

Le 1^{er} avril 2014

Chères familles membres des DCPS,

Alors que vous préparez l'inscription de votre enfant aux Écoles Publiques du District de Columbia (DCPS) pour l'année scolaire 2014-2015, permettez-nous de prendre quelques instants pour vous faire part de nouvelles réjouissances sur l'évolution de notre système scolaire et sur les améliorations à venir.

Tout d'abord, nous souhaitons mettre en avant les prouesses scolaires de nos élèves. Grâce à la contribution d'un nouveau personnel enseignant à la fois expérimenté et compétent, nos élèves ont réalisé d'importants progrès sur de nombreux aspects. D'après le tableau national dressé grâce à l'évaluation américaine de l'état de l'éducation « *National Assessment of Educational Progress* », le District de Columbia a distancé tous les autres états. Nos résultats à cet examen n'ont jamais été aussi brillants. Ces nouvelles excellentes sont le fruit d'un travail acharné accompli par nos élèves et nos enseignants. Elles s'inscrivent dans la lignée d'un engagement visant à fournir à nos élèves des connaissances et une expérience haut de gamme, à la mesure de leurs besoins. Un gage de réussite scolaire, mais aussi professionnelle.

Par ailleurs, nous n'avons jamais autant investi dans nos écoles. Ces dernières années, nous avons alloué des centaines de millions de dollars à la modernisation de nos bâtiments, au recrutement et au maintien d'un personnel éducatif hors pair, et à la mise à disposition de ressources scolaires adaptées à un enseignement performant et dynamique. L'année prochaine, nous avons prévu de consacrer 5 millions de dollars au nouveau programme *Proving What's Possible* (Prouver ce qui est possible) afin de subventionner les projets des écoles visant à améliorer l'environnement scolaire et satisfaire les élèves. Dans certaines écoles, nous avons choisi de prolonger les périodes scolaires afin d'offrir aux élèves des temps d'apprentissage prolongés. Combinées, ces démarches s'évaluent à 50 millions de dollars directement affectés à nos établissements. Nous sommes enthousiastes à l'idée de découvrir comment nos écoles tireront profit de ces subventions et quel sera leur cheminement vers un enseignement plus divertissant et plus dynamique.

Enfin, notre démarche d'amélioration continue visant à offrir une expérience pédagogique de qualité à tous nos élèves a considérablement renforcé l'intérêt porté à notre système scolaire. Cette année, le nombre des inscriptions a de nouveau grimpé, les familles du District de Columbia étant de plus en plus nombreuses à choisir nos écoles. En d'autres termes, nous connaissons un véritable essor. Nous sommes extrêmement ravis de vous compter désormais parmi nous.

En quoi l'inscription anticipée est-elle importante ?

L'inscription anticipée nous permet de prévoir le nombre d'élèves au sein de chaque établissement, et ainsi de recruter le personnel nécessaire et de nous approvisionner en livres et fournitures. À terme, elle nous permet d'assurer une rentrée en douceur dans nos établissements. Vous trouverez ci-dessous les dates importantes en termes d'inscription :

- **1^{er} avril** : ouverture des inscriptions
- **1^{er} mai** : remise du dossier d'inscription complet pour les familles ayant déposé un dossier *Common Lottery*
- **20 juin** : date limite d'inscription (vous devez avoir retourné l'ensemble des formulaires à votre école pour l'année scolaire 2014-2015)

Veillez remplir les formulaires ci-joints et les retourner à l'établissement de votre enfant le plus tôt possible. Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à contacter directement l'établissement de votre enfant ou le bureau des inscriptions et des bourses (*Office of Student Enrollment and School Funding*) au 202-478-5738.

Nous vous remercions d'avoir choisi nos écoles pour l'année scolaire 2014-2015. Nous sommes impatients d'entamer ce nouveau cycle et enthousiastes à l'idée de collaborer avec vous en vue de répondre aux besoins pédagogiques de votre enfant.

Cordialement,



Kaya Henderson
Chancelière

Bienvenue dans l'année scolaire 2014-2015!

Formulaires d'inscription et formulaires médicaux :

- Vous devez imprimer les formulaires d'inscription afin de pouvoir y intégrer les informations précédemment communiquées. Lorsque celles-ci sont obsolètes ou inexacts, veuillez les modifier directement sur le formulaire et en informer le principal/responsable de votre école.
- Vous pouvez accéder à l'ensemble de ces documents en ligne, à l'adresse www.dcps.dc.gov/enroll. (Versions disponibles en espagnol, français, chinois, vietnamien et amharique.)
- Pour obtenir une liste des écoles « sources » (*feeder school*) et identifier facilement l'école de votre enfant, rendez-vous sur le site www.dcps.dc.gov/enroll.

Pour toute question concernant votre dossier d'inscription, n'hésitez pas à contacter directement l'école de votre enfant ou l'équipe *Chancellor Response Team* au 202-478-5738.

Formulaires d'inscription et formulaires médicaux pour 2014-2015 : Vous trouverez ci-dessous l'ensemble des éléments nécessaires au dossier d'inscription pour 2014-2015. Pour finaliser l'inscription, les documents marqués comme « obligatoires » doivent être retournés à l'établissement de votre enfant pour l'année 2014-2015.		Parent/ Tuteur <input type="checkbox"/>	Directeur de l'école <input type="checkbox"/>
Documents obligatoires pour l'inscription	<p>Tous les futurs élèves de l'une des écoles DCPS pour 2014-2015 doivent retourner les formulaires suivants à leur école avant le 20 juin 2014 (ou le 1^{er} mai 2014, pour ceux ayant obtenu une place grâce <i>My School DC Lottery</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire d'inscription de l'élève (obligatoire).....Page 3 • Instructions de justification de domicile (Formulaire complémentaire à signer disponible auprès de l'établissement – obligatoire).....Page 4 • Enquête linguistique (obligatoire).....Page 5 • Formulaires de consentement.....Page 7 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autorisation de publication (obligatoire pour tous les élèves) ▪ Non-participation au recrutement militaire (de la 7^e à la 12^e année UNIQUEMENT ; facultatif) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justification de l'âge : NOUVEAUX élèves UNIQUEMENT	<p>Les NOUVEAUX élèves des DCPS doivent fournir l'ENSEMBLE des formulaires ci-dessous, accompagnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un justificatif de naissance. Vous devez communiquer l'UN des documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrait d'acte de naissance ▪ Dossiers médicaux ▪ Précédents dossiers scolaires ▪ Passeport ▪ Certificat de baptême 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaires médicaux et informations	<p>Les formulaires marqués comme « obligatoires » doivent être renseignés par un médecin et nous être retournés au moment de l'inscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste de vérification médicale en milieu scolaire.....Page 9 • Exigences des DCPS en matière d'immunisation pour 2014-2015.....Page 10 • Certificat médical international du DC – Instructions et formulaire (obligatoire).....Page 12 • Examen de santé bucco-dentaire du DC – Formulaire (obligatoire).....Page 16 • Informations sur les papillomavirus humains (HPV) (de la 6^e à la 11^e année UNIQUEMENT).....Page 18 • Certification de non-vaccination aux HPV (facultatif).....Page 19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaires facultatifs	<p>Les formulaires facultatifs ou informatifs ne sont pas requis pour l'inscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notification de demande d'aide d'accès à la cantine (FARM)Page 20 • Formulaires relatifs aux besoins et régimes alimentaires spéciaux.....Page 21 • Notification FERPAPage 22 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date et signature du parent/tuteur

Date et signature du directeur de l'école

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Année scolaire 2014-2015

 Niveau scolaire pour l'année 2014-2015 :

École pour l'année 2014-2015 : _____

Matricule DCPS de l'élève : _____

(Écrire l'ensemble des informations en lettre d'imprimerie)

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

1. Nom de famille		2. Prénom		3. Deuxième prénom	4. Pays de naissance	5. Date de naissance
6. Adresse				7. N° d'apt.	8. N° de téléphone fixe	
9. Ville			10. État		11. Code postal	
12. Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Question déclinée				13. Langue(s) parlée(s) au domicile familial :		
14. Dernière école fréquentée :		Période de fréquentation :		Adresse de l'école précédente :		
<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Sous contrat <input type="checkbox"/> Autre		Mois/Jour/Année		Ville	État	Code postal
15. Informations sur l'assurance médicale/Medicaid Prestataire : _____ Numéro de police : _____ Répertoirez toute clause médicale dont l'établissement devrait être averti.				Pour les nouveaux élèves des DCPS, veuillez indiquer si votre l'enfant fait l'objet : d'un IEP (programme d'apprentissage personnalisé) Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/> Le cas échéant, date d'examen de l'IEP : _____ Plan d'adaptation section 504 Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/>		
16. Frères et sœurs		A.	B.	C.		
Lieu de scolarisation des frères et sœurs						
17. Désignation ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique/Latine <input type="checkbox"/> Non hispanique/latine				17b. Origine ethnique – Un ou plusieurs choix possibles <input type="checkbox"/> Noir/Afro-américain <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï/d'une autre île du Pacifique <input type="checkbox"/> Amérindien /Natif d'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc		

