

**CENTRE POUR LA PETITE ENFANCE DE LA VILLE DE NEW YORK (NYCEEC)
FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME PRÉ-K EN DEMI-JOURNÉE*
POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019**

DIRECTIONS :

Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie, à l'encre bleue ou noire uniquement. Notez, SVP, que seuls les formulaires d'inscription remplis par les parents/tuteurs domiciliés dans la Ville de New York seront traités. Signez puis remettez directement ce formulaire d'inscription au centre NYCEEC où vous souhaitez inscrire votre enfant. Assurez-vous d'avoir fait une photocopie de votre formulaire rempli et de la conserver dans vos archives. Pour accéder à une liste des centres NYCEEC, veuillez-vous référer à l'Annuaire des pré-Kindergarten (Pre-Kindergarten Directory) consultable dans l'école de votre quartier, dans les centres NYCEEC eux-mêmes, ou en ligne à nyc.gov/prek.

NOM DU CENTRE NYCEEC OÙ VOUS INSCRIVEZ VOTRE ENFANT :

Section A : RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE – Écrivez clairement en caractères d'imprimerie avec un stylo à encre			
NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE	PRÉNOMS DE L'ÉLÈVE	DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	SEXE (facultatif)
		/ / 2014	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE ACTUELLE DE L'ÉLÈVE (N° de bâtiment/maison, rue, n° d'apt., Ville, État et Code postal)		DISTRICT DU DOMICILE DE L'ÉLÈVE (facultatif)	

Section B : RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS – Prière d'écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie, au stylo à encre
ASSURANCE MALADIE
L'élève a-t-il une assurance maladie ?
<input type="checkbox"/> Oui Si oui, de quel type de couverture santé s'agit-il ? <input type="checkbox"/> Assurance maladie privée <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B
<input type="checkbox"/> Non Si non, voudriez-vous qu'on vous contacte pour vous informer sur la manière dont vous pouvez bénéficier d'une couverture de vos dépenses de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LANGUE PARLÉE À LA MAISON
Dans quelle langue(s) souhaiteriez-vous qu'on communique avec vous, à l'écrit et/ou oralement, au sujet de la procédure d'admission en pré-Kindergarten ? Prière de cocher toutes les réponses qui conviennent :
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Créole haïtien <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Ourdou
<input type="checkbox"/> Autre, précisez SVP : _____

Section C : RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT D'ÉLÈVE – Prière d'écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie, au stylo à encre		
J'ai compris que mon enfant doit être présent(e) et à l'heure tous les jours. Je suis tenu(e) de prendre les dispositions nécessaires pour que, tous les jours, un adulte responsable amène mon enfant à l'école et revienne le(la) chercher. Je sais que le transport domicile-école n'est pas pris en charge.		
<u>NOM DE FAMILLE DU PARENT/TUTEUR</u>	<u>PRÉNOMS DU PARENT/TUTEUR</u>	<u>LIEN AVEC L'ÉLÈVE</u>
<u>TÉL. (JOIGNABLE EN JOURNÉE)</u>	<u>TÉL. (JOIGNABLE EN SOIRÉE)</u>	<u>EMAIL DU PARENT/TUTEUR</u>
Signature du Parent/Tuteur	Date	

*Ce formulaire ne peut être utilisé que pour les programmes du NYCEEC qui ne durent que cinq heures ou qu'une demi-journée. Pour les demandes d'inscription aux programmes Pré-K de NYCEEC, prière de visiter nyc.gov/prek ou de composer le 718-935-2009.

À l'adresse du parent/tuteur :

La loi fédérale prévoit que le Département de l'Éducation de la Ville de New York doit collecter et archiver des informations sur l'identité ethnique et sur la race des élèves de l'école publique. Cette information est utilisée pour déterminer le financement de votre école, entre autres, et elle est conservée en sécurité et en toute confidentialité.

