



# Informations Concernant les Nouveaux Élèves

Office of Shared Accountability, Records Unit  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 560-24 de MCPS  
Février, 2019

**INSTRUCTIONS:** Ce formulaire doit être rempli par le parent/tuteur légal ou l'élève éligible. Pour tous les nouveaux élèves de MCPS ou ceux qui entrent de nouveau à MCPS, les documents suivants doivent être présentés au moment de l'inscription: Résidence à Montgomery County, âge et immunisations, à moins que l'élève ne soit sans abri.

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Doivent correspondre au certificat de la date de naissance ou à une autre preuve de naissance

Nom de Famille Légal \_\_\_\_\_ Prénom Légal \_\_\_\_\_ Deuxième Prénom Légal \_\_\_\_\_

Prénom Préféré de l'Élève \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale (facultatif) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Sexe Masculin  Sexe Féminin

Nom de l'École \_\_\_\_\_ N° d'Identification de MCPS \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

## SONDAGE DU MARYLAND SUR LA LANGUE PARLÉE AU DOMICILE

Conformément aux exigences fédérales et étatiques, le Sondage sur les Langues parlées à la maison sera administrée à tous les élèves et, **utilisé uniquement pour déterminer si un élève a besoin de services de soutien en anglais** et ne sera pas utilisé pour des questions d'immigration ou déclaré aux autorités de l'immigration.

Si une langue autre que l'anglais est indiquée sur deux questions ou plus des trois questions ci-dessous, l'élève sera évalué/e pour déterminer s'il/elle aura besoin de services de soutien en langue anglaise. Des critères supplémentaires pour l'évaluation pourraient être considérés.

Quelle est la langue / Quelles sont les langues que l'élève a appris à parler en premier? \_\_\_\_\_

Quelle(s) langue(s) est-ce que l'élève emploie le plus souvent pour communiquer? \_\_\_\_\_

Quelle est la langue / Quelles sont les langues parlée(s) chez vous? \_\_\_\_\_

## PREUVE D'ÂGE— (preuve de naissance) Indiquez quel document a été fourni

Certificat de Naissance  Passeport/Visa  Certificat du Médecin  Certificat Ecclésial ou Certificat de Baptême  Certificat de l'Hôpital

Affidavit Notarié d'un Parent  Enregistrement de Naissance  Autre Identifications Légale ou Notariée (Préciser) \_\_\_\_\_

## RÉSIDENCE

Adresse de la Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

État \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Adresse E-mail \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone Principal du Domicile ou du Portable \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Circonstances (le cas échéant)

Enfant Sans-Abri/Jeune Non-Accompagné (compléter le [Formulaire 335-77 de MCPS, Formulaire de Statut Sans-Abri pour Les Enfants et Jeunes Non-Accompagnés \(Homeless Status\)](#))

Prise en Charge Informelle par des Proches (compléter le [Formulaire 334-17 de MCPS, Affidavit: Enfants Pris en Charge Informelle par des Proches \(Children in Informal Kinship Care\)](#))

Enfant dont la Garde est Supervisée par l'État du Maryland (Maryland State Supervised Care) (compléter le [Formulaire de MCPS 560-35, Inscription d'un Enfant à la Garde Supervisée de l'état du Maryland et Transfert des Dossiers d'Éducation](#))

**Preuve de Résidence—Le Règlement JEA-RB de MCPS, Inscription des Élèves (Enrollment of Students), exige une copie d'un des documents suivants sauf si sans abri:**

Facture actuelle d'impôt foncier  Contrat de Location Courant  Si la durée originale du bail est expirée, une copie du bail et de la facture des services publics courants

Divulgateion de Logement Partagé (Shared Housing Disclosure) (Formulaire 335-74 de MCPS)

## LANGUE POUR LA COMMUNICATION ÉCRITE

Amharique  Chinois  Anglais  Français  Coréen  Espagnol  Vietnamien

## SERVICES IMMIGRANTS ET EXEMPTIONS ACCORDÉES POUR CERTAINS EXAMENS

Pour déterminer l'admissibilité aux services aux immigrants et/ou l'exemption de certains tests, veuillez fournir les renseignements suivants:

L'élève est-il/elle né(e) en dehors des États-Unis?  Oui  Non **Si Oui:** Durant combien de mois l'élève a-t-il/elle fréquenté le/s Grade/s K-12 dans des écoles américaines?

