student Succeeds Act). Vous pouvez à tout moment demander les informations à savoir :

- Si un enseignant a satisfait aux critères de qualification et d'autorisation du District de Columbia pour les niveaux scolaires et les matières dans lesquels l'enseignant dispense un enseignement ;
- Si un enseignant enseigne dans un contexte de situation d'urgence ou de situation provisoire où les conditions de qualification et d'autorisation d'exercer en vigueur dans le District de Columbia n'ont pas été respectées ;
- Si un enseignant dispense des cours dans le domaine de la discipline pour laquelle il a été formé ;
- si un élève reçoit des services de paraprofessionnels (aides didactiques non certifiés qui assistent l'enseignant en classe sous sa supervision) et, dans ce cas, quelles sont les qualifications de ces paraprofessionnels.

Une liste actualisée des DCPS Title I est disponible sur le site <https://dcps.dc.gov/publication/list-title-i-and-non-title-i-schools>. Veuillez soumettre toutes vos requêtes et autres questions en rapport avec le présent avis aux DC Public Schools (Écoles Publiques du District de Columbia) par courrier électronique à l'adresse [dcps.hrdataandcompliance@dc.gov](mailto:dcps.hrdataandcompliance@dc.gov) ou par télécopie au numéro (202)535-2483.

### Protection of Pupil Rights Amendment (Amendement relatif à la protection des droits des élèves)

Le présent avis informe les parents/tuteurs et les élèves éligibles (mineurs émancipés ou élèves de 18 ans et plus) de leurs droits en ce qui concerne l'administration d'enquêtes et d'examens/dépistage physiques, de même que la collecte et l'utilisation d'informations personnelles à des fins de marketing. Ces droits sont énoncés dans le Protection of Pupil Rights Amendment (Amendement relatif à la protection des droits des élèves, « PPRA ») (20 U.S.C. § 1232h ; 34 CFR Part 98) et dans le présent document. DCPS a élaboré et adopté des politiques concernant ces droits, ainsi que des procédures visant à protéger la vie privée des élèves lors de l'administration d'enquêtes et de la collecte, de la divulgation et de l'utilisation d'informations personnelles à des fins de marketing, de vente ou autres formes de distribution. DCPS informe les parents/tuteurs concernés et les élèves éligibles avant l'administration du questionnaire sur les informations protégées (définies ci-dessous) et l'administration de tout examen/dépistage physique aux élèves. Pour tous les examens/dépistages physiques et toutes les enquêtes nécessitant un consentement passif, DCPS fournit aux parents et aux élèves éligibles des avis contenant des informations sur l'examen/dépistage ou le questionnaire d'enquête et leur indiquant leur droit de refuser la participation de l'élève à l'activité en question. En tant que parent/tuteur d'un élève ou en tant qu'élève éligible, la PPRA vous confère les droits suivants :

1. **Consentement aux enquêtes.** En vertu de PPRA, les parents/tuteurs et les élèves éligibles doivent donner leur consentement avant que les élèves soient obligés de se soumettre à une enquête, une analyse ou une évaluation, qui est entièrement financée ou financée en partie par un programme du département 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 la 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. **Droit de refuser de participer.** Les parents/tuteurs et les élèves éligibles 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 éligibles, 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 s'assurer qu'elles ont 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 éligibles ») certains droits en ce qui concerne les dossiers scolaires d'un élève. Le présent 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 éligibles 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 renseignements contenus dans les dossiers scolaires de l'élève** que le parent/tuteur ou l'élève éligible 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 les renseignements contenus dans le dossier comme demandé par le parent/tuteur ou l'élève admissible, l'école avisera le parent/tuteur ou l'élève éligible 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 à la loi FERPA et aux dispositions légales en vigueur dans le District. Les parents/tuteurs ou les élèves admissibles peuvent demander aux DCPS de ne pas divulguer tout ou partie des informations susmentionnées en remplissant la section relative à la divulgation des informations contenues dans l'annuaire des élèves ci-dessous dans les dix (10) jours de classe suivant l'inscription de l'élève. Si le communiqué ci-dessous n'est pas fournie dans les dix (10) jours scolaires suivant l'inscription, DCPS considérera que les informations ci-dessous peuvent être désignées comme des informations d'annuaire pour votre élève pour le reste de l'année scolaire.

