

# Informations sur l'élève en cas d'urgence

Office of Student and Family Support and Engagement  
Montgomery County Public Schools  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 565-1 de MCPS  
Août 2022  
Page 1 sur 2

**INSTRUCTIONS :** Veuillez remplir ce formulaire recto verso et le renvoyer à l'école de votre enfant dans les meilleurs délais. Les dernières informations peuvent être transmises via la vérification annuelle de ParentVUE, veuillez vous rendre sur <https://www.montgomeryschoolsmd.org/parents/tech-info-support.aspx> pour plus d'informations sur la façon de vous inscrire à ParentVUE.

Nom de l'élève (nom, prénom, deuxième prénom)			Prénom d'usage de l'élève		
Identifiant MCPS	Grade	Section	Professeur principal		
Téléphone principal	Date de naissance	<b>GRADES 6-12 UNIQUEMENT</b> (voir au verso) <input type="checkbox"/> Ne peut <b>PAS</b> participer	YRBS/YTS	<b>GRADES 11 ET 12 UNIQUEMENT</b> <input type="checkbox"/> Ne communiquez aucune coordonnée aux recruteurs militaires.	
Adresse du domicile		Langue parlée à la maison	Langues de correspondance préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Amharique <input type="checkbox"/> Portugais		
N° de ligne de bus	De :	À	Problèmes liés à la garde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, contactez l'école)		
L'élève est-il à la charge d'un membre des forces armées actif à temps plein dans l'armée, la marine, l'armée de l'air, le corps des Marines, la force spatiale ou la garde côtière ou d'un membre des forces armées réservistes ou de la garde nationale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom du parent/tuteur légal résidant à l'adresse de domicile de l'élève mentionné ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom) (A contacter en premier)			Nom du parent/tuteur légal résidant à l'adresse de domicile de l'élève mentionné ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)		
Téléphone professionnel		Téléphone portable		N° de tél. portable	
Email			Adresse e-mail		
Relation à l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)			Relation à l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)		
Nom du parent/tuteur légal ne résidant <b>PAS</b> à l'adresse de domicile de l'élève mentionné ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)			Nom du parent/tuteur légal ne résidant <b>PAS</b> à l'adresse de domicile de l'élève mentionné ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)		
Adresse personnelle de cet adulte			Adresse personnelle de cet adulte		
Téléphone professionnel		Téléphone portable		N° de tél. portable	
Téléphone fixe		Email		Email	
Relation à l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)			Relation à l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)		
Personne/organisation responsable de l'élève <b>Avant l'école</b> —Nom (nom, prénom) (si différent des parents/tuteurs légaux indiqués ci-dessus)					
Adresse					
Téléphone fixe		Téléphone portable		Email	
Téléphone professionnel		Relation à l'élève (le cas échéant)			
Personne/organisation responsable de l'élève <b>Après l'école</b> —Nom (nom, prénom) (si différent des parents/tuteurs légaux indiqués ci-dessus)					
Adresse					
Téléphone fixe		Téléphone portable		Email	
Téléphone professionnel		Relation à l'élève (le cas échéant)			
Personnes à contacter en cas d'urgence En cas d'urgence qui obligerait l'école à libérer les élèves par les protocoles de rassemblement parents/enfants et lorsque les adultes responsables déjà indiqués ne sont pas joignables, l'école peut laisser l'élève à ces individus.					
Numéro de contact en cas d'urgence n°1 : (Nom, prénom)				Relation à l'élève	
Téléphone fixe		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
Email					
Numéro de contact en cas d'urgence n°2 : (Nom, prénom)					
Téléphone fixe		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
Email					
Numéro de contact en cas d'urgence n°3 : (Nom, prénom)					
Téléphone fixe		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
E-mail					

Nom du médecin/prestataire des soins de santé autorisé	N° de téléphone du médecin/prestataire des soins de santé autorisé
Nom du dentiste/assistant dentaire	N° du dentiste/assistant dentaire
Assurance médicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, cochez la case) <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Health Choice (Medical Assistance) <input type="checkbox"/> Care for Kids	
Les autorités scolaires administreront les premiers soins et/ou emmèneront votre enfant si cela semble nécessaire chez un médecin ou à l'hôpital pour effectuer des premiers soins en cas d'urgence dès lors qu'aucun des responsables mentionnés ci-dessus n'est joignable. (L'équipe de secours sera déployée si nécessaire en situation d'urgence).	
L'élève est-il allergique aux piqûres d'abeilles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, merci d'indiquer toute information nécessaire telle qu'une description des réactions, le traitement pris, etc.)	
L'élève est-il allergique à un aliment et/ou médicament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, merci d'indiquer toute information nécessaire telle qu'une description des réactions, le traitement pris, etc.)	
L'élève a-t-il d'autres allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, merci d'indiquer toute information nécessaire telle qu'une description des réactions, le traitement pris, etc.)	
L'élève emporte-t-il avec lui un auto-injecteur d'épinéphrine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, <a href="#">LE FORMULAIRE MCPS 525-14 est à remplir et renvoyer à l'école</a> )	
L'élève emporte-t-il avec lui un autre médicament à utiliser en cas d'urgence (inhalateur pour l'asthme, par exemple) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, <a href="#">le Formulaire 525-13 de MCPS doit être rempli et renvoyé à l'école</a> )	
Souhaitez-vous nous informer d'autres éléments médicaux concernant l'élève ? (par exemple, asthme ou autres problèmes respiratoires, diabète, crises, ou tout autre problème ?) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez	
L'élève a-t-il un état de santé susceptible de nécessiter un soin d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez	
Médicaments prescrits actuellement (facultatif)	
Y a-t-il un traitement ou des médicaments (sonde, cathétérisme) que le personnel de l'école doit administrer régulièrement, quotidiennement ou lorsque nécessaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, <a href="#">LE FORMULAIRE MCPS 525-12, 525-13 OU LE FORMULAIRE MCPS 525-14 est à remplir et renvoyer à l'école</a> )	
Nom en majuscule du parent/tuteur légal	
Je comprends que la soumission électronique du présent formulaire et ma signature électronique sont destinées à être, constituant, et sont équivalentes à ma signature personnelle.	Date
Signature du parent	