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR ET SUR LA SECONDE PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT*

18. Parent ou tuteur		Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Militaire actif <input type="checkbox"/> Militaire réserviste	19. Parent ou tuteur		Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Militaire actif <input type="checkbox"/> Militaire réserviste
Adresse		N° d'apt.		Adresse		N° d'apt.	
Ville	État	Code postal		Ville	État	Code postal	
Adresse e-mail		Langue parlée (préférence)		Adresse e-mail		Langue parlée (préférence)	
N° de téléphone portable		N° de téléphone professionnel		N° de téléphone portable		N° de téléphone professionnel	
Nom et adresse de l'employeur				Nom et adresse de l'employeur			
Ville	État	Code postal		Ville	État	Code postal	

COMMUNICATION PAR E-MAIL ET SMS*

20. Je souhaite recevoir des e-mails du principal de l'établissement de mon enfant et des DC Public Schools à l'adresse mentionnée ci-dessus OU à l'adresse ci-dessous. Adresse e-mail : _____ @ _____

Je souhaite recevoir des SMS des DC Public Schools au numéro mentionné ci-dessus OU au numéro ci-dessous. Je reconnais que l'envoi de SMS et de données peut être facturé. N° de téléphone portable : () _____

EN CAS D'URGENCE

21. Personne à contacter en cas d'urgence (différentes du parent/tuteur)		Lien de parenté	N° de téléphone fixe () _____	N° de téléphone professionnel () _____
Adresse		Ville	État	Code postal
				N° de téléphone portable () _____

STATUT DE DOMICILIATION (COCHEZ L'UNE DES)

22. Résident de DC (l'élève et son parent/tuteur résident dans le DC) Non-résident

SITUATION DE LOGEMENT (COCHEZ TOUTES LES APPLICABLES)

23. <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Hôtel/Motel	<input type="checkbox"/> Partagé	<input type="checkbox"/> En attente de famille d'accueil
<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement	<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe	<input type="checkbox"/> En famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Sans famille

* Les DCPS reconnaissent que les données/informations communiquées dans le formulaire d'inscription doivent rester confidentielles et ne doivent être utilisées qu'à des fins professionnelles légitimes.

Je certifie que les informations renseignées dans le présent formulaire sont exactes. Je reconnais que la communication d'informations mensongères destinées à induire le gouvernement en erreur peut être punie par la loi. Le formulaire ne doit pas être signé avant le 1^{er} avril. Les informations communiquées dans le présent formulaire doivent être cohérentes avec l'ensemble des documents du dossier d'inscription.

INSTRUCTIONS POUR JUSTIFIER LE DOMICILE

Chaque année, et pour chaque élève inscrit, nous demandons aux parents/tuteurs et aux personnes responsables d'un enfant de prouver qu'ils habitent dans le District de Columbia. Les instructions ci-dessous fournissent la liste complète des documents vous permettant de justifier de votre domicile dans le District of Columbia pour l'année 2014-2015.

Les personnes responsables d'un enfant devront également fournir les pièces leur permettant de valider leur éligibilité à inscrire et justifier du domicile d'un élève. Contactez votre école locale afin d'obtenir une liste des documents requis.

Procédures concernant le justificatif de domicile

- Vous devez attester de votre lieu de résidence dans les 10 jours suivant l'inscription initiale. Cette procédure ne doit pas être antérieure au 1^{er} avril de l'année scolaire en cours (1^{er} avril 2014).
- Veuillez remettre les *originaux* des justificatifs de domicile au responsable de votre école. **Les documents doivent être au nom du parent ou tuteur qui procède à l'inscription.** La loi impose aux écoles de faire des photocopies de ces originaux à des fins d'audit.
- Le directeur de votre établissement vous communiquera un formulaire complémentaire concernant le justificatif de domicile qui devra être signé par le parent/tuteur/responsable de l'enfant dont le nom apparaît sur les pièces justificatives fournies au moment de l'inscription.

Le statut de domiciliation doit être déterminé à l'aide d'une documentation adéquate, conformément aux exigences (1) ou (2) ci-dessous. Pour obtenir une description exhaustive des pièces justificatives répertoriées ci-dessous, rendez-vous à l'adresse www.dcps.dc.gov/enroll.

EXIGENCES RELATIVES AU JUSTIFICATIF DE DOMICILE (OPTION 1)

L'UN DES DOCUMENTS CI-DESSOUS avec nom et adresse vous suffit pour justifier de votre domicile dans le District de Columbia :	
1. Bulletin de salaire daté de moins de 45 jours, avec adresse et prélèvements à la source dans le District de Columbia	5. Justificatif d'aide financière versée par le gouvernement du DC
2. Avis de versement annuel d'une aide financière	6. Copie du formulaire D-40 certifiée par l'autorité fiscale du District of Columbia (<i>Tax & Revenue office</i>)
3. Lettre justificative et billet de logement militaire ou déclaration DEERS	7. Justificatif indiquant que l'enfant a été placé sous tutelle du District of Columbia suite à une décision du tribunal
4. Lettre d'une ambassade avec scellés indiquant qu'elle subventionne un logement dans le DC	

EXIGENCES RELATIVES AU JUSTIFICATIF DE DOMICILE (OPTION 2)

<i>En l'absence des éléments répertoriés pour l'option 1, deux (2) des documents ci-dessous avec nom et adresse vous suffisent pour justifier de votre domicile dans le District of Columbia. Lesdits noms et adresses doivent être identiques sur les deux pièces.</i>	
1. Immatriculation valide d'un véhicule à moteur dans le District de Columbia	3. Contrat de location ou de vente valide avec un justificatif de paiement daté de moins de deux mois
2. Permis de conduire d'un véhicule à moteur dans le DC ou pièce d'identité officielle	4. Facture de services publics (gaz, électricité ou eau uniquement) avec un justificatif de paiement daté de moins de deux mois

Les documents mentionnés dans le formulaire de justificatif de domicile et dans les présentes instructions permettent de justifier de votre lieu de domicile. Les autres pièces ne sont pas autorisées. Pour toute question ou information complémentaire, veuillez contacter le DCPS Office of Student Enrollment & School Funding- Student Residency Office, situé au 1200 First Street, 9^e étage, (202) 442-5215.

DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.

This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

School: _____	Student ID #: _____
Student's Last Name: _____	Student's First Name _____

English

1. Is a language other than English spoken in your home?
 No Yes _____ (specify language)
2. Does your child communicate in a language other than English?
 No Yes _____ (specify language)
3. What is your relationship to the child?
 Father Mother Guardian Other (specify) _____

If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.

REGISTRAR PROCESS:

- If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication.
- If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation.

<p>Español (Spanish)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) 2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) 3. ¿Cuál es su relación con el estudiante? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <p>Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es " Sí ", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.</p>	<p>Français (French)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) 2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) 3. Quel est votre relation avec l'enfant ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____ <p>Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui ", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.</p>
--	--

<p>中文 (Chinese)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (请指明语言) 2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗? <input type="checkbox"/> 不会 <input type="checkbox"/> 会 _____ (请指明语言) 3. 您和孩子的关系是什么? <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它(请指明) _____ <p>如果第一或第二项问题的答案为“是”，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。</p>	<p>Tiếng Việt (Vietnamese)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) 2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) 3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em? <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Liên hệ khác (xin ghi rõ) <p>Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là " Có ", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thăm định trình độ thông thạo Anh ngữ.</p>
---	--

<p>አማርኛ (Amharic)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) 2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) 3. ስለጃ ደስዎት ዝምድና ምንድን ነው? <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አናት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ <input type="checkbox"/> ሌላ _____ (ይገልጹ) <p>ስፕሶቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅልጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።</p>	<p>School Official's Comments:</p>
---	---



Consentement et autorisation de publication des films/photographies/entretiens de l'élève et d'exploitation des images et paroles

Je soussigné(e) Nom du parent/tuteur concède par les présentes et de manière irrévocable aux District of Columbia Public Schools (DCPS) et au District of Columbia, ainsi qu'à leurs successeurs et cessionnaires, le droit d'enregistrer les images et/ou paroles sur bandes vidéo, films, photographies, fichiers numériques, ainsi que sur tout autre support électronique ou papier, de modifier lesdits enregistrements à leur seule discrétion, et d'utiliser les œuvres artistiques ou écrites de mon enfant, Nom de l'élève.

Je reconnais que le nom complet, l'adresse et les renseignements relatifs à mon enfant ne seront pas divulgués. Par ailleurs, j'accorde aux DCPS et au District de Columbia, ainsi qu'à leurs successeurs et leurs cessionnaires, le droit d'utiliser et d'autoriser des tiers à utiliser l'image et/ou les paroles de mon enfant sur Internet, dans des brochures et sur tout autre support, et consens, par les présentes, à une telle utilisation.

Par les présentes, je libère les DCPS et le District of Columbia, ainsi que leurs successeurs et leurs cessionnaires, et toute personne utilisant l'image, les paroles et les œuvres artistiques ou écrites de mon enfant conformément à la présente autorisation de publication, de toute poursuite en cas de réclamation, dommages, responsabilités, frais et dépenses auxquels moi ou mon enfant pourrions prétendre du fait d'une telle utilisation.

