

Changement d'adresse de l'étudiant (et/ou la garde)

French Version 5/2025

Change of Student Address (and/or Custody)

Requiert TWO preuve valide de la nouvelle adresse :

1. Bail signé (dans son intégralité), contrat d'achat ou affidavit notarié des amis et de la famille **PLUS**
2. Facture de services publics, attestation d'assurance avec l'adresse actuelle ou tout autre courrier officiel.

Des copies des documents requis seront faites au Welcome Center et conservées dans le dossier permanent de l'étudiant.

DÉPARTEMENT DES TRANSPORTS : Les changements ne seront pas mis à jour tant que le Welcome Center n'aura pas reçu la validation appropriée. Les changements de transport peuvent nécessiter une période d'attente de 2 à 3 jours ouvrables.

Changement de garde : nécessite la preuve d'une décision de justice signée par un juge et portant son sceau ou d'un document de l'agence

Date du jour : _____
Today's Date

☐ résidant dans les limites du RCSD
Residing within RCSD boundaries

Date d'entrée en vigueur: _____
Effective Date

☐ résidant hors du district
residing out of district
District de résidence : _____

Nom de l'étudiant _____ **Grade** _____ **ID#** _____
Student's Name Grade ID#

Genre _____ **Date de naissance** _____ **Bâtiment scolaire :** _____
Gender Date of birth School Building

Ancienne adresse de la rue: _____
Former Street Address:

Nouvelle adresse de rue: _____ Apt/lot # _____
New Street Address

Ville/code postal _____ **Com** ☐ Franklin ☐ Licking ☐ Fairfield
City/Zip code

Ce déménagement nécessite-t-il un changement de BÂTIMENT SCOLAIRE ? ☐ Oui ☐ Non
Does this move require a change in SCHOOL BUILDING? Yes No

APPROUVÉE APPROVED

If YES, From: _____ **à** _____
If YES, From

Comment votre élève arrivera-t-il à l'école ? _____ **Bus** _____ **Parent** _____ **Garderie** _____ **A pied/en voiture**
How will your student ARRIVE to school? Bus Parent Daycare Walk/Drive

Comment votre élève quittera-t-il l'école ? _____ **Bus** _____ **Parent** _____ **Garderie** _____ **A pied/en voiture**
How will your student LEAVE from school? Bus Parent Daycare Walk/Drive

Ce déménagement résulte-t-il d'un changement de Tutelle, d'un divorce ou d'un partage des responsabilités parentales ? _____ **Oui** _____ **Non** Has this move resulted from a change in custody, divorce/shared parenting? Yes No

Le code révisé de l'Ohio exige que TOUS les documents relatifs à la garde des enfants soient soumis au moment où l'événement prend effet. (c'est-à-dire divorce, dissolution, partage des responsabilités parentales, décision de justice).

Résidentiel Parent/tuteur 1 NOM _____ (Parent/guardian 1)

Lien avec l'étudiant : _____ **Téléphone du contact (** _____ **)**
Relationship to student Contact Phone #

Résidentiel Parent/tuteur 2 NOM _____
(Parent/guardian 2)

Lien avec l'étudiant : _____ **Téléphone du contact (** _____ **)**
Relationship to student Contact Phone #

Signature du parent/tuteur : _____ **Date :** _____

REYNOLDSBURG CITY SCHOOLS



FORM
14

Welcome Center

1555 Graham Road, Reynoldsburg, Ohio 43068
Phone: 614-501-1033 Fax: 614-501-1049

Residency Verification Release

To be completed by families RENTING / LEASING their home.

Form MUST be completed by the leaseholder.

Lease Holder's Name: _____

Address: _____ City/Zip: _____

Primary Phone Number: _____

Lease begins (date): _____ Lease ends (date): _____ Month-to-month

REQUIRED

Landlord / Rental Agent's Name: _____

Phone Number: _____

Address: _____ City/Zip: _____

I hereby authorize Reynoldsburg City Schools to contact my Landlord/Rental Agent/Property Manager in order to verify my residency at the address of record with the District, both at the time of enrollment and/or at any time during my child's enrollment. I understand that lack of proper proof of residency or falsification of information provided will result in my student's withdraw from Reynoldsburg City Schools.

