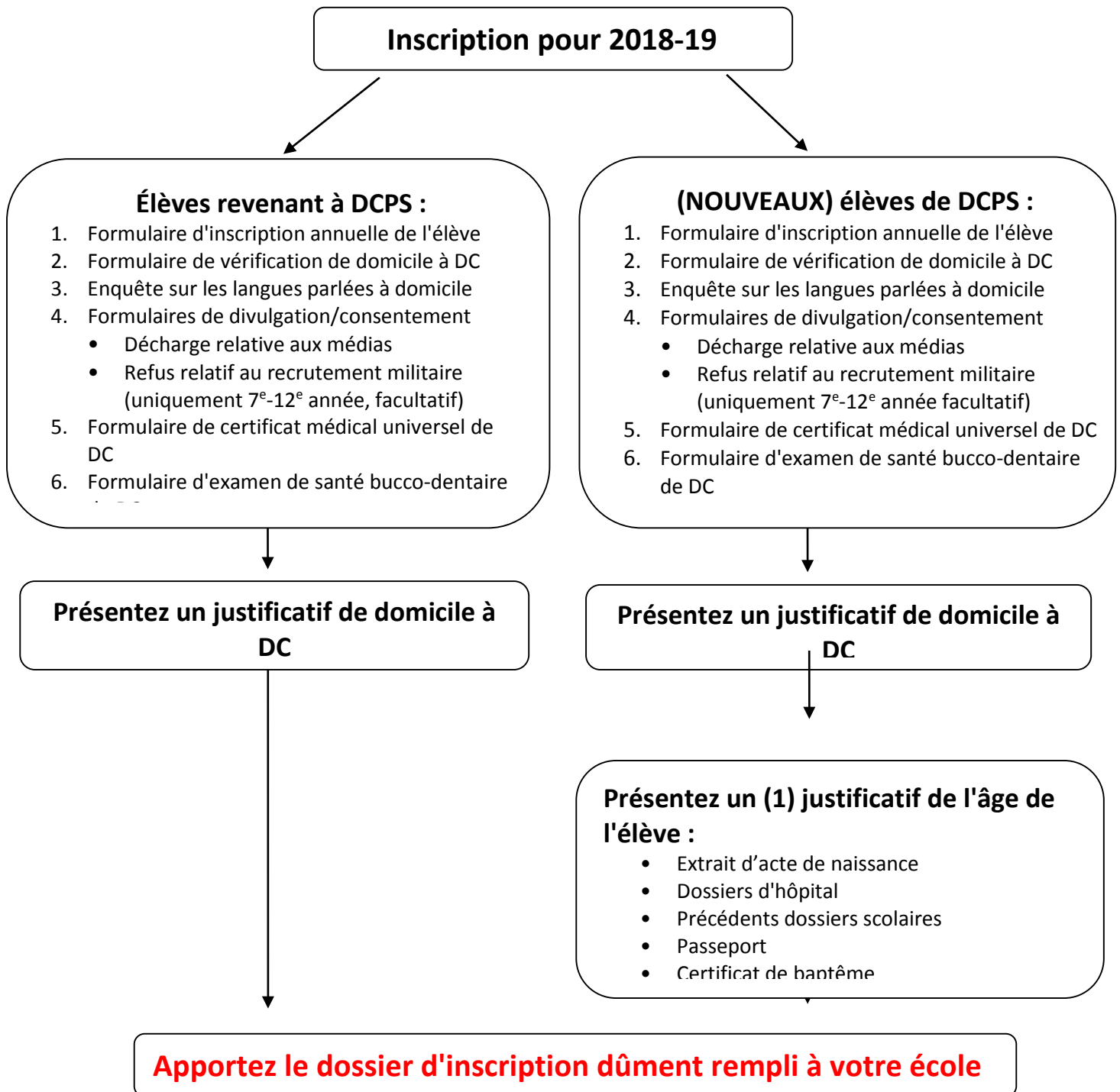


Comment s'inscrire à DCPS

Inscrivez-vous pour l'année scolaire 2018-2019 en 3 étapes faciles :

- 1) Remplissez le dossier d'inscription.
- 2) Présentez un justificatif de domicile à DC comme indiqué dans les Directives de vérification de domiciliation.
- 3) Apportez le dossier d'inscription dûment rempli à votre école.



Ressources additionnelles :

- Directives de vérification de domiciliation à DC
- Instructions relatives au certificat médical universel de DC
- Exigences en matière de santé et de vaccinations de DCPS
- Notification relative à FERPA
- Notification de demande de repas gratuits et à prix réduit (FARM)
- Informations sur les repas scolaires, FARM, et les allergies et les aménagements alimentaires

Vous trouverez tous les documents en ligne sur www.enrolldcps.dc.gov. Des traductions en amharique, chinois, français, espagnol et vietnamien sont disponibles.

Si vous avez des questions pour remplir votre dossier d'inscription, n'hésitez pas à contacter directement l'école de votre enfant ou l'équipe de gestion des inscriptions du Bureau du chef de l'exploitation au 202-478-5738.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ANNUELLE DE L'ÉLÈVE

Année scolaire 2018-2019

(French)

(Tout écrire en majuscules)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE								
Nom		Prénom		Deuxième prénom		Matricule de l'élève		
Désignation ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique /Latino <input type="checkbox"/> Non Hispanique / Non Latino	Race (cocher une ou plusieurs cases) : <input type="checkbox"/> Amérindien/Natif d'Alaska <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï /îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain			Date de naissance (mm/jj/aaaa) / /		Sexe de l'élève <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
	Pays de naissance (si autre que les États-Unis) :			Numéro de téléphone : ()				
Adresse			N° d'app.	Nouvel élève de DCPS École précédente (si non DCPS) : Ville, État, Code postal :				
Ville		État	Code postal	IEP de services d'éducation spécialisée		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Plan 504	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Classe de l'élève l'année prochaine (18-19) PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Adulte				Allergies (si Oui, remplir le formulaire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Restrictions alimentaires (si Oui, remplir le formulaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				Médicaments requis (si Oui, remplir le formulaire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR							
Parent/Tuteur		Lien de parenté		Other Parent/Guardian/Contact		Lien de parenté	
Adresse				Adresse			
Ville		État	Code postal	Ville		État	Code postal
Adresse e-mail		<input type="checkbox"/> Recevoir des e-mails <input type="checkbox"/> Recevoir des SMS		Adresse e-mail		<input type="checkbox"/> Recevoir des e-mails <input type="checkbox"/> Recevoir des SMS	
Tél. (domicile)	Tél. (mobile)	Tél. (travail)		Tél. (domicile)	Tél. (mobile)	Tél. (travail)	

	Frère ou sœur 1	Frère ou sœur 2	Frère ou sœur 3	Frère ou sœur 4
Nom				
Matricule				
École				
Date de nais.				

CONTACT EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENT/TUTEUR)							
Nom		Lien de parenté		Nom		Lien de parenté	
Adresse				Adresse			
Ville		État	Code postal	Ville		État	Code postal
Tél. (domicile)	Tél. (mobile)	Tél. (travail)		Tél. (domicile)	Tél. (mobile)	Tél. (travail)	

Permanent <input type="checkbox"/>	Hôtel/Motel <input type="checkbox"/>	Refuge <input type="checkbox"/>	Retiré du refuge <input type="checkbox"/>	Logement partagé <input type="checkbox"/>	Placement/CFSA <input type="checkbox"/>	En attente de placement <input type="checkbox"/>	Mineur non accompagné <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--	--	--	---	---

DCPS s'engage à ce que les informations fournies dans le formulaire d'inscription annuelle de l'élève restent confidentielles et ne puissent être utilisées qu'à des fins légitimes de DCPS. J'ai rempli ce formulaire et je certifie que les informations ci-dessus sont exactes. Je comprends que fournir de fausses informations à l'État à des fins frauduleuses est punissable par la loi. En signant ci-dessous, je reconnais que j'accepte tous les consentements ou choix effectués dans ce formulaire. Ne pas signer le formulaire avant le 1^{er} avril.

Signature du parent/tuteur inscrivant l'enfant _____

Date _____



Nom de la LEA/de l'école

FORMULAIRE 1 - FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DU LIEU DE RÉSIDENCE DE DC

Partie A. Confirmation du parent/tuteur/aidant ou étudiant adulte

Je suis le parent/tuteur
 autre aidant principal qui s'inscrit à nouveau* _____ à l'école.
 étudiant adulte s'inscrit _____
 (Nom complet de l'étudiant adulte/de l'étudiant)

Je, soussigné, le parent/tuteur/aidant ou l'étudiant adulte, affirme que je réside à l'adresse suivante :

_____ Rue _____ Ville, État _____ Code postal _____

* La réinscription ne peut être sélectionnée que si les quatre éléments de la partie B sont applicables.

Partie B. Déclaration de consentement (Cette section concerne les personnes s'inscrivant qui vérifient la résidence du District en utilisant un accord entre organismes).