Je reconnais que les dispositions de la présente autorisation de publication constituent une obligation juridique (cochez l'une des deux cases). J'accepte. Je refuse.

Nom [en majuscules] du parent/tuteur

Signature du parent/tuteur/élève (si la personne est majeure)

Date

École

Niveau

Droit de refuser les campagnes d'information pour le recrutement militaire (Élèves de 7^e à la 12^e année et élèves hors grade uniquement)

Les lois fédérales imposent aux organismes d'éducation locale (LEA) telles que les DCPS de communiquer sur demande le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'ensemble des élèves du secondaire aux recruteurs militaires sauf lorsque ledit organisme a été informé par écrit que le parent/tuteur de l'élève (ou l'élève lui-même s'il est majeur) ne souhaitait pas que ces informations soient divulguées sans son autorisation expresse préalable. Un tel choix doit être communiqué par le parent/tuteur (ou l'élève majeur) dans les 30 jours à compter de la notification de ses droits. Pour cela, il est possible de cocher l'option ci-dessous qui convient, de signer le formulaire et de le renvoyer aux DCPS.

Je soussigné(e) _____, parent/tuteur de l'enfant ci-après désigné, demande aux DCPS de ne pas divulguer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de mon enfant aux forces armées, recruteurs, académies ou écoles militaires, à moins d'avoir exprimé mon consentement spécifique par écrit.

Je soussigné(e) _____, élève majeur (âgé de plus de 18 ans), demande aux DCPS de ne pas divulguer mon nom, adresse et numéro de téléphone aux forces armées, recruteurs, académies ou écoles militaires, à moins d'avoir exprimé mon consentement spécifique par écrit.

Nom en majuscules de l'élève

Signature du parent/tuteur/élève (si la personne est majeure) et Date

École

Niveau



Liste de vérification médicale en milieu scolaire, année 2014-2015

Veillez retourner ces formulaires au **responsable des inscriptions** de l'école de votre enfant. La loi du DC exige que tout élève scolarisé présente un carnet de vaccination à jour. Par ailleurs, elle impose également la remise d'un certificat médical universel pour tous les enfants qui s'inscrivent, ainsi qu'un examen de la santé bucco-dentaire pour certains enfants (en fonction du niveau scolaire).

Formulaire	Description	Obligatoire pour...	Remarques
Certificat médical universel	Formulaire de deux pages avec instructions de deux pages destinés au prestataire médical	Élèves inscrits, quel que soit le niveau (PK3 – 12 ^e année)	<p>Demandez au médecin ou à l'infirmière de votre enfant de remplir le certificat médical universel. Celui-ci doit documenter les vaccinations, les tests de dépistage de la tuberculose et les examens physiques effectués au cours des 365 jours précédant la rentrée. Tout enfant âgé de moins de six ans doit être soumis à deux reprises à un test de dépistage du saturnisme. Ces tests doivent être exécutés indépendamment du risque d'exposition et documentés dans le certificat médical universel.</p> <p>Si votre enfant participe à des compétitions sportives, le certificat expirera au bout de 365 jours à compter de la date de la visite indiquée sur le formulaire. Pour qu'il continue à participer aux épreuves sportives, vous devrez fournir un nouveau certificat médical universel.</p> <p>(Besoin d'une assurance maladie ? Demandez une aide Medicaid ou une assurance subventionnée. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site https://dchealthlink.com.)</p>
Justificatif de vaccination	Les vaccinations effectuées selon l'âge de l'enfant doivent être documentées sur le certificat médical universel. Une brochure d'une page sur les vaccins obligatoires accompagne le document.	Élèves inscrits, quel que soit le niveau (PK3 – 12 ^e année) Après 10 jours d'école, les élèves qui n'auront pas fourni de justificatif de vaccination ne seront plus admis en cours et feront l'objet d'une surveillance séparée.	<p>Si les vaccins de votre enfant ne sont pas à jour, veuillez prendre rapidement rendez-vous avec le médecin de votre enfant. Certains vaccins impliquent l'injection de plusieurs doses avec visites de rappel.</p> <p>Pour en savoir plus sur les exigences du DC en matière de vaccination, contactez le médecin de votre enfant. Vous pouvez également contacter le service Vaccination du Ministère de la Santé du DC au 202-576-9325.</p>
Formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire	Une page	Élèves inscrits, quel que soit le niveau (PK3 – 12 ^e année)	<p>Vous devez faire remplir ce formulaire par le dentiste de votre enfant.</p> <p>(Besoin d'une assurance dentaire ? Demandez une aide Medicaid ou une assurance subventionnée. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site https://dchealthlink.com.)</p> <p>(Vous bénéficiez d'une aide Medicaid et vous avez besoin d'un rendez-vous chez un dentiste ? Appelez le 1-866-758-6807 ou rendez-vous sur le site http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)</p>
Certificat de non-vaccination contre les HPV	Comporte un formulaire de non-vaccination contre les HPV ainsi qu'un descriptif (de deux pages) sur le vaccin	Élèves de 6 ^e à la 11 ^e année	Si votre enfant est inscrit dans une classe de la 6 ^e à la 11 ^e année, vous pouvez refuser de le vacciner en renvoyant le certificat de non-vaccination contre les HPV. Pour toute autre dispense de vaccination, veuillez vous adresser à l'infirmière de votre école.
Autorisation de traitement médical	Il existe différents formulaires visant à informer l'école des traitements ou soins dont votre enfant a besoin. Vous pouvez les récupérer auprès de l'infirmière de l'école ou en ligne, à l'adresse www.dcps.dc.gov	Élèves devant bénéficier d'un traitement ou de soins sur les heures d'école (asthme, allergies, diabète, épilepsie ou autre affection médicale). Si votre enfant est concerné, veuillez informer le principal et l'infirmière de l'établissement de l'état de santé de votre enfant ou des traitements et soins nécessaires en la matière.	<p>Afin de vous assurer que les traitements dont votre enfant a besoin pendant les heures d'école lui sont correctement administrés, consultez le document <i>Répondre aux besoins médicaux de votre enfant pendant les heures d'écoles</i>. Celui-ci est disponible à l'adresse http://tinyurl.com/qhjbhms.</p> <p>Privilégiez la prise de médicaments à domicile. Si votre enfant doit suivre un traitement médical pendant les heures d'école, faites remplir les formulaires nécessaires par votre prestataire de santé : Autorisation de traitement médical, Plan d'action en cas d'asthme et Plan d'action en cas d'anaphylaxie. Ces formulaires sont disponibles sur le site web des DCPS à l'adresse http://tinyurl.com/qzisu6t et auprès de l'infirmière de votre école. Veuillez vous adresser à cette dernière pour toute question concernant le choix d'un formulaire. Si votre enfant doit suivre un régime alimentaire spécial, vous devez également demander à votre prestataire de santé de remplir le formulaire Élève avec régime alimentaire spécial. Ce formulaire est disponible sur le site internet des DCPS à l'adresse http://tinyurl.com/kwf8386. Les élèves autorisés à s'auto-administrer un traitement contre l'asthme, l'anaphylaxie ou le diabète pendant les heures d'école doivent disposer d'un plan d'action de traitement signé par le parent/tuteur et le médecin.</p>

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter Diana Bruce, Directrice Santé et bien-être des DCPS au 202-442-5103 ou à l'adresse Diana.Bruce@dc.gov. Vous trouverez des copies de ces formulaires sur le site internet des DCPS.



Exigences du District de Columbia en matière de vaccination¹

Année scolaire 2014-2015



Tous les élèves fréquentant une école du District de Columbia doivent présenter, dès le premier jour de classe, un justificatif de vaccination conforme au calendrier défini.

(French)

Enfants de plus de 2 ans inscrits
**au jardin d'enfants ou au
programme Head Start**

- 4 Diphtérie/Tétanos/Coqueluche (DTaP)
- 3 Polio
- 1 Varicelle (en l'absence d'antécédent médical de la maladie)²
- 1 Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)
- 3 Hépatite B
- 2 Hépatite A
- 3 ou 4 Hib (Haemophilus Influenza de type B)³
- 4 PCV (anti-pneumococcique conjugué)



Élèves de 4 ans inscrits
en maternelle

- 5 Diphtérie/Tétanos/Coqueluche (DTaP)
- 4 Polio
- 2 Varicelle (en l'absence d'antécédent médical de la maladie)²
- 2 Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)
- 3 Hépatite B
- 2 Hépatite A
- 3 ou 4 Hib (Haemophilus Influenza de type B)³
- 4 PCV (anti-pneumococcique conjugué)



Élèves de 5 à 10 ans inscrits
**de la primaire à la cinquième
année**

- 5 Diphtérie/Tétanos/Coqueluche (DTaP)
- 4 Polio
- 2 Varicelle (en l'absence d'antécédent médical de la maladie)²
- 2 Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)
- 3 Hépatite B
- 2 Hépatite A (nés après le 01/01/05)



Élèves de plus de 11 ans inscrits
**de la sixième à la douzième
année**

- 5 Diphtérie/Tétanos/Coqueluche (DTaP/Td)
- 1 Tdap (si cinq ans se sont écoulés depuis la dernière injection DTP/DTaP/Td)
- 4 Polio
- 2 Varicelle (en l'absence d'antécédent médical de la maladie)²
- 2 Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)
- 3 Hépatite B
- 1 Méningocoques
- 3 Vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) – Élèves de 6 à la 11 ; le parent peut signer un formulaire de non-vaccination disponible à l'adresse www.doh.dc.gov



¹ À tout âge et quel que soit le niveau scolaire, le nombre de doses nécessaires varie en fonction de l'âge de l'enfant et de son calendrier de vaccination. Pour en savoir plus, veuillez contacter l'infirmière de l'école ou votre prestataire de santé.