Date à laquelle l'élève est entré(e) pour la première fois à une école américaine \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## IMMUNISATIONS

Preuve de conformité avec les vaccinations —Le Règlement JEA-RB de MCPS, [Inscription des Élèves](#), exige une copie d'un des documents suivants:

Maryland Department of Health Immunization Certificate 896

Imprimé d'ordinateur d'un cabinet médical  Autre \_\_\_\_\_

## ETHNICITÉ

1. **DÉSIGNATION DE L'APPARTENANCE ETHNIQUE.** Lisez la définition mentionnée ci-dessous et cochez la case qui indique l'héritage de l'élève.

Cet(te) élève est-il/elle Hispanique ou Latino? (Sélectionnez une réponse.)  Oui  Non

Les personnes de culture ou d'origine Cubaine, Mexicaine, Portoricaine, d'Amérique du sud ou centrale, ou d'une autre culture ou origine Espagnole, indépendamment de leur race, sont considérées Hispaniques ou Latinos.

2. **DÉSIGNATION DE LA RACE.** Cochez les cases qui indiquent la race de cet élève. **Vous devez sélectionner au moins une race, indépendamment de la désignation de l'appartenance ethnique. Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse. Indiquez la race de l'élève.** (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)

Amérindiens ou Origine de l'Alaska  Asiatique  Noir ou Afro-Américain  Originaire d'Hawaii ou d'Autres Îles du Pacifique  Blanc

**EXPÉRIENCE SCOLAIRE ACQUISE AU PRÉALABLE**L'élève a-il/elle déjà fréquenté une École Publique de Montgomery County?  Oui  Non**Si Oui:** Nom de la dernière école publique de Montgomery County que l'élève a fréquentée \_\_\_\_\_

Dates de fréquentation \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dernier Grade/Niveau Scolaire \_\_\_\_

**NOM ET ADRESSE DE LA DERNIÈRE ÉCOLE FREQUENTÉE**Date de retrait de l'école \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dernier Grade/Niveau Scolaire \_\_\_\_  École Publique  École Privée**ADULTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE\***

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle:

Lien de Parenté:  Mère  Père  Tuteur Légal Autre \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

N° de Téléphone 1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ N° de Téléphone 2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° de Téléphone 3 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur légal (si autre que l'adulte responsable mentionné ci-dessus:)

Lien de Parenté:  Mère  Père  Tuteur Légal Autre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle:

Lien de Parenté:  Mère  Père  Tuteur Légal Autre \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

N° de Téléphone 1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ N° de Téléphone 2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° de Téléphone 3 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur légal (si autre que l'adulte responsable mentionné ci-dessus:)

Lien de Parenté:  Mère  Père  Tuteur Légal Autre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*  Vérification de la pièce d'identification légale (y compris une photo) et de la preuve de lien de parenté à l'élève de l'adulte/des adultes responsable/s (préciser)L'élève est-il/elle un enfant pris en charge par un Membre Actif des Forces Armées(à temps plein) de l'Armée, de la Marine, de l'Armée de l'Air, de l'Infanterie de la Marine, de la Gendarmerie Maritime, de la Garde Nationale, ou des Réservistes (Armée, Garde Nationale de l'Armée des États-Unis, Marine, Armée de l'Air, Corps de la Marine, Garde Nationale de l'Armée de l'Air des États-Unis, ou Gendarmerie Maritime)?  Oui  Non

Frère(s) et Sœur(s) (nom)

Date de Naissance

École Actuelle

Frère(s) et Sœur(s) (nom)	Date de Naissance	École Actuelle
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

**PARENT N'AYANT PAS LA GARDE DE L'ENFANT (le cas échéant)**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Y a-t-il des Inquiétudes concernant la garde de l'enfant?  Oui  Non Si oui, contactez l'école.**AUTRES INFORMATIONS**