### **FACULTATIF - Ne pas divulguer les informations de l'annuaire des élèves**

Vous pouvez choisir de restreindre les informations communiquées par les DCPS. Veuillez cocher ci-dessous les informations que vous ne souhaitez pas que DCPS divulgue sans votre consentement, le cas échéant :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nom de l'élève            | <input type="checkbox"/> Participation à des activités et à des sports reconnus officiellement | <input type="checkbox"/> Remise de diplômes/Récompenses         |
| <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 :** \_\_\_\_\_

Ceci est un récapitulatif des vaccins nécessaires pour permettre aux enfants d'accéder aux principaux niveaux scolaires du District de Columbia. Les enfants doivent être à jour dans leurs vaccins à chaque année scolaire. Des informations détaillées sur ces exigences sont disponibles sur le site [dchealth.dc.gov/immunizations](https://dchealth.dc.gov/immunizations).

Pour l'entrée en Pre-K3*	Pour l'entrée en Kindergarten (maternelle)	Pour l'entrée en 7e année	Pour l'entrée en 11e année
DTaP ✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓
Polio ✓✓✓	Polio ✓✓✓✓	Polio ✓✓✓✓	Polio ✓✓✓✓
Varicelle ✓	Varicelle ✓✓	Varicelle ✓✓	Varicelle ✓✓
ROR ✓	ROR ✓✓	ROR ✓✓	ROR ✓✓
Hépatite B ✓✓✓	Hépatite B ✓✓✓	Hépatite B ✓✓✓	Hépatite B ✓✓✓
Hépatite A ✓✓	Hépatite A ✓✓	Hépatite A ✓✓	Hépatite A ✓✓
Pneumocoque (PCV) ✓✓✓✓		Tdap ✓	Tdap ✓
Haemophilus Influenzae de type B (Hib) ✓✓✓(✓) <i>En fonction de la marque utilisée</i>		VPH ✓✓	VPH ✓✓
		Antimeningococcique (ACWY) ✓	Antimeningococcique (ACWY) ✓✓

✓ = Nombre de doses

\*Votre enfant en âge pré-K3 peut avoir droit à une dose de rappel des vaccins contre le ROR, la varicelle, la polio et la diphtérie/tétanos/coqueluche lorsqu'il atteint l'âge de 4 ans. Nous encourageons vivement l'enfant à se faire vacciner à temps, même si ces vaccins ne seront pas pris en compte dans le calcul de l'assiduité en milieu d'année.

# Certificat de santé universel

Ce formulaire vous permet de fournir à l'école ou à la garderie des informations sur la santé physique de votre enfant. Il s'agit d'une exigence du Code officiel du DC §38-602. Demandez à un professionnel de la santé agréé de remplir les parties 2 à 4. Accédez aux programmes d'assurance maladie sur : <https://dchealthlink.com>. Vous pouvez contacter le personnel du service de santé par l'intermédiaire du bureau principal de l'école de votre enfant.

## Partie 1 : Renseignements sur l'enfant | À remplir par le parent/tuteur.

<b>Nom de famille de l'enfant :</b>	<b>Prénom de l'enfant :</b>	<b>Date de naissance :</b>
-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------

<b>Nom de l'école ou de la garderie :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire in
---	---

<b>Adresse personnelle :</b>	<b>Appart. :</b>	<b>Ville :</b>	<b>État :</b>	<b>Code postal :</b>
------------------------------	------------------	----------------	---------------	----------------------

**Origine ethnique :** (cochez toutes les réponses applicables)

<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino	<input type="checkbox"/> Non-Hispanique/Non-Latino	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
--	--	--------------------------------	--

**Race :** (cochez toutes les cases applicables)

<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique/Autochtone de l'Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique	<input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
---	------------------------------------	--	--	--------------------------------	--

<b>Nom du parent/tuteur :</b>	<b>Numéro de téléphone du parent/tuteur :</b>
-------------------------------	---

<b>Nom du contact en cas d'urgence :</b>	<b>Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :</b>
--	--