² Tout antécédent médical de varicelle **DOIT** avoir été constaté/diagnostiqué par un prestataire de santé (médecin, infirmière, aide-soignant, infirmière agréée) et les pièces justificatives **DOIVENT** faire état du mois et de l'année de la maladie.

³ Le nombre de doses est déterminé par la marque utilisée.



INSTRUCTIONS RELATIVES AU CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Le présent formulaire remplace tous les formulaires antérieurs au 24 février 2009. L'utilisation du certificat médical universel du District de Columbia (DCUHC) permet de déterminer l'inscription aux garderies, programmes *Head Start* et les écoles publiques, privées et religieuses du DC.

Exception : vous ne pouvez pas l'utiliser pour remplacer les formulaires EPSDT ou le formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire délivré par le Ministère de la Santé. Développé par le Ministère de la Santé du DC, le DCUHC est conforme aux directives de l'American Academy of Pediatrics (AAP, académie américaine de pédiatrie) concernant les soins préventifs pour enfants et adolescents, depuis la naissance jusqu'à 21 ans. **Le présent formulaire est un document confidentiel** conforme aux exigences de la loi *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996* (HIPAA, loi américaine sur l'assurance maladie) applicables aux prestataires de santé et de la loi *Family Educational Rights and Privacy Act de 1974* (FERPA, confidentialité et droits des familles en matière d'éducation) réservée aux établissements scolaires.

Instructions générales : veuillez utiliser un stylo à bille noir pour renseigner le formulaire.

1^{re} partie – Informations relatives à l'enfant

Parent ou tuteur : Veuillez compléter l'ensemble des informations relatives à votre enfant, y compris ses nom et prénoms, sa date de naissance et son sexe. Veuillez également indiquer vos nom, numéro de téléphone, adresse personnelle, circonscription dont vous dépendez, ainsi que les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence (lorsque vous êtes injoignable). Précisez le nom de l'école ou de la garderie. Cochez la case correspondant à l'assurance maladie contractée pour votre enfant. Lorsque celle-ci n'apparaît pas dans la liste, cochez la case « Autre » et décrivez le type d'assurance contractée dans l'espace prévu à cet effet. Indiquez le nom du médecin traitant de votre enfant. Si vous n'avez pas de médecin traitant pour votre enfant, inscrivez « Néant » dans l'espace prévu à cet effet. **Ce formulaire ne sera pas complet tant que le parent/tuteur n'aura pas apposé sa signature dans la 5^e partie.**

2^e partie – Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations : (à compléter par le prestataire de santé). veuillez cocher toutes les cases applicables.

- **Date de l'examen médical :** conformément aux directives de l'AAP, chaque enfant doit avoir fait l'objet d'un examen physique réalisé par un médecin ou une infirmière agréée. La date indiquée doit correspondre à celle de l'examen.
- **Poids :** poids de l'enfant en livres (lb) ou en kilogrammes (kg) ; **Taille :** taille de l'enfant en pouces (po) ou en centimètres (cm).
- **Pression artérielle (PA) :** pour les enfants âgés de plus de trois ans, reportez la pression artérielle dans la case et indiquez si celle-ci est normale ou anormale. Dans ce dernier cas, décrivez-en la raison, et proposez une solution dans la 2^e partie, section A.
- **Indice de masse corporelle (IMC) :** pour les enfants âgés de plus de 2 ans, calculez, puis relevez, l'IMC en incluant la valeur en percentiles.
- **Taux d'hémoglobine (HGB)/Hématocrite (HCT) :** le taux d'hémoglobine (HGB) ou l'hématocrite (HCT) est **requis pour les inscriptions au programme Head Start**. Par ailleurs, conformément aux directives de l'AAP, nous recommandons de procéder à un dépistage de l'anémie pour les adolescentes réglées. Veuillez reporter le taux sanguin et indiquer la nature du test réalisé en entourant HGB, HCT ou les deux.
- **PROBLÈMES DE SANTÉ :** le prestataire doit procéder aux examens suivants : asthme, épilepsie, diabète, troubles du langage, du développement ou du comportement, et autres maladies pouvant impliquer des soins particuliers. Pour chaque examen révélant un « PROBLÈME DE SANTÉ », le prestataire doit cocher la case correspondante et indiquer que l'enfant a bien été orienté vers un spécialiste ou qu'il suit actuellement un traitement (Prescription). En l'**ABSENCE** de « PROBLÈME DE SANTÉ », cochez la case « **NON** » ou « **Néant** » en regard de chaque examen effectué.
- **MENTION SPÉCIALE :** « Visite annuelle chez le dentiste » : pour les enfants âgés de plus de trois ans, le prestataire doit indiquer si l'élève a été examiné par un dentiste au cours des 12 derniers mois. Dans le cas contraire (« Non »), l'enfant doit consulter.
- **A :** veuillez reporter tout antécédent médical, toute affection, toute maladie contagieuse ou toute restriction susceptible d'affecter la capacité de l'enfant à participer à une activité ou un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **B :** veuillez préciser toute allergie notable pouvant impliquer des **soins médicaux d'urgence** au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **C :** veuillez indiquer tout traitement à long terme, toute prise de médicaments en vente libre ou tous soins particuliers à respecter dans le cadre d'une activité ou d'un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **MENTION SPÉCIALE :** veuillez inscrire l'ensemble des traitements ou prises de médicaments nécessaires dans le cadre d'une activité ou d'un programme scolaire dans la 2^e partie, section C, faire remplir une autorisation de traitement médical à votre médecin et la joindre au certificat.

3^e partie – Évaluation des risques de tuberculose et d'exposition au plomb :

- **ÉVALUATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE (TB) :** procédez à une évaluation du risque de TB conformément à la page 682 de la 27^e éd. du livre rouge de l'AAP (2006), *AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescents (recommandations de l'AAP relatives au test cutané à la tuberculine pour les nourrissons, les enfants et les adolescents)*. La réglementation applicable du DC en la matière impose un TST (test cutané à la tuberculine) pour tous les enfants entrant à la garderie ou à l'école (selon la première de ces éventualités). Un TST est également requis pour les enfants identifiés comme présentant un **RISQUE D'EXPOSITION ÉLEVÉ**. Remarque : décrivez le test effectué et reportez les résultats (négatif ou positif). **Lorsque le TST est positif, cochez le résultat de la radiographie pulmonaire (RP) et indiquez si l'enfant a été traité. Tout TST positif doit être signalé au programme de contrôle de la TB du DC (au 202-698-4040).**
- **RISQUE D'EXPOSITION AU PLOMB :** la législation du DC impose un test à tous les enfants âgés de 6 à 14 mois et de 22 à 26 mois. Par ailleurs, lorsqu'un enfant âgé de plus de 26 mois n'a pas encore été soumis à un test d'exposition au plomb, la loi prévoit un double examen de l'enfant avant ses 6 ans. Veuillez indiquer la « Date » et le « Résultat » du test le plus récent. Veuillez indiquer si le test est « En attente ». Cette mention reste **valide pendant deux mois à compter de la date du test** et ne constitue en aucun cas un motif d'exclusion d'une activité ou d'un programme scolaire. **Les laboratoires doivent communiquer TOUS les tests d'exposition au plomb par voie électronique au programme de prévention du saturnisme infantile du DC. Pour en savoir plus, appelez le 202-654-6036/6037. Les prestataires peuvent faxer les résultats au 202-481-3770.**

4^e partie – Attestation et signature du prestataire (médecin ou infirmière agréée) requises.

Le prestataire doit répondre par « Oui » ou par « Non » aux déclarations suivantes :

L'enfant a fait l'objet d'un examen minutieux avec étude des antécédents médicaux ;

L'enfant est apte à pratiquer des sports en compétition (d'après l'évaluation du prestataire et conformément à la ^e éd. de l'AAP Pre-participation Physical Evaluation (examen physique de pré-participation de l'AAP) (1997)) ; et l'enfant a été soumis au cours de l'année aux examens médicaux requis pour son âge (conformément aux directives de l'AAP et de l'EPSDT). En cas de réponse négative (« Non »), décrivez-en la raison dans l'espace prévu à cet effet. Toutes les informations demeureront confidentielles.