La personne qui inscrit doit parapher toutes les quatre déclarations et identifier quel processus de partage de données entre organismes est utilisé pour la vérification du lieu de résidence.

- _____ J'affirme par la présente que l'école/LEA d'inscription a vérifié mon lieu de résidence durant l'année scolaire précédente;
 _____ J'affirme par la présente que je continue à vivre dans le District comme je l'ai fait l'année scolaire précédente;
 _____ Je consens par la présente à une vérification aléatoire de mon statut de résident durant cette année scolaire;

_____ Par les présentes, je nomme l'OSSE en tant que représentant autorisé pour vérifier le lieu de résidence de l'étudiant à travers un processus d'échange de données entre organismes, avec soit : (sélectionnez une réponse ci-dessous)
 _____ Département des services sociaux afin de vérifier la participation à tout programme d'aide financière ou de prestations publiques du District de Columbia; ou
 _____ Bureau des impôts et des recettes (OTR/Office of Tax and Revenue) pour vérifier le statut du contribuable.**

** La personne qui inscrit doit se connecter à un système distinct de validation du lieu de résidence par l'OTR. L'école d'inscription fournira des documents d'orientation.

Partie C. Déclaration sous serment du parent/tuteur/aidant ou étudiant adulte en matière de Résidence de DC

Je comprends que l'inscription de l'étudiant mentionné ci-dessus, dans les écoles publiques, les écoles publiques à charte ou d'autres écoles du District de Columbia fournissant des services éducatifs financés par le District de Columbia, est basée sur ma représentation de résidence de DC de bonne foi, y compris la présente déclaration sous serment de présence physique, et ma présentation de la documentation de vérification du lieu de résidence. Si cette déclaration sous serment est fautive, je comprends que je suis responsable du paiement des frais de scolarité rétroactifs pour l'étudiant, et que ce dernier peut être retiré de l'école. De plus, je comprends que, en vertu du Code du DC §38-312, toute personne, qui fournit sciemment de fausses informations à un agent public dans le cadre d'une vérification du lieu de résidence des étudiants, sera sujette à une amende maximale de 2 000 \$ ou à une durée maximale d'emprisonnement de 90 jours, mais pas à la fois à une amende et à un emprisonnement. Je renonce, par les présentes, à mes droits à la confidentialité des informations relatives à ma résidence, et je comprends que le District de Columbia utilisera tous les moyens légaux dont il dispose pour vérifier mon lieu de résidence. J'accepte également d'aviser l'école de tout changement de lieu de résidence pour moi-même ou pour l'étudiant, dans les trois (3) jours d'école suivant ce changement.

(Nom en caractères d'imprimerie du parent/tuteur/aidant ou étudiant adulte)

(Numéro de téléphone)

(Signature du parent/tuteur/aidant ou étudiant adulte)

(Date)

Partie D. Confirmation officielle de l'école

Les articles suivants sélectionnés sont utilisés et/ou présentés comme preuve de résidence du District de Columbia. Voir le verso pour des descriptions détaillées.

- Un des éléments suivants :**
 - _____ Payer le talon dans les 45 jours.
 - _____ Documentation officielle non expirée de l'aide financière du gouvernement de DC.
 - _____ Copie conforme du formulaire d'impôt de DC D40.
 - _____ Commandes de logements militaires.
 - _____ Lettre de l'ambassade.
- Deux des éléments suivants avec les noms et adresses correspondants :**
 - _____ Immatriculation non expirée des véhicules à moteur de DC.
 - _____ Permis de conduire ou carte d'identité non expiré de DC.
 - _____ Bail non expiré avec preuve de paiement séparée.
 - _____ Facture de services publics avec preuve de paiement séparée.
- Aucun document justificatif n'est requis. À la Partie C, une signature est requise par la personne qui inscrit.**
 - _____ Il y a des preuves selon lesquelles l'étudiant est sans abri et que l'agent de liaison avec les sans-abri a fourni une vérification du statut de sans-abri.
 - _____ L'enfant est/était un pupille du District de Columbia.
- Sélectionnez si la résidence du District a été vérifiée par l'entremise d'un accord entre organismes**
 - _____ Bureau de vérification des impôts et des recettes.**
 - _____ Vérification de l'aide financière de DC.
- Utilisez uniquement si aucune des options précédentes ne s'applique.**
 - _____ La personne qui inscrit l'étudiant ou l'étudiant adulte a consenti à une visite à domicile.



 Nom de la LEA/de l'école

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 de DC, au Bureau du procureur général de DC, etc, sur demande.

 Responsable de l'école (En lettres moulées)

Responsable de l'école (Signature)

 Date

Liste de vérification des pièces justificatives acceptables

1. (Un seul élément est nécessaire dans cette liste pour vérifier le lieu de résidence. L'adresse et le nom, sur chacun des éléments, doivent être les mêmes.)

- Talon de paie** : Un talon de paie valide émis dans les quarante-cinq (45) jours suivant la fourniture de la preuve de résidence. Doit contenir le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte indiquant son adresse actuelle de DC, et la retenue de l'impôt sur le revenu des particuliers de DC pour l'année d'imposition en cours.
- Documentation officielle non expirée de l'aide financière issue du Gouvernement du District de Columbia** : Délivrée à la personne qui inscrit l'étudiant ou l'étudiant adulte et actuel au moment de sa présentation à l'école, y compris, mais sans s'y limiter, l'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families/TANF), Medicaid, le Programme d'assurance santé infantile d'État (State Child Health Insurance Program/SCHIP), le Revenu complémentaire de sécurité, l'aide au logement ou d'autres programmes.
- Copie conforme du formulaire D40** : Certifiée par le Bureau des impôts et des recettes de DC, avec le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte, comme preuve de paiement des impôts de DC pour l'année d'imposition courante ou la plus récente.
- Commandes actuels de logements militaires** : Indiquer le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte, ainsi que l'adresse du District de résidence, y compris, mais sans s'y limiter, une déclaration DEERS ou une autre communication officielle sur papier à en-tête militaire.
- Lettre de l'ambassade** : Publiée dans les douze (12) derniers mois, affichant le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte, ce qui indique que l'aidant et l'étudiant à charge ou l'étudiant adulte résident actuellement sur la propriété de l'ambassade dans le District de Columbia ou résideront sur la propriété de DC, confirmée par l'ambassade, au cours de l'année scolaire concernée, et par un sceau officiel de l'ambassade.

2. (Deux éléments sont nécessaires dans cette liste pour vérifier le lieu de résidence. L'adresse et le nom, sur chacun des éléments, doivent être les mêmes.)

- Immatriculation des véhicules à moteur de DC** valide et non expirée indiquant le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte et son adresse actuelle du District.
- Bail ou contrat de location valide non expiré avec une preuve de paiement de loyer séparée**, au nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte, pour une période de deux (2) mois précédant immédiatement l'examen de la documentation de résidence par l'école, pour l'adresse de DC actuelle à laquelle l'étudiant réside réellement.
- Permis d'opérateur de véhicules à **moteur de DC** valide et non expiré ou carte identité officielle non-conducteur délivrée par le gouvernement au nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte, indiquant son adresse résidentielle actuelle.
- Facture de services publics (Seules les factures de gaz, d'électricité et d'eau sont acceptables) avec un reçu de paiement distinct indiquant le paiement de la facture**, à partir d'une période de deux (2) mois précédant immédiatement l'examen de la documentation de résidence par l'école, énumérant le nom de la personne qui inscrit l'étudiant ou le nom de l'étudiant adulte et son adresse actuelle de DC.

3. (Aucune pièce justificative n'est requise. Une signature est requise par la personne qui inscrit à la partie C.)

- Sans-abri** : Il existe des preuves selon lesquelles l'étudiant est sans abri et que l'agent de liaison avec les sans-abri de l'école a fourni les informations appropriées sur les sans-abri.
- Pupille du District de Columbia** : Preuve que l'enfant est un pupille du District de Columbia, sous la forme d'une ordonnance du tribunal ou de documents officiels de l'Organisme des services à l'enfant et à la famille de DC.



Nom de la LEA/de l'école

4. (les familles/les étudiants qui s'inscrivent consentent à la vérification électronique du lieu de résidence.)

- Bureau des impôts et des recettes** : Les familles/étudiants, qui s'inscrivent à nouveau, acceptent 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 se connecter à un système distinct de validation du lieu de résidence. Documentation d'orientation fournie par l'école qui inscrit.
- Aide financière de DC** : Participation à l'aide financière ou au programme des prestations publiques identifiés du District, dans lesquels les informations sont directement transmises à l'OSSE par le biais d'un accord de partage de données entre organismes. Ces programmes comprennent Medicaid, le Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program/SNAP), ou l'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families/TANF).

