

Paquet de rentrée scolaire

Année scolaire
2024-2025





Table des Matières

Paquet de la Rentrée Scolaire

Page	Formulaire
1)	Lettre pour parent
2)	Avis aux étudiants handicapés
3)	Politique disciplinaire à l'échelle du district
5)	Avis de sécurité des armes à feu Be SMART
6)	Mise à jour des repas gratuits et réduits
7)	Demande de restriction de renseignements personnels et de photos/vidéos
8)	Formulaire de consentement aux dossiers informatisés des élèves
9)	Politique d'utilisation acceptable par les étudiants et entente sur les appareils mobiles
15)	Avis sur l'environnement, la santé et la sécurité
16)	Smart911.com
17)	Santé Lettre aux parents
18)	Antécédents médicaux
21)	Formulaire d'autorisation médicale d'urgence
22)	Autorisation pour SBHC Schools Health
27)	Médicaments en vente libre Autoriser
28)	Autorisation des médicaments d'ordonnance
29)	Consentement au vaccin contre la grippe saisonnière
30)	Information sur la participation des parents
31)	Formulaire d'engagement des parents
32)	Renseignements sur l'inscription des électeurs
33)	Calendrier scolaire 2024-2025

Paquet de rentrée scolaire SBHC (SBHC Back-to-School Packet)



Chères Familles des écoles publiques de Cincinnati CPS,

Ravis de vous revoir!

Nous sommes ravis de lancer l'année scolaire avec vous! Veuillez trouver le dossier de la rentrée scolaire 2024-2025 ci-joint. **Tous les formulaires de rentrée scolaire sont disponibles numériquement sur FOCUS.**

Il est préférable de recueillir des renseignements sur la rentrée scolaire en ligne pour réduire le nombre d'erreurs. Les formulaires FOCUS sont disponibles en espagnol, Français et en arabe. Les avantages de remplir les formulaires dans FOCUS comprennent:

- Il vous suffit de vérifier et de mettre à jour les informations existantes.
- S'assurer que les informations sur les étudiants ne sont pas dupliquées

Pour accéder aux documents en ligne, créez un compte sur FOCUS et recherchez votre enfant avec son numéro d'identification FOCUS, son prénom, son nom et sa date de naissance..

Si vous avez besoin d'aide, l'école de votre enfant dispose d'un personnel formé à l'utilisation du système d'inscription en ligne.

Si vous remplissez des formulaires numériquement, vous n'avez pas besoin de remplir des formulaires papier. Cependant, étant donné que de nombreuses familles préfèrent les formulaires papier, à l'intérieur de ce document, vous trouverez tous les formulaires papier que les familles doivent remplir, y compris:

- Antécédents médicaux et formulaires de consentement
- Contrat d'appareil mobile et politique d'utilisation acceptable de CPS
- Les formulaires de frais étudiants
- Enquête sur la participation des parents
- Formulaire d'autorisation de photo
- Soutien à l'intervention comportementale positive
- Calendrier du District CPS

Les familles sont également responsables de comprendre les procédures météorologiques d'urgence, qui peuvent être trouvées sur notre site Web à l'adresse

<https://www.cps-k12.org/our-students/severe-weather-procedures>.

Pour obtenir une copie des formulaires en espagnol, Français ou en arabe, veuillez contacter votre école.

Si vous souhaitez inscrire un élève à l'école maternelle, veuillez communiquer avec l'éducation de la petite enfance au (513) 363-0240 ou visiter <https://www.cps-k12.org/our-district/preschool>.

Merci, et nous attendons avec impatience une excellente année scolaire!



Les élèves handicapés

Les écoles publiques de Cincinnati mènent une campagne de sensibilisation intensive conformément aux exigences de l'amélioration de l'Education des personnes handicapées du Code administratif de l'Ohio Act (IDEIA 2004), du Code révisé de l'Ohio et de l'Exploitation des Normes pour les agences éducatives de l'Ohio au service des enfants handicapés.

Les écoles publiques du district et le département de l'Éducation de l'Ohio tentent d'identifier les enfants handicapés, de la naissance à l'âge de 21 ans, qui peuvent avoir besoin d'éducation spéciale et de services associés.

Pour les enfants de la naissance à l'âge de 3 ans, une incapacité signifie une condition établie connue pour entraîner soit un retard de développement ou un retard de développement documenté.

Pour les enfants âgés de 3 à 5 ans, un handicap signifie qu'un enfant a un déficit documenté dans un ou plusieurs des domaines de développement suivants :

- Communication
- Vue
- Ouïe
- Compétences motrices
- Fonctionnement social émotionnel/comportemental
- Compétences d'auto-assistance
- Développement cognitif

Pour les enfants d'âge scolaire, un handicap signifie qu'un enfant a été identifié comme ayant une ou plusieurs des conditions suivantes :

- Autisme
- Sourd-aveuglement
- Déficience auditive (y compris la surdité)
- Handicaps multiples

- Déficience orthopédique
- Autres troubles de la santé
- Trouble d'apprentissage spécifique
- Troubles de la parole ou du langage
- Traumatisme crânien
- Déficience visuelle (y compris la cécité)
- Déficiences intellectuelles
- Perturbation émotionnelle

Votre école publique offre :

- L'évaluation de tous les enfants ayant un handicap présumé, de la naissance jusqu'à l'âge de 21 ans
- L'éducation pour tous les enfants handicapés âgés de 3 à 21 ans

Lorsque le personnel de l'école est informé d'un enfant soupçonné d'avoir un handicap :

- Les parents de l'enfant sont contactés et informés de leurs droits, comme l'exige l'amélioration de l'Education des personnes handicapées du Code administratif de l'Ohio Act (IDEIA 2004, du Code révisé de l'Ohio et de l'Exploitation des Normes pour les agences éducatives de l'Ohio au service des enfants handicapés.
- Des dispositions sont prises pour examiner tous les renseignements et documents relatifs à l'invalidité présumée.

Si vous connaissez un enfant qui est soupçonné d'avoir un handicap et qui n'est pas servi, Merci de le dire aux responsables de l'école de l'enfant ou communiquez avec le département des services des élèves des écoles publiques (CPS), (513) 363-0280.



Politique de discipline à l'échelle du district

Soutien à l'intervention comportementale positive

- Il existe un Code de conduite à l'échelle du district pour les étudiants.
- Le Code de conduite est mis à jour annuellement et peut être examiné sur le site Web de la CPS : cps-k12.org/schools/policies-guidelines/discipline/codeofconduct

Les écoles publiques de Cincinnati s'efforcent de créer une culture scolaire positive dans toutes ses écoles, visant à créer un environnement sûr et ordonné qui maintient les élèves à l'école et les incite à s'engager dans l'apprentissage.

Une partie de cette culture positive de l'école est un **Code de conduite** à l'échelle du district qui fournit des attentes claires et explicites pour le comportement des élèves, spécifie des lignes directrices pour l'enseignement des compétences sociales aux élèves, décrit des méthodes pour aider à corriger le comportement et décrit les conséquences d'un comportement de mauvaise conduite.

En plus du Code de conduite, chaque école est tenue d'élaborer son propre plan de soutien à l'intervention en matière de comportement positif par l'entremise de son comité de soutien à l'intervention en matière de comportement positif. Ce plan doit inclure une gamme d'options qui enseignent les attentes de comportement aux étudiants. Les écoles doivent communiquer ce plan aux parents et aux élèves. Les parents doivent connaître et comprendre le Plan de soutien à l'intervention en matière de comportement positif dans les écoles de leurs enfants.

Recherches des étudiants et des biens

Les élèves seront soumis à des fouilles par des détecteurs de métaux et/ou à la main sur une base aléatoire, ou avec des soupçons raisonnables, par les administrateurs de district ou le personnel de sécurité.

Le district peut rechercher : les vêtements extérieurs d'un étudiant, les poches, les sacs de livres ou d'autres biens d'un étudiant; le casier d'un étudiant; un véhicule conduit à l'école par un élève et garé sur la propriété de l'école.

Les étudiants n'ont aucune attente en matière de vie privée dans les téléphones portables ou autres appareils électroniques apportés à l'école. S'il y a un doute raisonnable qu'une recherche révélera une violation des règles de l'école, les téléphones portables et les autres appareils électroniques peuvent être confisqués et fouillés, y compris les appels, les recherches, les courriers email, les contacts, les messages textes et d'autres communications ou accès à Internet.

Les élèves seront traités avec respect lors d'une recherche. Tout étudiant qui ne coopère pas au cours d'une perquisition fera l'objet de mesures disciplinaires en vertu du Code de conduite des écoles publiques de Cincinnati (CPS).

Le district scolaire public de Cincinnati n'est pas responsable des objets personnels endommagés, perdus ou volés.

Le district scolaire public de Cincinnati offre des possibilités d'éducation, de formation professionnelle et d'emploi égales à toutes les personnes sans égard à la race, au sexe, l'ethnicité, la couleur, l'âge, le handicap, la religion, l'origine nationale, la croyance,

L'orientation ou l'affiliation à un syndicat ou à une organisation professionnelle, et offre un accès égal aux scouts et aux autres groupes désignés. Le district est en conformité avec le titre VI, le titre IX et l'article 504 de la Loi sur la réadaptation professionnelle.

*Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le coordonnateur du titre IX ou le coordonnateur étudiant de l'article 504 :
(513) 363-0000
TDD: (513) 363-0124*



Chers familles, parents et tuteurs du CPS,

Une de nos priorités est de fournir aux élèves et au personnel de CPS un environnement d'apprentissage sûr. Dans le cadre d'une résolution du conseil scolaire d'avril 2022, nous encourageons nos familles à mettre en place le rangement sécurisé des armes à feu à la

maison afin de s'assurer que les enfants n'ont pas accès et/ou n'apportent pas d'arme à l'école. Une arme à feu rangée en toute sécurité à la maison constitue la première étape. Nous nous sommes associés au programme « Be Smart For Kids » pour vous fournir des informations clés, des statistiques et la possibilité d'obtenir un verrou pour arme à feu.