5^e partie – Signature du parent/tuteur requise (autorisation de divulgation des informations médicales).

Le parent ou le tuteur doit inscrire son nom en majuscule, apposer sa signature et dater le document. En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le prestataire de santé à partager les informations médicales du formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou toute agence concernée du gouvernement du DC.

Les formulaires sont disponibles en ligne à l'adresse www.doh.dc.gov

CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

6^e partie – INFORMATIONS DE VACCINATION

Instructions générales : veuillez utiliser un stylo à bille noir pour renseigner le formulaire.

Informations relatives à l'enfant/l'élève : Inscrivez lisiblement et en majuscule les noms, prénoms et/ou initiales de l'enfant/l'élève. Indiquez sa date de naissance au format mm/jj/aa, et précisez son sexe en cochant la case « Féminin » ou « Masculin ». Mentionnez le nom de l'école ou de la garderie que votre enfant fréquente.

Section 1 – Informations de vaccination : inscrivez lisiblement la date (mm/jj/aa) des vaccinations effectuées ou joignez une copie de l'original signée et datée par le prestataire de santé. D'après la loi 3-20 du DC, *Immunization of School Students Act* (vaccination des élèves) (1979) et le chapitre 1 du titre 22 des DCMR (révision du 2 mai 2008), les vaccins ci-dessous sont obligatoires.

Instructions : Rechercher la ligne correspondant à la tranche d'âge de votre enfant dans la colonne « Âge réel de l'élève ». Lisez le contenu de la ligne pour connaître les vaccins obligatoires. Les chiffres indiqués dans les cellules correspondent aux doses nécessaires en fonction du vaccin et de l'âge RÉEL ou du niveau scolaire de l'enfant. L'utilisation de tranches ne signifie en aucun cas que vous pouvez attendre l'âge limite pour procéder à la vaccination. Pour satisfaire aux exigences, tout enfant doit avoir reçu les doses requises de vaccin correspondant à son âge RÉEL (lequel correspond à une tranche d'âge).

Vaccins et dosages requis pour les enfants inscrits en garderie ^{1,2}										
Âge réel de l'élève	DTPaP/DTaP/DT	Polio	Hib ⁷	ROR ⁸	Varicelle ⁹	Hépatite B ¹⁰	Hépatite A ¹¹	Anti-pneumococcique conjugué ¹²	Méningocoques	Papillomavirus humains ¹³
Moins de 2 mois	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2 à 3 mois	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4 à 5 mois	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6 à 11 mois	3	3	2 / 3	0	0	3	0	3	0	0
12 à 14 mois	3	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
15 à 23 mois	4	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
24 à 47 mois	4	3	3 / 4	1	1	3	2	4	0	0
48 à 59 mois	⁵ 3	⁴ 6	3 / 4	2	2	3	2	4	0	0
Vaccins et dosages requis pour les enfants inscrits dans les écoles publiques, sous contrat, religieuses et privées ^{1,2}										
Niveau scolaire	DTPaP/DTaP/DT/Tdap	Polio ⁶	Hib	ROR ⁸	Varicelle ⁹	Hépatite B ¹⁰	Hépatite A ¹¹	Anti-pneumococcique conjugué	Méningocoques ¹³	Papillomavirus humains ¹⁴
Niveau (hors grade)										
Niveaux K à (5 à 10 ans)	^{5,4}	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Niveaux 6 à (11 à 18 ans)	^{6,5}	4	0	2	2	3	2	0	1	3

Périodes de vaccination : l'administration des doses doit suivre un calendrier et un planning adaptés. Les vaccins injectés dans les 4 jours précédant le début de la période ou l'âge minimal sont considérés comme valides. Exception : lorsque deux vaccins vivants ne sont pas inoculés le même jour, leur administration doit être séparée de 28 jours.

Dispenses : nous pouvons accorder des dispenses de vaccination pour raison médicale sous réserve d'avoir reçu la documentation adéquate du prestataire de santé (section 2). Vous pouvez également remplacer cette procédure par l'utilisation de titres sanguins (section 3). Vous devez alors communiquer une copie du rapport du laboratoire à l'école ou la garderie de l'enfant. La documentation justifiant d'une dispense pour motifs religieux doit être soumise à l'école ou la garderie par le parent/tuteur.

DTP/DTaP : cinq (5) doses de vaccin DTP/DTaP sont requises pour les enfants de 4 ans entrant à l'école, sauf si la 4^e dose a été injectée après son 4^e anniversaire. L'administration des doses 4 et 5 du vaccin DTP/DTaP doit être espacée de 6 mois.

Td/Tdap : trois (3) doses de vaccin Td sont requises lorsque la première injection est postérieure au 7^e anniversaire de l'enfant. Si celui-ci est âgé de plus de 11 ans, l'une d'entre elles doit lutter contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (vaccin Tdap). Le rappel du Tdap doit être réalisé cinq ans après la dernière injection de vaccin contre le tétanos et la diphtérie. Le rappel du Td doit être effectué tous les 10 ans.

Tdap : les élèves doivent satisfaire aux exigences précédentes en matière de vaccination (injection de la 4^e ou de la 5^e dose de vaccin DTP/DTaP et d'une (1) dose de vaccin Tdap)

Polio : pour toute entrée à l'école, les enfants de 4 ans doivent avoir reçu quatre doses de vaccin, sauf lorsque la troisième dose d'un calendrier exclusif de VPI/VPO a été injectée après le 4^e anniversaire de l'enfant (seules 3 doses sont requises). Toutefois, lorsqu'un calendrier séquentiel ou mixte de VPI/VPO a été utilisé, quatre doses sont nécessaires pour compléter la primo-vaccination. En général, le vaccin contre la polio n'est pas administré aux élèves de plus de 18 ans.

Hib : le nombre de doses de primo-vaccination est déterminé par le produit utilisé et par l'âge auquel la première injection est réalisée. La dernière dose d'Hib doit être administrée lorsque l'enfant est âgé de plus de 12 mois (15 mois si vous choisissez une injection unique). Le vaccin n'est pas obligatoire pour les élèves de plus de 5 ans.

ROR : la seconde dose est obligatoire pour les enfants de 4 ans. La première doit avoir été administrée lors du premier anniversaire, et la seconde un mois plus tard. Les vaccins ROR et contre la varicelle doivent être inoculés à la même date ou être séparés de 28 jours.

Varicelle : la seconde dose est obligatoire pour les enfants de 4 ans. La première doit avoir été administrée lors du premier anniversaire, et la 2^{de} 3 mois plus tard si l'enfant était âgé de 1 à 12 ans à la première injection, ou un mois plus tard s'il avait plus de 13 ans. Le vaccin contre la varicelle n'est pas obligatoire pour les élèves ayant déclaré la maladie, laquelle doit avoir été constatée et datée (mois et année) par un prestataire de santé.

Hépatite B : Lorsque le vaccin monovalent anti-hépatite B fait l'objet d'une combinaison (à savoir DTPaP-IPV-Hépatite B) l'injection de 4 doses est jugée acceptable. Les 3^e et 4^e doses doivent cependant être administrées sur des enfants de plus de 24 semaines et au moins 8 semaines après la dose précédente. Lorsque le vaccin monovalent anti-hépatite B est injecté seul, la 3^e dose doit être inoculée au moins 16 semaines après la 1^{re} dose et 8 semaines après la 2^{de}. Pour les élèves de 11 à 15 ans, l'utilisation d'un vaccin double dose contre l'hépatite B (Recombivax) est autorisée, sous réserve d'être clairement documentée.

Hépatite A : obligatoire pour les élèves nés après le 1^{er} janvier 2005.

Anti-pneumococcique conjugué : le nombre de doses de vaccin anti-pneumococcique dépend de l'âge de l'élève lors de la première injection. Administrez 1 dose aux enfants de 24 à 59 mois en parfaite santé n'ayant pas été intégralement vaccinés. Le vaccin n'est pas obligatoire pour les élèves de plus de 5 ans.

Méningocoques : vaccin obligatoire pour les enfants de plus de 11 ans.

HPV : vaccin obligatoire pour les élèves entrant pour la première fois en sixième. Le parent/tuteur ou l'élève doit fournir à l'établissement les informations le concernant en matière de papillomavirus humains (HPV) et de vaccin contre les HPV. Le parent/tuteur peut signer un formulaire de « non-vaccination » agréé par le Ministère de la Santé.

Section 2 – dispenses pour raisons médicales : veuillez renseigner cette section s'il existe une contre-indication médicale à l'immunisation de votre enfant conformément à la loi 3-20 du DC et aux recommandations de l'ACIP. Cochez la case correspondant à chaque vaccin contre-indiqué et justifiez la contre-indication. Lorsque la dispense pour raisons médicales est permanente, mettez une croix dans l'espace qui convient. Lorsqu'elle est temporaire, mettez une croix dans l'espace qui convient et indiquez une date d'expiration. Le prestataire de santé doit inscrire son nom en majuscules, apposer sa signature ou son cachet sur le document et dater cette section.