Nous avons besoin de votre aide pour accomplir cette mission. Merci de répondre aux questions concernant l'identité ethnique et raciale au dos de cette page. La première question vous permet d'indiquer si votre enfant est d'origine hispanique, d'Amérique Latine ou espagnole ; la deuxième question vous permet d'indiquer la/les race(s) de votre enfant. Merci de prendre soin de répondre aux deux questions. Les élèves identifiés avec plus d'une race seront comptés dans la catégorie « deux races ou plus ». Les élèves de toutes les races d'origine hispanique seront comptés dans la catégorie hispanique.

Le Département de l'Éducation de la Ville de New York comprend la nature délicate de ce processus. Les options données par le gouvernement fédéral peuvent ne pas représenter une description exacte ou complète de l'identité ethnique ou raciale de votre famille. Nous vous encourageons de fournir des réponses basées sur votre meilleur jugement. Si vous refusez de répondre à l'une ou l'autre des deux questions, les directives fédérales prévoient que le personnel scolaire du Département de l'Éducation de la Ville de New York fasse une identification de votre enfant à votre place.

L'information sur la race et l'ethnicité des élèves est protégée par les règles de confidentialité citées en bas de cette page.

Merci de votre coopération.

À l'adresse des parents/tuteurs : Merci de compléter le formulaire au dos de cette page et de le retourner à l'école de votre enfant.

À l'adresse du personnel scolaire : Ce formulaire rempli sera conservé dans le dossier scolaire cumulatif (Cumulative Record) de l'élève en qualité d'information confidentielle

Les règles et procédures de confidentialité

La loi sur la Confidentialité et les Droits à l'Éducation des Familles (Family Educational Rights and Privacy Act) de 1974 et la Disposition Réglementaire A-820 du Chancelier interdisent l'accès au dossier scolaire de l'élève sans autorisation ainsi que la transmission sans autorisation de toute donnée personnelle permettant d'identifier un élève par son prénom, son nom ou son numéro d'identifiant.

¹ La race peut être considérée comme un facteur d'influence sur l'inscription à l'école seulement quand une ordonnance du tribunal l'impose, le sexe est pris en compte uniquement dans les écoles qui ne sont pas mixtes.

Département de l'Éducation de la Ville de New York
Questionnaire sur les besoins de communication
dans une autre langue que l'anglais (Language Needs Survey) - Pré-Kindergarten

Madame, monsieur, mère/père ou tuteur de _____,
 Ce questionnaire est une pièce importante du dossier d'inscription de votre enfant en pré-Kindergarten parce qu'elle permet à sa nouvelle école de savoir dans quelle mesure votre famille a besoin de documents traduits ou de l'aide d'un interprète dans une autre langue que l'anglais. Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que nous apportent vos réponses aux questions ci-dessous. Retournez, s'il vous plaît, ce formulaire au responsable administratif, _____, de l'école de votre enfant. Si vous avez des questions, veuillez en parler avec _____ joignable au/à _____.

Merci N° d'identifiant de l'élève : _____

PARTIE 1. BESOINS LIÉS À LA LANGUE ÉCRITE ET PARLÉE : Les informations, recueillies ici, permettront d'identifier la langue utilisée à la maison, et celle demandée par la famille pour l'instruction (dans la mesure des moyens à disposition pour instruire l'enfant dans cette langue).

1. Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ? Prière de cocher (✓) toutes les réponses qui conviennent :		
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Ourdou	
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Français	
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Coréen	
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Albanais	
<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Pendjabi	
<input type="checkbox"/> Créole Haïtien	<input type="checkbox"/> Polonais	
<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Autre, précisez SVP _____	
2. Quelle langue votre enfant comprend -il(elle) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
3. Quelle langue votre enfant parle t-il(elle) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
4. Dans quelle langue votre enfant peut-il(elle) lire ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	Il(elle) ne sait pas encore lire <input type="checkbox"/>
5. Dans quelle langue votre enfant peut-il(elle) écrire ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	Il(elle) ne sait pas encore écrire <input type="checkbox"/>
6. Quelle est la langue la plus souvent parlée dans le ou les logements où l'enfant réside ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
7. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), la plupart du temps , avec sa mère/son père/ses tuteurs ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
8. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), la plupart du temps , avec ses frères et sœurs, ou amis ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
9. Dans quelle langue l'enfant parle t'il(elle), la plupart du temps , avec les autres membres de la famille ou ceux qui le(la) gardent (ex. : nounou, baby-sitter) ?		
Anglais <input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s) utilisée(s) à la maison <input type="checkbox"/> :	
10. Souhaiteriez-vous que votre enfant ait des cours dans la langue que vous utilisez à la maison (si c'est possible) ? Si oui, dans quelle mesure :		
<input type="checkbox"/> Tout le temps	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Une partie du temps

