



ENREGISTREMENT (Mis à jour en janvier 2022)

Nom et Prénom Comme c'est écrit sur votre document légal

Nom et Prénom Titre (Jr., I, II, etc.)	Ancien(ne) Élève Milton <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---

INFORMATION PERSONNELLE DU POSTULANT

Date de Naissance (Jr/Mo/Année)	Dernière classe fréquentée	Genre <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Non-binaire
Lieu de Naissance	Ville	État

ADDRESS du POSTULANT

Numéro et Adresse		Ville	État	Code Postal
-------------------	--	-------	------	-------------

INFORMATION sur les SERVICES OBTENUS PAR L'ÉLÈVE

Aviez-vous reçu des services éducationnels spéciaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, veuillez fournir le Plan d'Éducation Individualisé, (PEI), de votre enfant et les évaluations les plus récentes au moment de l'inscription.
Votre enfant a-t-il un plan 504 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, veuillez fournir le 504 de votre enfant et les évaluations les plus récentes au moment de l'inscription.
Cet élève est-il un mineur non accompagné ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cet étudiant est-il sans-abri ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez encercler une réponse : Double/Hôtel/Refuge/Sans refuge Cet élève est-il placé en famille d'accueil ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez encercler une réponse : Institution de garde d'enfants/ Refuge d'urgence/ Foyer d'accueil, Famille d'accueil – Parenté/ Foyer de groupe/ Foyer pré-adoptif, Établissement résidentiel

Fréquentation de l'ÉCOLE PRÉCÉDENTE

Nom de l'école	Dates de participation (mm/jj/aaaa)
L'adresse de l'école	Niveau(x) fréquenté(s)
Numéro de téléphone de l'école	<input type="checkbox"/> École publique <input type="checkbox"/> École privée <input type="checkbox"/> Autre
Nom de l'école	Dates de fréquentation (jj/mm/aaaa)

Adresse de l'école	Niveau(x) scolaire(s) fréquenté(s)
Numéro de téléphone de l'école	<input type="checkbox"/> École publique <input type="checkbox"/> École privée <input type="checkbox"/> Autre

1

INFORMATIONS SUR LES FRÈRES ET SŒURS

Nom de l'enfant	Nom de l'école/Location	Inscrit dans les écoles publiques de Milton	Classe	DDN
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Veuillez cocher la case à côté de l'option qui décrit le mieux l'expérience préscolaire de votre enfant au cours de l'année scolaire précédant son entrée à la maternelle. Sélectionnez une seule option et indiquez les heures, le cas échéant.

Définitions du programme :
Les services coordonnés d'engagement familial et communautaire (CFCE) sont des programmes locaux qui s'adressent aux familles avec des enfants de la naissance à l'âge scolaire (par exemple, groupes de jeux parents/enfants, activités parents-enfants).
Parent Child Home Program (PCHP) : programme modèle de visites à domicile financé par le Département de l'éducation et de la garde des jeunes enfants.
Garde en centre : fait référence à la garde d'enfants dans un cadre de groupe, y compris les écoles maternelles publiques et privées, Head Start, les garderies et les écoles maternelles publiques intégrées.
Licensed Family Childcare: fait référence aux services de garde d'enfants agréés de l'EEC dans un cadre de groupe dans une maison. Il peut s'agir de soins au domicile d'un membre de la famille, si le fournisseur est à la fois un parent et un fournisseur de services de garde agréé par la CEE qui s'occupe d'enfants issus de plusieurs familles.

<input type="checkbox"/> Mon enfant n'avait aucune expérience formelle d'un programme pour la petite enfance.	
---	--

<input type="checkbox"/> Mon enfant n'avait pas d'expérience formelle dans le cadre d'un programme pour la petite enfance, mais il a participé au programme Coordinated Family and Community Prestations d'engagement (CFCE).	
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'avait pas d'expérience formelle dans le cadre d'un programme pour la jardinière, mais il a participé au Programme de Parents Enfants à la Maison (PPEM).	
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'avait pas reçu d'éducation formelle de jardinière mais il a participé aux programmes combinés Famille et Communauté Engage (FECE) et Proram de Parent Enfant a la maison (PPEM)	
<input type="checkbox"/> Mon enfant a fréquenté une garderie familiale agréée (indiquer les hours)	<input type="checkbox"/> moins de 20 heures par semaine <input type="checkbox"/> 20+ heures par semaine
<input type="checkbox"/> My child attended a Licensed Family Child Care Provider (indicate hours)	<input type="checkbox"/> moins de 20 heures par semaine <input type="checkbox"/> 20+ heures par semaine
<input type="checkbox"/> Mon enfant a fréquenté À LA FOIS un fournisseur de services de garde en milieu familial agréé et un programme en centre (indiquer les heures)	<input type="checkbox"/> moins de 20 heures par semaine <input type="checkbox"/> 20+ heures par semaine