Pénalité applicable en cas de fausse information :

Toute personne, y compris tout responsable d'école publique ou d'école publique à charte du District de Columbia, qui fournit sciemment de fausses informations à un agent public dans le cadre de la vérification du lieu de résidence des étudiants, sera sujette aux frais de scolarité rétroactivement, et au paiement d'une amende maximale de 2 000 \$ ou à une durée maximale d'emprisonnement de 90 jours, conformément à la Loi sur les frais de scolarité des non-résidents du District de Columbia, approuvée le 8 septembre 1960 et modifiée par la Loi modifiant la Loi de 2012 sur la prévention de la fraude en matière de résidence des étudiants des écoles publiques ou des écoles publiques à charte du District de Columbia (Code du DC §38-312). Le cas d'une telle personne peut être renvoyé par le Bureau du surintendant d'État à l'éducation au Bureau du procureur général.

DIRECTIVES DE VÉRIFICATION DU DOMICILE

LISTE DES JUSTIFICATIFS DE DOMICILE ACCEPTABLES

Tous les documents doivent être originaux et EN COURS DE VALIDITÉ

- Les parents / tuteurs sont tenus de justifier chaque année leur domiciliation dans le District de Columbia lors de l'inscription de leur enfant.
- Les parents / tuteurs peuvent présenter un document de la liste A **ou** deux documents de la liste B, afin de justifier leur domiciliation dans le District de Columbia.
- Les parents / tuteurs doivent fournir les documents originaux aux responsables de l'école, et ces documents doivent être au nom du parent / tuteur inscrivant l'enfant. **Les responsables scolaires sont tenus par la loi du District de Columbia de photocopier les justificatifs de domiciliation à des fins de vérification.**
- Lors de l'inscription de leur enfant, les parents / tuteurs doivent également remplir le formulaire de Vérification de domiciliation dans le District de Columbia chaque année. Ce document doit être signé par le même parent / tuteur inscrivant l'enfant et dont le nom figure sur les justificatifs de domicile.

<p style="text-align: center;">Liste A</p> <p>Un des documents suivants mentionnant le nom et l'adresse du parent / tuteur effectuant l'inscription de l'enfant.</p>	<p style="text-align: center;">Liste B</p> <p>Deux des documents suivants mentionnant le nom et l'adresse du parent / tuteur effectuant l'inscription de l'enfant. Le nom et l'adresse doivent être identiques sur les deux documents.</p>
<p>Un bulletin de salaire, délivré dans les 45 jours précédant l'examen des documents de résidence par l'école, indiquant l'adresse à DC <u>et</u> les retenues d'impôts de DC</p>	<p>Une carte grise du District de Columbia en cours de validité</p>
<p>Notification de prestations annuelles relative au programme <i>Supplemental Security Income</i></p>	
<p>Lettre de vérification et ordres de logement militaire ; ou déclaration <i>DEERS</i></p>	<p>Un permis de conduire de DC en cours de validité ou une pièce d'identité officielle</p>
<p>Une lettre d'une ambassade mentionnant un logement sponsorisé par cette ambassade à DC, avec le cachet de l'ambassade apposé</p>	
<p>Document officiel d'aide financière du gouvernement de DC en cours de validité, y compris <i>TANF, Medicaid, SCHIP, SSI</i>, aide au logement ou autres programmes du gouvernement de DC</p>	<p>Bail en cours de validité avec preuve de paiement effectué dans les 2 mois précédant l'examen des documents de résidence par l'école</p>
<p>Une copie du formulaire D-40 certifiée par le Bureau des impôts et du revenu de DC</p>	
<p>Preuve que l'enfant est un pupille du District de Columbia, sous la forme d'une ordonnance de tribunal ou d'une notification des Services juvéniles et familiaux</p>	<p>Facture de services publics (seules les factures de gaz, d'électricité et d'eau sont acceptables) avec reçu de paiement effectué dans les 60 jours précédant l'examen des documents de résidence par l'école</p>



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Pour toute question ou conseil, veuillez contacter l'équipe d'inscription à enroll@dc.gov ou au 202-478-5738.

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.

Español (Spanish)

1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa?
 No Sí _____ (idioma)
2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés?
 No Sí _____ (idioma)
3. ¿Cuál es su relación con el estudiante?
 Padre Madre Guardián Otro (especifique) _____

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.

Français (French)

1. Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ?
 Non Oui _____ (spécifiez la langue)
2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ?
 Non Oui _____ (spécifiez la langue)
3. Quel est votre relation avec l'enfant ?
 Père Mère Tuteur Autre (spécifiez) _____

Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui ", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.

中文 (Chinese)

1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言?
 否 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?
 不会 会 _____ (请指明语言)
3. 您和孩子的关系是什么?
 父亲 母亲 监护人 其它(请指明) _____

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。

Tiếng Việt (Vietnamese)

1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không?
 Không Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)
2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?
 Không Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)
3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em?
 Cha Mẹ Giám hộ Liên hệ khác (xin ghi rõ)

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.

አማርኛ (Amharic)

1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?
 የለም አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?
 የለም አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
3. ስለጃ ደስዎት ዝምድና ምንድን ነው?
 አባት አናት አሳዳጊ ሌላ _____ (ይገልጹ)

ስፕሶቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅልጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።

School Official's Comments:

School Official Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date



La loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (*Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA*) est une loi fédérale selon laquelle DCPS doit, sauf quelques exceptions, obtenir votre autorisation avant de divulguer des renseignements personnels provenant de dossiers scolaires. Cependant, DCPS peut divulguer, sans votre consentement, des « informations de base d'annuaire », qui ne sont généralement pas considérées comme préjudiciables ou une invasion de la vie privée. La divulgation de ces informations vise principalement à permettre à DCPS d'inclure ce type d'information dans certaines publications scolaires, telles que les livrets de productions théâtrales, les programmes de diplômes, les tableaux d'honneur ou les feuilles d'activités des équipes sportives (football américain, basketball, etc.). Les informations d'annuaire peuvent également être divulguées à des organismes extérieurs tels que les agences fédérales et d'État proposant des emplois et des avantages éducatifs, les médias, et les entreprises qui fabriquent des bagues de classe et publient des annuaires.

Les informations ci-dessous ont été désignées comme des informations d'annuaire en vertu des lois du District de Columbia et de FERPA, et peuvent donc être publiées à la discrétion de DCPS. Vous avez le droit de demander à DCPS de ne pas divulguer toutes ou une partie de ces informations sans avoir obtenu votre consentement écrit préalable en remplissant ce formulaire. Votre décision indiquée sur ce formulaire sera valable pour le reste de l'année scolaire en cours. **Un nouveau formulaire relatif à la divulgation des informations de l'annuaire des élèves doit être rempli chaque année scolaire.**

Veuillez cocher toutes les informations d'annuaire énumérées ci-dessous que DCPS ne doit pas divulguer sans votre consentement.

<input type="checkbox"/> Nom de l'élève	<input type="checkbox"/> Poids et taille des membres des équipes sportives
<input type="checkbox"/> Adresse de l'élève	<input type="checkbox"/> Diplômes et récompenses reçus
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone de l'élève	<input type="checkbox"/> Date et lieu de naissance de l'élève
<input type="checkbox"/> Nom de l'école actuelle de l'élève	<input type="checkbox"/> Noms des précédentes écoles de l'élève
<input type="checkbox"/> Participations officielles	<input type="checkbox"/> Dates de fréquentation
<input type="checkbox"/> Activités et sports reconnus	

En signant ci-dessous, j'informe par écrit DCPS de ne pas divulguer les informations d'annuaire cochées ci-dessus, sauf si je donne mon consentement écrit préalable. Je comprends que ces informations peuvent quand même être divulguées par DCPS si leur divulgation est par ailleurs autorisée par FERPA.

Nom de l'élève (en majuscules)

Nom du parent / tuteur (en majuscules)

Signature du parent / tuteur

Date

Si l'élève est majeur,

Signature de l'élève

Date

***Si ce formulaire n'est pas renvoyé avant le 15 septembre, il sera supposé que les informations ci-dessus peuvent être désignées comme des informations d'annuaire pour le reste de l'année scolaire. ***

Liste des formulaires de médicaux (Année scolaire 2018-2019)

Veillez remettre les formulaires suivants au **Secrétariat** de l'école de votre enfant lors de son inscription. En vertu de la loi de DC, tous les élèves doivent être à jour en matière de vaccinations pour aller à l'école. De plus, tous les élèves doivent présenter un Certificat médical universel, ainsi qu'un formulaire d'examen de santé bucco-dentaire.