Placez en sûreté Toutes les armes à feu dans vos maisons et vos véhicules ;

Développez un comportement responsable envers les armes à feu

Demandez si les armes à feu sont placées en sûreté dans d'autres maisons

Reconnaissez le rôle des armes à feu dans les suicides

Encouragez vos connaissances à être futé

Les études sur la violence en milieu scolaire au moyen des armes à feu mettent en évidence l'élément important pour une intervention : l'accès non autorisé aux armes à feu à la maison. Une étude plus récente sur les incidents de violence perpétrés dans les écoles de 2008 à 2017 montrent que 76 % des armes à feu sont obtenues de la maison d'un parent ou de celle d'un membre de famille proche.

De plus, les armes à feu mal gardées à la maison posent un risque pour les élèves hors de l'école. Actuellement, les armes à feu sont la cause principale de décès chez les enfants aux Etats-Unis. Chaque année, près de 350 enfants de moins de 18 ans se sont tirés dessus ou ont tiré

sur quelqu'un d'autre par inadvertance. Le plus troublant est que près de 40 % des décès d'enfants par arme à feu soient des suicides, soit 700 suicides d'enfant par arme à feu chaque année (avant la pandémie). Lors de la majorité de ces incidents, l'arme à feu utilisé appartenait à un des membres de la maisonnée de l'élève.

**4,6 millions
d'enfants américains
vivent dans un foyer
où des armes à feu,
aussi bien chargées
que déchargées,
existent.**

Selon une étude récente, 87 % des enfants connaissent où les parents gardent leurs armes à feu, et 60 % les manipulent. Les recherches ont montré que la pratique de garder les armes à feu de manière sécurisée est associée à plus de 85 % de réduction du risque de blessures par armes à feu, sur eux-mêmes ou par inadvertance, chez les enfants et les adolescents. Garder les armes à feu de manière sécurisée protège tout enfant dans votre maison, à l'école, dans le district scolaire et dans la communauté.

Comme mesure supplémentaire pour s'assurer que nos parents sont informés et sensibilisés au rangement sécurisé des armes à feu, le personnel de notre école partagera cette information lors de l'inscription de leurs enfants pour l'année scolaire 2024-2025 et confirmera cette information dans notre système d'information des élèves.

Vous pouvez également en apprendre davantage sur le rangement sécurisé des armes à feu, sur la façon de parler des armes à feu à vos enfants, ainsi que sur les faits et les ressources concernant le suicide par balle chez les enfants sur le site [BeSMARTforKids.org](https://www.BeSMARTforKids.org). Veuillez prendre les mesures nécessaires pour protéger votre famille, votre communauté et vos écoles - « Soyez intelligent » et sécurisez vos armes à feu.

Cordialement vôtre,

Shauna Murphy
Surintendant par intérim



Mise à jour de la demande de repas et d'avantages éducatifs.

Chères familles de la CPS,

Pendant la pandémie, le petit-déjeuner et le dîner gratuits ont été fournis à tous les élèves, quelle que soit la vérification du revenu.

Pour l'automne 2024, le petit-déjeuner continuera d'être fourni gratuitement à tous les élèves, mais les dérogations fédérales expirées à compter du 1er juillet 2022 exigeront que les parents / tuteurs ayant des enfants fréquentant les neuf écoles CPS ci-dessous remplissent une demande de repas et d'avantages éducatifs pour être admissibles à un déjeuner gratuit:

- Hyde Park School
- Kilgour School
- Walnut Hills High School

Les repas payants seront de 1,75 \$ dans les écoles primaires et de 2,00 \$ dans les écoles secondaires.

Les parents/tuteurs de ces neuf écoles peuvent accéder à la demande en ligne disponible sur la page Web de la CPS : www.cps-k12.org et la remplir ou remplir une demande papier à l'école de votre enfant.

Pour plus d'informations sur nos services de restauration aux étudiants et nos programmes de repas gratuits et réduits, veuillez visiter: www.cps-k12.org/studentdining.



Demande de restriction de renseignements personnels et de photos/vidéos

Les lois fédérales et de l'Ohio interdisent aux écoles publiques de Cincinnati (CPS) de publier publiquement des informations, des photos et des vidéos/audio sur les élèves sans autorisation, à l'exception des « informations d'annuaire ». En vertu de la loi sur les archives publiques de l'Ohio, le CPS est tenu, sur demande, de fournir les informations du répertoire à tout membre du public qui en fait la demande. Conformément à la politique n° 8330 du Conseil, CPS définit les informations d'annuaire comme suit :

Le nom de l'élève, l'école, le niveau scolaire, le nom du parent-tuteur, l'adresse domiciliaire, le numéro de téléphone, l'adresse e-mail, la participation à des activités et des sports officiellement reconnus et les prix reçus.

L'objectif principal de la CPS en publiant les renseignements du répertoire est de souligner les réalisations des étudiants. Parfois, le district et/ou l'école prennent des photos et capturent des vidéos/enregistrements audio qui peuvent être placés sur les sites Web du district, les canaux de médias sociaux, les publications approuvées et/ou peuvent apparaître dans un reportage médiatique.

Si vous acceptez que CPS puisse divulguer les informations de l'annuaire, les photos, la vidéo/l'audio de votre enfant, **vous n'avez pas besoin de retourner ce formulaire** et aucune autre action n'est nécessaire. Si vous ne souhaitez pas que le CPS divulgue des informations d'annuaire, des photos, des vidéos/audio ou aux recruteurs militaires, veuillez cocher les cases applicables ci-dessous.

Annuaire et diffusion grand public

Les parents, tuteurs légaux ou élèves âgés de 18 ans et plus peuvent refuser d'autoriser CPS à divulguer les informations de l'annuaire en cochant la case en renvoyant ce formulaire à l'école avant la fin septembre.

CPS ne peut pas divulguer les informations d'annuaire sur mon enfant.

Communiqué de presse

Les parents, les tuteurs légaux ou les étudiants âgés de 18 ans et plus peuvent refuser d'autoriser le CPS à publier des photos et des vidéos/audio présentant des étudiants sur les sites Web du district, les chaînes de médias sociaux et les publications ou qui peuvent apparaître dans les journaux télévisés. La désinscription ne couvre pas les événements ou les performances ouverts au public.

CPS ne peut pas divulguer de photos et/ou de vidéo/audio de mon enfant.

Recruteurs militaires

Conformément à la loi fédérale, le CPS doit divulguer les noms, adresses et numéros de téléphone des élèves du secondaire aux recruteurs militaires, à moins que le parent, le tuteur légal ou l'étudiant âgé de 18 ans et plus ne s'y oppose spécifiquement.

Le CPS ne peut pas divulguer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de mon enfant aux recruteurs militaires.

Informations sur les étudiants

Nom de famille : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Ecole : _____ Grade : _____ Classe : _____

Veillez-en Je suis l'étudiant et j'ai 18 ans ou plus

Cochez une : Je suis le parent ou le tuteur légal de l'étudiant et celui-ci a moins de 18 ans.

Nom du parent/tuteur (veuillez imprimer en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : ____/____/____

Les Parents/tuteurs et/ou les étudiants admissibles qui croient que les droits que leur confère la loi fédérale de protection des droits de l'éducation et de la Privacy Act (FERPA) ont été violés peuvent déposer une plainte auprès de : Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW, Washington, D.C., 20202-4605. www.ed.gov/offices/OM/fpco. Enquêtes informelles peuvent être envoyées à l'Office de conformité famille politique par courrier électronique : FERPA@Ed.gov



Community Learning Center
 Cincinnati Public Schools
 2651 Burnet Avenue
 Cincinnati, Ohio 45219
 Phone: (513) 363-0154

2024-2025 Formulaire de consentement des parents/tuteurs Dossiers informatisés des élèves

Les écoles publiques de Cincinnati s'associent à un certain nombre d'organisations pour aider à répondre aux besoins des élèves.

Les partenaires offrent une gamme de services liés aux domaines suivants : tutorat, mentorat, santé et services parascolaires. Les services peuvent être organisés par l'intermédiaire de coordonnateurs des ressources qui sont affectés à des écoles individuelles.

Les coordonnateurs des ressources ou les organisations partenaires peuvent demander l'accès au système de dossiers informatisés des étudiants, y compris les données du PEI, pour afficher les données personnellement identifiables des étudiants. Ces données peuvent également être partagées avec le personnel et les bénévoles travaillant avec l'organisation partenaire. Cela permettrait aux coordonnateurs des ressources et aux organisations partenaires d'identifier et d'attribuer les services appropriés aux étudiants. En cas d'accès, le coordonnateur des ressources ou les organisations partenaires doivent préserver la confidentialité des renseignements sur les étudiants et ne pas divulguer à nouveau les renseignements à des personnes non identifiées dans ce consentement. Le coordonnateur des ressources et les organismes partenaires ne sont autorisés à accéder aux dossiers des étudiants dans le cadre de leur propre programme et que dans la mesure nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. De plus, le coordonnateur des ressources ou les organismes partenaires peuvent partager des renseignements sur son programme avec le personnel du district scolaire et d'autres partenaires énumérés ci-dessous, afin de mieux servir les élèves.

Les informations confidentielles ne peuvent être partagées que dans la mesure où elles sont pertinentes pour les progrès scolaires, la sécurité ou le bien-être de l'élève. Les renseignements sur les étudiants peuvent être divulgués en cas d'urgence médicale grave qui nécessite une facilitation des soins médicaux.

Une autorisation du parent/tuteur est requise pour permettre au coordonnateur et aux organisations partenaires d'accéder aux données de votre enfant. Veuillez sélectionner ci-dessous les partenaires auxquels vous consentez.

Le coordonnateur des ressources et/ou l'école entreront les options de partenaire ci-dessous

<ul style="list-style-type: none"> ● _____ ● _____ ● _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ● _____ ● _____ ● _____
---	---

J'ai lu ce qui précède et je consens à ce que tous les partenaires énumérés ci-dessus au service des écoles publiques de Cincinnati divulguent, obtiennent et échangent les informations de mon enfant auprès du personnel du district scolaire et des partenaires énumérés ci-dessus.

 Ecrire Nom du Parent/Tuteur

 Ecrire nom de l'élève (un formulaire par élève)

 Signature du Parent/tuteur

 Date

 Nom de l'école

 Niveau

 Numéro de téléphone

For Office Use Only/Reserve a la direction

Student ID #: _____



Politique d'utilisation acceptable pour les étudiants et accord de sécurité Internet/réseau

Cincinnati Public Schools- Année scolaire 2024-2025

Niveaux Prématernelle - 3

Accord étudiant

JE VAIS...