<b>Type d'assurance :</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune	<b>Nom/numéro d'identification de l'assurance :</b>
---	---

**L'enfant a-t-il consulté un dentiste ou un fournisseur de soins dentaires au cours de la dernière année ?**  Oui  Non

Par la présente, j'autorise le médecin légiste/centre de santé à partager les renseignements médicaux figurant sur le présent formulaire avec l'école de mon enfant, la garderie ou l'organisme gouvernemental compétent du DC. Par ailleurs, je reconnais et accepte par la présente que le district, l'école, ses employés et ses agents sont exempts de toute responsabilité civile pour des actes ou des omissions, en vertu de la législation du DC à l'article § 17-107 (DC Law 17- 107), excepté pour les actes criminels, les fautes intentionnelles, la négligence grave ou l'inconduite délibérée. Je comprends que ce formulaire doit être rempli et renvoyé à l'école de mon enfant chaque année.

**Signature parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## Partie 2 : Antécédents médicaux de l'enfant, examen et recommandations | À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.

<b>Date de l'examen médical :</b>	<b>BP :</b> _____	<input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	<b>Poids :</b>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> KG	<b>Taille :</b>	<input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	<b>IMC :</b>	<b>IMC Percentile :</b>
-----------------------------------	-------------------	--	----------------	--	-----------------	---	--------------	-------------------------

**Dépistage des troubles de la vue :** Œil gauche : 20/\_\_\_\_ Œil droit : 20/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Corrigé	<input type="checkbox"/> Non corrigé	<input type="checkbox"/> Porte des lunettes	<input type="checkbox"/> Référé	<input type="checkbox"/> Non testé
----------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------------

**Dépistage de l'audition :** (cochez toutes les réponses applicables)

<input type="checkbox"/> Réus si	<input type="checkbox"/> Éch ec	<input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Utilise un appareil	<input type="checkbox"/> Référé
----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------

### L'enfant souffre-t-il de l'un des problèmes de santé suivants ? (cochez toutes les cases applicables et donnez des détails ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Retard de croissance	<input type="checkbox"/> Drépanocytose
<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales graves pouvant nécessiter des soins médicaux d'urgence. <i>Détails fournis ci-dessous.</i>
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Médicaments à long terme, médicaments en vente libre (OTC) ou besoins de soins spéciaux. <i>Détails fournis ci-dessous.</i>
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Trouble du langage/de la parole	<input type="checkbox"/> Antécédents médicaux graves, état de santé, maladie contagieuse ou restrictions. <i>Détails fournis ci-dessous.</i>
<input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Trouble du développement	<input type="checkbox"/> Scoliose	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Convulsions	

Fournir des détails. Si l'enfant est soumis à un traitement, veuillez joindre un formulaire de plan de médication/plan de traitement médical ; et si l'enfant a été référé, veuillez le préciser. \_\_\_\_\_

**Évaluation de la TB** | Un TCT positif doit être envoyé à un médecin de soins primaires pour une évaluation. Pour toute question, appelez la ligne de contrôle de la TB au 202-698-4040.

<b>Quel est le niveau de risque de l'enfant en ce qui concerne la tuberculose ?</b> <input type="checkbox"/> Élevé <input checked="" type="checkbox"/> <i>test cutané complet et/ou test Quantiferon</i> <input type="checkbox"/> Faible	<b>Date du test cutané :</b> Résultats du test cutané : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR positif <input type="checkbox"/> Positif, traité	<b>Date du test Quantiferon :</b> Résultats du test Quantiferon : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Positif, traité
--	--	---

**Notes supplémentaires concernant le test de TB :**

**Dépistage des risques d'exposition au plomb** | Tous les niveaux de plomb doivent être signalés à la Prévention de l'empoisonnement par le plomb chez les enfants du DC. Appelez le 202-654-6002 ou envoyez un fax au 202-535-2607.

