



Chers élèves, parents/tuteurs et familles du DCPS :

Au DC Public Schools (DCPS), nous efforçons d'assurer la santé et le bien-être de nos élèves. Nous savons que des élèves en bonne santé sont moins souvent absents et apprennent mieux. Nous sommes heureux de vous informer que le DCPS s'est associé avec des médecins et des infirmier(e)s locaux dans le cadre d'un projet pour favoriser la santé et l'assiduité à l'école.

Grâce à ce projet -- appelé **Chronic Absenteeism Reduction Effort** ou **CARE** (Efforts de réduction de l'absentéisme chronique) – les parents ou les tuteurs peuvent donner au DCPS l'autorisation de transmettre en toute sécurité les informations sur l'absence au(x) médecin(s) ou infirmier(s) et au personnel de l'infirmierie en charge de leur enfant. Ces informations permettront aux professionnels de soins de la santé de fournir des services d'approche et d'apporter une plus grande attention médicale aux enfants souvent absents et à leurs familles.

#### **Pourquoi le DCPS et les médecins et infirmiers locaux sont-ils associés dans ce projet ?**

Le DCPS et les prestataires de soins médicaux locaux partagent le même objectif de garantir, chaque jour, une santé physique et mentale des enfants scolarisés, ouverts à l'apprentissage. Pour de nombreux élèves présentant des conditions médicales telles que asthme, allergies, drépanocytose et diabète, cela peut être plus difficile. Le DCPS et les médecins et infirmiers locaux sont associés afin de voir s'ils peuvent mieux garantir la santé et le bien-être de ceux-ci, si les médecins et infirmiers ont plus d'informations sur l'assiduité à l'école. Enfin, nous espérons que ce projet pourra également permettre aux élèves d'améliorer leurs résultats scolaires.

#### **Comment ce projet pourra-t-il aider mon enfant ?**

Si votre enfant manque l'école, les médecins, les infirmiers et leur personnel ont la possibilité de fournir des services d'approche spéciaux et d'offrir une assistance médicale. Ainsi, il est possible que votre médecin recommande de nouveaux médicaments permettant à votre enfant de se sentir mieux ou de mieux contrôler son asthme, ses allergies ou toute autre problème de santé. L'équipe de soins de santé peut également assister l'enfant pour tout autre problème général l'empêchant de se rendre à l'école, tels que les moyens de transport ou les besoins en matière de garde de l'enfant.

#### **Quelles écoles participent au projet ?**

Pour l'année scolaire 2020-2021, ce projet CARE se poursuivra à Bancroft Elementary, Cardozo Education Campus, Columbia Heights Education Campus, H.D. Cooke Elementary, Marie Reed Elementary et Powell Elementary. Ces écoles ont été choisies car beaucoup de leurs élèves bénéficient de soins de santé auprès des mêmes cabinets médicaux. Le DCPS peut ainsi établir un partenariat étroit avec ces médecins et ces infirmier(e)s.

#### **Comment puis-je m'inscrire ?**

Pour vous inscrire, veuillez signer le formulaire de consentement ci-joint et le renvoyer au secrétariat de l'école de votre enfant.

#### **Pour en savoir plus**

Pour en savoir plus, veuillez contacter le secrétariat de l'école de votre enfant, l'infirmier(e) de l'école ou votre médecin traitant. Vous pouvez également contacter l'équipe de soins de santé et de bien-être du DCPS à [healthservices.dcps@k12.dc.gov](mailto:healthservices.dcps@k12.dc.gov) ou au 202.734.2022. Un document de Foire aux questions peut être consulté à <http://dcps.dc.gov/page/health-and-wellness>.

Sincères salutations,

Whitney Carrington, **MSHEP, CHES**

Directeur des Services de santé



## Consentement au projet CARE

Pour bien réussir à l'école, il est important d'être en bonne santé. L'école de mon enfant s'est associée avec les médecins et infirmier(e)s locaux dans le cadre du projet Chronic Absenteeism Reduction Effort (Effort de diminution de l'absentéisme chronique) (CARE) afin de garantir à nos élèves d'être en bonne santé et de réussir à l'école. Pour permettre à votre enfant de participer, veuillez compléter le formulaire de consentement ci-dessous.

Je suis le parent/tuteur de \_\_\_\_\_.  
(Nom et date de naissance de l'élève)

En signant ci-dessous, je donne à mon enfant l'autorisation de participer au projet CARE et je donne mon consentement à l'école de mon enfant ou au DCPS de communiquer et de discuter les relevés de présence de mon enfant avec son médecin traitant, l'infirmier(e) et le personnel du cabinet médical. Le DCPS pourra ainsi travailler avec ces professionnels de la santé afin de garantir la bonne santé et la réussite scolaire de mon enfant.

Je reconnais et comprends qu'il m'est possible de consulter les relevés qui seront transmis et que j'ai le droit de contester leur contenu. De plus, je certifie que mon enfant est âgé de moins de dix-huit (18) ans.

Cette autorisation est valable tant que mon enfant est inscrit auprès du DCPS et tant que je n'ai pas retiré par écrit mon consentement. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si le DCPS souhaite communiquer ou discuter avec l'équipe médicale d'autres éléments du dossier scolaire de mon enfant, il me sera demandé de fournir un consentement séparé.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Adresse actuelle du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Coordonnées téléphoniques du parent/tuteur)

### **REFUS DE PARTICIPER**

En signant ci-dessous, je refuse que mon enfant participe dans le projet CARE et je refuse que les relevés de présence de mon enfant soient communiqués à son médecin traitant, l'infirmier(e) ou le personnel du cabinet médical.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Adresse actuelle du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Coordonnées téléphoniques du parent/tuteur)



## Consentement au projet CARE pour les élèves de plus de 18 ans

Pour réussir à l'école, il est important d'être en bonne santé. Mon école est associée aux médecins et infirmier(e)s locaux dans le cadre du projet Chronic Absenteeism Reduction Effort (Effort de diminution de l'absentéisme chronique) (CARE) afin de garantir la bonne santé et la réussite scolaire des élèves. Pour confirmer votre acceptation de participer, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Je m'appelle \_\_\_\_\_.  
(Nom et date de naissance de l'élève)

En signant ci-dessous, j'accepte de participer dans le projet CARE et je donne mon accord à mon école ou au DCPS pour communiquer et discuter de mes relevés de présence avec mon médecin, l'infirmier(e) et le personnel du cabinet médical. Le DCPS pourra ainsi travailler avec ces professionnels des soins de la santé afin de garantir ma bonne santé et ma réussite scolaire.

Je reconnais et comprends qu'il m'est possible de consulter les relevés qui seront transmis et que j'ai le droit de contester leur contenu. De plus, je certifie que je suis âgé(e) de plus de dix-huit (18) ans.

Cette autorisation sera valable tant que je serai inscrit(e) dans le DCPS, excepté si je retire par écrit mon consentement. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si le DCPS souhaite communiquer ou discuter d'autres éléments de mon dossier scolaire avec l'équipe médicale qui me suit, il me sera demandé de signer un accord séparé.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Student de l'élève)

\_\_\_\_\_  
(Adresse actuelle de l'élève)

\_\_\_\_\_  
(Coordonnées téléphoniques de l'élève)

### **REFUS DE PARTICIPER**

En signant ci-dessous, je refuse de participer dans le projet CARE et je refuse que mes relevés de présence soient communiqués à mon médecin, l'infirmier(e) et le personnel du cabinet médical.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature de l'élève)

\_\_\_\_\_  
(Adresse actuelle de l'élève)

\_\_\_\_\_  
(Coordonnées téléphoniques de l'élève)