Manipulez mon iPad ou votre ordinateur correctement.



Utilisez uniquement les sites Web que mes maestros étudiant.



Je garderai mon nom d'utilisateur et mon mot de passe privés.



Je garderai la nourriture et les boissons loin de mon iPad ou de mon ordinateur.



Je serai respectueux et gentil lorsque j'utiliserai Internet.



Je signalerai sur Internet tout ce qui me rend triste, effrayé, mal à l'aise ou en danger.



J'assumerai la responsabilité si j'endommage mon iPad ou mon ordinateur.



Politique d'utilisation acceptable pour les étudiants et accord de sécurité Internet/réseau

Cincinnati Public Schools- Année scolaire 2024-2025

Niveaux Prématernelle - 3

1. Qu'est-ce qu'une AUP ?

Politique d'utilisation acceptable. Un accord ou une promesse que vous suivrez les règles lors de l'utilisation des ordinateurs de l'école, des iPads et d'autres appareils.

2. Pourquoi l'AUP est-elle importante ?

Notre école veut assurer votre sécurité et celle de l'équipement que vous utilisez. L'AUP vous indique les règles et votre travail lorsque vous utilisez des ordinateurs, des iPads et des appareils. L'AUP nous rappelle que lorsque vous utilisez des ordinateurs, des iPads et d'autres appareils, ce n'est pas privé. Votre professeur regarde et d'autres sur Internet aussi. Vous devez vous rappeler d'être respectueux, responsable et en sécurité.

3. Qu'est-ce que le MDA ?

Le contrat d'appareil mobile. Un accord ou une promesse selon laquelle vous prendrez soin des ordinateurs, iPads et autres appareils de l'école.

4. Pourquoi le MDA est-il important ?

L'accord sur les appareils mobiles vous rappelle de garder les ordinateurs, les iPads et les appareils en bon état de fonctionnement. Il vous indique également qu'il y a des conséquences si vous détruisez ou endommagez l'ordinateur, l'iPad ou l'appareil.



**Politique d'utilisation acceptable pour les étudiants
et accord de sécurité Internet/réseau**

Cincinnati Public Schools- Année scolaire 2024-2025

Niveaux Prématernelle - 3

Pour toutes questions, merci d'appeler le Family Technical
Centre de soutien (Family Technical Support Center) :

513-363-0688



Politique d'utilisation acceptable des élèves et accord de sécurité d'Internet/réseau

Écoles publiques de Cincinnati Année scolaire 2024-2025 De la 4e à la 12e année

Contrat étudiant

JE...



Comprends que je suis censé utiliser l'appareil qui m'a été attribué en toute sécurité, de manière responsable et à des fins éducatives uniquement.



Traiterai mon équipement avec soin et respect. Je comprends que je suis responsable de la bonne utilisation de la technologie émise en mon nom.



Serai un citoyen numérique respectueux. Je ne ferai pas de cyberintimidation, n'enverrai pas de messages inappropriés et n'utiliserai pas de langage inapproprié.



Informerais un adulte si un problème de sécurité ou Internet est suspecté ou identifié.



Retournerai l'appareil dans l'état dans lequel je l'ai reçu (clavier/écran propre ; pas de particules de nourriture), car je comprends que cet appareil pourra être attribué à un autre élève.



Me conformerai aux responsabilités énumérées ci-dessous et au Code de conduite des écoles publiques de Cincinnati (CPS) lors de l'utilisation de la technologie..

Le « Code de conduite » du CPS peut être consulté à l'adresse : <https://www.cps-k12.org/our-students/policies-and-guidelines/code-of-conduct>

Responsabilités des étudiants

1. **Je serai responsable de mon appareil et de mes comptes attribués.** Je ne partagerai avec personne les informations de mon compte, mes mots de passe ou autres informations utilisées pour accéder aux programmes. Je sais aussi que je ne dois pas accéder aux comptes sous le nom

de quelqu'un d'autre. Si je vois les informations de quelqu'un d'autre, lorsque j'utilise un appareil partagé, j'en informerai un adulte et j'attendrai pour utiliser l'appareil jusqu'à ce qu'un adulte ait supprimé le matériel.

2. **Je serai gentil et respectueux dans ma langue et dans la façon dont je traite les autres en ligne.** Je ne serai pas intentionnellement blessant, intimidant, harcelant, intimidant, traquant ou menaçant d'autres étudiants et membres du personnel (« cyber intimidation »). J'utiliserai uniquement sur Internet et dans la messagerie électronique de mon école un langage que j'utiliserais en classe avec mon professeur. Je dirai à un enseignant si je vois quelque chose de blessant pour un autre élève en ligne.
3. **J'utiliserai le réseau CPS de manière responsable.** Je n'accéderai pas, ne publierai pas, n'afficherai pas ou n'utiliserai pas de toute autre manière du matériel qui n'est pas approprié à l'école. Je ne rechercherai pas de pages Web, d'applications ou de documents dont le contenu est inapproprié. Je ne créerai ni ne partagerai de photos, de vidéos ou de textes/discussions inappropriés. Le contenu inapproprié peut inclure des éléments discriminatoires, mesquins, inappropriés, sexuellement explicites, violents ou perturbateurs. Je ne téléchargerai aucun fichier, y compris les fichiers musicaux et vidéo, à moins qu'un enseignant ne m'en donne l'autorisation.
4. **Je serai honnête sur qui je suis en ligne.** Je ne prétendrai pas être quelqu'un d'autre en ligne. Je n'enverrai pas d'e-mail, ne créerai pas de compte et ne publierai pas de mots, d'images ou de sons en utilisant le nom de quelqu'un d'autre. Je n'utiliserai pas le nom de connexion ou le mot de passe d'une autre personne. Je ne vais pas « plagier ». Lorsque j'utilise des informations provenant d'un site Web, je dois faire savoir aux gens d'où j'ai obtenu ces informations et citer mes sources. Je respecterai les lois sur le droit d'auteur et je ne téléchargerai pas de mots, d'images, de vidéos ou de musique appartenant à quelqu'un d'autre.
5. **Je protégerai la sécurité du réseau CPS.** Je n'essaierai pas de modifier les paramètres de sécurité ni d'installer de logiciel sur les appareils scolaires sans autorisation. Je n'utiliserai pas de téléphone, d'ordinateur portable personnel ou tout autre appareil électronique à l'école sans l'autorisation d'un enseignant. Je ne « piraterai » aucun système pour manipuler les données du quartier d'autres utilisateurs.
6. **Je protégerai tous les biens du CPS qui me sont attribués.** Je ne casserai ni ne détruirai aucun équipement volontairement. Je ne déplacerai aucun équipement, y compris les claviers et les souris, sans autorisation. Je ne perturberai ni n'endommagerai la technologie du district (par exemple en détruisant l'équipement du district, en plaçant un virus sur les ordinateurs du district, en ajoutant ou en supprimant un programme informatique sans autorisation, en modifiant les paramètres des ordinateurs partagés, etc.).
7. **Je me protégerai ainsi que les autres lorsque je suis en ligne.** Je ne publierai aucun matériel sur un site Web, un wiki, un blog, un podcast ou un groupe de discussion d'une école sans autorisation. Je ne publierai pas de photo, y compris ma photo, avec le prénom ou le nom de la personne en pièce jointe. Je ne divulguerai pas d'informations personnelles (telles que nom, adresse, numéro de téléphone, numéro de sécurité sociale ou autres informations personnelles) me concernant, ni celles d'un autre étudiant, membre du personnel ou de toute autre personne sans autorisation ou dans l'intention de menacer, d'intimider, de harceler, ou ridiculiser cette personne.

Questions fréquemment posées

Qu'est-ce qu'une AUP ?

AUP signifie « Politique d'utilisation acceptable ». Cela signifie que vous acceptez de faire uniquement des choses « acceptables » lorsque vous utilisez Internet et la technologie des écoles publiques de Cincinnati (CPS). Pour plus de détails sur ce qui est « acceptable », consultez les accords et responsabilités ci-dessus ainsi que les règles de votre bâtiment et/ou de votre salle de classe. L'AUP est un accord que vous devez signer numériquement pour être autorisé à utiliser le réseau et l'équipement CPS.

Qu'est-ce qu'un MDA ?

MDA signifie « Accord sur les appareils mobiles ». Cela signifie que vous acceptez de manipuler les appareils et équipements de manière sûre et sécurisée. Veuillez noter que dans cet accord, il est indiqué que des frais de réparation ou de remplacement de votre appareil pourront vous être facturés en cas de dommages causés par...

- A. chahut à proximité de l'appareil.
- B. renverser du liquide ou de la nourriture sur l'appareil.
- C. fermer le moniteur sur un objet (par exemple un stylo, un crayon, une calculatrice, un trombone, etc.).
- D. l'appareil n'est pas nettoyé une fois allumé.
- E. le vol de l'appareil résultant d'une mauvaise fixation de l'appareil.
- F. perte des appareils manquants.

Pourquoi CPS a-t-il un AUP/MDA ?

De nombreuses personnes utilisent le réseau et les appareils scolaires des écoles publiques de Cincinnati. Nous devons nous assurer que nos appareils et imprimantes sont en état de fonctionnement et que tout le monde est en sécurité et à l'aise lorsqu'il utilise le réseau.

Pourquoi dois-je être responsable de ce que je fais sur le réseau de district CPS ?

Il est important que nous soyons tous des citoyens numériques responsables afin que l'ensemble du personnel et des étudiants disposent d'espaces sûrs pour apprendre et grandir. Utiliser Internet et la technologie du district est un privilège accordé pour aider à atteindre cet objectif. Veuillez comprendre que le réseau CPS, les pages Web et les comptes de messagerie ne sont PAS privés. Le personnel du CPS, ainsi que la police de Cincinnati, sont en mesure de « surveiller » toute activité sur les appareils scolaires. (Y compris tout ce que vous lisez, ce que vous écrivez et les pages Web que vous visitez sur les appareils scolaires). Ceci est fait pour garantir que la technologie du district est utilisée pour des activités sûres et appropriées. Faites une pause et réfléchissez avant d'utiliser votre appareil pour vous assurer de ne rien faire en ligne que vous ne voudriez pas que vos enseignants ou vos parents voient.

Que se passe-t-il si un étudiant ne respecte pas les règles de l'AUP/MDA ?

Les CPS AUP/MDA sont en place pour garantir que nous disposons tous d'espaces sûrs pour apprendre et grandir tout en utilisant la technologie. Si vous voyez quelque chose en ligne qui ne respecte pas les accords et les responsabilités, signalez-l'IMMÉDIATEMENT à un enseignant ou à un adulte ! Les étudiants qui ne suivent pas le CPS AUP/MDA subiront des conséquences pouvant aller jusqu'à la perte des privilèges de l'appareil. Les conséquences seront déterminées par le directeur de votre immeuble selon les règles et procédures de votre école. Veuillez noter que le service de police de Cincinnati sera contacté si vos actions ont enfreint la loi. Enfin, vous pourriez être responsable des frais associés à votre (vos) appareil(s).



Centre de l'éducation - Office de l'environnement santé et sécurité

2651 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45201-5381 Téléphone: 513-363-0107 Fax 513-363-0373

DATE: 6/22/2024

AUX : Parents, personnel, organisations scolaires et groupes représentants des employés

Objet : Notification annuelle AHERA

Cette note de service est envoyée pour aviser tous les parents, le personnel, les organisations scolaires et les groupes représentants des employés que le district scolaire public de Cincinnati est en conformité avec l'agence de protection de l'environnement des USA (U.S. EPA) sur le règlement des mesures d'urgence relatives aux dangers liés à l'amiante.

Ces règlements exigent que chaque district scolaire privé et public inspecte tous les bâtiments scolaires à la recherche de matériaux contenant de l'amiante, évalue l'état des matériaux contenant de l'amiante et élabore un plan sur la façon dont le district doit gérer le matériel contenant de l'amiante.

Le district scolaire public de Cincinnati a fait inspecter tous les bâtiments à propos de l'amiante et a compilé les résultats sur le règlement des mesures d'urgence relatives aux dangers liés à l'amiante. (AHERA) et le Plan de *gestion* de l'amiante. Le plan pour chaque école se trouve au bureau du directeur de l'école et il est disponible pour examen.

Le plan de gestion de l'amiante doit être vérifié lors de la planification de toutes les rénovations du bâtiment afin d'éviter la perturbation de l'amiante. Toutes les réparations et rénovations prévues des bâtiments du district scolaire, qui impliquent la perturbation de matériaux connus contenant de l'amiante, sont effectuées par des personnes certifiées et qui sont formées pour travailler avec du matériel d'amiante. Ces projets sont réalisés de façon sécuritaire en suivant les procédures détaillées dans le Plan de gestion de l'amiante.

Le district scolaire continue de surveiller l'état de tous les matériaux de construction contenant de l'amiante en faisant vérifier l'état des employés du district tous les six mois. En outre, le district a formé des inspecteurs de l'extérieur du district à effectuer une réinspection majeure de tous les bâtiments tous les trois ans. Les résultats de ces inspections requises sont disponibles dans le Plan de gestion de l'amiante.

Si votre école a eu des projets de réduction de l'amiante, vous trouverez une brève description des projets dans le Plan de gestion de l'amiante.

Toute question ou préoccupation au sujet de la mise en œuvre du règlement AHERA devrait être remise à l'administrateur du bâtiment, qui communiquera avec le gestionnaire de la santé et de la sécurité environnementales, au besoin, pour obtenir des éclaircissements.

Sincèrement,

Steven Knapik

Gestionnaire de la santé et de la sécurité
environnementales

S'inscrire à Smart911



- Apprenez à vos enfants quand et comment composer le 9-1-1 en cas d'urgence et assurez-vous qu'ils connaissent bien l'adresse de leur domicile .
- Créez un profil de sécurité Smart911 au www.smart911.com pour fournir au personnel du 9-1-1 et aux premiers intervenants – officiers de police, pompiers et au service médical d'urgence - des renseignements qui peuvent aider à protéger votre famille en cas d'urgence.

S'inscrire à Smart911 donne aux premiers intervenants des renseignements importants que vous avez déjà fournis et qui peuvent vous aider à **vous localiser et à vous assister** en cas d'urgence.

Autres rappels de sécurité :

- Pour éviter les blessures, choisissez soigneusement le sac à dos de votre enfant, en vous assurant qu'il ne sera pas trop lourd. Un sac à dos chargé ne devrait pas peser plus de 10 à 20 pour cent du poids corporel de votre enfant.
- Ne mettez pas le nom de votre enfant sur son sac à dos, ou sur ses vêtements extérieurs. Si le nom de votre enfant est facilement lisible, il est plus facile pour les étrangers de s'approcher et de commencer une conversation avec lui.
- Enseigner à vos enfants que **tout adulte qu'ils ne connaissent pas est un étranger pour eux**, même si la personne semble bien, et qu'ils ne devraient jamais aller n'importe où avec un étranger.



Juin 2024

Cher parent ou tuteur,

Veillez remplir les formulaires de santé nécessaires et les renvoyer à l'école de votre enfant. Ces formulaires peuvent être obtenus auprès de votre école ou en ligne : <https://www.cps-k12.org/our-students/forms>

Le formulaire **Autorisation médicale d'urgence** (Emergency Medical Authorization) est nécessaire en cas d'urgence à l'école. Ce formulaire permet à l'école d'obtenir un traitement d'urgence pour les enfants qui tombent malades ou qui sont blessés pendant qu'ils sont à l'école, lorsque les parents ou les tuteurs ne peuvent être joints.

Le formulaire **Mise à jour des antécédents de santé** (Health History Update) fournit au personnel de l'école des informations de santé appropriées concernant votre enfant et est **exigé** par la loi de l'Ohio. Il doit être mis à jour chaque année scolaire. D'autres formulaires peuvent être nécessaires pour les enfants souffrant de maladies chroniques (telles que l'asthme, le diabète, les troubles convulsifs, la drépanocytose). Ces formulaires peuvent être obtenus auprès du bureau de santé de l'école de votre enfant.

Ne remplissez le formulaire **Administration de médicaments des CPS** (CPS Administration of Medication) que si votre enfant a besoin de médicaments sur ordonnance pendant la journée au sein de l'école. Ce formulaire doit être rempli et signé par le prestataire de soins médicaux autorisé et le parent avant que les médicaments puissent être administrés au sein de l'école.

Le formulaire **Autorisation pour l'administration de « médicaments en vente libre » au sein de l'école** (Authorization for Administration of Over-the-Counter Medications at School) donne à l'infirmière, à l'assistant(e) de santé scolaire ou au/à la directeur(rice) désigné(e) la permission d'administrer à votre enfant les médicaments énumérés sur le formulaire des « médicaments en vente libre » pour des mesures de confort. Ce formulaire doit être rempli et signé par le prestataire de soins médicaux autorisé et le parent avant que les médicaments puissent être administrés au sein de l'école.

Le **dossier d'inscription du centre de santé de l'école** (School Based Health Center Enrollment Packet) peut également être inclus. Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie des services énumérés, remplissez et renvoyez le dossier au bureau de santé de l'école. Si votre élève a déjà donné son consentement au centre de santé de l'école, veuillez remplir la page cinq du consentement (Droits et responsabilités du patient, partage des informations, paiement des services). Cette page doit être remplie chaque année.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à ces documents importants et de vous associer à moi pour veiller au bien-être de votre enfant !

Grant Mussman, MD, MHSA
Commissaire à la santé par intérim
Département de la santé de Cincinnati

Denise M. Saker, MD, MPH, FAAP
Directeur médical par intérim
Département de la santé de Cincinnati



Mise à jour de l'historique de santé 2024-25

Veillez remplir et retourner à l'infirmière ou à la direction de l'école. Je vous en remercie.

La loi de l'Ohio exige qu'un formulaire d'historique de la santé soit au dossier pour chaque élève.

_____ / _____
 Nom de l'élève Date de naissance Classe

_____ / _____ / _____
 Nom du médecin Téléphone Dernier bilan ou visite

_____ / _____ / _____
 Nom du médecin dentiste Téléphone Dernier bilan ou visite

Assurance: _____ Médicale (entoure : CareSource / Molina / United Health Care / Paramount / Buckeye)

_____ Nom de l'Assurance privée _____ Pas d'assurance _____

_____ Rien

Est ce qu'il y a un historique pour les problèmes suivants ? (Encercler O pour Oui ou N pour Non)

Historique pour l'étudiant puis la famille	Etudiant	Famille	Historique pour l'étudiant puis la famille	Etudiant	Famille
Allergies: Saisonnier / Fièvre du foin:	Oui No	Oui No	Problèmes Emotionnel /Psychologiques	Oui No	Oui No
Allergie mortelle à: EpiPen prescrit	Oui No	Oui No	Maux de tête fréquents Traumatisme crânien	Oui No	Oui No
ADD / ADHD	Oui No	Oui No	Fréquents maux d'estomac	Oui No	Oui No
Anémie ou autres problèmes sanguins	Oui No	Oui No	Problèmes d'audition	Oui No	Oui No
Asthme	Oui No	Oui No	Maladie du Cœur – type _____	Oui No	Oui No
Problèmes de comportement	Oui No	Oui No	Maladie rénale – type _____	Oui No	Oui No
Problèmes de pression artérielle (élevé / faible)	Oui No	Oui No	Problèmes d'apprentissage	Oui No	Oui No
Problèmes de Développement/	Oui No	Oui No	Prématurité ou poids à la naissance de moins de 5 lb.	Oui No	Oui No
Cancer – type	Oui No	Oui No	Désordre de saisie / Epilepsie /Tics	Oui No	Oui No
Diarrhée chronique ou constipation	Oui No	Oui No	Drépanocytose	Oui No	Oui No
Infections Chronique des oreilles	Oui No	Oui No	Problèmes de sommeil	Oui No	Oui No
Dépression	Oui No	Oui No	Problèmes de discours	Oui No	Oui No
Diabètes	Oui No	Oui No	Problèmes Dentaires -	Oui No	Oui No
Drogues ou alcool utilisés pendant la grossesse	Oui No	Oui No	Problèmes de Vision porte des lunettes	Oui No	Oui No
Eczéma/maladie chronique de la peau			Chirurgie quelle type		

Oui No C

Évaluation des risques liés à la tuberculose:

Votre élève est-il en contact avec l'une des personnes suivantes : Immigrants d'un autre pays, personne diagnostiquée ou traitée pour la tuberculose, enfants ou adultes incarcérés, infectés par le VIH, sans-abri, résidents de maisons de soins infirmiers, enfants ou adultes placés en institution, les consommateurs de drogues illicites, les travailleurs agricoles migrants?

Pour vous étudiant, Prière de faire un cercle Oui ou No en bas, et expliquer toutes les réponses oui dans l'espace fourni.

Diagnostique or traite pour la TB ? No Oui
Immigre à partir d'un autre pays ? No Oui
Il a voyage vers un autre pays ? No Oui
Il n'a jamais été en prison ou détenu au centre (2020) ? No Oui

Nom de l'élève _____

Votre enfant va-t-il reçu le vaccine COVID 19? ___Non ___Oui Dates: _____

Veillez énumérer tous les problèmes de santé ou affections **ACTUELS** dont souffre votre enfant (Peut être le même que ci-dessus):

Veillez énumérer toute allergie (y compris la **nourriture, les médicaments**, l'environnement, la saison, etc.)

Veillez énumérer toute restriction alimentaire (médicale ou non médicale)

Votre enfant voit-il un spécialiste ? Si oui, veuillez indiquer la condition, le nom du médecin et le numéro de téléphone :

Veillez énumérer tous les médicaments (sur ordonnance ou en vente libre) que votre enfant prend à la maison quotidiennement ou au besoin (tels que des médicaments pour le TDAH, les allergies, l'asthme ou les muas de tête) :

REMARQUE SPÉCIALE : Si votre élève doit prendre des médicaments à l'école, y compris des médicaments d'urgence (comme un inhalateur ou un EPI Pen), vous devez remplir un formulaire d'administration de médicaments aux écoles publiques de Cincinnati. (disponible à l'école).

Votre enfant va-t-il subi des opérations, des blessures graves ou des hospitalisations? Non ___Oui ___; prière d'expliquer:

Votre enfant a-t-elle déjà été enceinte ?? Non ___ Oui ___; prière d'expliquer :

Votre enfant a-t-il été victime d'abus? Non ___ Oui ___; prière d'expliquer:

Est-ce que quelque chose de mauvais, effrayant ou triste est arrivé à votre famille? Non ___ Oui ___; prière d'expliquer:

Préoccupations scolaires

Votre enfant est-il dans une classe spéciale? Non ___ Oui ___; prière d'expliquer: _____

Est-ce que votre enfant a redoublé la classe? Non ___ Oui ___; détails: _____

Votre enfant va-t-il souvent des ennuis à l'école? Non ___ Oui ___; détails: _____

Quelles sont les notes de votre enfant? _____

Est-ce qu'il y a un changement? Non ___ Oui ___

Nom du Parent / tuteur _____ **Date** _____

Comment pouvons-nous vous joindre pendant les heures d'école? Cellule: _____ Travailler _____

Autre _____



Formulaire d'autorisation médicale d'urgence

Remplissez ce formulaire et le faire retourner à l'école de votre enfant.

Nom de l'élève : _____ ID #: _____ Classe: ___ Date de naissance : _____

Ecole : _____ Niveau: _____ Année: _____

Adresse de l'étudiant : _____ Apt.: _____ Phone : () _____

Ville: _____ Etat: _____ Code postal : _____

Le But — permettant aux parents et aux tuteurs d'autoriser la prestation de soins d'urgence, sous l'autorité de l'école, pour les enfants qui deviennent malades ou qui soient blessés à l'école, lorsque les parents ou tuteurs ne sont pas joignables

Résidence Parent ou tuteur

Parent / nom du tuteur : _____ Téléphone pendant la journée : _____

Parent / nom du tuteur : _____ Téléphone pendant la journée : _____

Autre nom: _____ Téléphone pendant la journée : _____

Nom du parent de l'enfant ou du responsable de sa garde: _____

Lien de parenté : _____ téléphone pendant la journée: () _____

Adresse: _____ Code postal: _____

LA PARTIE I ou LA PARTIE II DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ

PARTIE I : CONSENTEMENT du Parent/tuteur. Je donne mon consentement pour que les fournisseurs de soins médicaux et l'hôpital local soient contactés par téléphone :

Médecin : _____ Phone: () _____

Dentiste: _____ Phone: () _____

Medici spécialiste : _____ Phone: () _____

Hôpital Local : _____ Téléphone de la salle d'urgence : () _____

Dans le cas ou des tentatives raisonnables de ma contacter ont été infructueuses .Je donne par la présente mon consentement pour (1) l'administration de tout traitement jugé nécessaire par les médecins susmentionnés ou dans le cas où le médecin préféré n'est pas disponible par un autre médecin ou un dentiste agréés ; et (2) le transfert de mon enfant vers un hôpital raisonnablement accessible .Cette autorisation ne couvre pas les chirurgies majeurs sauf avis médical de deux autres médecins ou dentistes agréés. Concourant à la nécessité de telles interventions sont obtenus avant l'exécution.

Date : _____ Signature du Parent/tuteur : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

PARTIE II: REFUS D'ACCORDER LE CONSENTEMENT : JE NE DONNE PAS mon consentement pour un traitement médical d'urgence de mon enfant en cas de maladie ou des blessures nécessitants un traitement d'urgence. Je souhaite que l'école prenne les mesures suivantes :

Date : _____ Signature du Parent/tuteur : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Département de santé de Cincinnati
Centre de santé en milieu scolaire (SBHC) dossier d'inscription

MERCI DE COMPLETER ET DE SIGNER TOUTES LES PAGES.

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: ___/___/___ Sexe: H/F Trans: HTF/FTH ou Non-Binaire

Numéro de sécurité sociale de l'enfant: _____ - _____ - _____ Carte de soins de santé/No d'assuré: _____

CareSource Molina Buckeye Paramount United Health Care Pas d'assurance AUTRE _____

SERVICES DE SANTÉ MÉDICALE:



OUI, je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive **DES SOINS médicaux**, y compris des soins de routine (p. ex. travail, garderie et sport), des immunisations appropriées, du vernis fluoré et un traitement pour une maladie ou une blessure, y compris des médicaments en vente libre, à moins que les médicaments en vente libre, sauf si les services d'urgence sont nécessaires. (Remarque : Les services de garde comprennent le dépistage de la vue et de l'audition, les analyses d'urine et de sang, les vaccinations au besoin et un examen génital externe, le cas échéant.) Mon enfant peut être **transporté /accompagné** à et de services dentaires par un détenu de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé. ***S'il vous plaît noter: dans l'Ohio, les mineurs peuvent accéder à un service confidentiel pour les infections sexuellement transmissibles et la planification familiale, y compris la fourniture de contraceptifs tels que des préservatifs ou des pilules contraceptives sans le consentement des parents.**

NON, je ne souhaite pas que mon enfant reçoive **des services de sante médicales** En milieu scolaire (SBHC)

SERVICES DES SOINS DENTAIRES :



OUI, je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive des soins **des SERVICES Dentaires** dans un centre du Département de la santé de Cincinnati (CHD) ou une clinique scolaire ou mobile, y compris des soins préventifs, des examens dentaires, des radiographies, des produits d'étanchéité, des obturations, une anesthésie locale, l'ablation des dents et des canaux radiculaires si nécessaire. D'autres procédures préventives seront fournies à l'école. Mon enfant peut être **transporté /accompagné** à et de services dentaires par un détenu de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé.

NON, je ne souhaite pas à ce que mon enfant reçoive **DES SOINS DES SERVICES DENTAIRES**

LES SERVICES DES SOINS OPHTALMOLOGIQUES :



OUI, je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive **des services des soins ophtalmologiques** au Centre de vision OneSight de l'école, au centre Oyler ou à l'Académie des langues du monde (AWL), qui peut inclure des examens complets de la vue, y compris la dilatation, la thérapie de la vision, et l'ajustement et la distribution de correction de la vision. Mon enfant peut être **transporté /accompagné** à et depuis les services de centre oculaire par un responsable de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'étudiant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé.

NON, je ne souhaite pas que Mon enfant reçoive **des services des soins ophtalmologiques**.

Signature du parent /Parent / Guardian Signature (or patient if 18 or older)		Nom du parent Parent/Guardian Name (PRINT)		DATE
Telephone /Phone (best)	Telephone2 /Phone #2	Telephone3/Phone #3		
Adresse /ADDRESS	Rue /STREET	APT	Villa/City	Etat /STATE Code postal ZIP

Je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive les services que j'ai marqués dans les cases ci-dessus. Je suis d'accord avec les termes et les conditions concernant le PAYMENT des SERVICES et le partage des informations tels qu'ils sont expliqués dans le formulaire de description du programme (ci-joint).Le Consentement en vigueur reste valable jusqu'à ce qu'il soit annulé par écrit par le Parent / Guardian.

Nom de l'élève /patient /STUDENT/PATIENT'S NAME: _____ Date de naissance /DOB: __/__/____

Pour fournir des services de santé scolaires à votre enfant, nous avons besoin des informations suivantes :

Nom du Parent / tuteur -Parent / Guardian's Name: _____ Date de naissance Parent / Guardian's DOB: _____

Relation avec L'Enfant /Relationship to Child: _____ Securite Social du parent Parent / Guardian's Social Security No.: _____

Adresse /Address: _____ Ville et code postal City/State/ZIP: _____

Personne a contacter en cas d'urgence/ Emergency Contact Person: _____ telephone /Phone Number: _____

Historique de sante de votre enfant

❖ Avez-vous un **médecin de soins primaires**? oui non

Nom du Docteur /Clinique : _____ Telephone #: _____ Fax _____

Date du dernier examen physique annuel complet (de la tête aux orteils): _____

❖ Avez-vous un **médecin dentiste de soins primaires**? oui non

Nom du Docteur Dentiste /Clinique : _____ Telephone #: _____ Fax _____

Date du dernier examen dentaire de routine :

❖ Avez-vous un **médecin ophtalmologiste de soins primaires**? oui non

Nom du Docteur ophtalmo /Clinique : Téléphone #: _____ Fax #: _____

Date du dernier examen dentaire de routine : _____

Date du dernier examen de vision de routine :

❖ Avez-vous une **pharmacie de préférence** ? Oui Non

Pharmacie de préférence: _____ Téléphone #: _____ Fa

Prière de préciser si votre enfant a un problème particulier de santé :

Prière de préciser si votre enfant a une **allergie** particulière. Merci de lister les types d'allergie y compris les allergies **concernant l'alimentation les médicaments** ou allergies saisonnières etc.

Est-ce que votre enfant a visité un médecin spécialiste? Si oui merci de préciser les conditions, le nom du médecin et son numéro de téléphone

Veuillez énumérer tous les médicaments (prescrits ou en vente libre) que votre enfant prend à la maison quotidiennement ou selon les besoins (comme les médicaments contre le TDAH, les allergies, l'asthme ou les maux de tête) :

**** REMARQUE SPÉCIALE : Si votre élève doit prendre des médicaments à l'école, y compris des médicaments d'urgence (comme un inhalateur ou un epi Pen), vous devez remplir un formulaire d'administration de médicaments aux écoles publiques de Cincinnati.**

Votre enfant a-t-il subi des opérations, des blessures graves ou des hospitalisations? Non Oui

S'il vous plaît fournir la raison et les dates: _____

Votre enfant a-t-elle déjà été enceinte? Non Oui Si oui, combine elle a d'enfants vivants: _____

Votre enfant a-t-il été victime d'abus? Non Oui

Est-ce que quelque chose de mauvais, effrayant ou triste est arrivé à votre famille? No Yes

Prière d'expliquer : _____

Préoccupations scolaires : Expliquez les réponses OUI sur la ligne fournie.

Votre enfant est-il dans une classe spéciale (Spécial Ed / IEP / 504 Plan)? Oui Non _____

Est-ce que votre enfant a redoublé la classe ? Oui Non

Votre enfant a-t-il souvent des ennuis à l'école?? Oui Non

Quelles sont les notes de votre enfant? _____ Est-ce qu'il y a un changement ? Oui Non

(Priere de continuer sur la page suivante)

Nom du patient/Patient Name : _____

Si votre enfant a besoin d'un traitement dentaire, il peut être bénéfique ou nécessaire d'utiliser la sédation à l'oxyde nitreux afin de compléter le traitement dentaire. L'oxyde nitreux détend les enfants, les rend plus confortables et leur donne une meilleure expérience à leurs rendez-vous dentaires. En signant ce formulaire à l'avance, il nous sera plus facile de faire le traitement d'une manière plus rapide et plus efficace. Nous tenterons de vous appeler avant d'utiliser de l'oxyde nitreux sur votre enfant.

S'il vous plaît lire ce qui suit et signer en bas si vous consentez à un traitement avec sédation à l'oxyde nitreux. il ne sera utilisé que si nécessaire.

Je donne la permission à un dentiste du département de santé de Cincinnati de donner à mon enfant la sédation à l'oxyde nitreux si indiqué. Je comprends que certains effets secondaires pourraient se produire, y compris:

1. Nausées et vomissements - nous suggérons qu'aucun aliment ne soit consommé pendant au moins deux heures avant le rendez-vous.
2. Transpiration excessive, et le patient peut devenir rouge ou rincé.
3. Une quantité anormalement élevée de salive
4. Bien qu'il ne soit pas courant, un patient peut avoir la sensation d'avoir des frissons.
5. Dans des circonstances inhabituelles, un enfant peut devenir temporairement hyperactif.

Les avantages incluent la relaxation et peut-être éliminer le besoin d'injections anesthésiques locales

(Novocaïne). Pour les patients qui peuvent avoir besoin des deux, l'utilisation de l'oxyde nitreux / oxygène rendra les injections beaucoup plus facile pour le patient.

À aucun moment le patient ne sera « endormi », et en tout temps le patient recevra plus d'oxygène que ce qui est présent dans l'air de la pièce. Les patients seront surveillés en permanence par le dentiste et le personnel, et un parent peut être présent aussi si demandé.

Si vous souhaitez être présent, s'il vous plaît prendre une note sur le dessus de ce formulaire et nous serons heureux de fixer un rendez-vous pour vous à votre convenance.

Je consens à ce que mon enfant reçoive une sédation à l'oxyde nitreux si le dentiste le juge nécessaire. Je comprends que le personnel dentaire va essayer de me contacter avant de donner de l'oxyde nitreux.

Je ne consent pas à ce que mon enfant reçoive une sédation à l'oxyde nitreux.



Signature Parent/tuteur (Parent/Guardian) Phone Number Date

VEUILLEZ CONSULTER LES INFORMATIONS SUIVANTES

Description du programme Centres de santé scolaires Cincinnati Health Department (CHD)

Bienvenue au Centre de santé en milieu scolaire. Le centre de santé en milieu scolaire met des soins médicaux, dentaires et visuels à la disposition de tous les élèves en cas de besoin. Si votre enfant/adolescent tombe malade à l'école ou si votre enfant/adolescent a besoin d'un examen médical, d'un examen physique sportif, de vaccinations, de soins dentaires de routine ou d'un examen de la vue, il peut le faire faire au centre de santé en milieu scolaire. Si votre enfant/adolescent développe un problème dentaire à l'école, un dentiste peut voir votre enfant dans l'un des centres dentaires scolaires situés à l'Academy of World Languages, Withrow High School, Western Hills High School, Oyster School, Crest Smiles Shoppe ou d'autres centres de santé CHD. Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide avec la demande, veuillez appeler le programme de santé scolaire au 357-2809 ou contacter l'infirmière de votre école.

Droits et responsabilités des patients

- Respect et égalité de traitement, de soins et d'accommodements disponibles, indépendamment de la race, de l'âge, de l'origine ethnique, de la croyance, du sexe ou de l'orientation sexuelle.
- Une évaluation des soins de santé et un plan de soins fournis avec la participation des patients.
- Accès pour parler ouvertement à votre fournisseur de soins de santé disponible en privé.
- Le patient accepte la responsabilité de mettre en œuvre les plans de traitement recommandés.
- 30 jours pour l'obtention de formulaires d'assurance ou d'invalidité.
- SBHC a avisé par le patient si le traitement est reçu dans une salle d'urgence ou un hôpital.
- En cas d'urgence après les heures de travail, le patient appelle le 911 ou se rend à la salle d'urgence la plus proche. Si le patient a un problème urgent et veut parler à un médecin de garde : (513) 357-7320

En ce qui concerne Le PAIEMENT DES SERVICES

- Si vous n'avez pas d'assurance maladie pour votre enfant, vous serez responsable de la facture à un **prix réduit**. Aucun enfant ne se verra refuser des soins médicaux en raison de l'incapacité d'une famille à payer les services.
- Si vous n'avez pas d'assurance maladie pour votre enfant, des renseignements sur le revenu de votre ménage seront demandés pour vous assurer du respect des exigences fédérales et pour déterminer si vous êtes admissible à des frais réduits ou dispensés en fonction de celui du département de la santé de Cincinnati. L'échelle des frais de glissement. Toutes les informations sont gardées confidentielles.
- Aucun enfant ne se verra refuser des soins médicaux en raison de l'incapacité d'une famille à payer les services.
- Besoin d'aide pour demander l'assistance Medicaid? Rendez-vous à notre centre de santé ou appelez le (513) 357-2787.

En ce qui concerne le partage des INFORMATIONS DE SANTE

- Le Centre de santé scolaire peut demander des dossiers médicaux ou des renseignements à tout fournisseur de soins de santé ou établissement où votre enfant a été vu.
- Les résultats de la visite seront envoyés par le Centre de santé scolaire au médecin ou à la clinique habituelle de votre enfant.
- Le PHHC, le School-Based Health Center et/ou l'infirmière de l'école du département de la santé de Cincinnati partageront des renseignements médicaux entre eux au besoin.
- Les écoles disposent d'autres ressources communautaires, y compris la santé mentale. Si des services de santé mentale sont nécessaires, le fournisseur du centre de santé peut initier une référence à un fournisseur à l'école de votre enfant ou à un site communautaire. Le fournisseur de soins de santé mentale communiquera avec vous pour obtenir votre consentement. Le fournisseur de centres de santé et le fournisseur de soins de santé mentale coordonneront les soins au besoin. Toutes les informations sont gardées confidentielles.
- Les dates de service concernant les soins dentaires, la vision et les soins médicaux terminés (comme les vaccinations, les vérifications annuelles du bien-être des enfants et les soins de l'asthme) peuvent être partagées avec l'école de votre enfant si vous acceptez et signez le formulaire d'autorisation fourni avec ce consentement.

J'ai le droit de recevoir ou d'examiner une copie de l'avis de pratiques en matière de protection de la vie privée. Je reconnais qu'on m'a offert une copie de l'avis de pratiques en matière de protection de la vie privée :



J'ai reçu ou révisé une copie (Signature et date)/ (signature and date) _____

Je ne veux pas une copie (Signature et date) (signature and date) _____

J'autorise le SBHC à appeler mon téléphone à domicile ou mon téléphone cellulaire et à laisser un message à un adulte qui répond au téléphone ou sur un message vocal concernant les soins médicaux de mon enfant, y compris les résultats de laboratoire.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE FLUORURE DE DIAMINE D'ARGENT

Le fluorure de diamine d'argent (FDS) est un liquide antimicrobien utilisé pour traiter la sensibilité dentaire et pour aider à arrêter la carie dentaire. Une nouvelle application du FDS peut être nécessaire pour mieux contrôler la progression des caries et est recommandée tous les 3, 6 ou 12 mois, mais peut être appliquée plus fréquemment si nécessaire. Le traitement par FDS peut ne pas éliminer le besoin de obturations dentaires ou de couronnes pour réparer la fonction ou l'esthétique. Les procédures supplémentaires peuvent entraîner des frais distincts.

Faits à prendre en considération :

- La procédure implique: 1) Une isolation appropriée de la zone et le séchage des dents affectées. 2) Frottez une petite quantité de FDS sur la zone délabrée. 3) Permettre aux FDS d'agir sur la surface de la dent pendant au moins 1 min, de préférence jusqu'à 4 minutes. 4) Rincer la langue et la muqueuse buccale.
- Je ne devrais pas être traité avec SDF si: 1) Je suis allergique à l'argent ou à l'ammoniac. 2) Il y a des plaies douloureuses ou des zones crues sur mes gencives ou n'importe où dans ma bouche (c.-à-d. gingivite ulcéreuse, gingivostomatite).