Est-ce-que l'élève possède un Programme d'Éducation individualisée (IEP)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce-que l'élève possède un Plan de la Section 504?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'élève est-il/elle un apprenant(e) de la langue anglaise qui reçoit des services d'ESOL/ESL/ENL* dans le cadre d'un Programme Éducatif d'Enseignement de Langue (LIEP) dans une école américaine? <b>Si Oui</b> , date à laquelle il/elle a suivi le Programme d'ESOL/ESL/ENL/LEIP dans une école Américaine ____/____/____ Si l'élève est sorti(e) du programme, quelle était la date de sortie? ____/____/____ *ESOL—English for Speakers of Other Languages (Anglais pour les Locuteurs d'Autres Langues)/ESL—English as a Second Language (Anglais comme Seconde Langue) /ENL—English as a New Language (Anglais comme Nouvelle Langue)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'élève a-t-il/elle été suspendu(e) de l'école? Si oui, l'élève est-il/elle actuellement suspendu/e	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
L'élève a-t-il/elle déjà été expulsé(e) de l'école? <b>Si oui</b> , l'élève est-il/elle actuellement expulsé(e) de l'école?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
Si l'élève est inscrit(e) après le début de l'année scolaire, voulez-vous que les informations ne soient pas divulguées dans l'annuaire de l'école? <b>Si Oui</b> , remplir le Formulaire 281-13, de MCPS Annual Notice for Directory Information and Student Privacy.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Les renseignements fournis sur ce formulaire et sur les pièces jointes sont à ma connaissance, vrais, exacts et complets. Je comprends que la falsification de toute information soumise constitue un motif de refus d'inscription. De plus, je comprends que je suis responsable de signaler au directeur/à la directrice si l'élève devient un non-résident de ce comté et que je suis responsable des frais de scolarité durant les périodes où l'élève peut être un non-résident, à moins qu'il/elle ne soit sans abri. Si l'élève possède un IEP, je comprends qu'une équipe de l'IEP doit déterminer son placement.

\_\_\_\_\_  
Signature du Parent/Tuteur Légal ou de l'Élève Éligible\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date



# Maryland State Department of Education Prekindergarten Experience

Department of Elementary Curriculum and Districtwide Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 345-17 de MCPS  
Février, 2019

**INSTRUCTIONS:** Maryland State Department of Education (MSDE) exige que Montgomery County Public Schools (MCPS) recueille des informations concernant les premières expériences en éducation précoce de tous les élèves nouvellement inscrits à la maternelle. En utilisant les définitions mentionnées ci-dessous, veuillez fournir les informations suivantes et les retourner à l'école où votre enfant sera inscrit ainsi que le [formulaire 560-24 de MCPS: New Student Information](#)

Nom de l'Élève (Nom de Famille, Prénom, Initiale du Deuxième Prénom) \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

École \_\_\_\_\_

Dans quel type de garderie l'enfant a-t-il passé la majeure partie de son temps depuis septembre de l'année précédente?  
**Cochez la case correcte pour une journée complète ou cochez 2 fois dans les deux cases correctes pour la demie-journée.**

Inclure le nom de l'école, du centre ou du fournisseur sur la ligne.

SERVICES DE GARDERIE ANTÉRIEURS	NOM DE L'ÉCOLE, DU CENTRE OU DU FOURNISSEUR DE SOINS ANTÉRIEURS	JOURNÉE ENTÈRE	DEMIE JOURNÉE—1	DEMIE JOURNÉE—2
Soins Informels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Start		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardin d'enfants dans une école publique (enseignement général ou enseignement spécialisé)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre de Garderie d'Enfants		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garderie d'Enfants à Partir de la Maison		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crèche Privée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergarten/Maternelle (répétée)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Catégories des Premières Expériences en Éducation Définies par MSDE

Soins Informels	Soins prodigués à domicile par un parent ou par une personne qui na pas de parenté à l'enfant.
Head Start Program (programme de Pré maternelle)	Un programme fédéral préscolaire pour les enfants de 3 à 5 ans issus de familles à faible revenu, financé par le U.S. Department of Health and Human Services et autorisé par le Maryland Department of Education, Office of Child Care.
Prémarternelle dans une école publique	Services de prématernelle dans l'enseignement public général ou spécial pour des enfants de quatre ans fournis par MCPS et réglementés par MSDE conformément à COMAR 13A.06.02 Prekindergarten Programs (éducation générale ou spéciale dans une école publique)
Centre de Garderie d'Enfants	Services de garde d'enfants fournis dans un établissement, habituellement non résidentiel, pendant une partie ou la totalité de la journée qui prennent soin d'enfants en l'absence d'un parent. Les centres sont autorisés et approuvés par le Maryland State Department of Education, Office of Child Care.
Garderie d'Enfants à Partir de la Maison	Soins réglementés donnés à un enfant âgé de moins de 13 ans, au lieu de soins parentaux pendant moins de 24 heures, dans une résidence autre que la résidence de l'enfant et pour laquelle le fournisseur est payé. Les services de garde d'enfants sont réglementés par le Maryland State Department of Education, Office of Child Care.
Crèches Privées	Programmes préscolaires axés sur l'éducation pour les enfants âgés de 2, 3 ou 4 ans; approuvés ou exemptés par MSDE; En général à temps partiel, neuf mois par an.