2

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL

Nom du parent/tuteur légal #1

		Cercle : M./Mme/Mme/Dr.
Non Prénom		
Relation à l'enfant: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre* *Si autre, veuillez fournir une preuve de tutelle légale*.	Marié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non * Divorcé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non * Séparé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui* <input type="checkbox"/> Garde exclusive <input type="checkbox"/> Garde conjointe *Veuillez fournir la documentation relative à la garde légale et physique. Lieu d'embauche: Demande d'interprétation orale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vit avec l' enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Faut-il recevoir des mailings pour enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Occupation:		
Langue préférée:		

Rue #	Nom de la rue	Apt. #
Ville/Village	État	Code Postal

Adresse Postale, si différent

Rue #	Nom de la rue	Apt. #
Ville/Village	State	Code Postal

Phone/Courrier d'adresse électronique

Téléphone	Type (choisissez-en un)	Numéro de téléphone	Ext.	Recevoir un SMS
Téléphone 1	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone 2	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Courrier d Adresse:			Recevoir un e-mail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse électronique alternative :			Recevoir un e-mail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adresse physique - (Les boîtes postales ne seront pas acceptées comme adresse physique, à l'exception de raisons documentées liées au tribunal.)

COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR LÉGAL

Nom du parent/tuteur légal #2

	Cercle : M./Mlle/Mme/Dr.
Nom Prénom	

Relation à l'enfant: <input type="checkbox"/> Mère Père <input type="checkbox"/> Autre* *Sinon, veuillez fournir une preuve de tutelle légale. Occupation:	Marié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non * Divorcé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non * Séparé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui* <input type="checkbox"/> Garde exclusive <input type="checkbox"/> Garde conjointe *Veuillez fournir les documents relatifs à la garde légale et physique. Lieu d'embauche: Interprète oral : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non	Vit avec enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Faut-il recevoir des courriers pour l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--

Rue #	Nom de la rue	Numéro. de l'Appartement
Ville/Village	État	Code postal

Adresse Postale, si différent

Rue #	Nom de la rue	Numéro. de l'Appartement
Ville/Village	État	Code postal

Coordonnées par téléphone/e-mail

Téléphone	Type (choisissez-en un)	Numéro de Téléphone	Ext.	Recevoir un SMS
Téléphone 1	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone 2	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Courrier d'adresse électronique:			Courrier électronique reçu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courrier d'adresse électronique alternative :			Courrier électronique reçu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adresse physique - (Les boîtes postales ne seront pas acceptées comme adresse physique, à l'exception de raisons documentées liées au tribunal.)
--

CONTACT D'URGENCE – PRINCIPAL (autre que parent/tuteur)

Nom Prénom Adresse		Cercler: M./Mlle/Mme/Dr.
Lien de parenté à l'enfant:	Cette personne est-elle autorisée à venir chercher/transporter votre enfant en cas d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Coordonnées téléphoniques

Téléphone	Type (choisissez-en un)	Numéro de téléphone	Ext.
Téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre		
Téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre		

CONTACT D'URGENCE – SECONDAIRE (autre que parent/tuteur)

Nom Prénom Adresse		Cercler : M./Mlle/Mme/Dr.
Lien de parenté à l'enfant:	Cette personne est-elle autorisée à venir chercher/transporter votre enfant en cas d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Coordonnées téléphoniques

Téléphone	Type (choisissez-en un)	Numéro de Téléphone	Ext.
Téléphone 1	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre		
Téléphone 2	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre		

INFORMATIONS SUR L'ETHNICITÉ/RACE

La collecte de ces informations est autorisée par les lois nationales et fédérales. Lorsque le parent/tuteur légal ne fournit pas l'origine ethnique/race de l'élève, l'école est tenue de prendre une décision.

ETHNICITÉ (ne cochez qu'une seule case) :	La Race (cochez une ou plusieurs)
<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino <input type="checkbox"/> Non Hispanique ni latino	<input type="checkbox"/> Amérindien ou natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain <input type="checkbox"/> Hawaïen ou autre insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc

FAMILLES MILITAIRES

L'étudiant fait-il partie d'une famille militaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez sélectionner le groupe auquel appartient l'élève : <input type="checkbox"/> L'élève a un parent/tuteur légal qui est un membre actif des services en uniforme ou un membre de la Garde nationale et de la Réserve en service actif. <input type="checkbox"/> L'élève a un parent/tuteur légal qui est un ancien combattant, qui a pris sa retraite ou a été libéré pour des raisons médicales au cours de la dernière année. <input type="checkbox"/> L'élève a un parent/tuteur légal qui est décédé alors qu'il était en service actif au cours de la dernière année.	
Pour plus d'informations sur la Military Interstate Children's Compact Commission ou MIC3, rendez-vous sur leur site Web à l'adresse : http://mic3.net/pages/FAQ/faqnew.aspx	

POLITIQUE DE PHOTOGRAPHIE

Des vidéos / photographies des élèves des écoles publiques de Milton peuvent être prises par le personnel pour célébrer les efforts et l'enthousiasme lors des événements / programmes spéciaux liés aux écoles publiques de Milton. Les photographies sont souvent affichées dans les salles de classe, sur les tableaux d'affichage des couloirs, dans le cadre de projets individuels, de publications de journaux locaux, de communications scolaires et de district et/ou de programmes vidéo affichés pour des événements à l'échelle de l'école. Si vous ne souhaitez pas que les photos ou vidéos de votre enfant soient utilisées à de telles fins, veuillez indiquer votre préférence en signant l'option appropriée ci-dessous.

_____ J'autorise la prise de photos/vidéos de mon enfant tant qu'elles sont directement liées à l'éducation de mon enfant, à la célébration des efforts de mon enfant et/ou à la promotion des écoles publiques de Milton. Je comprends que la photo de mon enfant sera prise lors de son rendez-vous de dépistage à la maternelle et jointe à sa

demande d'inscription.

_____ Je n'autorise pas que des photos ou des vidéos soient prises de mon enfant. Je ne veux pas que la photo de mon enfant soit prise lors de son rendez-vous de dépistage à la maternelle.

Nom de l'élève: _____
(Ecrivez en majuscule)

Signature du parent/tuteur : _____ Date: _____

6

ENQUÊTE SUR LA LANGUE FAMILIALE

Les réglementations du Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education (DESE) exigent que toutes les écoles déterminent la ou les langues parlées au domicile de chaque élève afin d'identifier leurs besoins linguistiques spécifiques. Ces informations sont essentielles pour que les écoles puissent fournir un enseignement significatif à tous les élèves. Veuillez nous aider à répondre à cette exigence importante en répondant aux questions suivantes. Merci pour votre aide.

Le Département de l'Enseignement Primaire et Secondaire du Massachusetts (DESE) exige que toutes les écoles déterminent la ou les langues parlées au domicile de chaque élève afin d'identifier leurs besoins linguistiques spécifiques. Ces informations sont essentielles pour que les écoles puissent fournir un enseignement significatif à tous les élèves. **Si une langue autre que l'anglais est parlée à la maison, le district est tenu de procéder à une évaluation plus approfondie de votre enfant.** Merci de nous aider à répondre à cette exigence importante. Si vous avez des questions, veuillez contacter le coordinateur ELE RK Johnson à rjohnson@miltonps.org Merci.

- Y a-t-il une langue autre que l'anglais parlée à la maison ? oui non
- Quelle est la langue principale utilisée à la maison, quelle que soit la langue parlée par l'élève
Quelle(s) langue(s) parle(nt) avec votre enfant ? (Veuillez tenir compte de toutes les interactions que votre enfant a à la maison et dans un cadre non familial avec des personnes telles que : les soignants, les grands-parents, les oncles, les tantes, etc.)
_____ rarement parfois souvent toujours
_____ rarement parfois souvent toujours
_____ rarement parfois souvent toujours

Quelle langue votre enfant a-t-il d'abord comprise et parlée ?

• Quelle langue utilisez-vous le plus avec votre enfant ?

• Depuis combien d'années l'élève fréquente-t-il des écoles américaines ? (hors pré-maternelle)

Quelles langues votre enfant utilise-t-il ? (Cochez une)

- _____ rarement parfois souvent toujours
_____ rarement parfois souvent toujours
_____ rarement parfois souvent toujours

• Avez-vous besoin d'informations écrites de l'école dans votre langue maternelle ? oui non
o Si oui, quelle langue ?

• Avez-vous besoin d'un interprète/traducteur lors des réunions parents-enseignants ? oui non

Si oui, quelle langue ?