Avantages du traitement SDF:

- C'est rapide, facile et indolore.
- Pas besoin d'engourdir les dents.
- Il arrête 80% des cavités lorsqu'il est appliqué deux fois par an.
- Il peut aider à soulager la sensibilité des dents.
- Il s'agit d'une option de traitement temporaire pour les patients jeunes, craintifs ou ayant des besoins spéciaux qui peuvent avoir besoin de sédation pour des soins dentaires étendus.



Risques liés au SDF:

- **La zone touchée tachera de noir en permanence.** La structure saine des dents ne se décolore pas. La structure dentaire tachée peut être recouverte d'une obturation ou d'une couronne à l'avenir.
- Si elle est appliquée accidentellement sur la peau ou les gencives, une tache brune ou blanche peut apparaître qui ne cause aucun dommage, ne peut pas être lavée et disparaîtra en quelques jours à 2 semaines.
- Vous remarquerez peut-être un arrière-goût métallique très temporaire.
- Le FSD peut ne pas fonctionner pour toutes les cavités et la pourriture progressera avec une mauvaise hygiène buccale et une impaction alimentaire médiocre. Dans ce cas, la dent affectée nécessitera un traitement supplémentaire, qui peut impliquer une obturation ou une couronne, un traitement de canal, une extraction ou une référence pour des soins.

Alternatives à SDF, non limitées à ce qui suit:

- Aucun traitement, ce qui peut entraîner la progression des caries, une douleur intense et une infection dentaire plus grave.
- Selon l'emplacement et l'étendue de la carie dentaire ainsi que le niveau de comportement et de coopération du patient, d'autres traitements peuvent inclure un vernis au fluorure, une obturation ou une couronne, une extraction ou un renvoi à un spécialiste.

Je reconnais par la présente avoir lu et compris ce consentement et la signification de son contenu. Toutes les questions ont reçu une réponse satisfaisante. J'ai vu la photo affichant la décoloration de la cavité après l'application SDF. Je consens à avoir un traitement au fluorure de diamine d'argent (SDF) avec un dentiste ou un autre personnel dentaire qualifié sur tout site dentaire exploité par le département de la santé de Cincinnati.

Nom du Patient: _____

Date de naissance: _____

Patient/Tuteur Signature: _____

Date: _____

CHD Dental Staff Signature: _____

Date: _____



Autorisation pour l'Administration de médicaments en vente libre à l'école

Cette autorisation expire à la fin de l'année scolaire en cours (2024-2025).

Nom de l'élève		Date de naissance	Année scolaire	
Adresse	No de l'Apt	Ville	État	Code Postal
Ecole		Niveau	Classe	

Comme parent/tuteur de cet étudiant, j'autorise que mon enfant reçoive les médicaments suivants pendant les heures de classe ou lors d'activités parascolaires. J'accepte de donner les médicaments dont mon enfant a besoin dans le contenant étiqueté d'origine avec le contenant protecteur intact.

(Encercler oui ou non pour chaque médicament ci-dessous. * le médecin doit préciser les doses et les temps/fréquence)

Médicaments En vente libre (À Compléter par le Parent)	Circle		Dose/ (à Compléter par le médecin)	temps/fréquence
Acétaminophène (Tylenol) pour les maux de tête, maux de dents ou douleurs mineures	Oui	No		
Ibuprofène pour les maux de tête, maux de dents, douleurs mineures ou des crampes menstruelles	Oui	No		
Anti-démangeaison crème ou lotion	Oui	No		
Pastilles contre la toux	Oui	No		
Tums (antiacide)	Oui	No		

L'étudiant est-il allergique à des médicaments ? No Oui/ allergique à _____

Des réactions graves qui doivent être signalées au médecin : _____

Soignant de l'élève (médecin / infirmière praticien / dentiste) * toutes les doses et fréquences ci-dessus.

Signature du soignant : _____ Date: _____

Nom du soignant : _____ Téléphone d'urgence _____

Je donne la permission à l'infirmière de l'école publique de Cincinnati ou du département de la santé de Cincinnati désignée pour donner à mon enfant les médicaments mentionnés ci-dessus pour les mesures de confort. J'ai accepté en outre d'exonérer le département de la santé de Cincinnati et les écoles publiques de Cincinnati et leurs agents de toute réclamation à la suite de tous les actes accomplis en vertu de ce pouvoir. Je vais informer l'école s'il y a un changement dans chacune de ces informations.

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

Ecrire le Nom du parent / tuteur /

Comment nous pouvons vous joindre pendant les heures scolaires ?

Téléphone au Travail _____ téléphone portable _____ Téléphone du Domicile _____ Autre _____



Administration de la formule de médicaments d'ordonnance

Demande fournisseur/parent pour le Personnel de l'école donner des médicaments sur ordonnance

Ecole: _____ Niveau: _____ Classe: _____ Fax d'école: _____

Politique de Cincinnati Board of Education, Section 5330, exige le consentement du parent, tuteur ou étudiant admissible 18 ans ou plus avant les médicaments (y compris les médicaments sur ordonnance, inhalateurs, adrénaline, etc.) peut être décernée à un étudiant par le personnel de l'école. Les informations suivantes sont nécessaires pour se conformer à la présente politique. S'il vous plaît **répondre à toutes questions** et retourner ce formulaire dûment rempli au principal de vos élèves ou infirmière de l'école.

Étudiant nom : _____ Date de naissance : _____ Maison téléphone: _____

Rue : _____ N d'appt : _____ Ville : _____ Etat : _____ Code postal : _____

À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR DE L'ÉLÈVE (MEDECIN/INFIRMIERE PRATICIENNE/DENTISTE)

Nom du médicament : _____ Dose: _____ Temps/fréquence: _____

Comment administrés : _____ Date au début : _____

Autorisation pour ce médicament est uniquement valable jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, sauf indication contraire. EXCEPTION : Pour les médicaments d'urgence pour l'asthme, l'anaphylaxie, saisies ou le diabète, cette autorisation peut être valable pendant 3 ans. Une commande fournisseur est requise pour tout changement de ce médicament.

Date au médicament d'urgence mettre : _____ (3ans)

Veillez joindre un plan d'action d'urgence avec les procédures à suivre si des médicaments d'urgence n'allège pas l'urgence de l'étudiant

D'épinéphrine commandes seulement : J'ai déterminé que cet étudiant est capable de posséder et d'utiliser cette auto injecteur/epipen convenablement et ont fourni à l'étudiant une formation dans l'utilisation de l'auto-injecteur.

Réactions graves qui doivent être signalées au médecin : _____

Conditions particulières pour le stockage de médicaments : _____

Signature du fournisseur : _____ Date: _____

Nom du fournisseur : _____ Phone d'urgence: _____

À REMPLIR PAR LE PARENT DE L'ÉLÈVE OU UN ÉTUDIANT ADMISSIBLE

La médecine doit être en forme auto-injecteur ou inhalateur, liquide, capsule, comprimé et doit être clairement marquée par le pharmacien. L'étiquette doit montrer le nom de l'élève, nom du médicament, posologie, médecin et numéro de l'ordonnance.

Pharmacie : _____ Numéro de téléphone: _____

Comme le parent/tuteur de cet étudiant (ou un étudiant admissible), je donne autorisation du mandant ou personne désignée par celui-ci administrer le médicament prescrit. Le soussigné s'engage pas au fichier ou faire une réclamation pour négligence dans le cadre de l'application ou la non administration de ce médicament (s) et plus loin s'engage à les exonérer de toute responsabilité résultant de l'administration ou non-l'administration de tout médicament. Je vais informer l'école s'il y a un changement dans tout cela information.

S'il vous plaît vérifier ce qui suit, le cas échéant :

Pour les étudiants souffrant d'asthme:

_____ Comme le parent/tuteur de cet étudiant, ou de moi-même, un étudiant admissible, j'autorise l'étudiant (ou moi-même) à Posséder et utiliser un inhalateur asthme tel que prescrit, à l'école et toute activité, événement ou un programme parrainé par ou auxquels participe l'école de l'élève.

Pour les étudiants avec injecteur EpiPen/Twinject/Auto :

_____ Comme le parent/tuteur de cet étudiant, ou moi-même, un admissible étudiant, je autoriser l'étudiant à possèdent des et utiliser un auto-injecteur d'épinéphrine, tel que prescrit, à l'école et toute activité, événement ou programme auquel participe l'école de l'élève. Je comprends qu'un employé de l'école demandera immédiatement une assistance d'un prestataire de service médical d'urgence si ce médicament est administré. **Je vais vous donner une dose de sauvegarde du médicament à l'école comme l'exige loi.**

Nom du Parent / tuteur / étudiant admissible (en lettres moulées) : _____

Signature du Parent / tuteur / admissibles étudiant : _____ Date: _____

Primaire urgence téléphone: _____ Urgence secondaire téléphone: _____

Le Département de santé de Cincinnati
Santé pour l'école et les adolescents

Formulaire de consentement pour le vaccin saisonnier contre la grippe 2024-2025

REPLISSEZ CE FORMULAIRE SEULEMENT SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT FASSE LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE

A. NOM DE L'ÉCOLE :

NOM de l'élève	(Prénom)	(M.I.)	Niveau/HR-
Date de naissance	AGE	Sexe M / F	la race
ADRESSE	Ville	Etat	code postal
SITUATION D'ASSURANCE <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Paramount <input type="checkbox"/> Buckeye <input type="checkbox"/> Pas d'assurance <input type="checkbox"/> Assurance privée _____ Facturation _____ Numéro de la carte médicale facturation _____ Numéro de social de l'élève _____ * Aucun étudiant ne se verra refuser le vaccin contre la grippe en raison de l'incapacité de payer ou de manque d'assurance.			