Section 3 – Preuve alternative d'immunité : remplissez cette section si des titres sanguins sont utilisés comme preuves d'immunité. Cochez les cases correspondant aux vaccins pour lesquels des titres sanguins ont été obtenus. Joignez une copie des résultats des titres. Le prestataire de santé doit inscrire son nom en majuscules, apposer sa



CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

1^{re} partie – Informations relatives à l'enfant Parent/Tuteur : veuillez renseigner clairement et intégralement la 1^{re} partie, puis signer la 5^e partie ci-dessous.

Nom de l'enfant :	Prénoms de l'enfant :	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Race/Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Blanc non hispanique <input type="checkbox"/> Noir non hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou natif des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre
Nom du parent ou tuteur :	Téléphone : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	Adresse personnelle :		Quartier :
Contact en cas d'urgence :	Numéro en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	Ville/État (si différent du DC)		Code postal :
École ou garderie :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant <input type="checkbox"/> Autre		Médecin traitant (PCP) :	

2^e partie – Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations Prestataire : le formulaire doit être intégralement rempli.

DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :	Poids : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille : <input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm	PA : (> à 3 ans) <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	Indice de masse corporelle (> à 2 ans) (IMC) %
HGBHCT (obligatoire pour le programme Head Start)	Examen ophtalmologique Œil droit 20/____ Œil gauche 20/____ <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Référé		Examen auditif Satisfaisant _____ Non Satisfaisant _____ <input type="checkbox"/> Référé	
PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	
Asthme	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Troubles du langage/de la parole	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
Épilepsie	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Troubles du développement/comp	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
Diabète	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<u>Autre</u>	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
VISITE ANNUELLE CHEZ LE DENTISTE : (3 ans et plus) l'enfant a-t-il consulté un dentiste/spécialiste dentaire au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

A. Antécédents médicaux, affections, maladie contagieuse ou restrictions susceptibles d'affecter la capacité de l'enfant à participer à une activité sportive ou à une activité de l'école, de la garderie ou de l'institution. Néant OUI, veuillez développer :

C. Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales pouvant impliquer des soins médicaux d'urgence lors d'une activité sportive ou d'une activité de l'école, de la garderie ou de l'institution.

Néant OUI, veuillez développer :

D. Traitements à long terme, prises de médicaments en vente libre ou soins particuliers.

Néant OUI, veuillez développer (pour tout médicament administré pendant les heures scolaires, ce formulaire devra être accompagné d'une autorisation de traitement médical)

3^e partie – Évaluation des risques de tuberculose et d'exposition au plomb :

ÉVALUATION DU RISQUE DE TB	ÉLEVÉ/FAIBLE	Date du test cutané à la tuberculine (TST) :	<input type="checkbox"/> NÉGATIF <input type="checkbox"/> POSITIF	Si le TST est positif, <input type="checkbox"/> RP négative <input type="checkbox"/> RP positive <input type="checkbox"/> Traité	Prestataire : tout TST POSITIF doit être soumis à l'évaluation du médecin traitant. Pour toute question, appelez le programme de
RISQUE D'EXPOSITION AU PLOMB	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> FAIBLE	DATE DU TEST DE DÉPISTAGE DU	RÉSULTAT :	Prestataire : TOUS les niveaux de	communiqués au programme de prévention

4^e partie – Attestation et signature du prestataire requises

OUI NON Cet enfant a fait l'objet d'un examen minutieux avec étude des antécédents médicaux. Au moment dudit examen, cet enfant a été jugé dans un état de santé satisfaisant lui permettant de participer à toutes les activités de l'école, de l'institution et de la garderie, à l'exception des précisions ci-dessus.

OUI NON Cet athlète est autorisé à pratiquer des sports en compétition.

OUI NON Examen médical selon l'âge de l'enfant effectué pendant l'année en cours. Si NON, veuillez développer :

Nom en majuscules	Signature du prestataire	Date
Adresse	Téléphone	Fax

5^e partie – Signature du parent/tuteur requise (autorisation de divulgation des informations médicales)

J'autorise la personne/l'organisme signataire de l'examen médical à partager les informations médicales contenues dans le présent formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou toute agence concernée du gouvernement du DC.

Nom en majuscules Signature Date

CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Nom de l'élève : _____ / _____ / _____
 (nom) (1^{er} prénom) (2^e prénom)

Date de naissance : _____ / _____ / _____
 mois/jour/année

Sexe : Masculin Féminin École ou garderie _____ Établissement : _____

Section 1 – Vaccination : remplissez le formulaire ou joignez une copie de l'original signée et datée par le prestataire.

VACCINS	INDIQUEZ LES DATES COMPLÈTES (mois/jour/année) D'INJECTION DES DOSES						
	1	2	3	4	5		
Diphtérie, tétanos et coqueluche (DTP,DTaP)							
DT (< à 7 ans) / Td (> à 7 ans)							
Rappel du Tdap							
Haemophilus influenza de type b (Hib)							
Hépatite B (Hép. B)							
Polio (VPI/VPO)							
Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Varicelle							
				Antécédents de varicelle : Oui _____ En date du : mois _____			
				Constaté par : _____ (prestataire de santé)			
				Nom et fonction _____			
Anti-pneumococcique conjugué							
Hépatite A (Hép. A) (nés après le 01/01/2005)							
Méningocoques							
Papillomavirus humains (HPV)							
Grippe (recommandé)							
Rotavirus (recommandé)							
Autre							

Signature du prestataire de santé _____ Nom en majuscules ou cachet _____ Date _____

Section 2: MEDICAL EXEMPTION. For Health Care Provider Use Only.

I certify that the above student has a valid medical contraindication to being immunized at the time against: (check all that apply)

Diphtheria: () Tetanus: () Pertussis: () Hib: () HepB: () Polio: () Measles: () Mumps: () Rubella: () Varicella: ()

Pneumococcal: () HepA: () Meningococcal: () HPV: ()

Reason:

This is a permanent condition () or temporary condition () until ____/____/____.

Signature of Medical Provider _____ Print Name or Stamp _____ Date _____

Section 3: Alternative Proof of Immunity. To be completed by Health Care Provider or Health Official..

I certify that the student named above has laboratory evidence of immunity: (Check all that apply & attach a copy of titer results)

Diphtheria: () Tetanus: () Pertussis: () Hib: () HepB: () Polio: () Measles: () Mumps: () Rubella: () Varicella: () ()

Pneumococcal: HepA: () Meningococcal: () HPV: ()

Signature of Medical Provider _____ Print Name or Stamp _____ Date _____



Instructions pour le parent/tuteur :
1^{er} partie – Veuillez renseigner l'ensemble des sections et préciser la race ou l'origine ethnique de l'enfant. Veuillez indiquer le quartier où vous résidez, le nom de votre médecin traitant, celui de votre dentiste référent, et votre assurance dentaire. Si l'enfant n'est pas suivi par un dentiste et que vous n'avez souscrit à aucune assurance en la matière, veuillez inscrire « Néant » dans chaque encadré.
2^e partie – En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le dentiste ou l'établissement à partager les informations dentaires du formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution, le Ministère de la Santé ou toute autre entité concernée. Toutes les informations demeureront confidentielles. **Ce formulaire sera considéré incomplet tant que le parent/tuteur n'aura pas apposé sa signature. Ce dernier doit signer le document, apposer son nom en majuscules et dater la présente section.**

1^{er} partie – Informations relatives à l'enfant (à compléter par le parent/tuteur)

Nom de l'enfant :	Prénoms de l'enfant :	Date de naissance : MM/JJ/AAAA	Sexe : O M O F	École ou garderie : Niveau :
Nom du parent/tuteur (1) :	Téléphone (1) : O Fixe O Portable O Professionnel	Adresse personnelle :		Quartier :
Nom du parent/tuteur (2) :	Téléphone (2) : O Fixe O Portable O Professionnel	Contact en cas d'urgence :		Téléphone :
Race/Origine ethnique : O Blanc non hispanique O Noir non hispanique O Hispanique O Asiatique ou natif des îles du Pacifique O Autre				
Médecin traitant :	Dentiste/Specialiste référent :	Type d'assurance dentaire : O Medicaid O Assurance privée O Néant O Autre		

2^e partie – Signature du parent/tuteur requise

(Autorisation de divulgation des informations médicales).
 J'autorise la personne/l'organisme signataire de l'examen médical à partager les informations médicales contenues dans le présent formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou le Ministère de la Santé.

NOM du parent/tuteur EN MAJUSCULES : _____ SIGNATURE du parent/tuteur : _____ Date : _____

Instructions pour le dentiste référent :
3^e partie : entourez Oui ou Non dans la colonne Conclusions. Lorsque la réponse est positive, veuillez la détailler dans la colonne Commentaires.
4^e partie : indiquez si l'enfant a fait l'objet d'un examen minutieux et si le traitement est terminé. Dans le cas contraire, veuillez désigner un référent pour le suivi des soins. Le dentiste doit signer et dater le document, et fournir les informations demandées.