<b>RÉSERVÉ ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS</b> <i>Chaque enfant doit subir deux tests de plomb avant l'âge de 2 ans</i>	<b>Date du 1<sup>er</sup> test :</b>	<b>1<sup>er</sup> résultat :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, <b>Date du dépistage du développement :</b>	<b>1<sup>er</sup> sérum/doigt (Niveau de plomb) :</b>
	<b>Date du 2<sup>e</sup> test :</b>	<b>2<sup>e</sup> résultat :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, <b>Date du dépistage du développement :</b>	<b>2<sup>e</sup> sérum/doigt (Niveau de plomb) :</b>

**Date du test HGB/HCT :** \_\_\_\_\_ **Résultat du test HGB/HCT :** \_\_\_\_\_

**Partie 3 : Informations relatives à la vaccination** | À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.

**Nom de famille de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

Vaccinations	Indiquez dans les cases ci-dessous les dates de vaccination (JJ/MM/AA)						
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 ans.)/ Td (>7 ans.)	1	2	3	4	5		
Rappel Tdap	1						
Haemophilus influenza de type b (Hib)	1	2	3	4			
Hépatite B (HepB)	1	2	3	4			
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4			
Rougeole, Oreillons & Rubéole (ROR)	1	2					
Rougeole	1	2					
Oreillons	1	2					
Rubéole	1	2					
Varicelle	1	2	L'enfant a eu la varicelle (mois et année) : _____ Vérfifiée par : _____ (nom et titre)				
Vaccin conjugué antipneumococcique	1	2	3	4			
Hépatite A (HepA) (Né le ou après le 01/01/2005)	1	2					
Vaccin antiméningococcique	1	2					
Papillomavirus Humain (HPV)	1	2	3				
Grippe (recommandé)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recommandé)	1	2	3				
Coronavirus (COVID)	1	2	3	4	5	6	7
Autre	1	2	3	4	5	6	7

Cet enfant a pris du retard dans ses vaccinations et un programme a été mis sur pied pour rattraper ce retard. Prochain rendez-vous prévu pour le : \_\_\_\_\_

**Exemption pour des raisons médicales (le cas échéant)**

Je certifie qu'à cette date, l'enfant ci-dessus dispose d'une contre-indication médicale valide pour les vaccins contre :

Diphtérie     Tétanos     Coqueluche     Hib     HepB     Polio     Rougeole  
 Oreillons     Rubéole     Varicelle     pneumocoque     HepA     Méningococcie I     HPV  
 COVID-19/Coronavirus

Cette contre-indication médicale est-elle permanente ou temporaire ?  Permanent  Temporaire jusqu'au : \_\_\_\_\_ (date)

Raison de l'exemption médicale : \_\_\_\_\_

**Autre preuve d'immunité. (le cas échéant)**

Je certifie que l'enfant nommé ci-dessus dispose d'une preuve d'immunité établie en laboratoire contre les maladies ci-dessous et a joint une copie des résultats de titrage.

- |                                    |                                  |                                     |                                      |                               |  |                                   |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Hib         | <input type="checkbox"/> HepB | <input type="checkbox"/> Polio           | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> pneumocoque | <input type="checkbox"/> HepA | <input type="checkbox"/> Méningococcie I | <input type="checkbox"/> HPV      |

**Partie 4 : Certifications des professionnels de santé agréés | À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.**

Cet enfant a été examiné de manière appropriée et les antécédents médicaux ont été examinés et enregistrés conformément aux éléments spécifiés dans le présent formulaire. Au moment de l'examen, cet enfant jouit d'une **assez bonne santé** lui permettant de participer à toutes les activités de l'école, du camp ou de la garderie, à l'exception de celles indiquées à la page 1.  Non  Oui

Cet enfant est autorisé à participer à des sports de compétition.  N/A  Non  Oui  Oui, en attendant de recevoir une autorisation supplémentaire de : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'atteste avoir examiné cet enfant et que les informations consignées dans le présent document ont été déterminées à la suite de cet examen.

**Tampon du Bureau des prestataires de soins de santé agréés**

Nom du fournisseur :

Numéro de téléphone du fournisseur :

Signature du fournisseur :

Date :

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION | Certificat de santé universel reçu par le chef de l'établissement scolaire et le personnel des services de santé.**

Nom du chef de l'établissement scolaire :

Signature :

Date

:

Nom du personnel du service de santé :

Signature :

Date

: