



Bureau du Surintendant d'État à l'Éducation

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MÉDICAL COVID-19 ET DE CERTIFICATION POUR L'APPRENTISSAGE À DISTANCE, ANNÉE SCOLAIRE 2021-22 : ÉTAT DU MEMBRE DU MÉNAGE, APPRENTISSAGE À DISTANCE RECOMMANDÉ

Le présent formulaire doit être utilisé pour demander un apprentissage à distance à la suite de la COVID-19 en raison de l'état de santé d'un **membre du ménage** d'un élève. Le présent formulaire ne doit PAS être utilisé pour documenter une exigence ou une recommandation d'apprentissage à distance en raison de l'état de santé d'un élève, ni pour documenter des demandes d'instruction à domicile et à l'hôpital pour un élève non liées à la COVID-19.

Le parent/tuteur (ou l'élève adulte âgé(e) de 18 ans ou plus) et le membre du ménage concerné doivent remplir la Partie I. Le parent/tuteur (ou l'élève adulte) doit également remplir la Partie IV.

Le prestataire de soins de santé du membre du ménage doit remplir la Partie II.

Le prestataire de soins de santé de l'élève doit remplir la Partie III.

Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires. Seuls les formulaires comportant des réponses complètes dans tous les champs seront pris en compte.

PARTIE I : À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR DE L'ÉLÈVE (OU L'ÉLÈVE, S'IL/ELLE A 18 ANS OU PLUS) ET LE MEMBRE DU MÉNAGE (OU LE PARENT/TUTEUR DU MEMBRE DU MÉNAGE, SI LE MEMBRE DU MÉNAGE A MOINS DE 18 ANS)

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève _____ DDN _____

Adresse _____ Téléphone _____

École d'inscription _____

MEMBRE DU MÉNAGE (Personne vivant dans le même ménage que l'élève répertorié ci-dessus et dont l'état de santé place l'individu à un haut risque de maladie grave due à la COVID-19.)

Nom du membre du ménage _____ DDN _____

Adresse _____ Téléphone _____

Nom de l'élève _____ DDN _____

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR/ÉLÈVE ADULTE et MEMBRE DU MÉNAGE :

Par la présente, j'autorise _____ et _____ à communiquer, divulguer ou partager les informations contenues dans ou liées au présent formulaire, et à divulguer les informations figurant dans tous les dossiers scolaires et médicaux dans le cadre de la demande d'inscription à un programme d'enseignement à distance pour l'élève susmentionné pour des raisons liées à la maladie de COVID-19. Je comprends que les informations communiquées, divulguées ou échangées peuvent être écrites et/ou orales, et qu'elles ne le seront que dans le but de déterminer si l'inscription à un programme d'enseignement à distance convient à l'élève susmentionné.

Je comprends que le présent formulaire de certification médicale peut être examiné et contrôlé par l'organisme local responsable de l'enseignement ou par l'école de mon enfant (ou le mien ou la mienne, si je suis un élève âgé de 18 ans ou plus).

Je comprends que la période de validité du présent formulaire de certification médicale sera pour l'année scolaire 2021-22.

Je comprends que le présent formulaire ainsi que toutes les pièces justificatives jointes seront conservés par l'école et je consens à ce qu'ils soient mis à la disposition du Bureau du Surintendant d'État à l'Éducation (OSSE), des vérificateurs externes et d'autres organismes du district, y compris mais sans s'y limiter au Bureau de l'inspecteur général du DC et au Bureau du procureur général du DC, sur demande, à des fins d'audit, de vérification et/ou d'enquête.

Je comprends que si je fais une fausse déclaration intentionnelle sur ce formulaire ou sur la(les) pièce(s) jointe(s) à ce formulaire, je suis passible de poursuites en vertu de l'article 22-2405 du Code officiel du DC, et d'une amende maximale de 1 000 dollars et/ou d'une peine de prison pouvant aller jusqu'à 180 jours.

Nom du parent/tuteur (ou de l'élève s'il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus) _____ Téléphone _____

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève s'il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus) _____ Date _____

Nom du membre du ménage (ou du parent/tuteur du membre du ménage, si le membre du ménage a moins de 18 ans)

_____ Téléphone _____

Signature du membre du ménage (ou du parent/tuteur du membre du ménage, si le membre du ménage a moins de 18 ans)

_____ Date _____

PART II: MEDICAL CERTIFICATION:

To Be Completed by the Household Member's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This form must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Note: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has defined a list of conditions that place an individual at higher risk for severe illness due to COVID-19.¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is recommended for an individual due to a health condition of a member of their household. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgment.

Patient Name _____ DOB _____

**The patient is the household member of the student listed below.*

Student Name _____ DOB _____

Student School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY, based on providing direct patient care or reviewing medical documentation of such care, that the patient identified above (who has represented to me to be the household member of the student identified in Part I above) has the following health condition(s) that put(s) them at high risk of severe illness from COVID-19, consistent with guidance from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

[] I HEREBY RECOMMEND that the student identified above participates in distance learning, because it is my professional opinion that the student's in-person attendance at school would endanger the patient due to their documented medical condition identified above.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant completing this form

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician assistant practice stamp

¹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

PART III: CERTIFICATION OF VACCINE ELIGIBILITY:

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

For any student for which distance learning is recommended due to a health condition of a household member, as certified by the licensed health care professional in Part II, this section is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified above is [] eligible [] ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19.

If ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19:

Please describe why the student is ineligible for the COVID-19 vaccine:

[] Age [] Medical condition _____ [] Other _____

The student's ineligibility is [] permanent or [] temporary.