Formulaire	Description	Élèves concernés	Remarques
Certificat médical universel	Formulaire de 2 pages accompagné de 2 pages d'instructions destiné à votre prestataire de santé	Tous les élèves (PK3-12 ^e année).	<p>Demandez au médecin ou à l'infirmière de votre enfant de remplir le Certificat médical universel.</p> <p>Le Certificat médical universel doit consigner les vaccinations effectuées, un test de tuberculose et une visite médicale dans les 365 derniers jours avant le début de l'école. Les enfants âgés de moins de 6 ans doivent subir deux fois un dépistage du saturnisme. Les tests doivent être effectués, indépendamment du risque d'exposition, et le résultat doit être indiqué sur le Certificat médical universel.</p> <p>Si votre enfant participe à des activités sportives, ce certificat expire 365 jours après la date de la visite figurant sur le formulaire. Pour avoir le droit de continuer à participer aux activités sportives, un Certificat médical universel mis à jour doit être remis à l'école au moment d'une nouvelle visite médicale.</p> <p>(Vous avez besoin d'une assurance maladie ? Vous pouvez avoir droit à Medicaid ou à une assurance maladie subventionnée. Consultez https://dchealthlink.com pour obtenir des informations supplémentaires. Vous avez besoin d'aide pour trouver un médecin ? Contactez les services aux membres de votre régime de santé au numéro imprimé au dos de votre carte d'assurance maladie.)</p>
Enregistrement des vaccinations	Les vaccinations correspondant à l'âge de l'élève doivent être enregistrées dans le Certificat de médical universel. Une feuille mentionnant les vaccins obligatoires est incluse.	Tous les élèves (PK3-12 ^e année). Après 10 jours d'école, les élèves qui n'ont pas remis leur justificatif de vaccination seront exclus de leur classe et supervisés séparément.	<p>Veillez prendre rendez-vous auprès du médecin de votre enfant si les vaccinations de votre enfant ne sont pas à jour. Certains vaccins demandent plusieurs doses et donc plusieurs visites.</p> <p>Si vous avez des questions concernant les exigences de DC en matière de vaccinations, veuillez en discuter avec le médecin de votre enfant. Vous pouvez également vous adresser à la Division de vaccination du Département de la Santé de DC au 202-576-9325.</p>
Formulaire d'examen de santé bucco-dentaire	Une page	Tous les élèves (PK3-12 ^e année).	<p>Demandez au dentiste de votre enfant de remplir ce formulaire.</p> <p>(Vous avez besoin d'une assurance dentaire ? Vous pouvez avoir droit à Medicaid ou à une assurance maladie subventionnée. Consultez https://dchealthlink.com pour plus d'informations.)</p> <p>(Vous bénéficiez de Medicaid, mais avez besoin d'aide pour trouver un dentiste ou prendre rendez-vous ? Appelez le 1-866-758-6807 ou consultez http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)</p>
Ordonnances	<p>Ces formulaires obligatoires sont à remplir pour que l'école prenne en compte les besoins de votre enfant en matière de médicaments ou d'intervention médicale.</p> <p>L'infirmière de votre école tient ces formulaires à votre disposition. Ils sont également disponibles en ligne sur : www.dcps.dc.gov</p>	Élèves qui doivent prendre des médicaments ou nécessitent une intervention médicale durant la journée scolaire pour des problèmes d'asthme, d'allergies, de diabète, de crises d'épilepsie, ou autres. Si cela concerne votre enfant, veuillez parler au directeur et à l'infirmière au sujet de son état de santé physique ou comportementale et des besoins d'intervention.	<p>Pour s'assurer que votre enfant reçoive les médicaments nécessaires à l'école, veuillez vous référer à <i>Satisfaire les besoins de votre enfant en matière de médicaments et de traitement à l'école</i>, pour obtenir des informations détaillées. Ce document est disponible sur http://dcps.dc.gov/health.</p> <p>Dans la mesure du possible, administrez les médicaments à la maison. Si votre enfant doit prendre des médicaments ou nécessite un traitement médical pendant les heures scolaires, veuillez demander à votre prestataire de santé de remplir les formulaires appropriés (Formulaire d'autorisation d'administration de médicaments et de traitement, Plan d'action pour l'asthme et Plan d'action pour l'anaphylaxie). Ces formulaires sont disponibles sur le site Internet de DCPS http://dcps.dc.gov/health et auprès de l'infirmière de votre école. Si vous avez des questions à propos du formulaire nécessaire pour votre enfant, veuillez vous adresser à l'infirmière de votre école. Les élèves autorisés à s'auto-administrer des médicaments pour des problèmes d'asthme, d'anaphylaxie ou de diabète pendant la journée scolaire doivent être munis d'un plan d'action en matière de médicaments signé par le parent ou le tuteur de l'élève, et le médecin.</p> <p>Si votre enfant a besoin d'aménagements alimentaires, votre prestataire doit également remplir le Formulaire des besoins alimentaires particuliers. Ce formulaire est disponible sur le site Internet de DCPS http://dcps.dc.gov/publication/dietary-accommodations-instructions-and-forms.</p>



Tous les élèves fréquentant une école du District de Columbia doivent présenter, dès le premier jour de classe, une preuve des vaccins effectués avec les délais appropriés entre chaque injection.

Un enfant de 2 ans ou plus entrant en
Préscolaire ou Head Start

4 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
3 Polio
1 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
1 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A
3 ou 4 Hib (Haemophilus influenza de type B)³
4 PCV (pneumocoque)

Un élève de 4 ans entrant en
Pré-maternelle

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A
3 ou 4 Hib (Haemophilus influenza de type B)³
4 PCV (pneumocoque)

Un élève de 5-10 ans entrant en
Classe de maternelle à 5^e année

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A (si né le ou après le 01/01/05)

Un élève de 11 ans ou plus entrant en
Classe de 6^e à 12^e

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP/Td)
1 Tdap
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
1 Méningocoque
3 Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

¹ A tous les âges et classes, le nombre de doses exigé varie selon l'âge et le laps de temps écoulé depuis le dernier vaccin. Veuillez vous adresser à l'infirmière de l'école de votre enfant ou à son prestataire de santé pour obtenir plus de détails.

² Tous les antécédents pathologiques de varicelle DOIVENT être vérifiés/diagnostiqués par un prestataire de santé (MD, NP, PA, RN) et les documents DOIVENT inclure le mois et l'année de la maladie.

³ Le nombre de doses est déterminé par la marque



Exigences du District de Columbia en matière de vaccinations¹ Année scolaire 2018 – 2019



Tous les élèves fréquentant une école du District de Columbia doivent présenter, dès le premier jour de classe, une preuve des vaccins effectués avec les délais appropriés entre chaque injection.

Un enfant de 2 ans ou plus entrant en
Pré-scolaire ou Head Start

4 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
3 Polio
1 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
1 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A
3 ou 4 Hib (Haemophilus influenza de type B)³
4 PCV (pneumocoque)

Un élève de 4 ans entrant en
Pré-maternelle

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A
3 ou 4 Hib (Haemophilus influenza de type B)³
4 PCV (pneumocoque)

Un élève de 5-10 ans entrant en
Classe de maternelle à 5^e année

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP)
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
2 Hépatite A (si né le ou après le 01/01/05)

Un élève de 11 ans ou plus entrant en
Classe de 6^e à la 12^e année

5 Diphtérie / Tétanos / Coqueluche (DTaP/Td)
1 Tdap
4 Polio
2 Varicelle - si aucun antécédent de la maladie²
2 Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)
3 Hépatite B
1 Méningocoque
3 Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

¹ À tous les âges et classes, le nombre de doses exigé varie selon l'âge et le laps de temps écoulé depuis le dernier vaccin. Veuillez vous adresser à l'infirmière de l'école de votre enfant ou à son prestataire de santé pour obtenir plus de détails.

² Tous les antécédents pathologiques de varicelle DOIVENT être vérifiés/diagnostiqués par un prestataire de santé (MD, NP, PA, RN) et les documents DOIVENT inclure le mois et l'année de la maladie.

³ Le nombre de doses est déterminé par la marque



CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Partie 1: Renseignements personnels de l'enfant Parent/Tuteur: Complétez clairement et intégralement la Partie 1 et signez la Partie 5.

Nom de famille de l'enfant :	Prénom et deuxième prénom de l'enfant :	Date de naissance :	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Race/Ethnicité: <input type="checkbox"/> Blanc Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Noir Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou Îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom du Parent ou du tuteur :	Téléphone: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau.	Adresse du domicile:		Quartier:
Contact en cas d'urgence :	Numéro d'urgence: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Ville/État (si autre que D.C.)		Code postal:
École ou garderie :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant		Prestataire de soins primaires (PCP):	
Nom/N°ID: _____				

Partie 2: Antécédents médicaux de l'enfant, examen et recommandations Prestataire de santé : Remplir intégralement le formulaire.

DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :	POIDS <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	TAILLE <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> CM	TA: (>3ans) <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ANL	Ind. de masse corp. (≥ 2 ans) (IMC) _____ %
HGB / HCT (obligatoire pour les enfants de moins de 6)	Examen ophtalmo. Droit 20/____ Gauche 20/____	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Essayé	Examen auditif Bon _____ Mauvais _____	<input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Essayé
PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	PROBLÈMES DE SANTÉ :		RÉFÉRÉ ou TRAITÉ
Asthme <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Langage/Parole <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
Crises convulsives <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Développement/Comportement <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
Diabète <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Autre _____ <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
VISITE ANNUELLE DU DENTISTE : L'enfant est-il allé chez le dentiste au cours de l'année dernière ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Verni au fluor Date : _____				

A. Antécédent médical significatif, affections médicales, maladie contagieuse ou restrictions qui pourraient affecter l'école, la garderie, les sports ou le camp.