Département de l'Éducation de la Ville de New York
Questionnaire sur les besoins de communication
dans une autre langue que l'anglais (Language Needs Survey) - Pré-Kindergarten

À REMPLIR PAR LE PERSONNEL SCOLAIRE OU PAR LES AGENTS CHARGES DE L'INSCRIPTION		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	School:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM
NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name, First Name, Middle Name, Sex, Date of Birth, Child's Address, Hispanic/Latino?, Race, City/Borough, State, Zip Code, School/Center/Camp Name, District Number, Phone Numbers, Health insurance, Parent/Guardian Last Name, First Name, Email

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history, Allergies, Attach MAF in in-school medications needed, Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?, Medications

PHYSICAL EXAM, Date of Exam, General Appearance, Describe abnormalities

DEVELOPMENTAL, Nutrition, Hearing, Vision, Acuity, Dietary Restrictions, SCREENING TESTS, Blood Lead Level (BLL), Lead Risk Assessment, Hemoglobin or Hematocrit, Dental

Child Receives EI/CPSE/CSE services, CIR Number, Physician Confirmed History of Varicella Infection, Report only positive immunity

IMMUNIZATIONS - DATES, DTP/DTaP/DT, Tdap, Hep B, Hib, PCV, Influenza, HPV, MMR, Varicella, Mening ACWY, Hep A, Rotavirus, Mening B, Other, IgG Titers, Date

ASSESSMENT, Well Child (Z00.129), Diagnoses/Problems (list), ICD-10 Code, RECOMMENDATIONS, Full physical activity, Restrictions (specify), Follow-up Needed, Referral(s)

Health Care Practitioner Signature, Date Form Completed, Health Care Practitioner Name and Degree (print), Practitioner License No. and State, Facility Name, National Provider Identifier (NPI), Address, City, State, Zip, Telephone, Fax, Email, DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D., TYPE OF EXAM, Date Reviewed, REVIEWER, FORM ID#



Office of Communications and Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

**PERMISSION D'UTILISER, À DES FINS NON-LUCRATIVES,
L'IMAGE D'UN ÉLÈVE FIGURANT SUR DES PHOTOGRAPHIES, DANS DES FILMS
OU ENREGISTREMENTS VIDÉO**
(à des fins pédagogiques, d'intérêt général ou de sensibilisation à des questions de santé par exemple)

Prénoms et nom de l'élève : _____ Établissement scolaire : _____

Je consens, par la présente, à ce que l'élève, susmentionné(e), soit interviewé(e), à ce que des extraits de son discours soient diffusés, et à ce qu'il(elle) soit photographié(e) ou filmé(e), par _____.

J'autorise aussi _____ à modifier, utiliser plusieurs fois et rediffuser les dits discours, films et photographies, à des fins exclusivement non-lucratives, sous forme d'épreuves, de publications sur Internet ou via tout autre média. Par la présente, je dégage aussi le Département de l'Éducation de la Ville de New York, ses mandataires et employés, de toutes responsabilités, et m'engage à ne rien leur réclamer ni tenter de poursuite à leur encontre, en rapport avec la création ou l'usage des supports indiqués plus haut.

Signature de la mère, du père ou d'un des tuteurs de l'élève (si ce dernier a moins de 18 ans) : _____

Date (mois/jour/année) : _____

Adresse du parent/tuteur de l'élève : _____

OU

Signature de l'élève (si âgé(e) de plus de 18 ans) : _____ Date (mois/jour/année) : _____

Adresse de l'élève : _____