



# 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  
Février 2019  
Page 1 de 2

## INSTRUCTIONS : Veuillez remplir ce formulaire recto verso et le renvoyer à l'école de votre enfant dans les meilleurs délais

Nom de l'élève (Nom, prénom, deuxième Prénom)			Prénom d'usage de l'élève		
N° de carte d'étudiant	Grade	Section	Professeur principal		
Téléphone principal	Date de naissance	<b>GRADES 6-12 UNIQUEMENT</b> YRBS/YTS (voir au verso) <input type="checkbox"/> Ne participe PAS	<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	Langue préférée pour la correspondance <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Amharique <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Vietnamien		
N° de ligne de bus	Problèmes liés à la garde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, contactez l'école)				
L'élève est-il/elle enfant à la charge d'un membre des forces actives (à temps plein) de l'Armée, de la Marine, de l'Armée de l'Air, du Corps de la Marine, du Corps des Garde-côtes, de la Garde Nationale, ou des Réservistes (Armée, Garde Nationale de l'Armée des États-Unis, Garde Nationale de l'Armée de l'Air des États-Unis, Marine, Armée de l'Air, Corps de la Marine, ou Corps des Garde-côtes)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de l'adulte responsable résidant à l'adresse du domicile de l'élève mentionnée ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom) (A contacter en premier)			Nom de l'adulte responsable résidant à l'adresse du domicile de l'élève mentionnée ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)		
Téléphone professionnel		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
E-mail		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 de l'adulte responsable qui ne réside <b>PAS</b> à l'adresse personnelle de l'élève mentionnée ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)			Nom de l'adulte responsable qui ne réside <b>PAS</b> à l'adresse personnelle de l'élève mentionnée ci-dessus. (Nom, prénom, initiale de deuxième prénom)		
Adresse personnelle de cet adulte			Adresse personnelle de cet adulte		
Téléphone professionnel		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
Téléphone fixe		E-mail		Téléphone fixe	
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 adultes responsables mentionnés ci-dessus)					
Adresse					
Téléphone fixe		Téléphone portable		E-mail	
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 adultes responsables mentionnés ci-dessus)					
Adresse					
Téléphone fixe		Téléphone mobile		E-mail	
Téléphone professionnel		Relation à l'élève (le cas échéant)			
Personnes à contacter 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	
E-mail					
Numéro de contact en cas d'urgence n°2 : (Nom, prénom)					Relation à l'élève
Téléphone fixe		Téléphone portable		Téléphone professionnel	
E-mail					
Numéro de contact en cas d'urgence n°3 : (Nom, prénom)					Relation à l'élève
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
Hôpital de préférence		
Assurance médicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, cocher une case <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Health Choice (assistance médicale privée) <input type="checkbox"/> Care for Kids		
Les autorités scolaires administreront les premiers soins et/ou emmèneront votre enfant 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 de décrire la réaction, le traitement pris et toute autre information nécessaire)		
L'élève est-il allergique à un aliment et/ou médicament ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, merci de décrire la réaction, le traitement pris et toute autre information nécessaire)		
L'élève a-t-il d'autres allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, merci de décrire l'allergène, la réaction, le traitement pris et toute autre information nécessaire)		
L'élève emporte-t-il avec lui un auto-injecteur d'épinéphrine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, remplir et renvoyer à l'école le formulaire MCPS 525-14)		
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, remplir et renvoyer à l'école le formulaire MCPS 525-13)		
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, préciser)		
L'élève a-t-il une condition de santé susceptible de nécessiter un soin d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, préciser)		
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, remplir et renvoyer à l'école le formulaire MCPS 525-12, 525-13 ou 525-14)		
Nom en majuscule du parent/tuteur légal	Signature du parent/tuteur légal	Date

**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 le sondage sur le tabagisme et les comportements à risque chez les Jeunes dans le Maryland ainsi que les procédures à suivre si vous ne voulez **PAS** que votre enfant participe à ce sondage YRBS/YTS.

L'école de votre enfant peut participer au sondage YRBS/YTS, mené par le Ministère de la Santé du Maryland (Maryland Department of Health, MDH) en collaboration avec le Ministère de l'Éducation du Maryland (Maryland State Department of Education, MSDE) et les centres de contrôle et prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). Le sondage a été conçu 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.

Le sondage a été conçu pour protéger la vie privée de votre enfant. Le sondage est confidentiel 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.

Pour toute question portant sur les droits de votre enfant lors de sa participation à ce sondage, ou si vous estimez que ce sondage peut avoir un impact négatif sur votre enfant, veuillez appeler le numéro gratuit : 1-877-878-3935. Laissez un message en mentionnant votre nom et numéro de téléphone pour être rappelé 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 du recto de cette feuille comportant la mention « MYTRBS - Ne participe pas » et (2) renvoyez le formulaire d'informations sur l'élève en cas d'urgence 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'inscrivent 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.