NÉANT OUI, veuillez fournir des détails :

B. Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales qui pourraient nécessiter des soins médicaux d'urgence à l'école, à la garderie, au camp et au cours d'une activité sportive.

NÉANT OUI, veuillez fournir des détails :

C. Médicaments sur le long terme, médicaments en vente libre ou exigence de soins particuliers. NÉANT OUI, veuillez fournir des détails (pour tout médicament ou traitement requis pendant les heures scolaires ; une autorisation d'un médecin pour l'administration de médicaments devrait être soumise avec ce formulaire).

Partie 3: Évaluation de risques d'exposition à la tuberculose et au plomb et test :

ÉVALUATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> ÉLEVÉ → <input type="checkbox"/> BAS	Test cutané à la tuberculine (TST) DATE: _____	<input type="checkbox"/> NÉGATIF <input type="checkbox"/> POSITIF	Si TST Positif <input type="checkbox"/> CXR NÉGATIF <input type="checkbox"/> CXR POSITIF <input type="checkbox"/> TRAITÉ	Prestataire de santé: référez un TST positif à un PSP. Questions? Appelez le contrôle de TB: 202-698-4040
RISQUES D'EXPOSITION AU PLOMB	DATE DU TEST DE DÉPISTAGE DU PLOMB :	RÉSULTAT:	Prestataire de santé : Signalez TOUS les niveaux de plomb au DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program: Fax: 202-535-2607		

Partie 4: Certification et signature du prestataire de santé obligatoires

OUI NON Cet enfant a été examiné de façon appropriée et les antécédents médicaux ont été analysés. Au moment de l'examen, cet enfant est dans un état de santé satisfaisant pour participer à toutes les activités à l'école, au camp et à la garderie à l'exception de ce qui est noté ci-dessus.

OUI NON Cet athlète est autorisé à participer aux sports de compétition.

OUI NON Examen médical adapté à l'âge de l'enfant effectué pendant l'année en cours. Si non, veuillez expliquer :

Nom en caractères d'imprimerie	Signature du prestataire de santé (MD/APRN/NP)	Date
Adresse	Téléphone	Fax

Partie 5: Signature obligatoire du parent/tuteur. (Autorisation de divulgation des informations de santé /responsabilité civile)

J'autorise l'examineur de santé /l'établissement ayant signé de partager les informations sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de mon enfant, ou l'agence appropriée du gouvernement de DC. En outre, je reconnais et accepte que le District, l'école, ses employés et ses agents sont exempts de responsabilité civile pour les actes ou omissions en vertu de la loi de DC 17-107, à l'exception d'acte criminel, de faute intentionnelle, de négligence grave ou d'inconduite volontaire.

Nom en majuscules

Signature

Date

CERTIFICAT DE SANTÉ UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Nom de l'élève:

Prénom de l'élève:

Date de naissance :

Section 1: Vaccination : Remplissez ou joignez une copie y afférente avec la signature du prestataire de santé et la date..

VACCINS	ENTRER LES DATES COMPLÈTES (mois, jour, année) DES DOSES DE VACCIN						
	1	2	3	4	5	6	7
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTP,DTaP)							
DT (<7 ans.)/ Td (>7 ans.)							
Rappel Tdap							
Haemophilus influenza de type b (Hib)							
Hépatite B (HepB)							
Polio (IPV, OPV)							
Rougeole, Oreillons & Rubéole (ROR)							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Varicelle							
				Antécédents de varicelle: Oui Date: Mois _____ Année _____			
				Vérifié par: _____ (Prestataire)			
				Nom et titre			
Vaccin conjugué antipneumococcique							
Hépatite A (HepA) (Né le ou après le 01/01/2005)							
Vaccin antiméningococcique							
Papillomavirus Humain (HPV)							
Grippe (recommandé)							
Rotavirus (recommandé)							
Autre							

Signature du prestataire de santé _____

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date _____

Section 2: EXEMPTION POUR DES RAISONS MÉDICALES. A l'usage exclusif du prestataire de services de santé.

Je certifie qu'à cette date, l'élève ci-dessus a une contrindication médicale valable au vaccin contre : (cocher tout se qui s'applique)

Diphtérie : () Tétanos : () Coqueluche : () Hib : () HepB : () Polio : () Rougeole : () Oreillons : () Rubéole : () Varicelle : () Méningocoque : ()

HepA : () Méningocoque : () HPV : ()

Raison: _____

Ceci est une condition permanente () ou temporaire () jusqu'au ___/___/___.

Signature du prestataire de santé _____

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date _____

Section 3: Autre preuve d'immunité. A remplir par le prestataire de santé ou un responsable de la santé.

Je certifie que l'élève nommé ci-dessus a une prévue de laboratoire d'immunité : (Cocher tout ce qui s'applique et joignez une copie des résultats des titres)

Diphtérie : () Tétanos : () Coqueluche : () Hib : () HepB : () Polio : () Rougeole : () Oreillons : () Rubéole : () Varicelle : () Méningocoque : HepA :

() Méningocoque : () HPV : ()

Signature du prestataire de santé _____

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date _____



INSTRUCTIONS RELATIVES AU CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Ce formulaire remplace tous les formulaires datant d'avant le 1^{er} avril 2015. Ce certificat médical universel du District de Columbia sera utilisé pour déterminer l'entrée dans les établissements de développement infantile, le programme *Head Start* et les écoles publiques, publiques à charte, privées et paroissiales de DC.

Exception : Il ne peut être utilisé en remplacement des formulaires EPSDT ou du formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire du Département de la Santé. Le CSU de DC a été créé par le Département de la Santé de D.C. et est conforme aux directives de l'Académie Américaine de Pédiatrie en matière de soins de santé préventifs de l'enfant et de l'adolescent, de la naissance à 21 ans. **Ce formulaire est un document confidentiel** conforme aux exigences de la loi américaine sur l'assurance maladie de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) applicable aux prestataires de services de santé et de la loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation de 1974 (*The Family Educational Rights and Privacy Act*, FERPA) applicable aux institutions éducatives.

Instructions générales : Veuillez utiliser un stylo à bille noire pour remplir ce formulaire

Partie 1 : Renseignements personnels de l'enfant :

Parent ou tuteur : Veuillez fournir tous les renseignements personnels de votre enfant y compris son nom de famille, son prénom et deuxième prénom, sa date de naissance et son sexe. Mentionner aussi votre nom, numéro de téléphone, adresse, le quartier dans lequel l'adresse est située et le nom et numéro de téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence lorsque vous ne pouvez être joint. Fournissez le nom de l'école ou de la garderie. Cochez la case qui correspond au type de couverture d'assurance maladie de votre enfant. En outre, fournissez le nom de la compagnie d'assurance maladie et le numéro d'identification de l'enfant dans l'espace fourni. Écrivez le nom du prestataire de soins primaires de votre enfant (docteur). Si votre enfant n'a pas de prestataire de soins primaires, écrivez « néant » dans l'espace fourni. **Ce formulaire ne sera pas considéré complet sans la signature du parent ou du tuteur dans la Partie 5.**

Partie 2 : Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations (cette section doit être remplie par le prestataire de soins de santé).

Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.