DOSSIER DE VACCINATION, PHYSIQUE DE L'ÉLÈVE, ET AUTRES DOSSIERS DE SANTÉ PERTINENTS

- La loi de l'État du Massachusetts exige que tous les étudiants nouvellement inscrits présentent un certificat médical d'immunisation et un examen physique avant l'entrée à l'école. Lors de l'inscription de votre enfant à l'école, veuillez apporter une copie de l'examen physique le plus récent de votre enfant et la documentation des vaccinations requises suivantes ::
 - Cinq (5) doses de vaccin DTAP à moins que la quatrième dose n'ait été administrée après le quatrième anniversaire.
 - (Seules quatre (4) doses sont nécessaires pour les nouveaux élèves du préscolaire.)
 - Quatre (4) doses de vaccin antipoliomyélitique, à moins que la troisième dose n'ait été administrée après le quatrième anniversaire.
 - (Seulement trois (3) doses sont nécessaires pour les nouveaux élèves du préscolaire.)
 - Trois (3) doses de vaccin contre l'hépatite B.
 - Deux (2) doses de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).
 - (Une (1) seule dose est nécessaire pour les nouveaux élèves du préscolaire - doit être administrée le jour du premier anniversaire ou après.)
 - Deux (2) doses de vaccin contre la varicelle ou un antécédent fiable de varicelle documenté par le médecin de l'enfant.
 - (Une (1) seule dose est nécessaire pour les nouveaux élèves du préscolaire - doit être administrée le jour du premier anniversaire ou après ou fournir des antécédents fiables de varicelle documentés par le médecin de l'enfant.)

en addition:

- La date d'un dépistage du plomb est également requise avant l'entrée à la maternelle ou à l'école maternelle.
- Date et résultats d'un dépistage visuel (stéréopse) effectué dans les 12 mois précédant l'entrée à la maternelle.

- Les enfants qui ne satisfont pas aux exigences minimales de vaccination pour l'entrée à l'école seront exclus de l'école jusqu'à ce qu'ils soient à jour de leurs vaccinations. Veuillez obtenir les dossiers d'immunisation les plus récents de votre enfant auprès de votre fournisseur de soins de santé pour les apporter au rendez-vous d'inscription de votre enfant pour son dossier de santé permanent. Si nécessaire, nous pouvons identifier ce qui manque et établir un plan de conformité avant de commencer.

***** VEUILLEZ APPORTER CES FORMULAIRES LORSQUE VOUS ENVOYEZ CE DOSSIER D'INSCRIPTION. *** .**

DÉPISTAGE DE LA VUE

Médecins et autres fournisseurs de soins de santé

Depuis le 15 juillet 2004, le chapitre 181 exige que :

"A l'entrée à la maternelle ou dans les 30 jours suivant la rentrée scolaire, le parent ou le tuteur de chaque enfant doit présenter au personnel de santé scolaire une attestation attestant que l'enfant a passé au cours des 12 derniers mois un examen de la vue effectué par un personnel agréé par le département de la santé publique et formés aux techniques de dépistage de la vue à développer par le ministère de la santé publique en concertation avec le ministère de l'éducation... examen effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste agréé choisi par le parent ou le tuteur de l'enfant indiquant tout diagnostic, traitement, pronostic, recommandation et preuve de traitement de suivi pertinents, si nécessaire, doit être fourni. " **Ainsi, il est désormais obligatoire dans le Massachusetts que :**

- Tous les enfants d'âge préscolaire subissent un dépistage visuel dans les 12 mois précédant leur entrée à la maternelle.
- Tous les enfants présentant un retard de développement neurologique et tous les enfants qui échouent au dépistage de la vue doivent être référés pour un examen complet de la vue par un ophtalmologiste ou un optométriste.

Comme vous le savez, la loi générale du Massachusetts, chapitre 71, section 57, exige que chaque élève subisse un examen physique à certains intervalles. Une fois terminé, le formulaire d'examen du fournisseur de soins de santé du Massachusetts doit être partagé avec l'école pour faire partie du dossier de santé scolaire de l'élève. Au cours de l'année écoulée, le Département de la santé publique du Massachusetts a collaboré étroitement avec des médecins scolaires, des pédiatres et des infirmières pour mettre à jour le formulaire existant. L'objectif de ce processus était d'identifier les informations nécessaires à l'école pour protéger la santé et la sécurité de l'élève et pour répondre à certaines exigences légales. Un autre objectif était de créer un document d'une seule page pour faciliter la mise en œuvre. Le formulaire peut être trouvé sur le site Web de MDPH situé à (http://www.mass.gov/dph/fch/schoolhealth/health_record.htm) et il comprend un endroit pour enregistrer les résultats d'un dépistage visuel.

8

FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET LES URGENCES DES ÉLÈVES

S'il vous plaît compléter les informations suivantes. Communiquez avec l'infirmière de l'école si vous avez besoin

d'aide pour remplir le formulaire. Nom de famille de l'élève : _____ Prénom :

_____ Deuxième prénom : _____ Adresse :

_____ Téléphone Résidentiel: _____

Classe _____ Sexe _____ D.D.N _____ Langue principale _____ Nom

du Parent/Tuteur : _____ Numéro de contact _____ Nom/grade des

sœurs/frères dans le bâtiment scolaire _____ Votre enfant a-t-il

une assurance santé? _____ Oui _____ Non

Health Insurance Company _____

Policy Number _____ Subscriber Name: _____

If you have no health insurance, Massachusetts has health insurance plans that will provide uninsured children with affordable health care (restrictions may apply). Please contact the school nurse for more information about these programs. All communications will be confidential.

En cas d'urgence, l'école tentera de contacter le parent/tuteur avant d'appeler le fournisseur de soins primaires de l'élève (médecin). Votre enfant sera transporté en ambulance vers un centre de soins d'urgence si nécessaire.

Nom du médecin _____ Téléphone _____

_____ Nom du Dentist _____

Téléphone _____

Antécédents prénatals : la grossesse, le travail et l'accouchement étaient-ils normaux ? Oui ___ Non ___

Si non, veuillez expliquer _____

Croissance et développement : Votre enfant a-t-il franchi les étapes de développement à temps ? (c'est-à-dire s'asseoir, marcher, apprendre à être propre) Oui _____ Non _____.

Si non, veuillez expliquer _____

Veuillez énumérer tous les médicaments que votre enfant reçoit.

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Non Oui _____. Si oui, explique pourquoi? _____

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Non Oui _____. Si oui, explique pourquoi

Suite à la page suivante...

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ ET LES URGENCES DES ÉLÈVES (SUITE)

Votre enfant participera-t-il à un programme de jour prolongé au cours de l'année?

Oui _____ Non _____ Veuillez expliquer si votre enfant a été évalué pour des besoins

spéciaux. _____ Please check all that applies to your child:

Trouble cardiaque

Asthme

TDA/TDAH

Diabète

Trouble convulsif

Migraines

Maladie rénale

Pis en lit

Dépression

Trouble sanguin

Empoisonnement au plomb

Autre(Précisez) _____

Allergies (nourriture, insectes, médicaments, environnement) (Précisez)

_____ **Hearing problems** (Précisez) Oreille gauche _____ Oreille

Droite _____ appareils auditives _____ **Problèmes de vue** (Précisez) Porte des lunettes _____

Lentilles de contact _____

J'autorise l'infirmière de l'école à partager des informations pertinentes sur l'état de santé de mon enfant avec le personnel scolaire approprié lorsque cela est nécessaire pour répondre aux besoins de santé et de sécurité de mon enfant. J'autorise l'échange d'informations avec le médecin de premier recours de mon enfant à des fins de référence, de diagnostic et de traitement.

Signature du Parent/Tuteur Date

Cher parent / tuteur:

Le but de cette lettre est de demander votre permission (également appelée consentement) pour partager des informations sur votre enfant avec Mass Health. Les communautés locales du Massachusetts ont été approuvées pour recevoir un remboursement partiel de Mass Health pour les coûts de certains services liés à la santé fournis par le district à votre enfant (ou vos enfants). Pour que votre communauté récupère une partie de l'argent dépensé pour les services, le district scolaire doit partager avec MassHealth les types d'informations suivants sur votre enfant : nom ; date de naissance; le sexe; type de services fournis, quand et par qui ; et identifiant MassHealth.

Avec votre permission, le district scolaire pourra demander un remboursement partiel pour les services fournis par MassHealth, y compris, entre autres, un test auditif ou un examen de la vue; un physique scolaire; ergothérapie ou orthophonie ou physiothérapie; quelques visites d'infirmières scolaires; et des services de conseil avec le travailleur social ou le psychologue de l'école. Chaque année, le district vous fournira une notification concernant votre autorisation ; vous n'avez pas besoin de signer un formulaire chaque année.

Le district scolaire ne peut pas partager avec Mass Health des informations sur votre enfant sans votre permission. Si vous envisagez d'accorder une autorisation, veuillez noter les points suivants :

1. Le district scolaire ne peut pas vous demander de vous inscrire à MassHealth pour que votre enfant reçoive les services liés à la santé et/ou à l'éducation spéciale auxquels votre enfant a droit.

2. Le district scolaire ne peut pas vous demander de payer quoi que ce soit pour le coût des services de santé et/ou d'éducation spéciale de votre enfant. Cela signifie que le district scolaire ne peut pas vous demander de payer une quote-part ou une franchise afin qu'il puisse facturer MassHealth pour les services fournis. Le district scolaire peut accepter de payer la quote-part ou la franchise si un tel coût est prévu.

3. Si vous autorisez le district scolaire à partager des informations avec MassHealth et à demander un remboursement : a. Cela n'affectera pas la couverture à vie disponible de votre enfant ou tout autre avantage MassHealth; cela ne limitera en aucune façon l'utilisation par votre propre famille des avantages de MassHealth en dehors de l'école.

b. Votre autorisation n'affectera en aucune façon les services d'éducation spéciale ou les droits IEP de votre enfant, si votre enfant est éligible pour les recevoir.

c. Votre autorisation n'entraînera aucune modification des droits MassHealth de votre enfant ; et

d. Votre autorisation n'entraînera aucun risque de perdre l'éligibilité à d'autres programmes financés par Medicaid ou MassHealth

4. Si vous donnez la permission, vous avez le droit de changer d'avis et de retirer votre permission à tout moment.

5. Si vous retirez votre permission ou refusez d'autoriser le district scolaire à partager les dossiers et les informations de votre enfant avec MassHealth dans le but de demander le remboursement du coût des services, le district scolaire continuera d'être responsable de fournir à votre enfant les services , sans frais pour vous.

J'ai lu l'avis et je le comprends. On a répondu à toutes les questions que j'avais. J'autorise le district scolaire à partager avec MassHealth des dossiers et des informations sur mon (mes) enfant (s) et leurs services liés à la santé, si nécessaire. Je comprends que cela aidera notre communauté à demander un remboursement partiel pour les services couverts par MassHealth.

Parent/Tuteur Signature: Date:

Nom de l'enfant:	Date de naissance:	SASID # (le district scolaire ajoutera)
Nom de l'enfant:	Date de naissance:	SASID # (le district scolaire ajoutera)
Nom de l'enfant:	Date de naissance:	SASID # (le district scolaire ajoutera)

Ajouter plus d'enfants

Massachusetts DESE Mandated Form 28M/13 Révisé en juin 2018

LISTE DE VÉRIFICATION

Documents/Information required for registering a new student in the Milton Public Schools.

- Pièce d'identité avec photo du parent (c'est-à-dire licence/passeport/carte d'identité avec photo émise par le gouvernement)
- Certificat de naissance original de l'enfant
- Formulaire d'inscription
- Formulaire d'examen physique rempli par le fournisseur de soins de santé
- Carnet de vaccination
- Documents d'affidavit de tutelle légale/soignant (le cas échéant)
- Ordonnances de garde légale/physique/accord de séparation (le cas échéant)
- Dossiers d'étudiants / Relevés de notes / Bulletins scolaires
- Résultats du test MCAS de 10e année (le cas échéant)
- Preuve de résidence / d'occupation - Veuillez consulter les documents suivants de preuve de résidence / preuve d'occupation pour les éléments requis. Tous les nouveaux candidats doivent soumettre toutes les preuves de résidence requises. Les candidats qui n'ont pas les documents requis seront invités à retourner au registraire avec les documents appropriés avant de commencer le processus d'inscription. Le registraire n'acceptera aucune substitution d'éléments figurant sur la liste des preuves de résidence acceptables.

Veillez fournir la documentation originale/à jour des éléments énumérés ci-dessus. Veuillez noter que les documents originaux seront copiés et retournés lors de l'inscription

Liste de vérification relative à la résidence des parents/tuteurs et au rétablissement de la résidence

*** Les familles doivent réellement résider dans la ville de Milton au moment de l'inscription pour que les élèves puissent fréquenter les écoles publiques de Milton. ***

Nom complet et adresse de l'élève: _____

Propriétaires
_____ Relevé hypothécaire le plus récent
Locataires

Fournir les documents suivants

_____ Contrat de résidence du propriétaire signé et notarié à remplir par le propriétaire / Gérant. (le formulaire suit dans ce paquet)

OU

_____ Formulaire de certification du propriétaire signé et notarié à remplir par le propriétaire si vous résidez avec un membre de la famille (le formulaire suit dans ce paquet)

ET

Fournir un (1) document parmi la liste ci-dessous

_____ Copie du bail signé et daté par le propriétaire et le locataire

_____ Dernier paiement de loyer (chèque annulé)

_____ Accord en vertu de l'article 8 le plus récent

Tous les inscrits (propriétaires et locataires)

Fournir une (1) facture de services publics (Veuillez fournir la facture complète datée de moins de 60 jours.)

_____ Télévision par câble/satellite/Internet

_____ Électrique

_____ Gaz ou Pétrole

Si vous avez récemment déplacé un bon de travail des entreprises de services publics indiquant que votre service a été commandé ou installé sera accepté.

Fournissez un (1) document avec l'adresse de Milton parmi la liste suivante

_____ Pièce d'identité valide avec photo (licence, MA ID) Doit avoir une adresse actuelle à Milton

_____ Relevé bancaire (daté de moins de 60 jours)

_____ Police d'assurance des propriétaires ou des locataires

_____ Assurance automobile

_____ Immatriculation des véhicules

Les écoles publiques de Milton, en collaboration avec la ville de Milton, recueillent des informations sur tous les résidents concernant les problèmes de résidence par le biais du projet de loi sur la taxe foncière, le projet de loi sur l'eau, le projet de loi sur les déchets et le projet de loi sur la taxe d'accise automobile.

Preuves de résidence

Fournir un affidavit de résidence (seules la signature et la date sont requises.)

Je/nous, le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(aux) de _____, certifie par la présente ce qui suit: (le nom complet de l'élève en majuscule)

1. Je souhaite/nous souhaitons inscrire l'élève nommé ci-dessus dans les écoles publiques de Milton. Je comprends/nous comprenons qu'en vertu de la loi du Massachusetts et de la politique du comité scolaire de

Milton, les élèves qui ne résident pas réellement dans la ville de Milton ne peuvent pas fréquenter les écoles publiques de Milton. Je reconnais/nous reconnaissons que je suis/nous sommes tenus d'informer l'école de l'élève ci-dessus, par écrit, de tout changement d'adresse dudit élève dans les cinq (5) jours civils suivant ce changement d'adresse.

2. Je/nous comprenons qu'en l'absence d'autres informations contraires, cet affidavit sera utilisé par les écoles publiques de Milton dans le but de déterminer l'admissibilité de l'élève ci-dessus à fréquenter les écoles publiques de Milton sur la base de la résidence. Si ledit élève est inscrit dans les écoles publiques de Milton sur la base des informations contenues dans cet affidavit et qu'il est ensuite déterminé que l'élève ne réside pas réellement à Milton, je/nous comprenons que l'inscription de l'élève dans les écoles publiques de Milton sera rapidement résiliée et Je serai/nous serons conjointement et solidairement responsables envers les écoles publiques de Milton pour les frais de scolarité de l'élève pour l'année ou les années scolaires complètes.

3. Je/nous certifions en outre que je suis/nous sommes le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(aux) de l'élève ci-dessus. 4. Je comprends/nous comprenons que le système de l'école publique de Milton se réserve le droit d'enquêter sur la résidence d'un étudiant potentiel ou actuel à tout moment. Cette enquête peut inclure une nouvelle soumission de documents et/ou une visite à domicile par un responsable de l'école ou de la police.

5. Je comprends/nous comprenons que si je ne suis pas en mesure de fournir les documents de résidence demandés, je serai/nous serons placés dans un statut "Unique/Référencé" et seront soumis à une documentation alternative, à une enquête via une visite à domicile et potentiellement à une rencontre individuelle avec le surintendant adjoint.

6. Le chapitre 76, section 5 des lois générales du Massachusetts prévoit :

« Toute personne a le droit de fréquenter les écoles publiques de la ville où elle réside effectivement, sous réserve de l'article suivant. Aucun comité d'école n'est tenu d'inscrire une personne qui ne réside pas effectivement dans la ville à moins que cette inscription ne soit autorisée par la loi ou par le comité d'école. **Toute personne qui viole ou aide à la violation de cette disposition peut être tenue de remettre à la ville la restitution intégrale des écoles publiques mal fréquentées.** Nul ne peut être exclu ou discriminé dans l'admission à une école publique d'une ville, ou dans l'obtention des avantages, privilèges et programmes d'études d'une telle école publique en raison de sa race, de sa couleur, de sa religion, de son origine nationale ou de son orientation sexuelle.

Signer sous peines et pénalités de parjure ou faux témoignages en ce: _____ jour de _____, 20 _____

Parent/Tuteur #1 Parent/Tuteur #2

Nom du propriétaire: _____

Adresse du propriétaire: _____

Téléphone du propriétaire: _____

Je certifie et jure sous serment que je suis le propriétaire/locataire légal de la propriété à: _____

Je certifie et jure également que (nom des parents/tuteurs): _____

et _____ leurs enfants (indiquez tous les noms) _____

_____ sont mes locataires et habitent à l'adresse ci-dessus.

J'accepte que si les écoles publiques de Milton enquêtent et découvrent que ces déclarations sont fausses, je peux être responsable du remboursement de tous les frais de scolarité ou d'éducation dus aux écoles publiques de Milton pour l'éducation des enfants référencés ci-dessus.

· J'accepte que si les locataires énumérés ci-dessus quittent le logement indiqué ci-dessus, j'aviserai les écoles publiques de Milton de ce changement de résidence

Signer sous peines et pénalités de parjure ou faux témoignages: _____
(Signature du propriétaire)

En signant ce formulaire, le propriétaire reconnaît que tous les locataires et chambres sont en conformité avec le MA State Building Code et/ou le Town of Milton Building Code.

_____ (le nom du propriétaire en majuscule)

_____ (Date)

Notaire
cachet/signature



FORMULAIRE DE CERTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE

Veuillez utiliser ce formulaire si vous avez des membres de votre famille qui résident avec vous et dont les enfants fréquentent les écoles publiques de Milton. En tant que propriétaire, vous devrez fournir une preuve de résidence et une lettre indiquant pourquoi l'étudiant inscrit et son parent/tuteur résident avec vous. Veuillez fournir une facture d'électricité et une copie du relevé d'hypothèque.