3^e partie – Résultats de l'examen et recommandations aux parents (veuillez compléter la colonne Conclusions)

FORMULAIRE CONFIDENTIEL

	Conclusions	Commentaires
Gingivites	O N	
Plaque et tartre	O N	
Attache épithéliale anormale	O N	
Malocclusion	O N	
Caries traitées	O N	
Caries non traitées	O N	O Cochez cette case si les soins sont urgents
Scellants sur molaires permanentes	O N	
Fissures palatines et labiales	O N	
Réalisation de soins préventifs	O N	Quels types de soins préventifs ont été réalisés ? O Prophylaxie O Fluorure O Hygiène bucco-dentaire

4^e partie – Examen final : signature du dentiste référent requise

Cet enfant a fait l'objet d'un examen minutieux. Le traitement est O terminé O non terminé O en cours O refusé O inutile. Cet enfant doit suivre un traitement O urgent O non urgent et est actuellement soigné O par ma personne ou O a été redirigé vers :

Signature du dentiste/spécialiste référent : _____ Nom en majuscules : _____

Adresse : _____ Fax : _____ Téléphone : _____ Date : _____

Certificat médical du District de Columbia :

Le présent formulaire remplace la précédente version du Formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire du District de Columbia (par un spécialiste) utilisé pour déterminer non seulement l'inscription aux DC Schools, aux programmes *Head Start*, aux garderies, aux institutions, mais aussi la participation à l'ensemble des programmes scolaires, sports ou événements, et à toute autre activité du District de Columbia nécessitant un examen médical. Le présent formulaire a été approuvé par le Ministère de la Santé du DC et satisfait aux directives de l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, académie américaine d'odontologie pédiatrique) en matière d'examen bucco-dentaire obligatoire aux inscriptions scolaires. L'AAPD recommande que les enfants soient soumis à un examen bucco-dentaire dans les 6 mois suivant les premières dents, et ce avant son troisième anniversaire. Le Ministère de la Santé du DC recommande que les enfants âgés de plus de 3 ans soient examinés par un dentiste agréé et qu'un formulaire d'examen bucco-dentaire ait été complété à leur égard. Le présent formulaire est un document confidentiel conforme aux exigences de la loi Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, loi américaine sur l'assurance maladie) applicable aux prestataires de santé et de la loi Family Education Rights and Privacy Act (FERPA, confidentialité et droits des familles en matière d'éducation) réservée aux DC Schools et autres établissements.

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

Les papillomavirus humains génitaux (HPV) constituent le virus sexuellement transmissible le plus courant aux États-Unis. On en dénombre une centaine. La plupart des infections ne provoquent pas de symptômes et disparaissent d'elles-mêmes. Les HPV sont importants : ils peuvent provoquer un cancer du col de l'utérus chez la femme, et plusieurs types de cancer moins fréquents chez l'homme comme chez la femme. Il peut également être à l'origine de verrues génitales et de verrues des voies respiratoires supérieures. Bien qu'il n'existe aucun traitement contre les HPV, les maladies qu'ils engendrent peuvent être traitées.

Aux États-Unis, alors que près de 20 millions de personnes sont infectées par les HPV, le pays enregistre quelques 6 millions de nouveaux cas chaque année. Le HPV se transmet généralement par relation sexuelle. Plus de 50 % des hommes et des femmes sexuellement actifs sont, à un moment donné de leur vie, touchés par un HPV. Aux États-Unis, près de 10 000 cas de cancer du col de l'utérus et 3 700 décès sont recensés chaque année.

Le vaccin contre les HPV est un vaccin inactivé (non vivant) qui offre une protection contre les 4 principaux HPV : les 2 papillomavirus à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus et les 2 papillomavirus à l'origine de 90 % des verrues génitales. Le vaccin contre les HPV peut prévenir la plupart des verrues génitales comme des cas de cancer du col de l'utérus.

Bien que cette protection soit de longue durée, les femmes vaccinées doivent se soumettre à un dépistage du cancer du col de l'utérus, le vaccin ne les protégeant pas contre tous les HPV responsables de la maladie.

Le vaccin contre les HPV est systématiquement recommandé aux préadolescents de 11 et 12 ans. Néanmoins, les médecins peuvent l'administrer dès l'âge de 9 ans. Il est important que ces jeunes se fassent vacciner contre les HPV avant leur premier rapport sexuel, tant qu'ils n'ont pas été exposés aux HPV. Le vaccin offre une protection contre la plupart des HPV. Toutefois, si une personne est déjà infectée par un HPV, le vaccin ne préviendra pas la maladie en question. Il est cependant recommandé de vacciner les personnes atteintes d'un HPV. Par ailleurs, le vaccin contre les HPV permet non seulement de prévenir les cancers du vagin et de la vulve chez la femme, mais aussi les verrues génitales et les cancers de l'anus chez l'homme comme chez la femme.

Le vaccin est également recommandé aux jeunes femmes de 13 à 26 ans et aux jeunes hommes de 13 à 21 ans qui ne l'auraient pas encore reçu. Par ailleurs, il peut être administré en même temps que d'autres vaccins.

Le vaccin contre les HPV est injecté en trois doses :

- **1^{re} dose : immédiatement**
- **2^e dose : deux mois après la première**
- **3^e dose : six mois après la première**

Les personnes qui ont déjà eu une réaction allergique potentiellement mortelle à la levure, les femmes enceintes et/ou les personnes ayant contracté une maladie modérée à grave ne doivent pas recevoir le vaccin. Les effets secondaires sont pour la plupart bénins ; ils incluent notamment démangeaisons, douleurs, rougeurs autour de la zone d'injection et fièvre légère à modérée.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter, au choix, votre prestataire de santé, le programme de vaccination du Ministère de la Santé du DC au (202) 576-9342, ou le centre de prévention et contrôle des maladies (CDC) au 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

Document mis à jour en janvier 2014

GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
Ministère de la Santé



Certificat de non-vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE

Section 1 : complétez les renseignements sur l'élève.

Section 2 : Demandez à un parent/tuteur ou à un élève (si la personne est majeure) de lire le document d'information sur le HPV, puis de le signer et de le dater.

Section 1 – Renseignements sur l'élève			
Nom de l'école :			
Nom de l'élève :		Date de naissance :	Niveau :
Adresse :	Ville :	Code postal :	Téléphone :
Nom et adresse du prestataire de santé :	Ville :	Code postal :	Téléphone :

À partir de 2009, et conformément à la loi 17-10 du DC, Human Papillomavirus Vaccination and Reporting Act (vaccination contre les papillomavirus) de 2007, le parent ou tuteur d'un élève qui s'inscrit pour la première fois de la 6^e à la 11^e dans une école du District de Columbia doit présenter une attestation indiquant que l'élève :

1. a été vacciné contre les papillomavirus humains (HPV) ; ou
2. N'a pas été vacciné contre les HPV, pour l'une des raisons suivantes :
 - a. Le parent ou tuteur s'y est opposé de bonne foi en indiquant, par écrit, au directeur de l'école que la vaccination violerait ses convictions religieuses ;
 - b. Le médecin traitant de l'élève, son représentant ou les autorités de santé publique ont fourni à l'école une attestation écrite indiquant que la vaccination était déconseillée d'un point de vue médical ; ou
 - c. Le parent ou tuteur légal a choisi, à sa seule discrétion, de ne pas participer au programme de vaccination contre les HPV en signant une attestation indiquant qu'il a bien été informé de ladite obligation de vaccination et qu'il a délibérément choisi de ne

Section 2 – Signatures

Non-vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

J'ai reçu et examiné les informations fournies sur les HPV et les avantages du vaccin, lequel permet de prévenir le cancer du col de l'utérus et les verrues génitales lorsqu'il est administré aux préadolescents. Après avoir été informé du risque de contracter un HPV et du lien entre les HPV et le cancer du col de l'utérus, j'ai décidé de ne pas faire vacciner l'élève susmentionné contre les HPV. Je reconnais pouvoir revenir à tout moment sur cette décision et procéder aux vaccinations obligatoires.

 Signature du parent/tuteur ou de l'élève (si la personne est majeure) Date

 Nom en majuscules du parent/tuteur ou de l'élève (si la personne est majeure)

Document mis à jour en janvier 2014 (pour l'année 2014-2015)

Demande d'aide d'accès aux repas gratuits et à prix réduits (FARM, Free And Reduced Price Meals)

Le petit-déjeuner, le goûter et le souper sont gratuits pour tous les élèves. Pour l'année scolaire 2014-2015, près de 75 écoles seront certifiées *Community Eligibility Provision* (CEP), permettant ainsi à l'ensemble des enfants scolarisés dans ces établissements de bénéficier de repas gratuits le midi. Les foyers dont les enfants sont inscrits dans des écoles certifiées CEP ne sont pas tenus d'effectuer une demande FARM pour l'année 2014-2015. Pour connaître les établissements concernés, reportez-vous au site web des DCPS. Pour prétendre à des repas gratuits ou à prix réduit, vous devez soumettre une demande FARM. Ces demandes sont limitées à une par foyer, même lorsque les enfants d'une même famille sont scolarisés dans différentes écoles DCPS.

