



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

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

**\*\* Remarque :** ce formulaire ne doit être utilisé que pour documenter une demande d'apprentissage à distance pour l'année scolaire 2021-22 en raison d'un besoin médical ou de santé de l'élève imputable au coronavirus (COVID-19). Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les demandes d'enseignement à domicile et en milieu hospitalier sans rapport avec la maladie de COVID-19. Pour ce type de demande, veuillez vous référer à la politique et aux procédures relatives à l'enseignement à domicile et en milieu hospitalier de l'agence locale d'éducation.

### PARTIE I : À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR

#### INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ DDN \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

École d'inscription \_\_\_\_\_

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR : Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_ *(le fournisseur de soins de santé)*

et \_\_\_\_\_ *(l'école d'inscription)* à communiquer, divulguer ou partager les informations contenues dans ou liées au présent formulaire, ou à divulguer les informations figurant dans le dossier scolaire et médical de mon enfant dans le cadre de ma 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 ce formulaire de certification médicale peut être examiné et contrôlé par l'agence locale d'éducation ou par l'école de mon enfant.

Je comprends que la **période de validité de ce formulaire de certification médicale sera d'un semestre académique (ou deux trimestres, pour les écoles qui suivent un calendrier trimestriel) pendant l'année scolaire 2021-22**. Tout besoin médical permanent requérant un enseignement à distance au-delà d'une période d'un semestre nécessitera la présentation d'un nouveau formulaire de certification médicale.

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 de l'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 et à des fins d'audit et de vérification.

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

Nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARTIE II : CERTIFICAT MÉDICAL :  
À REMPLIR PAR UN MÉDECIN OU UN INFIRMIER PRATICIEN AGRÉÉ**

*Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité. Tous les champs sont obligatoires et toutes les informations fournies dans le cadre de cette demande peuvent faire l'objet d'une vérification.*

*Remarque : Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) ont établi une liste de maladies qui exposent les personnes à un risque plus important de complications de la COVID-19. <sup>1</sup> Le CDC n'a pas défini de liste de problèmes de santé pour lesquels une personne peut demander à bénéficier d'un apprentissage à distance. La prise d'une telle décision doit être éclairée par le meilleur jugement professionnel d'un clinicien.*

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ DDN \_\_\_\_\_

École d'inscription \_\_\_\_\_

J'atteste par la présente que l'élève identifié souffre du ou des problème(s) de santé physique ou mentale mentionné(s) ci-dessous et que cela lui impose d'adopter le système d'apprentissage à distance, du fait de la maladie de COVID-19 : \_\_\_\_\_

Expliquez comment le(s) problème(s) de santé physique ou mentale de l'élève susmentionné(s) lui IMPOSE(NT) d'adopter le système d'apprentissage à distance, du fait de la maladie de COVID-19 : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE L'INFIRMIER PRATICIEN**

Nom du médecin et de l'infirmier praticien ayant rempli le présent formulaire : \_\_\_\_\_

Numéro d'identifiant national du fournisseur (NPI) : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Cachet du cabinet du médecin ou de l'infirmier praticien  
agrée :

**RÉSERVÉ AU BUREAU DE L'ÉCOLE | Formulaire de consentement médical COVID-19 et de certification**

Nom du responsable de l'école : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html)