Informations sur le propriétaire

Nom: _____

Relation avec la famille: _____

Adresse:

10 / 5,000

Résultats de la traduction

Telephone Residentiel: _____ Portable: _____

e-mail: _____

Je suis propriétaire à _____, Milton, MA. et Je reconnais que les personnes suivantes résident à l'adresse ci-dessus et que les enfants mineurs s'inscrivent à l'école de Milton :

Nom du/des parent(s)/Tuteur(s):

Téléphone Résidentiel: _____ Cellulaire: _____ Courrier d adresse: _____

Please list all minor children living with the Parent (s)/ Guardian (s) listed above.

Name: _____

Date of Birth: _____

Name: _____

Date of Birth: _____

Name: _____

Date of Birth: _____

Name: _____

Date of Birth: _____

_____ Dates de résidence prévues pour cette famille à l'adresse

indiquée ci-dessus: De: _____ A: _____

- J'accepte que si les écoles publiques de Milton enquêtent et découvrent que ces déclarations sont fausses, je peux être responsable du remboursement de tous les frais de scolarité ou d'éducation dus aux écoles publiques de Milton pour l'éducation des enfants en références ci-dessus.
- J'accepte que si la famille indiquée ci-dessus quitte le logement indiqué ci-dessus, j'aviserai les écoles publiques de Milton de ce changement de résidence.

Je jure sous les peines et pénalités de parjure ou faux témoignages que les réponses ci-dessus sont vraies et exactes. Je comprends qu'il est de mon devoir d'informer les écoles publiques de Milton si la famille change sa résidence

Signature du propriétaire Date

Cachet et signature du Notaire Public requis

16

Pour la 1re à la 12e année seulement

AUTRES INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

L'élève a-t-il déjà fréquenté les écoles publiques de Milton ? _____

Si oui, quelle(s) école(s)? _____

date de fréquentation?

Quelle était l'adresse du domicile lorsqu'il fréquentait les écoles publiques de Milton ?

L'élève a-t-il déjà été exclu d'une école ? _____ Si oui

alors, quelle était la raison? _____

L'élève a-t-il déjà été suspendu pour possession d'une arme dangereuse, possession d'une substance contrôlée ou voies de fait contre le personnel ? _____

Si oui, décrivez les circonstances et indiquez la durée de la suspension.

L'élève est-il en probation ? _____ Si oui, indiquez le nom de l'agent de probation,

_____, Numéro de téléphone# _____ et nom de la Cour _____

17



CONSETEMENT POUR LA COMMUNICATION DES DOSSIERS AUX ÉCOLES PUBLIQUES DE MILTON

Veillez demander à l'école actuelle de votre enfant de remplir ce formulaire et demander à l'école d'envoyer par télécopieur/fax, courrier, ou courrier electronic@miltonps.org . Numéro de télécopieur 617-696-6990

J'autorise (en majuscule)

(nom de l'ancienne école)

_ (Adresse de la rue)
(ville/village/état)

Pour fournir ce qui suit :

_____ Relevé de notes officiels, présence, informations disciplinaires, résultats aux tests standardisés

_____ Dossiers médicaux (immunisations)

_____ Dossiers d'éducation individuelle spécialisée (y compris l'EIS et les évaluations)

_____ Notes du MCAS

_____ Notes de sortie ou d'abandon

_____ Autre (veuillez préciser ci-dessous)

Ecrire le nom de l'élève en majuscule: _____

Signer _____

Parent/Élève

18



25 Gile Road

Milton, MA 02186

(617) 696-4470

Numéro de télécopieur 617-696-6990

AUTRE INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

(For Grades 1-12 Only)

Loi de 1993 sur la réforme de l'éducation

Section 37. La section 37L du chapitre 71 des lois générales, telle qu'elle figure dans l'édition officielle de 1991, est modifiée par les présentes en ajoutant ce qui suit :

« Un élève transféré dans un système local doit fournir au nouveau système scolaire un dossier scolaire complet de l'élève entrant. Ledit dossier doit inclure, mais sans s'y limiter, tout incident impliquant une suspension ou une violation ou des actes criminels ou tout rapport d'incident dans lequel cet élève a été accusé d'un acte suspendu.»

En vertu des dispositions de la Loi sur la réforme de l'éducation, nous demandons des informations relatives à la discipline. Veuillez répondre aux questions suivantes.

NOM DE L'ÉLÈVE ET ANNÉE _____ Aucun cas de mesures disciplinaires du bureau.
_____ Plusieurs cas de mesures disciplinaires. (Infractions mineures - coopérative étudiante)
_____ Besoin fréquent d'intervention au bureau.
_____ Au moins un cas d'actes graves nécessitant une intervention disciplinaire majeure.
_____ Fiche d'absence
_____ Enregistrement en retard

Commentaires supplémentaires :

Veillez joindre une copie du dossier disciplinaire à ce formulaire
Signature du responsable de l'école responsable de la discipline.

Signature: _____ Date: _____ Nom: (en

Majuscule) _____

Titre: _____