- **Date de l'examen médical :** Tous les enfants doivent faire l'objet d'un examen médical effectué par un médecin ou une infirmière praticienne autorisée (certaines infirmières praticiennes utilisent aussi la référence APRN (*Advanced Practice Registered Nurse*), conformément aux recommandations de l'AAP, et à l'alinéa 38-602a du Code officiel de DC. La date mentionnée ici doit préciser la date de l'examen.
- **Poids :** Le poids de l'enfant en livres (LB) ou en kilogrammes (KG) ; **Taille :** La taille de l'enfant en pouces (PO) ou en centimètres (CM).
- **TA :** Si un enfant est âgé de trois (3) ans ou plus, indiquez la valeur de la tension artérielle dans la case et cochez pour indiquer si elle est normale ou anormale. Si elle est anormale, donnez une explication et une résolution à la Partie 2 : Section A.
- **Indice de masse corporelle (IMC) :** Si l'enfant est âgé de deux (2) ans ou plus, l'IMC doit être calculé et enregistré en incluant la valeur en percentile. L'IMC est une mesure calculée à partir du poids et de la taille de l'enfant.
- **HGB/HCT :** L'hémoglobine (HGB) ou l'hématocrite (HCT) est **exigée pour tous les enfants participants de moins de six ans(6)**. De plus, le dépistage de l'anémie est recommandé pour les adolescentes qui ont leurs menstruations selon les directives de l'AAP. Veuillez enregistrer le niveau sanguin et indiquez quel test a été utilisé en encerclant HGB, HCT ou les deux.
- **Examens ophtalmologique et auditif :** Les enfants devraient commencer à subir des examens ophtalmologiques objectifs réguliers à l'âge de trois ans (3) et des examens auditifs objectifs à l'âge de quatre(4) ans. Si un examen objectif ne peut pas être effectué, et qu'il y a une source de préoccupation, donnez une explication et une résolution à la Partie 2 : Section A
- **PROBLÈMES DE SANTÉ :** Le prestataire de santé doit effectuer les examens suivants : asthme, crises convulsives, diabète, troubles du langage, développementaux, du comportement et autres qui pourraient nécessiter des besoins particuliers en matière de soins de santé. Pour chaque examen où il y a des « PROBLÈMES DE SANTÉ », le prestataire de soins de santé doit cocher la case indiquant que l'orientation vers des services appropriés de traitement a été faite ou que l'enfant est en cours de traitement pour le problème. S'il n'y a **AUCUN** « PROBLÈME DE SANTÉ », alors, cochez la case « **NON** » ou « **NÉANT** » pour chaque examen médical.
- **MENTION SPÉCIALE :** « Examen dentaire » - Le prestataire de santé doit indiquer si un dentiste a examiné l'enfant au cours des 12 derniers mois. Si « Non » l'enfant doit être orienté vers un établissement de soins dentaires. L'*American Academy of Pediatrics* et l'*American Academy of Pediatric Dentistry* recommandent que les enfants commencent à aller chez le dentiste dans les six (6) mois suivant l'éruption de la première dent ou à 12 mois, et tous les six (6) mois par la suite. Pour les enfants de moins de trois (3) ans, un professionnel de santé agréé peut fournir des applications de vernis au fluor si un établissement dentaire ne l'a pas encore fait. Les applications de vernis au fluor ne sont pas nécessaires pour l'entrée à la garderie ou à l'école.
- **A :** Veuillez mentionner tout antécédent médical significatif, problème médical, maladie contagieuse et les restrictions qui pourraient affecter la capacité de l'enfant à exécuter une activité ou programme scolaire ou cochez la case « **NÉANT** ».
- **B :** Veuillez indiquer toute allergie qui pourrait nécessiter **des soins médicaux d'urgence** au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ou cocher la case « **NÉANT** ».
- **C :** Veuillez indiquer toute prise de médicaments sur le long terme, de médicaments en vente libre ou toute exigence de soins particuliers au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ou cochez la case « **NÉANT** ».
- **MENTION SPÉCIALE :** Veuillez indiquer tout médicament ou traitement requis au cours d'une activité ou d'un programme scolaire dans la Partie 2 : Section C et complétez l'autorisation du médecin pour l'administration de médicaments et joignez-la au certificat médical universel (DC UHC).

Partie 3 : Évaluation des risques d'exposition à la tuberculose et au plomb et test : ÉVALUATION DES RISQUES DE TUBERCULOSE : Effectuez l'évaluation de risques pour la tuberculose telle que définie par les recommandations de l'AAP relatives au test cutané à la tuberculine pour les nourrissons, les enfants et les adolescents dans le LIVRE ROUGE de l'AAP le plus récent, et conformément à l'alinéa 38-602c) du Code officiel de DC (1) *Examination Requirements* and *DCMR 29-325.3 (g) Public Welfare, Child Development Centers*. Le règlement actuel de D.C. impose un examen médical complet annuel comprenant une évaluation des risques d'exposition à la tuberculose, renseignée sur le CSU de DC, pour tous les enfants fréquentant un établissement de développement infantile (EDI) ou une école. Un test cutané à la tuberculine (TCT) ne doit être effectué qu'en cas de reconnaissance de **facteurs de risque élevé** d'exposition à la tuberculose. Pour les enfants jugés à **HAUT RISQUE D'EXPOSITION**, effectuez le TCT et indiquez le résultat du test (négatif ou positif). **Si le TCT est positif**, cochez le résultat de la radiographie pulmonaire (CXR) et indiquez si l'enfant a été traité. **Tous les TCT positifs d'enfants de moins de cinq (5) ans doivent être signalés au programme de contrôle de la tuberculose de D.C. au 202-698-4040.** Si l'enfant est évalué comme ayant un bas risque d'exposition, cochez « **bas** ». **Veuillez noter que le test cutané à la tuberculine universel des enfants entrant dans un EDI et une école est ni recommandé ni obligatoire.**

• **RISQUES D'EXPOSITION AU PLOMB :** Chaque enfant de moins de six ans doit subir un test d'exposition au plomb à deux reprises, indépendamment de l'exposition aux risques perçue. Veuillez reporter la « Date » et le « Résultat » du test de plomb le plus récent sur le CSU de DC. Veuillez indiquer si « En attente » de résultat. La mention « En attente » de résultat sera considérée **valide pour deux mois à compter de la date du test** et ne pourra pas être pris en compte pour exclure un enfant d'une activité ou d'un programme scolaire. Le '*Certificate of Testing for Lead Poisoning*' peut aussi servir de documentation du test et est disponible sur le site du DDOE : <http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>. **TOUS les résultats du test de plomb doivent être transmis électroniquement par les laboratoires au Programme de prévention de l'empoisonnement au plomb et du logement sain de l'enfance de D.C. Pour recevoir des instructions plus détaillées, appelez au 202-654-6036/202-535-2624. Les prestataires de soins peuvent faxer les résultats au numéro sécurisé : 202-535-2607.** Veuillez inclure le nom, l'adresse, et les numéros de téléphone du professionnel de santé agréé et du parent/tuteur.

Partie 4 : Certification et signature du prestataire de soins (docteur ou infirmière) requises : Prestataires, n'oubliez pas d'écrire votre nom en majuscules et d'apposer le cachet du cabinet ou de la clinique. Professionnels de santé agréés, répondez en cochant "OUI" ou "NON" aux déclarations suivantes :

L'enfant a été examiné de façon appropriée avec une analyse des antécédents médicaux ;

L'enfant est autorisé à participer aux compétitions sportives (sur la base de l'évaluation et en conformité avec l'examen physique de préparticipation de l'AAP ; et l'enfant a fait l'objet d'examens appropriés pour son âge (en conformité avec les recommandations de l'AAP et les directives de l'EPSDT) pendant l'année en cours. Si la case "NON" est cochée, donnez la raison dans l'espace fourni. Toutes les informations demeureront confidentielles

Partie 5 : Signature du parent/tuteur requise. (Décharge relative à la divulgation des renseignements sur la santé).

Le parent ou le tuteur doit écrire son nom en caractères d'imprimerie, signer et dater. En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le professionnel de santé agréé à partager les renseignements sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève ou toute agence appropriée du gouvernement de D.C

Les formulaires sont disponibles en ligne sur www.doh.dc.gov.

Accédez aux programmes d'assurance maladie sur <https://dchealthlink.com>. Vous pouvez contacter l'infirmière scolaire via le bureau principal de l'école de votre enfant.

CERTIFICAT DE SANTÉ UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Partie 6 : INFORMATIONS SUR LA VACCINATION

Instructions générales : Veuillez utiliser un stylo à bille noir pour remplir ce formulaire

Renseignements personnels sur l'enfant/l'élève : Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie le nom de famille, le prénom et le deuxième prénom/initiale. Donnez la date de naissance suivant le format mm/jj/aaaa. Indiquez le sexe de l'enfant/élève en cochant féminin ou masculin. Indiquez le nom de l'école ou de la garderie que l'enfant fréquente.

Section 1: Informations sur la vaccination – Indiquez clairement la date (mm/jj/aaaa) des vaccins administrés ou joignez les copies équivalentes avec la signature, l'adresse, le numéro de téléphone du prestataire de santé et la date. Les doses de vaccin doivent être administrées à des intervalles appropriés et à l'âge adéquat. Les doses de vaccin administrées jusqu'à 4 jours avant l'intervalle ou l'âge minimum sont comptées comme valides. Exception : deux vaccins à virus vivants qui ne sont pas administrés le jour même doivent être séparés par un minimum de 28 jours.

Les élèves doivent être vaccinés conformément à la Loi 3-20 de D.C. sur la vaccination des élèves de 1979 (*Immunization of School Students Act*) et au Titre 22 de DCMR, Chapitre , et au calendrier de vaccination établi et publié par le Centers for Disease Control (CDC), l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), l'American Academy of Pediatrics (AAP), and l'American Academy of Family Physicians (AAFP).

Exigences – Pour connaître les exigences de vaccination relatives à la fréquentation des établissements scolaires et des garderies du District de Columbia, consultez le site du Programme de vaccination du Département de la santé : <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>.

Les exigences de vaccination sous sujettes à modifications.

