

Programme 21st Century Community Learning Centers (CCLC) de l'État de New York
Formulaire d'inscription au programme [Nom du programme] [Année scolaire]

PHOTO DE L'ENFANT (facultatif)	Nom complet de l'élève : Nom préféré :		Date de naissance :	Sexe :	
	Adresse du domicile de l'élève :				
	Téléphone domicile :		Langue(s) parlée(s) à la maison :		
	Race/groupe ethnique : <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/Originaire de l'Alaska <input type="checkbox"/> Noir(e) ou Afro-américain(e) <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino/Latina <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc(he) <input type="checkbox"/> Natif(-ve) d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Deux races ou plus <input type="checkbox"/> Autre _____				
	N° d'identification de l'élève (à remplir par le programme) : <input type="checkbox"/> N° d'identification NYSED <input type="checkbox"/> N° d'identification de la circonscription		Établissement fréquenté :		Classe :
	Professeur principal de l'élève (obligatoire pour les élèves de la 1 ^{re} à la 5 ^e année [du CP au CM2]) Indiquer Sans objet le cas échéant				
	Nom de la personne qui inscrit l'élève :		Lien avec l'élève : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Aidant <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre _____		
	Adresse de la personne qui inscrit l'élève (si différente de celle de l'élève) :				
	N° de téléphone de la personne qui inscrit l'élève : Adresse électronique :				

Noms des personnes à contacter en cas d'urgence	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant	N° de téléphone principal	Autre n° de téléphone/adresse électronique
Personne à contacter en priorité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Personne à contacter en priorité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Deuxième personne à contacter :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Autorisation de sortie de l'élève à la fin des cours

Je donne la permission à mon enfant de rentrer seul(e) à pied à la fin des cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si mon enfant n'a pas le droit de rentrer seul(e), il ou elle sera récupéré(e) après l'école par une ou plusieurs des personnes suivantes :		
Nom :	N° de téléphone :	Lien avec l'élève :
Nom :	N° de téléphone :	Lien avec l'élève :

Mon enfant NE PEUT PAS être récupéré(e) par les personnes suivantes :

Nom :	Lien avec l'élève :
Nom :	Lien avec l'élève :
Nom :	Lien avec l'élève :

Autorisation de sortie de l'élève en cas d'urgence médicale

Si je ne suis pas disponible en cas d'urgence médicale, l'une des personnes suivantes est autorisée à récupérer mon enfant :

Nom :	N° de téléphone :	Lien avec l'élève :
Nom :	N° de téléphone :	Lien avec l'élève :

Informations relatives à la santé de l'élève

Toutes les informations sont confidentielles et seront utilisées par le personnel du programme afin de garantir la sécurité des élèves.

Votre enfant est-il/elle sujet(te) à ce qui suit ?

Allergies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez mentionner les allergies de votre enfant : Si oui, votre enfant utilise-t-il/elle ou a-t-il/elle besoin d'un EpiPen ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, votre enfant utilise-t-il/elle un inhalateur ou un autre médicament pour son asthme ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, votre enfant a-t-il/elle besoin d'un médicament ou d'un glucomètre ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non Si oui, votre enfant a-t-il/elle une ordonnance pour du glucagon ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, votre enfant a-t-il/elle besoin d'un médicament pour empêcher ou traiter les crises ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
Problèmes de vue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, et que votre enfant a besoin d'aide à l'école autre que le port de lunettes ou de lentilles de contact, veuillez décrire ci-dessous :
Problèmes auditifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, et que votre enfant a besoin d'aide à l'école autre que le port d'appareils auditifs, veuillez décrire ci-dessous :
Limitations physiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre enfant peut-il/elle participer aux cours d'éducation physique à l'école sans aucune limitation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, veuillez mentionner ses limitations d'activité :
Autre(s) médicament(s)	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez le ou les mentionner :

Votre enfant a-t-il/elle des besoins alimentaires particuliers, d'autres besoins en matière de santé ou des besoins d'ordre comportemental/émotionnel ?
Si oui, veuillez les décrire :

**Veuillez noter que les médicaments pris ou administrés dans le cadre du programme doivent faire l'objet d'un consentement écrit des parents/tuteurs et d'une ordonnance du prestataire de soins de santé. Veuillez consulter le directeur du programme/coordonateur du site pour plus de détails.*

Autorisations

J'autorise mon enfant à s'inscrire et à participer au programme 21st CCLC Oui Non

Je comprends que les autorisations et les consentements suivants **ne constituent pas des conditions préalables pour être admis** à participer au programme 21st CCLC. Oui Non

Je consens à ce que mon enfant reçoive un traitement médical d'urgence Oui Non

Je consens à ce que mon enfant participe à des entretiens, à l'utilisation de citations et à la prise de photographies, l'enregistrement de films ou de vidéos par [Nom du programme]. J'accorde également à [Nom du programme] le droit d'éditer, d'utiliser et de réutiliser lesdits produits à des fins non lucratives, y compris dans la presse écrite, sur internet et dans toute autre forme de média. Par la présente, j'exempte également [Nom du programme], ses agents et ses employés de toute réclamation, demande et responsabilité, quelle qu'elle soit, en rapport avec ce qui précède. Oui Non

Je consens à ce que mon enfant participe aux sorties scolaires en dehors du site du programme, sous surveillance. Oui Non

Je comprends que le programme peut avoir besoin d'autorisations supplémentaires pour des situations telles que le transport, les médicaments, la divulgation d'informations et les sorties scolaires. Oui Non

J'ai fourni au programme des informations sur les besoins particuliers de mon enfant afin de contribuer à sa sécurité. Oui Non

Je comprends que les informations concernant les besoins d'apprentissage spéciaux de mon enfant seront partagées par l'école où mon enfant est inscrit(e) avec le personnel du programme 21st CCLC en cas de besoin pour le bénéfice éducatif de mon enfant.
 Oui Non

J'accepte de revoir et de mettre à jour ces informations chaque fois qu'un changement survient et au moins une fois par an.
 Oui Non

J'accepte de discuter avec le personnel du programme des progrès de mon enfant et de sa participation au programme 21st CCLC.
 Oui Non

Si, à tout moment, je change d'avis sur la participation de mon enfant (que cela concerne un ou tous les aspects de sa participation), je contacterai le coordinateur du site. Oui Non

Exigences en matière de données sur les élèves et consentement aux enquêtes/entretiens

Je comprends que les informations académiques, comportementales, d'assiduité et d'implication de mon enfant seront partagées avec le Département de l'Éducation de l'État de New York et ses contractants légaux, afin de mesurer et d'évaluer la qualité et la mise en œuvre du programme local 21st Century Community Learning Center (21st CCLC) ainsi que l'efficacité du programme de l'État de New York à soutenir le développement des élèves, comme l'exige le Paragraphe IV, Partie B de la loi Every Student Succeeds Act (ESSA) [voir généralement les Articles 4205 (b) et 4203 (14)].

Je comprends que mon enfant et moi-même pouvons être invités à participer à des enquêtes ou des entretiens sur le programme 21st CCLC et ses effets.

Ne cochez la case suivante que si vous décidez de ne pas participer aux enquêtes ou aux entretiens.

En cochant la case suivante, je certifie que toutes les informations ci-dessus sont correctes et véridiques au meilleur de ma connaissance.

Nom du parent/de la personne ayant
un lien avec l'élève/du tuteur :

Signature du parent/de la personne ayant
un lien avec l'élève/du tuteur

Date de la
signature