# 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.



# Formulaire de Santé Dentaire

Montgomery County Department of Health and Human Services  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 525-17 de MCPS  
Janvier 2017

**INSTRUCTIONS:** Les professionnels de santé en milieu scolaire examinent les informations concernant la santé de l'élève, y compris la santé dentaire, lorsque les élèves s'inscrivent à l'école. Lorsque des problèmes de santé sont identifiés, les professionnels de santé en milieu scolaire aident les élèves et les parents/tuteurs légaux à accéder aux services de santé adéquats, y compris les services de soins dentaires.

Veillez remplir la Section I de ce formulaire et demander au dentiste de votre enfant ou à son hygiéniste dentaire de remplir et de signer la Section II de ce formulaire. Retournez le formulaire dûment rempli à l'infirmierie de l'école de votre enfant.

Vous pouvez obtenir de l'aide pour trouver un dentiste en contactant Maryland State Dental Association au [www.msda.com](http://www.msda.com). Si vous n'avez pas accès aux soins dentaires, veuillez contacter l'infirmier(ère) en santé communautaire de l'école de votre enfant.

## SECTION I: À remplir par le Parent/Tuteur Légal

Nom de l'Élève	N° d'Identification de l'Élève	
Nom de l'École	Date de Naissance	Grade

## SECTION II: To be completed by the Dental office. (SECTION II: À remplir par le Cabinet Dentaire.)

This is to certify that I have examined the teeth of \_\_\_\_\_

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

**VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À L'INFIRMERIE DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.**

**MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE**

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MI  
 SEX: MALE  FEMALE  BIRTHDATE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 COUNTY \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_  
 PARENT NAME \_\_\_\_\_ PHONE NO. \_\_\_\_\_  
 OR  
 GUARDIAN ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)**

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name  
Office Address/ Phone Number

1. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date  
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

3. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

**COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.**

**MEDICAL CONTRAINDICATION:**

**Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.**

This is a:  Permanent condition OR  Temporary condition until \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Medical Provider / LHD Official

**RELIGIOUS OBJECTION:**

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

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

## How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

**Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.**

### Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

## Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)





## HOW TO USE THIS FORM

The documented tests should be the blood lead tests at 12 months and 24 months of age. Two test dates and results are required if the first test was done prior to 24 months of age. If the first test is done after 24 months of age, one test date with result is required. The child's primary health care provider may record the test dates and results directly on this form and certify them by signing or stamping the signature section. A school health professional or designee may transcribe onto this form and certify test dates from any other record that has the authentication of a medical provider, health department, or school. All forms are kept on file with the child's school health record.

### At Risk Areas by ZIP Code from the 2004 Targeting Plan (for children born BEFORE January 1, 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co. (Continued)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continued)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's (Continued)</u>	<u>Queen Anne's (Continued)</u>
ALL	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	ALL	21762		20722	21623	ALL
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						ALL
						<u>Worcester</u>
						ALL

### Lead Risk Assessment Questionnaire Screening Questions:

1. Lives in or regularly visits a house/building built before 1978 with peeling or chipping paint, recent/ongoing renovation or remodeling?
2. Ever lived outside the United States or recently arrived from a foreign country?
3. Sibling, housemate/playmate being followed or treated for lead poisoning?
4. If born before 1/1/2015, lives in a 2004 "at risk" zip code?
5. Frequently puts things in his/her mouth such as toys, jewelry, or keys, eats non-food items (pica)?
6. Contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?
7. Lives near an active lead smelter, battery recycling plant, other lead-related industry, or road where soil and dust may be contaminated with lead?
8. Uses products from other countries such as health remedies, spices, or food, or store or serve food in leaded crystal, pottery or pewter.