Lease Holder PRINT NAME: _____

X _____
Lease Holder Signature Date

Student(s):

(Name) (D.O.B.) (Grade)

(Name) (D.O.B.) (Grade)

(Name) (D.O.B.) (Grade)

(Name) (D.O.B.) (Grade)

REYNOLDSBURG CITY SCHOOLS

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'URGENCE

(Emergency Authorization Form) O.R.C.3313.712



Nom de l'étudiant _____ Date de naissance: _____
(Student's Name) (DOB)
Adresse du domicile _____ L'école: _____
(Home Address) (School)
Code postal: _____ Grade: _____ Genre ☐ Male ☐ Female
Téléphone portable de l'étudiant : () _____ (Grade) (Gender) (male) (female)
(Student's Cell Phone)

Informations sur le parent/tuteur résidentiel

L'élève vit avec : ☐ les deux parents ☐ parent/tuteur 1 ☐ parent/tuteur 2 ☐ autre _____
(Student lives with) (Both parents) (Parent/guardian 1) (parent/guardian 2) (other)

Les parents biologiques/adoptifs sont : ☐ Mariés ☐ Divorcés ☐ Célibataires jamais mariés ☐ Résidant ensemble-non mariés
(Biological/Adoptive parents are) (Married) (Divorced) (single-never married) (residing together-not married)

Parent/tuteur 1 (Parent/Guardian 1)

Nom : (Name) _____
Lien avec l'étudiant : _____
Adresse : _____
(Address)
Ville : _____ Code postal: _____
(City) (zip)
Téléphone portable du contact : () _____
(Contact Cell Phone)
Ce numéro peut-il recevoir des messages textuels ? ☐ OUI ☐ NO (texts allowed)
Employeur: _____
(Employer)
Téléphone du contact supplémentaire : () _____
Ce numéro de contact est le suivant : ☐ Travail ☐ Home ☐ Téléphone supplémentaire
(This contact number is) Work Home/landline additional cell phone
Courriel: _____ @ _____

Parent/tuteur 2 (Parent/Guardian 2)

Nom : (Name) _____
Lien avec l'étudiant : _____
Adresse : _____
(Address)
Ville : _____ Code postal: _____
(City) (zip)
Téléphone portable du contact : () _____
(Contact Cell Phone)
Ce numéro peut-il recevoir des messages textuels ? ☐ OUI ☐ NO (texts allowed)
Employeur : _____
(Employer)
Téléphone du contact supplémentaire : () _____
Ce numéro de contact est le suivant : ☐ Travail ☐ Home ☐ Téléphone
(This contact number is) Work Home/Landline Additional cell phone
Courriel: _____ @ _____

Garde (Custody) (le cas échéant): Cet enfant fait-il l'objet d'une: (Is this child subject to any)

☐ convention de partage des responsabilités parentales ☐ ordonnance de garde ☐ tutelle ☐ placement en famille d'accueil ?
shared parenting agreement custody order guardianship Foster placement

Nom et adresse postale de l'autre parent si l'ordonnance le prévoit : _____
(Name and mailing address of other parent if order mandates)

Existe-t-il un document déposé auprès d'un tribunal ou de la police qui restreint l'accès à l'élève par une quelconque partie (par exemple, une ordonnance de protection) ? ☐ Oui ☐ Non (Is there a court or police filed document that restricts access to this student by any party)

Si OUI, qui : (if yes, whom) _____ Lien avec l'enfant : _____ (Relationship to child)

Cette commande ne peut pas être exécutée tant que le document n'a pas été soumis au Welcome Center qui le transmettra au dossier scolaire de l'étudiant.

Personne(s) de contact au cas où les parents/tuteurs ne seraient pas joignables

(Contact person(s) if case parents/guardians cannot be reached)

Ce formulaire est utilisé si votre enfant tombe malade ou a une urgence pendant qu'il est à l'école. Il nous autorise à contacter d'autres personnes si un parent ou un tuteur n'est pas disponible. C'est pourquoi il est important que vous indiquiez plus d'un numéro de contact. Si vos informations changent au cours de l'année scolaire, n'oubliez pas d'en informer le bureau.