**Pour les élèves des grades 6 à 12 UNIQUEMENT**

**Informations aux parents/tuteurs légaux des collégiens et lycéens concernant le sondage sur le tabagisme et les comportements à risque chez les jeunes dans le Maryland (Maryland Youth Risk Behavior Survey/Youth Tobacco Survey (YRBS/YTS))**

Cette section du formulaire est destinée à porter à votre connaissance l'enquête sur le tabagisme et les comportements à risque chez les Jeunes du Maryland ainsi que les procédures à suivre si vous ne voulez PAS que votre enfant participe à cette enquête YRBS/YTS.

L'école de votre enfant peut participer au sondage YRBS/YTS, mené par le Département de la Santé du Maryland (Maryland Department of Health, MDH) en collaboration avec le Département de l'Éducation du Maryland (Maryland State Department of Education, MSDE) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). L'enquête a été conçue par le CDC pour identifier les comportements à risque et promouvoir une plus grande sécurité notamment en matière de port du casque et utilisation de la ceinture de sécurité ; dépression et santé mentale ; consommation de tabac, d'alcool ou autres drogues ; alimentation et activité physique ; comportements sexuels.

Elle a été conçue de sorte à protéger la vie privée de votre enfant. L'enquête est confidentielle et les élèves n'y inscriront pas leur nom. Aucun nom d'élève ou d'école ne sera mentionné dans un rapport de résultats du sondage.

**La participation au sondage n'est que volontaire. Si une question le met mal à l'aise, votre enfant peut passer à la question suivante.** Aucune action ne sera prise contre l'école, contre vous ou votre enfant, si celui-ci ne participe pas au sondage. En outre, les élèves peuvent mettre fin à leur participation au sondage à tout moment, sans aucune sanction.

Si vous avez des questions concernant les droits de votre enfant en tant que participant à ce sondage, ou si vous sentez que votre enfant sera affecté par sa participation au sondage, veuillez appeler le numéro gratuit: 1-877-878-3935, laisser un message comprenant votre nom et numéro de téléphone, et quelqu'un vous rappellera dès que possible. Pour plus d'informations concernant le sondage, veuillez consulter [www.cdc.gov/HealthyYouth/](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/).

**Si vous NE VOULEZ PAS que votre enfant participe à ce sondage, (1)veuillez remplir la section au recto de cette feuille qui indique "MYTRBS-Ne Peut Pas Participer," et (2) renvoyez le formulaire d'information d'urgence de l'élève à l'école de votre enfant.**

**QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES**

**Q. Pourquoi le sondage sur le tabagisme/comportement à risques chez les jeunes du Maryland (YRBS / YTS) est-il réalisé ?**

A. Le Ministère de la Santé du Maryland (MDH) et le Ministère de l'Éducation du Maryland (MSDE) utilisent les résultats du YRBS/YTS pour (1) surveiller l'évolution dans le temps des comportements à risques sur la santé chez les élèves du collège et lycée ; (2) évaluer l'impact des mesures mises en place à l'échelle de l'état et à l'échelle locale pour prévenir ces comportements à risques sur la santé ; et (3) améliorer les politiques et programmes scolaires en matière d'éducation sur la santé.

**Q. Ce sondage comporte-t-il des questions délicates ?**

A. Certaines questions peuvent être considérées comme délicates par certains districts, écoles, ou parents/tuteurs légaux. Toutes ces questions sont présentées de manière simple et empathique et ont été conçues par le CDC. Les sujets abordés dans le sondage incluent notamment : le port du casque et de la ceinture de sécurité ; la dépression et la santé mentale ; la consommation de tabac, d'alcool, ou autres drogues ; l'alimentation et l'activité physique ; et les comportements sexuels.

**Q. Les noms des élèves seront-ils inscrits sur les sondages ?**

A. Non. Le sondage vise à protéger la vie privée de votre enfant. Le sondage est administré par un personnel spécialement formé. Les élèves n'incrivent pas leur nom sur le sondage. Lorsque les élèves finissent le sondage, ils mettent le document complété dans une grande boîte ou enveloppe.

**Q. Les élèves sont-ils suivis sur une certaine période pour observer l'évolution de leur comportement ?**

A. Non. Les élèves qui participent ne peuvent pas être suivis car aucune information sur leur identité n'est indiquée sur le sondage.

**Q. Comment les enfants sont-ils choisis pour participer au sondage ?**

A. Environ 360 écoles et 85 000 élèves sont sélectionnés pour participer à travers l'état. Les écoles sont choisies de manière aléatoire dans un premier temps, puis les classes de ces écoles sont choisies de manière aléatoire également. Chaque élève d'une classe sélectionnée peut participer.