Guide de référence

Noms commerciaux des vaccins par ordre alphabétique (Pour des listes à jour, consultez http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hép B	Ipol	IPV	Pneumova x	PPSV ou PPV23	Vaqta	Hép A
Adacel	Tdap	Fluarix	Grippe (IIV)	Infanrix	DTaP	Prevnar	PCV ou PCV7 ou PCV13	Varivax	Varicelle
Afluria	Grippe (IIV)	FluLaval	Grip. (IIV)	Kinrix	DTaP + IPV	ProQuad	ROR + Varicelle		
Boostrix	Tdap	FluMist	Grip.(LAIV)	Menactra	MCV ou MCV4	Recombiva x	Hép B		
Cervarix	VPH2	Fluvirin	Grippe (IIV)	Menomune	MPSV ou	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Comvax	Hép B + Hib	Fluzone	Grippe (IIV)	Pediarix	DTaP + Hép B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		
Daptacel	DTaP	Gardasil	VPH4	PedvaxHIB	Hib	Tripedia	DTaP		
Decavac	Td	Havrix	Hép A	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Twinrix	Hép A + Hép B		

Noms commerciaux des vaccins par ordre alphabétique (Pour des listes à jour, consultez http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin
DT	Diphthérie, Tétanos	Hép A (HAV) Hép B (HBV)	Hépatite A Hépatite B	MPSV ou MPSV4	Vaccin polyosidique antiméningoco.	Rota (RV1 ou RV5)	Rotavirus
DTaP	Diphthérie, Tétanos, Coquel. acellulaire	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b	ROR / RORV	Rougeole, Oreillons, Rubéole / avec Varicelle	Td	Tétanos, Diphthérie
DTP	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche	VPH	Virus du papillome humain	OPV	Vaccin antipoliomyélique oral	Tdap	Tétanos, Diphthérie, Coquel. acellulaire
Grippe (IIV ou LAIV)	Grippe	IPV	Vaccin antipoliomyélit. inactivé	PCV ou PCV7 ou PCV13	Vaccin antipneumoco. conjugué	TIG	Tétanos Immunoglobuline
HBIG	Hépatite B Immunoglobuline	MCV ou MCV4	Vaccin antipneumoco. conjugué	PPSV ou PPV23	Vaccin polyosidique antiméningoco.	VAR ou VZV	Varicelle

Section 2 : Les exemptions pour des raisons médicales – Remplissez cette section s'il y a une contraindication médicale qui empêche l'enfant de recevoir un ou plusieurs vaccins dans les délais prévus et conformément à la Loi 3-20 de D.C. et aux recommandations de l'ACIP. Cochez tous les vaccins contraindiqués et fournissez en la raison. Si l'exemption pour des raisons médicales est permanente, cochez la case appropriée. Si l'exemption pour des raisons médicales est temporaire, cochez la case appropriée et indiquez la date d'expiration. Le prestataire de santé doit signer, écrire son nom en caractères d'imprimerie, son adresse, son numéro de téléphone ou apposer son cachet et dater cette section.

Section 3 : Autre preuve d'immunité – Remplissez cette section si des titres sanguins sont utilisés comme preuves d'immunité. Cochez les cases correspondant au(x) vaccin(s) pour lesquels des titres sanguins ont été obtenus. Joignez une copie des résultats des titres. Le prestataire de santé doit signer, écrire son nom en caractères d'imprimerie, son adresse, son numéro de téléphone ou apposer son cachet et dater cette section.

Notification des droits conformément à la FERPA

La loi fédérale du droit à l'éducation de la famille et la loi sur la protection des renseignements personnels (Family Educational Rights and Privacy Act - FERPA) accorde aux parents et aux élèves âgés de 18 ans ou plus (« élèves admissibles ») certains droits concernant les dossiers scolaires des élèves.

(1) Le droit de vérifier et d'examiner le dossier scolaire de l'élève dans les 45 jours après que le District of Columbia Public Schools (DCPS) a reçu une demande d'accès. Les parents ou les élèves admissibles doivent présenter au Directeur de l'école une demande écrite qui identifie le(s) dossier(s) scolaires qu'ils souhaitent consulter. Le Directeur de l'école ou tout autre représentant officiel de l'école prendra les dispositions nécessaires pour permettre l'accès et informer le parent ou l'élève admissible de l'heure et de l'endroit où le dossier scolaire pourra être consulté.

(2) Le droit de demander une modification du dossier scolaire de l'élève que le parent ou l'élève admissible pense inexact, trompeur ou autrement en violation des droits au respect de la vie privée de l'élève sous la FERPA. Les parents ou les élèves admissibles peuvent écrire au Directeur de l'école et identifier clairement la partie du dossier qu'ils souhaitent être modifiée, en précisant les raisons de cette modification. Si le DCPS décide de ne pas modifier le dossier tel que demandé par le parent ou l'élève admissible, l'école notifiera le parent ou l'élève admissible de la décision et les informera de leur droit à une audience quant à la demande de modification. D'autres informations concernant la procédure d'audience seront fournies au parent ou à l'élève admissible au moment de la notification de son droit à une audience.

(3) Le droit de consentir (par écrit) à la divulgation de ses renseignements permettant de l'identifier contenus dans le dossier scolaire de l'élève, excepté dans la mesure où la FERPA autorise la divulgation sans consentement. Par exemple, le DCPS communique les dossiers scolaires sans consentement aux représentants officiels d'une autre école ou d'un autre district scolaire dans lequel un élève envisage de s'inscrire ou est déjà inscrit, lorsqu'une telle divulgation est demandée dans le cadre de l'inscription ou du transfert de l'élève. De plus, la FERPA autorise la divulgation sans consentement auprès des représentants de l'école pour lesquels le DCPS a estimé qu'ils avaient un intérêt éducatif légitime. Un représentant de l'école est une personne employée par le 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 en contrat avec le DCPS en vue d'exercer une tâche spéciale (par exemple, un avocat, un auditeur, un consultant médical ou un thérapeute) ; le représentant officiel d'un autre système scolaire dans lequel un élève envisage de s'inscrire ou dans lequel l'élève est déjà inscrit ; ou un parent, un élève ou tout autre volontaire siégeant dans un comité officiel, tel qu'un comité de discipline ou un comité de griefs, ou assistant un représentant officiel d'une autre école dans sa mission. Un représentant de l'école a un intérêt éducatif légitime s'il doit officiellement consulter un dossier scolaire afin d'exercer ses responsabilités.

(4) Le droit de refuser la divulgation de renseignements contenus dans l'annuaire. A sa discrétion, le 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 ou des élèves admissibles, conformément aux dispositions de la loi du District et de la FERPA. Les renseignements de l'annuaire comprennent :

- | | |
|--|--|
| A. Nom de l'élève | F. Poids et taille des membres des équipes sportives |
| B. Adresse actuelle de l'élève | G. Diplômes et récompenses obtenues |
| C. Numéro de téléphone de l'élève | H. Date et lieu de naissance de l'élève |
| D. Nom de l'école dans laquelle est inscrit l'élève | I. Noms des écoles dans lesquelles l'élève a précédemment été inscrit(e) |
| E. Participation dans des activités officiellement reconnues | J. Dates des participations dans des activités et des sports |

Les parents ou l'élève admissible peuvent demander au DCPS de ne pas divulguer tout renseignement permettant de l'identifier ci-dessus (i) en remplissant le formulaire "Divulgation des renseignements sur l'élève contenus dans l'annuaire" qui est également disponible à www.dcps.dc.gov/enroll ou dans votre école).

(5) Le droit de déposer une réclamation auprès du Ministère de l'éducation américain (U.S. Department of Education) concernant des prétendus manquements du DCPS à se conformer aux exigences de la FERPA. Les nom et adresse du bureau qui administre la FERPA sont : Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.



Notification des droits en vertu de l'amendement de la protection des droits des élèves (PPRA)

Cet avis informe les parents / tuteurs et les élèves éligibles (mineurs émancipés ou élèves âgés de 18 ans ou plus) de leurs droits concernant la réalisation des enquêtes, la collecte et l'utilisation des informations à des fins de marketing, et la réalisation de certains examens physiques. Ces droits sont énoncés dans l'Amendement de la protection des droits des élèves (*Protection of Pupil Rights Amendment* (20 USC § 1232h; 34 CFR Part 98)). La loi et les réglementations exigent que les institutions éducatives, telles que les Écoles publiques du District de Columbia (DCPS) informent les parents et les élèves éligibles de leur droit à :

1. *Consentir* avant que les élèves soient tenus de se soumettre à une enquête qui concerne un ou plusieurs des domaines protégés suivants (« enquête relative à des informations protégées ») si l'enquête est financée en totalité ou en partie par un programme du Département de l'Éducation (USDE) des États-Unis :
 - 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, comme 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'éligibilité à un programme.
2. *Recevoir un avis et la possibilité de refuser la participation d'un élève à :*
 - Toute autre enquête relative à des informations protégées, indépendamment du financement ;
 - Tout dépistage ou examen physique invasif non urgent exigé comme condition de participation administré par l'école ou son agent et non nécessaire pour protéger de manière immédiate la santé et la sécurité d'un élève, sauf les dépistages des troubles auditifs, visuels ou de la scoliose, ou tout autre examen physique ou dépistage permis ou requis en vertu des lois de l'État ; et
 - Toutes les activités impliquant la collecte, la divulgation ou l'utilisation d'informations personnelles recueillies auprès des élèves à des fins de marketing ou pour vendre ou distribuer les informations à d'autres. (Cela ne se 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. *Recevoir un avis* du droit d'un parent d'inspecter, sur demande et avant leur administration ou utilisation :
 - Les enquêtes relatives aux informations protégées effectuées auprès des élèves et les enquêtes créées par un tiers ;
 - Les instruments utilisés pour recueillir des informations personnelles auprès des élèves pour toutes fins de marketing, vente ou de distribution susmentionnées ; et

-
- Le matériel pédagogique utilisé dans le cadre du programme d'enseignement.