B. Afin de déterminer si votre enfant a besoin d'une dose de rappel, veuillez répondre à cette question:

1. Est-ce que votre enfant a reçu 2 doses de vaccin contre la grippe saisonnière depuis juillet 2010 ? Oui No incertain

C. S'il vous plaît répondre à toutes les questions suivantes :

	Oui	No
1. est-ce que l'étudiant est aujourd'hui malade avec une fièvre ou avec une maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. est-ce que l'élève a une grave allergie aux œufs, au thimérosal ou un autre composant du vaccin de la grippe ? / si l'élève est entre les âges de 2 à 4 ans : au cours des 12 derniers mois est ce qu'un médecin ou un soignant de santé vous a dit qu'il ou elle avait une respiration sifflante ou asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que l'élève a eu une réaction grave à une dose précédente de vaccin de la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que l'étudiant n'a jamais eu le Syndrome de Guillain-Barré (une temporaire grave faiblesse muscle) dans les 6 semaines après avoir fait le vaccin contre la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. S'il vous plaît répondre à toutes les questions suivantes :

	Oui	No
1 Est-ce que l'élève a un problème de santé à long terme avec problème cardiaque, pneumonie, asthme, maladie rénale, maladies neurologiques ou neuromusculaires, maladie du foie, maladies métaboliques (ex : diabète), anémie ou une autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. si l'élève est entre les âges de 2 à 4 ans : au cours des 12 derniers mois est ce qu'un médecin ou un soignant de santé vous a dit qu'il ou elle avait une respiration sifflante ou asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que cet élève a un système immunitaire affaibli en raison du VIH/sida ou d'une autre maladie qui affecte le système immunitaire, un traitement à long terme avec des médicaments tels que des doses élevées de stéroïdes ou le traitement du cancer avec des radiations ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce cet élève est en contact étroit avec quelqu'un qui a besoin de soins dans un environnement protégé (par exemple, une personne qui a eu une greffe de moelle osseuse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que l'élève est sur un traitement à l'aspirine à long terme ou thérapie contenant de l'aspirine ? (Par exemple, la personne prend de l'aspirine tous les jours ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que L'étudiant reçoit des médicaments antiviraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Est ce que La personne est enceinte ou pourrait le devenir dans le mois suivant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Est-ce que la personne a reçu l'une de ces vaccinations suivantes au cours des 30 derniers jours ? ROR, varicelle ou grippe Mist ? Dans l'affirmative, donnez type et date. Récents Vaccinations : _____ Date reçu: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consentement

CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION : Je comprends que je vais recevoir le document d'Information du vaccin contre la grippe qui est offert par le département de santé de Cincinnati et un avis de confidentialité avant que mon enfant recevra le vaccin.
Je donne mon consentement pour que l'étudiant nommé en haut de ce formulaire peut recevoir le vaccin contre la grippe.
Signature du Parent/ tuteur _____ Date: mois _____ jour _____ année _____ Nom du Parent /Tuteur / _____ Accord pour VACCINATION _____ numéro de téléphone personnel _____

F: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY/POUR USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT) :

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2024 Seasonal Flu	/ /2024	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		
Booster Dose	/ /2023	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		

Obtenez de l'aide grâce aux heures de défense des droits des parents

Cherchez-vous du soutien ou de l'aide pour naviguer dans CPS ?

Nous offrons maintenant des heures de bureau virtuelles avec la championne des parents du district des CPS, LaRonda Thomas.

Les rendez-vous durent 15 minutes et vous donnent le temps de poser des questions, de discuter de toute préoccupation ou de la façon dont les CPS peuvent vous soutenir, vous et votre enfant.

Heures d'ouverture du bureau de la défense des droits des parents :

Les lundi et mercredi

10:00 a.m. - 11:00 a.m.

2:00 p.m. - 3:00 p.m.

6:00 p.m. - 7:00 p.m.

Veuillez prendre contact avec LaRonda Thomas pour obtenir un rendez-vous à parentvoice@cps-k12.org ou au 513-377-2167.

Services d'interprétariat disponibles



Rejoignez une organisation de parents !

Faites une différence à l'école de votre élève ! Rejoignez une organisation de parents dès aujourd'hui !

Les organisations de parents d'élèves vous donnent l'occasion de

1. Activer votre voix
2. Soutenez la réussite scolaire et socio-émotionnelle de vos élèves
3. Partagez votre expertise
4. Construire une communauté
5. Apprenez et amusez-vous !

Contactez le président des parents ou le coordonnateur des ressources scolaires de votre école pour plus d'informations.

Créez une organisation parentale dans votre école!

Aidez-nous à atteindre notre objectif de créer 65 organisations mères d'ici 2025! Contactez Mme Laronda Thomas, championne des parents d'élèves des écoles publiques de Cincinnati! Pour plus d'informations sur la création ou la participation à une organisation parentale dans votre école !



Pour en savoir plus, consultez <https://www.cps-k12.org/parentresources>

E-mail ParentVoice@cps-k12.org
Rejoignez notre communauté de parents sur Facebook <https://bit.ly/CPSParentVoiceGroup>



Formulaire de participation des parents.

**Bienvenue aux nouveaux parents, tuteurs et soignants qui reviennent !
Aimeriez-vous faire du bénévolat a l'école de votre enfant?**

Remplir le sondage en line en visitant le site
<https://bit.ly/ParentEngagementSurveySY23> ou en scannant le code QR.



Si vous remplissez le formulaire papier, veuillez le retourner à la direction de l'école de votre enfant.

Informations sur l'élève

Nom : _____

Niveau : _____

Ecole : _____

Informations sur les Parents / Tuteurs /Soignant

Nom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone mobil: _____

Téléphone Travail: _____

E-mail: _____

Meilleur temps /ou jour pour le bénévolat :

Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____

Veuillez partager vos compétences et vos domaines d'intérêt pour le bénévolat. Par exemple, le tutorat, le chaperon, l'assistant de bureau ou le conférencier invité en classe et les sujets.



Êtes-vous inscrit pour voter?

Il est facile de s'inscrire pour voter ou de mettre à jour votre adresse pour voter – vous pouvez aller en ligne, imprimer un formulaire et l'envoyer par la poste, ou vous rendre en personne à n'importe quelle bibliothèque publique ou BMV de l'Ohio.



Vérifiez votre statut d'inscription ou inscrivez-vous maintenant sur

<https://votehamiltoncountyohio.gov/register/>

Pour voter à l'**élection spéciale du 6 août 2024**, vous devez vous inscrire avant le **10 juillet 2024**.

Pour voter à l'**élection présidentielle du 5 novembre 2024**, vous devez vous inscrire avant le **7 octobre 2024**.



Calendrier scolaire 2024/2025 - Proposition finale

Aout 2024						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Septembre 2024						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
1	2P	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16M	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Octobre 2024						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
		1	2	3R	4	5
6	7	8	9	10	11Q	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Novembre 2024						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
					1	2
3	4M	5	6	7	8	9
10	11P	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27C	28P	29	30

Decembre 2024						
Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20Q	21
22	23	24	25P	26	27	28
29	30	31				

Janvier 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
			1P	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20P	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Fevrier 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
						1
2	3M	4	5	6	7	8
9	10C	11	12	13	14	15
16	17P	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

Mars 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14Q	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Avril 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14M	15	16	17	18R	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Mai 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22Q	23	24
25	26P	27	28	29	30	31

Juin 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19P	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Juillet 2025						
Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
		1	2	3	4P	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Légende

- Premier jour d'école
- Dernier jour d'école
- Journée de classe pour les professeurs
- Journée de développement professionnel – Pas d'étudiants
- Journée de réunion professionnelle - Bâtiment scolaire – Pas d'étudiants
- Vacances/ Conges Pas de classes /Batiments fermes
- Vacances/ Conges Pas de classes
- C Journées d'échange de la Conférence des enseignants - Écoles fermées
- R Journées d'échange de dossiers d'enseignants - Écoles fermées
- Journée de rattrapage météorologique (si nécessaire)

Q Fin du trimestre

M Semaine de mi-session

P Vacances payées *

Notes

171 jours pour les élèves
191 jours pour les enseignants
1050 - 1137.5 heures de cours

* Personnel du CPS Veuillez consulter les calendriers de paie pour obtenir des détails supplémentaires concernant les congés payés et le calendrier.



Dates et détails du calendrier 2024-25

08 Août	Journée de travail en classe pour les enseignants
09 Août	Journée de développement professionnel
12 Août	Journée de développement professionnel du district
13 Août	Journée de reunion professionnel batiment scolaire
14 Août	Premier jour de classe pour les eleves
2 Sept	Fête du Travail – Écoles fermées
16 Sept	Semaine de mi-session
23 Sept	Journée de développement professionnel – Pas d'élèves
03 Oct	Journee d' échange des professeurs - écoles fermées
11 Oct	Fin du premier trimestre
04 Nov	Semaine de mi-session
05 Nov	Jour des élections – Pas d'élèves
11 Nov	Journée des Vétérans – Écoles fermées/ Bureaux central fermés
25 Nov	Jours fériés/relâche - Seules les écoles sont fermées
26 Nov	Jours fériés/relâche - Seules les écoles sont fermées
27 Nov	Vacances/ Conges Pas de classes – journee de conférence
28 Nov	Thanksgiving pas de classe - Écoles fermées/ Bureaux central fermés
29 Nov	Jours fériés /Pause - Le personnel se réfère au calendrier de paie
20 Dec	Fin du deuxieme trimestre
23Dec -03Jan	Vacances d'hiver - Écoles fermées (10 jours)
24-25 Dec	Jour de vacance : Veille de Noël et jour férié de Noël
31 Dec	Jours fériés/Pause - Le personnel se réfère au calendrier de paie
01Jan	Nouvel an Jour de vacance
06Jan	Réouverture des écoles
20 Jan	Martin Luther King Jr. Jour de vacance - Écoles fermées/ /Bureaux central fermés
31 Jan	Journée de développement professionnel – Pas d'élèves
03Fev	Semaine de mi-session
10 Fev	Vacances/ Conges Pas de classes – journee de reunion
17Fev	Jour du President - Écoles fermées/ Bureaux central fermés
03 Mar	Journée de développement professionnel – Pas d'élèves
14 Mar	Fin du troisieme trimestre
24-28 Mar	Vacances du printemps- Seules les Écoles fermées (5 jours)
31 Mar	Réouverture des écoles
14 Avr	Semaine de mi-session
18 Avr	Journee d' échange des professeurs - écoles fermées
22 Mai	Fin du quatrième trimestre – dernier jour de classe pour les étudiants
Mai 23	Journée de reunion - dernier jour pour les professeurs
26 Mai	Jour du Memorial vacance - - Écoles fermées/ Bureaux central fermés
19Juin	Conge Juneteenth - Écoles fermées/ Bureaux central fermés
04Juillet	Jour de la fête de l'indépendance - Écoles fermées/ Bureaux central fermés

* Tous les membres du personnel du SCP doivent consulter leur calendrier de paie pour vérifier leur congés payés et pauses en fonction de leur classification de travail .

