

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques. Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVOYER AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.

## PARENT(S)/TUTEUR(S) :

Veillez lire les formulaires très attentivement.

Veillez **signer chaque déclaration** pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

Il faut **retourner ces formulaires** au Centre avant ou le jour où votre enfant commence ses cours.

Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.

# FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

## PLAN D'ARRIVÉE ET DE DÉPART : Early Head Start, Head Start et service de garde

Je donne la permission à mon enfant de quitter le centre à la fin de la journée du programme à la (aux) personne(s) désignée(s) mentionnée(s) ci-dessous et de la manière indiquée ci-dessous. Si **seul** le parent ou le tuteur légal est autorisé à venir chercher l'enfant, indiquez ci-dessous « PERSONNE ». **Si un enfant est couvert par une ordonnance de protection, vous devez présenter une copie de cette ordonnance au centre.**

Veillez **COCHER** si la personne est **uniquement désignée pour Venir chercher l'enfant, pour les Urgences seulement ou pour les DEUX activités.**

1. Nom \_\_\_\_\_  ALLER CHERCHER L'ENFANT  URGENCES UNIQUEMENT  LES DEUX ACTIVITÉS  
Lien \_\_\_\_\_ Téléphone de jour \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_  ALLER CHERCHER L'ENFANT  URGENCES UNIQUEMENT  LES DEUX ACTIVITÉS  
Lien \_\_\_\_\_ Téléphone de jour \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

3. Nom \_\_\_\_\_  ALLER CHERCHER L'ENFANT  URGENCES UNIQUEMENT  LES DEUX ACTIVITÉS  
Lien \_\_\_\_\_ Téléphone de jour \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

### Mon enfant **ARRIVERA** à Early Head Start, à Head Start ou au service de garde :

- Accompagné par un parent/tuteur
- Marche surveillée en compagnie d'une personne de 14 ans ou plus (Head Start) ou d'un adulte (Early Head Start)
- Par MBTA (train/autobus) en compagnie d'une personne de 14 ans ou plus (Head Start) ou d'un adulte (Early Head Start)
- Transport privé organisé ou loué par le parent
- Transport privé organisé par le système scolaire public local ou le DCF
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

### Mon enfant **QUITTERA** Early Head Start, Head Start ou le service de garde :

- Accompagné par un parent/tuteur
- Marche surveillée en compagnie d'une personne de 14 ans ou plus (Head Start) ou d'un adulte (Early Head Start)
- Par MBTA (train/autobus) en compagnie d'une personne de 14 ans ou plus (Head Start) ou d'un adulte (Early Head Start)
- Transport privé organisé ou loué par le parent
- Transport privé organisé par le système scolaire public local ou le DCF
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

**AUTORISATION DE DÉPISTAGE :** J'autorise le personnel d'ABCD à effectuer les dépistages suivants dans le cadre des services réguliers de Head Start, comme décrit aux pages 19 et 20 du manuel :

**La vue :** Le personnel de santé effectue un examen de la vue de votre enfant à l'aide du système SPOT Vision Screener ou le dépistage peut être effectué par des étudiants en optométrie du New England College of Optometry sous la supervision de professeurs cliniques de ce programme. Cela permet de détecter si votre enfant a un problème de vision. Les normes de performance du programme Head Start exigent qu'un examen de la vue soit effectué dans les 45 premiers jours suivant l'inscription de l'enfant.

**L'ouïe :** Le personnel de santé vérifie l'audition de votre enfant en utilisant un outil de dépistage auditif de l'OAE pour détecter si votre enfant a un problème d'audition. Les normes de performance du programme Head Start exigent qu'un examen de l'ouïe soit effectué dans les 45 premiers jours suivant l'inscription de l'enfant.

**Taille/poids :** Le personnel de santé pèse et mesure chaque enfant deux fois par an à l'aide de balances et d'un stadiomètre afin de garantir une courbe de croissance appropriée. Ces dépistages se font dans une atmosphère de groupe, et la plupart des enfants apprécient vraiment l'activité.

