



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 DE L'ÉLÈVE, APPRENTISSAGE À DISTANCE REQUIS

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

*** Remarque, le présent formulaire ne doit être utilisé que pour documenter l'état de santé d'un élève pour lequel l'apprentissage à distance est requis. Le présent formulaire ne doit pas être utilisé pour documenter une recommandation d'apprentissage à distance en raison de l'état de santé d'un élève ou d'un membre du ménage, ni pour documenter des demandes d'instruction à domicile et à l'hôpital non liées au coronavirus (COVID-19).*

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 _____ et _____ 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 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.

Je comprends que la période de validité du présent formulaire de certification médicale sera 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 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, de vérification et/ou d'enquête.

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 _____

**PART II: MEDICAL CERTIFICATION:
TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER**

This form must be completed in its entirety. All fields are required and 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 complications of COVID-19.¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is required. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgement.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified has the following physical or mental health condition(s) which REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19: _____

Describe how the student's physical or mental health condition(s) above REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19:

PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER SIGNATURE

Name of licensed physician or licensed nurse practitioner completing this form: _____

National Provider Identifier (NPI) Number: _____

Practice Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Date: _____

Licensed physician or nurse practitioner office stamp:

SCHOOL OFFICE USE ONLY | COVID-19 Medical Consent and Certification Form

School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____

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