Les demandes FARM pour 2014-2015 seront disponibles fin juin 2014 et ne pourront être envoyées avant le 1^{er} juillet 2014. Disponibles dans plusieurs langues, vous pourrez récupérer ces demandes auprès du secrétariat de chaque école DCPS non certifiée CEP. Pour soumettre une demande **à partir du 1^{er} juillet 2014:**

1. Envoyez votre demande papier à l'école participante à laquelle est inscrit le plus jeune de vos enfants (remarque : les établissements certifiés CEP ne sont pas concernés) ;
2. Soumettez votre demande en ligne à l'aide d'un e-formulaire sécurisé ; ou
3. Envoyez votre demande courrier à l'adresse suivante : DC Public Schools, Office of Food and Nutrition Services

1200 First St. NE, 11th Floor, Washington, DC 20002

Les élèves des DCPS conserveront leur statut de paiement 2013-2014 jusqu'au 30 sept. 2014. Au 1^{er} oct. 2014, tous les élèves des établissements non certifiés CEP n'ayant pas envoyé de demande devront s'acquitter du paiement des repas du midi.

Allergies et régimes alimentaires spéciaux

Les DCPS reconnaissent que les élèves peuvent présenter des besoins alimentaires à la fois variés et conséquents. Au dos de cette fiche, vous trouverez le formulaire « Élève avec régime alimentaire spécial », lequel permet aux parents d'informer les écoles des besoins spécifiques de leur enfant en la matière.

Remarque : le présent formulaire doit être renvoyé chaque année, les besoins alimentaires de vos enfants pouvant évoluer dans le temps.

Étapes d'utilisation du formulaire Élève avec régime alimentaire spécial :

1. **Ce formulaire doit être signé par un prestataire de santé agréé** (sauf pour intolérance au lactose, lequel cas une simple signature du parent/tuteur suffit).
2. Les formulaires complétés doivent être retournés à l'infirmière de l'école.
3. Celle-ci informera le personnel de l'établissement des besoins de l'élève afin de garantir sa sécurité à tout moment.
4. Par ailleurs, l'infirmière communiquera le formulaire à l'Office of Food and Nutrition Services (le bureau des services alimentaires) afin de s'assurer que les dispositions nécessaires sont prises pour les repas servis à la cafétéria.

Pour en savoir plus sur les aménagements alimentaires et sur les demandes de régime spécifique pour motif religieux ou philosophique, reportez-vous à l'adresse :

dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services/Food+Accommodations.

Pour toute question ou préoccupation, veuillez contacter l'Office of Food and Nutrition Services (le bureau des services alimentaires) à l'adresse food.dcps@dc.gov, au (202) 442-5112 ou sur le site dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services.



Veillez renvoyer le présent formulaire à l'**infirmière** de l'école de votre enfant. Celle-ci informera le personnel de l'établissement et l'Office of Food & Nutrition Services (le bureau des services alimentaires) de ses besoins.

**Élève avec régime alimentaire spécial
Année scolaire 2014-2015**

Si votre enfant fait l'objet d'un régime alimentaire ou nutritionnel spécifique, renseignez le présent formulaire et faites-le signer par une autorité médicale reconnue. Si ces besoins sont précisés dans le cadre d'un IEP, veuillez joindre une copie du programme en question.		
Nom de l'élève :	ID :	Date de naissance :
Nom de l'école :	Niveau :	Nom de l'enseignant : (si connu)
L'élève présente-t-il un handicap ? Le cas échéant, veuillez énoncer les principales activités courantes affectées par le handicap :		
Répertoriez les restrictions alimentaires spécifiques :		
Allergies ou intolérances alimentaires :		
Aliments à remplacer :		
Répertoriez les aliments dont la texture doit être modifiée. Si tous doivent être préparés de cette manière, indiquez « Tous ». Utilisez un autre formulaire si nécessaire.		
Aliments dont la texture doit être modifiée	Modification (haché, finement moulu, écrasé ou mixé, liquides épaissis, etc.)	Autres instructions (y compris les habitudes alimentaires spécifiques, les techniques d'alimentation et les équipements nécessaires)
Nom du parent/tuteur :		Téléphone :
		E-mail :
Nom du prestataire de santé : (médecin, infirmière, aide-soignant, etc.)		Téléphone :
Autre contact :		Téléphone :
Autre contact :		Téléphone :

Signature du parent/tuteur

Date

Signature du prestataire de santé

Date

Notification de vos droits selon les termes de la FERPA

La loi sur la confidentialité et les droits des familles en matière d'éducation, *Family Educational Rights and Privacy Act* (FERPA,) accorde aux parents et aux élèves majeurs (les « élèves admissibles ») certains droits concernant le dossier scolaire de l'élève. Ces droits sont les suivants :

(1) Le droit de vérifier et de consulter le dossier scolaire de l'élève dans un délai de 45 jours à compter de la date de la demande auprès des Écoles Publiques du District de Columbia (DCPS). Les parents ou élèves admissibles doivent adresser au principal de l'école une demande écrite répertoriant le(s) document(s) qu'ils souhaitent examiner. Ce dernier, ou un autre responsable de l'école, prendra les dispositions nécessaires pour permettre l'accès aux documents demandés ; il informera les parents ou élèves admissibles de l'heure et du lieu où les documents pourront être consultés.

(2) Le droit de demander la modification du dossier scolaire de l'élève, lorsque les parents ou élèves admissibles estiment que celui-ci contient des renseignements erronés, portant à confusion ou constituant une violation des droits de confidentialité des élèves selon la FERPA. Les parents ou élèves admissibles peuvent s'adresser par écrit au principal de l'école afin de lui signaler clairement la partie du document qu'ils veulent modifier tout en précisant la raison d'une telle modification. Si les DCPS décident de ne pas effectuer ladite modification, l'école avisera les parents ou élèves admissibles de sa décision et les informera de leur droit à une audience concernant leur demande. Par ailleurs, ceux-ci recevront des informations complémentaires au sujet des procédures d'audience lorsqu'ils seront notifiés de leur droit en la matière.

(3) Le droit de consentir (par écrit) à la divulgation des informations d'identification personnelle contenues dans le dossier scolaire de l'élève, sauf lorsque la FERPA prévoit leur divulgation sans accord préalable. Ainsi, la FERPA autorise la diffusion de ces informations sans autorisation aux responsables scolaires qui, selon les DCPS, présentent des intérêts pédagogiques légitimes. Un responsable scolaire désigne : toute personne employée par les DCPS en tant qu'administrateur, chef d'établissement, enseignant ou membre du personnel auxiliaire (personnel de santé, personnel médical ou encore personnel de maintien de l'ordre) ; toute personne ou société engagée par les DCPS dans le cadre d'une activité particulière (avocat, contrôleur d'audit, médecin consultant ou thérapeute, par exemple) ; tout responsable scolaire d'un autre établissement dans lequel un élève envisage de s'inscrire ou est déjà inscrit ; ou tout parent, élève ou bénévole siégeant à un conseil officiel (conseil de discipline ou de griefs, par exemple) ou aidant un autre responsable scolaire dans l'accomplissement de ses tâches. Un responsable scolaire présente un intérêt pédagogique légitime dès lors qu'il doit examiner le dossier scolaire d'un élève en vue de s'acquitter de ses responsabilités professionnelles.

(4) Le droit de ne pas divulguer des informations de l'annuaire. Conformément aux dispositions de la loi du District de Columbia et de la FERPA, les DCPS peuvent, à leur seule discrétion, divulguer, sans l'accord préalable des parents ou élèves admissibles, des « informations (standard) de l'annuaire » qui ne représentent généralement pas de préjudice ou d'atteinte à la vie privée. Les informations de l'annuaire désignent :

- | | |
|--|--|
| A. Le nom de l'élève | F. Le poids et la taille des membres des équipes sportives |
| B. L'adresse de l'élève | G. Les diplômes et récompenses obtenus |
| C. Les numéros de téléphone de l'élève | H. La date et le lieu de naissance de l'élève |
| D. Le nom de l'école fréquentée par l'élève | I. Le nom des précédentes écoles fréquentées par l'élève |
| E. La participation officielle à des activités et des sports | J. Les dates de scolarité |

Les parents ou élèves admissibles peuvent demander aux DCPS de ne pas divulguer une partie ou la totalité des informations susmentionnées. Pour ce faire, ils doivent renseigner le formulaire « Divulgation des informations de l'annuaire concernant l'élève ». Vous pouvez récupérer celui-ci (i) à l'adresse www.dcps.dc.gov/enroll, (ii) auprès de votre établissement local, ou (iii) en envoyant un courrier à l'Office of Data and Accountability (le bureau d'information et de comptabilité) situé au 1200 First St. NE, 12th Floor, Washington, DC 20002. Cette information doit être communiquée dans les 30 jours suivant l'émission de cette notification.

(5) Le droit de porter plainte auprès du Ministère de l'Éducation des États-Unis en cas de manquement présumé des DCPS aux exigences de la FERPA. Le nom et l'adresse du bureau en charge de la FERPA sont les suivants : Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.