Nom: (Name) _____	Nom: (Name) _____
Lien avec l'étudiant : _____ (Relationship to student)	Lien avec l'étudiant : _____ (Relationship to student)
Téléphone de contact : () _____	Téléphone de contact : () _____
Ce numéro de contact est le suivant ☐ Téléphone portable ☐ Home/Landline ☐ Travail	Ce numéro de contact est le suivant ☐ Téléphone portable ☐ Home/Landline ☐ Travail
(The contact number is) Cell phone Home/landline Work	

Frères et sœurs fréquentant les écoles de Reynoldsburg (Siblings attending Reynoldsburg Schools)

Nom: _____ Grade: _____ L'école: _____	Nom: _____ Grade: _____ L'école: _____
(Name) (Gr) (School)	(Name) (Gr) (School)
Nom: _____ Grade: _____ L'école: _____	Nom: _____ Grade: _____ L'école: _____
(Name) (Gr) (School)	(Name) (Gr) (School)

Identifiant de l'étudiant militaire (Military Student Identifier)

Veuillez indiquer si cet étudiant est à la charge des personnes suivantes :

- ☐ Service actif (Active Duty): l'étudiant est à la charge d'un membre des forces armées en service actif
- ☐ Garde nationale (National Guard): student is a dependent of the National Guard (US Army National or Air National Guard).
- ☐ Service de réserve (Reserve Duty): l'étudiant est à la charge d'un membre de l'armée américaine en service de réserve
- ☐ Mon enfant n'est PAS un étudiant militaire. (My child is not a military student)

Nom de l'étudiant : _____ (Student's Name)

Alertes médicales (Medical Alerts)**Mon enfant n'a AUCUN problème médical** X _____

(My child has no medical Concerns)

signature du parent/tuteur

Principaux problèmes médicaux (Major Medical Concerns) (énumérer comme suit):

Médicaments de routine (including those taken at home):

(Routine Medications)

☐ **NO Médicaments**
(No Medications)

Nom du médicament (Name of Medication)	Pris pour (Taken for)	Restrictions d'activité (Activity Restrictions)

ALLERGIES : (Allergies)☐ **NO Allergies** (No Allergies)☐ Alimentation: (Food) _____☐ Insectes: (Insects) _____☐ **EPI-PEN NÉCESSAIRE** (Epi-pen needed)☐ Drug: (Drug) _____☐ Autres: (other) _____☐ Saisonnier/environnemental: _____
(seasonal/environmental)

Selon les convictions religieuses de notre famille, cet élève ne consomme pas les aliments suivants :

(Per our family religious convictions, this student does not consume the following food)

Prestataires médicaux (Medical Provider):

Médecin: (Doctor) _____ Numéro de téléphone: (_____) _____

Dentiste: (dentist) _____ Numéro de téléphone: (_____) _____

Spécialiste médical: (Specialist) _____ Numéro de téléphone: (_____) _____

CONSENTEMENT (Consent) – Signature requise (Veuillez signer UNE SEULE fois)**OUI, J'ACCORDE LE CONSENTEMENT**

(Yes, I grant Consent)

Au cas où des tentatives raisonnables pour me contacter n'auraient pas abouti, je donne par la présente mon consentement pour (1) l'administration de tout traitement jugé nécessaire par le médecin susmentionné ou, au cas où le praticien privilégié désigné ne serait pas disponible, par un autre médecin ou dentiste agréé ; et (2) le transfert de l'enfant dans tout hôpital raisonnablement accessible.

Cette autorisation ne couvre pas les interventions chirurgicales majeures à moins que les avis médicaux de deux autres médecins ou dentistes agréés, s'accordant sur la nécessité d'une telle intervention, ne soient obtenus avant la réalisation d'une telle intervention.

X _____
signature du parent/tuteur

_____ Date

NON, REFUS DE CONSENTEMENT

(No, Refusal to Consent)

Je ne donne PAS mon accord pour un traitement médical d'urgence de mon enfant. En cas d'urgence ou de maladie nécessitant un traitement, je souhaite que les autorités scolaires prennent les mesures suivantes :

X _____
signature du parent/tuteur

_____ date