DCPS a élaboré et adopté des politiques concernant ces droits, ainsi que des dispositions pour protéger la vie privée des élèves dans l'administration des enquêtes relatives aux informations protégées et la collecte, la divulgation ou l'utilisation des informations personnelles à des fins de marketing, de vente, ou de distribution. En outre, DCPS fournit un accès public à son calendrier d'enquêtes, qui notifie les parents et les élèves éligibles, au début de chaque année scolaire et de manière continue, des dates précises ou approximatives des activités suivantes (en donnant la possibilité de refuser la participation d'un élève à l'activité) :

- La collecte, la divulgation ou l'utilisation d'informations personnelles à des fins de marketing, de vente ou de distribution ;
- L'administration de toute enquête relative à des informations protégées non financée en totalité ou en partie par l'USDE ; et
- Tout dépistage ou examen physique invasif non urgent défini ci-dessus.

Les politiques de DCPS relatives aux droits visés par PPRA, ainsi que le calendrier d'enquêtes, peuvent être consultés sur le site Web suivant : <http://dcps.dc.gov/page/conduct-research-or-obtain-confidential-data>. En outre, les parents / tuteurs et les élèves éligibles peuvent également contacter leur école de quartier pour connaître les politiques de DCPS relatives aux droits visés par PPRA, ainsi que le calendrier d'enquêtes.

Les parents / tuteurs et les élèves éligibles qui estiment que leurs droits ont été violés peut déposer une plainte auprès du bureau suivant :

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-4605

Formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire (prestataire) du District de Columbia



Parent/Guardian Instructions:

Partie 1: Veuillez remplir toutes les sections y compris la race et la catégorie ethnique de l'enfant. Veuillez indiquer le quartier ou se situe l'adresse de votre domicile. Précisez le prestataire de soins de santé primaires, le prestataire de services dentaires et toute couverture par une assurance dentaire. Si l'enfant n'a pas de prestataire de services dentaires et n'a pas d'assurance, alors écrivez « Néant » dans chaque case.

Partie 2: En signant cette section le parent ou le tuteur autorise le dentiste ou l'établissement à partager les renseignements relatifs à la santé bucco-dentaire sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève, le Département de la Santé ou l'organisme qui a demandé ce document. Tous les renseignements demeureront confidentiels. **Ce formulaire ne sera pas considéré complet sans la signature du parent ou du tuteur et la date. Le parent ou tuteur doit imprimer, signer et dater cette partie.**

Partie 1: Renseignements personnels de l'enfant (à remplir par le parent/tuteur)

Nom de famille de l'enfant:	Prénom et deuxième prénom de l'enfant:	Date de naiss.: MM/JJ/AAAA	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	École ou garderie: Classe :
Nom du parent/tuteur 1:	Téléphone 1: <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Adresse du domicile:		Quartier:
Nom du parent/tuteur 2:	Téléphone 2: <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Bureau	Contact en cas d'urgence:	Téléphone:	
Race/Ethnicité: <input type="checkbox"/> Blanc Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Noir Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou île du Pacif. <input type="checkbox"/> Autre				
Prestataire de soins primaires (Médical):	Dentiste/Prestataire de soins dentaires :	Type d'assurance dentaire: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant <input type="checkbox"/> Autre		

Partie 2: Signatures requises du parent/tuteur

Décharge du parent/tuteur relative à la divulgation des renseignements sur la santé:

J'autorise le dentiste ou l'établissement ayant signé à partager les renseignements sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève, ou le Département de la Santé.

NOM du parent/tuteur en maj.:	SIGNATURE du parent/tuteur:	Date:
-------------------------------	-----------------------------	-------

Instructions pour le prestataire de soins dentaires :

Partie 3: Encerclez Oui ou Non dans la colonne résultats. Pour Oui, veuillez expliquer dans la Section Commentaires.

Partie 4 Indiquez si l'enfant a été examiné de façon appropriée et si le traitement est achevé. Si le traitement est inachevé, réferez le patient pour des soins de suivi. Le dentiste doit **signer, dater et fournir les informations requises.**

Partie 3: Résultats de l'enfant et recommandations aux parents (veuillez indiquer dans la colonne résultats)

FORMULAIRE CONFIDENTIEL

	Résultats	Commentaires
Inflammation gingivale	O N	
Plaque et/ou calcul	O N	
Attaches gingivales anormales	O N	
Malocclusion	O N	
Caries dentaires traitées	O N	
Caries dentaires non traitées	O N	<input type="checkbox"/> Cochez si urgent
Résines sur les molaires permanentes	O N	
Fente labiale et palatine	O N	
Services de prévention réalisés	O N	Quels types de services de prévention ont été réalisés ? <input type="checkbox"/> Prophyl <input type="checkbox"/> Fluor <input type="checkbox"/> Hygiène buccale

Partie 4: Évaluation finale/ Signature du prestataire de soins dentaires requise

Cet enfant a été correctement examiné. Le traitement <input type="checkbox"/> est achevé <input type="checkbox"/> n'est pas achevé <input type="checkbox"/> sous traitement <input type="checkbox"/> refus de traitement <input type="checkbox"/> inutile. L'enfant doit être traité <input type="checkbox"/> d'urgence <input type="checkbox"/> de manière non urgente et il est sous traitement <input type="checkbox"/> par moi ou <input type="checkbox"/> a été référé à :			
Signature du DDS/DMD :		Nom en majuscules:	
Adresse:	Fax:	Téléphone:	Date:

Certificat de santé du District de Columbia:

Ce formulaire remplace le formulaire d'évaluation dentaire utilisé lors de l'entrée dans les écoles de D.C., le programme Head Start, les garderies, les camps, les programmes parascolaires, les activités sportives et athlétiques ou toute autre activité du District de Columbia exigeant un examen physique. Le formulaire a été élaboré par le Département de la Santé de D.C. et se conforme aux directives de l'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD) en matière d'évaluations de santé bucco-dentaire obligatoires pour l'entrée à l'école. L'AAPD recommande qu'un enfant fasse l'objet d'une évaluation bucco-dentaire dans les six mois suivant la sortie de sa première dent et pas plus tard qu'à son premier anniversaire. Le Département de la Santé de D.C. recommande que tous les enfants âgés de 3 ans et plus fassent l'objet une évaluation bucco-dentaire réalisée par un dentiste agréé et fassent remplir une copie du formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire de D.C. Ce formulaire est un document confidentiel. La confidentialité se conforme aux exigences de la loi américaine sur l'assurance maladie de 1996 (Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) applicable aux prestataires de services de santé et de la loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (The Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) applicable aux Écoles de D.C. et d'autres prestataires.

Avis concernant le droit parental à l'information

Cher parent,

Conformément à la loi de 2015 sur la réussite de chaque élève (*Every Student Succeeds Act*), les écoles publiques du District de Columbia (DCPS) vous informent que vous avez le droit de demander à connaître les qualifications professionnelles des enseignants de votre enfant. DCPS se fera un plaisir de vous fournir ces renseignements. Vous pouvez demander à tout moment les informations suivantes :

- si l'enseignant répond aux critères de qualification et d'agrément du District de Columbia pour les niveaux scolaires et disciplines pédagogiques qu' il enseigne,
- si l'enseignant enseigne avec statut exceptionnel ou temporaire et, de ce fait, les critères de qualification et d'agrément du District de Columbia ne sont pas pris en compte,
- si l'enseignant enseigne la discipline pour laquelle il est certifié.

Vous pouvez également demander à tout moment si votre enfant profite des services d'assistants pédagogiques et, si oui, quelles sont leurs qualifications.

Merci d'adresser vos demandes concernant les qualifications des enseignants et assistants pédagogiques ainsi que toute autre question sur le présent avis aux écoles publiques du District de Columbia à l'adresse dcps.hrdataandcompliance@dc.gov ou par fax au (202) 535 2483.