



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

Formulaire d'exemption médicale pour les évaluations planifiées à l'échelle de l'État du DC

Directives : Ce formulaire peut être utilisé pour demander une exemption de test au nom d'un élève souffrant d'une affection médicale connue ou présentant une urgence médicale. L'une des conditions suivantes doit être remplie pour que l'exemption d'une évaluation planifiée à l'échelle de l'État soit approuvée :

1. L'élève souffre d'une **affection médicale** ou est tombé **gravement malade**
**Pour les demandes d'exemption médicale, la déclaration et la signature du médecin traitant ou du psychiatre doivent être inscrites sur ce formulaire. Cette demande doit être soumise à l'OSSE avant la première journée de test à l'école d'origine de l'élève.*
2. L'élève fait face à une **urgence médicale**, incluant entre autres :
 - Une urgence médicale potentiellement mortelle
 - Une blessure grave
 - Une crise de santé mentale

**Pour les demandes d'exemption pour urgence médicale, la déclaration et la signature du médecin traitant ou du psychiatre doivent être inscrites sur ce formulaire. Les demandes d'exemption pour urgence médicale doivent être soumises à l'OSSE dans les dix jours ouvrables suivant la fermeture de la fenêtre d'examen.*

Pour demander une exemption de test pour ces motifs, vous devez soumettre un formulaire d'exemption médicale dûment rempli et une déclaration signée par le médecin traitant de votre élève. Ladite déclaration doit :

1. Décrire la nature du problème de santé ou du traitement extraordinaire ; et
2. Confirmer que le problème de santé ou le traitement extraordinaire a eu des répercussions importantes sur l'accès de l'élève aux services éducatifs depuis le début ou que l'élève est physiquement trop fragile pour participer aux évaluations nationales de l'État de DC.

Le directeur de l'école, son représentant ou le coordonnateur de l'évaluation sont chargés de veiller à ce que les sections appropriées de ce formulaire soient remplies. Une fois rempli, le formulaire doit être téléversé dans l'[Outil de soutien de l'OSSE](#) dans les délais indiqués ci-dessus. L'OSSE communiquera sa décision finale au LEA. Le LEA est tenu de conserver ces informations dans ses dossiers pendant au moins quatre ans. Le personnel de l'école est chargé de veiller à ce qu'une copie du formulaire dûment rempli de demande d'exemption médicale des évaluations planifiées à l'échelle de l'État du DC soit obligatoirement ajoutée au dossier de l'élève.

Les exemptions médicales sont valables toute l'année scolaire au cours de laquelle elles sont approuvées. Veuillez noter que le Bureau du Surintendant d'État à l'Éducation peut exiger des documents de la part des LEA concernant les demandes d'exemption médicale des élèves. Les élèves bénéficiant d'une exemption des évaluations planifiées à l'échelle de l'État ne seront pas pris en compte lors des calculs de responsabilité de la LEA ou de l'établissement scolaire. Pour être considéré comme un document valide aux fins d'exemption, le formulaire doit comporter **une déclaration signée du médecin traitant ou du psychiatre de l'élève**. Les soumissions de formulaires d'exemption ne comportant pas de signature valide peuvent être considérées comme une fausse certification d'un formulaire de sécurité du test, ce qui constitue une violation. En outre, tous les champs du formulaire doivent être remplis, corrects et lisibles pour que les élèves soient considérés comme admissibles à une exemption médicale.



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

Formulaire d'exemption pour urgences médicales dans le cadre des examens médicaux organisés au niveau de l'État de DC

Les LEA doivent transmettre à l'OSSE le présent formulaire dûment rempli et authentifié via l'outil de téléchargement de documents appelé OSSE Support Tool.

Veuillez remplir le tableau ci-dessous:

Section 1. Informations sur l'élève	
Nom ou code du LEA :	Nom ou code de l'école :
Nom de l'élève :	USI de l'élève :
Classe de l'élève :	Évaluation(s) nationale(s) de l'État de DC : <input type="checkbox"/> DC CAPE ELA/alphabétisation <input type="checkbox"/> MSAA en ELA <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> DC CAPE Mathématiques <input type="checkbox"/> MSAA en mathématiques <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> DC CAPE Science <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
Section 2. Justification d'absence (à remplir et à signer par le parent ou le tuteur légal de l'élève)	
Date de la blessure/maladie :	Description de la blessure/maladie :
Signature du parent :	Date de signature :
Section 3. Diagnostic du médecin/psychiatre (à remplir et à signer par un médecin ou un psychiatre agréé)	
Nom du médecin/psychiatre :	Nom du cabinet :
Adresse (rue, ville, état, code postal) :	
Diagnostic primaire :	Date(s) à laquelle l'élève est dispensé de l'évaluation :
Déclaration du médecin/psychiatre : Je confirme par la présente que l'absence de l'élève _____ (nom de l'élève) est demandée par un médecin en raison d'une maladie potentiellement mortelle ou d'une urgence médicale. Par ma signature, j'atteste avoir examiné l'élève désigné dans le présent document et je certifie que l'élève n'est pas en mesure de participer au test.	
Signature du médecin/psychiatre :	Date de signature :
Section 4. Contrôle de l'école et du LEA	
Le coordonnateur de l'intégrité du test et le contrôleur du test doivent vérifier l'exhaustivité et l'exactitude de ce formulaire avant de le transmettre à l'OSSE. La copie originale de ce formulaire dûment rempli doit être conservée dans les archives de l'école.	
Nom du contrôleur du test :	
Signature du contrôleur du test :	Date :
Nom du coordinateur de test :	
Signature du coordinateur de test :	Date :
Signature du personnel de l'OSSE :	Date :