If the student is ineligible on a temporary basis for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, please indicate the date or circumstance upon which the student will become eligible for the COVID-19 vaccine.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant completing this form

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician assistant practice stamp

PARTIE IV : SUPPORTS D'APPRENTISSAGE À DISTANCE :

À remplir par le parent/tuteur (ou l'élève adulte, s'il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus)

Cette partie IV est obligatoire et doit être remplie dans son intégralité. Toutes les informations fournies dans le cadre de cette demande peuvent faire l'objet d'une vérification

Les organismes locaux responsables de l'enseignement (Local Education Agencies/LEA) du District de Columbia proposent un apprentissage à distance pour prendre en charge les élèves ayant des besoins médicaux au cours de l'année scolaire 2021-2022, afin de protéger la communauté de la propagation de la COVID-19. Cependant, la capacité d'apprentissage à distance est limitée. Si davantage de familles demandent l'apprentissage à distance au cours de l'année scolaire 2021-22 qu'il y a des places disponibles, les LEA et les écoles devront déterminer quel(s) élève(s) recevront les places disponibles en matière d'apprentissage à distance. Pour aider les LEA et les écoles à prendre cette décision et à fournir un apprentissage à distance aux élèves ayant un besoin particulier et affichant une forte probabilité de réussite, les parents/tuteurs **doivent** répondre aux questions suivantes pour examen par le LEA ou l'école de leur enfant. Ces réponses seront utilisées pour démontrer l'état de préparation et la probabilité de réussite en matière d'apprentissage à distance. Veuillez utiliser l'espace fourni, sauf indication contraire.

Nom de l'élève _____ DDN _____

École d'inscription _____

1. **Décrivez les obstacles sanitaires liés à la COVID-19 que l'élève et/ou la famille ont rencontrés et qui font de la présence en personne de l'élève un défi au cours de l'année scolaire 2021-22. Vous pouvez joindre des documents supplémentaires pour étayer votre réponse descriptive.**

2. **Décrivez comment le parent ou le tuteur assurera la participation régulière et opportune de l'élève à l'apprentissage à distance.**

3. **Décrivez l'environnement d'apprentissage de l'élève pendant qu'il fréquente l'école via l'apprentissage à distance, ainsi que les mesures que le parent ou tuteur prendra pour fournir une supervision et un soutien adaptés à l'âge afin que les élèves puissent s'engager pleinement.**

4. **Votre enfant a-t-il accès à Internet et à un dispositif d'apprentissage à distance ? Si non, décrivez les supports nécessaires de la part de l'école pour sécuriser l'accès à Internet et un dispositif d'apprentissage à distance.**

Nom de l'élève _____ DDN _____

En signant le présent formulaire, je reconnais ce qui suit :

- Je demande un apprentissage à distance pour mon enfant ou pour l'enfant dont je suis le tuteur (dénommé « mon enfant » tout au long du présent document).
- Je comprends qu'en vertu de la loi du DC, l'éducation de mon enfant est obligatoire (requis) pour les enfants âgés de 5 à 18 ans, elle n'est pas facultative.
- Je comprends qu'il est illégal pour mon enfant de s'absenter de l'école sans excuse valable.
- Je comprends que la loi du DC limite le nombre d'absences non excusées, que ce soit pour l'apprentissage à distance ou les cours en personne, qu'un enfant peut accumuler avant que l'école ne signale ce dernier.
 - Élèves de 5 à 13 ans : 10 journées complètes à école - renvois à l'Organisme de services à l'enfance et à la famille (CFSA) ;
 - Élèves de 14 à 17 ans : 15 journées complètes - renvois à la Division des services sociaux du tribunal de la famille des tribunaux du District de Columbia (FCSSD) ;
- L'école de mon enfant peut offrir un apprentissage à distance à mon enfant si les normes décrites dans le présent formulaire sont respectées, mais elle n'est pas obligée de le faire ;
- Je comprends que tout apprentissage à distance approuvé par le biais de l'examen du présent formulaire ne s'étendra pas au-delà de l'année scolaire 2021-22 ;
- Je comprends que si mon enfant est autorisé à remplir les exigences d'éducation via l'apprentissage à distance, il peut reprendre l'apprentissage en personne au cours de l'année scolaire 2021-2022 à la discrétion de l'école ;
- Je comprends que même si mon enfant est autorisé à participer à l'apprentissage à distance, une fréquentation régulière est requise et enregistrée quotidiennement. Si un élève manque l'école, une excuse valable est requise dans les 5 jours suivant l'absence, pour que cette dernière soit considérée comme excusée.
- Je comprends que fréquenter l'école à distance signifie être présent à toutes les classes, et cela peut signifier garder la vidéo allumée tout au long des cours si les classes sont en direct, ainsi que répondre rapidement lorsqu'on y est invité ;
- Je comprends que si mon enfant n'a pas une assiduité satisfaisante à l'école offerte via l'apprentissage à distance à tout moment de l'année scolaire 2021-2022, l'autorisation de l'élève pour l'apprentissage à distance peut être révoquée et mon enfant devra y assister en personne ;
- Je soutiendrai l'enseignement de mon enfant en matière d'apprentissage à distance en lui fournissant un espace sans distraction pour participer à cet apprentissage, et je maintiendrai une communication régulière avec l'école de mon enfant comme demandé, ou si mon élève ou notre ménage a du mal à se conformer aux exigences de l'apprentissage à distance ou de l'assiduité ; et
- Je fournirai le niveau de supervision approprié pour m'assurer que l'enfant est en sécurité à la maison et focalisé sur l'apprentissage à distance.

Nom du parent/tuteur (ou de l'élève s'il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus) Nom _____ Téléphone _____

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève s'il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus) Signature _____ Date _____

RÉSERVÉ AU BUREAU DE L'ÉCOLE | Formulaire de consentement médical et de certification reçu par le responsable de l'école

Nom de l'élève _____ DDN _____