Le but de ces dépistages est de vous fournir, ainsi qu'au personnel, un bref contrôle de la santé et du développement de votre enfant. Certains résultats de dépistage peuvent indiquer la nécessité d'une évaluation plus approfondie. Si des éléments indiquent qu'une évaluation plus approfondie est nécessaire, vous en serez informé et participerez à l'élaboration d'un plan qui répondra au mieux aux besoins de votre enfant. Si vous avez des questions, vous devez communiquer avec le responsable des services de santé et de nutrition de votre programme pour toute question concernant les dépistages de la vue et de l'ouïe ou de la taille et du poids. **Cochez la case ci-dessous uniquement si vous NE souhaitez PAS que le personnel effectue les dépistages mentionnés ci-dessus.**

**Non**, je n'autorise pas le personnel d'ABCD Head Start à effectuer des dépistages de la vue, de l'ouïe ou de la taille/poids.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

### CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AU PROGRAMME WIC DU MASSACHUSETTS :

Nom légal de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Veillez lire attentivement ce formulaire et cocher l'une des cases ci-dessous avant de signer ce consentement.** ABCD Head Start & Children's Services fournit des services de santé, de santé bucco-dentaire, de santé mentale et de nutrition de qualité supérieure pour soutenir la croissance et la préparation à l'école de chaque enfant inscrit. Le but de ce consentement est de permettre à ABCD de partager certains renseignements démographiques et sanitaires sur votre enfant, indiqués ci-dessus, avec le personnel autorisé du service de santé publique du Massachusetts qui gère le programme de nutrition complémentaire pour les nourrissons de sexe féminin et les filles (WIC). Le partage de ces renseignements vise à augmenter le nombre d'inscriptions au programme WIC et au programme Head Start et à faciliter la coordination des services de santé et de nutrition afin d'améliorer l'éducation sanitaire et le bien-être des personnes qui participent au programme WIC du Massachusetts et qui sont inscrites au programme Head Start/Early Head Start d'ABCD.

J'autorise ABCD Head Start & Children's Services à communiquer avec le personnel autorisé du Massachusetts Service de santé publique qui administre le programme WIC du Massachusetts (personnel du programme WIC) mon nom et mon adresse ainsi que les renseignements personnels suivants concernant mon enfant, indiqués ci-dessus : (1) nom; (2) date de naissance; (3) taille et poids; (4) taux d'hémoglobine/hématocrite; (5) consommation alimentaire; et (6) taux de plomb.

**OU**

J'autorise ABCD Head Start & Children's Services à communiquer au personnel du programme WIC les renseignements suivants seulement : (1) mon nom; (2) mon adresse; (3) le nom de mon enfant; et (4) la date de naissance de mon enfant.

*J'ai lu et compris ce formulaire et on a répondu à mes questions le concernant. Je comprends que ce consentement est volontaire et entrera en vigueur pendant un an à compter de la date indiquée ci-dessous, sauf si j'informe ABCD Head Start & Children's Services plus tôt par écrit que je retire mon consentement en tout ou en partie. Je comprends que le retrait de ce consentement ne peut s'appliquer aux renseignements qui ont été partagés avant que le consentement ne soit révoqué. Je comprends que j'ai le droit de recevoir une copie de ce formulaire après l'avoir signé.*

**NOM DU PARENT/TUTEUR :**

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ :

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Nous comprenons que les renseignements sur la santé de votre enfant sont personnels, et nous protégerons la confidentialité de ces renseignements. Nous avons besoin de votre autorisation avant de pouvoir obtenir des renseignements sur la santé de votre enfant auprès des fournisseurs de soins de santé de votre enfant. Le personnel d'ABCD Head Start vous aidera à remplir le formulaire et répondra à toutes vos questions. Veuillez lire attentivement les renseignements ci-dessous avant de signer ce formulaire.

**Nom du fournisseur de soins de santé avec qui vous souhaitez partager les renseignements sur la santé avec ABCD Head Start :**

	Nom et adresse	Téléphone	Télécopieur
Médical			
Dentaire			
Autre			

**J'autorise ABCD Head Start & Children's Services à communiquer et/ou à obtenir des renseignements sur la santé de mon enfant, comme décrit aux pages 24 et 25 de ce manuel.**

En signant ce formulaire, vous autorisez l'utilisation ou le partage des renseignements médicaux protégés de votre enfant, comme décrit ci-dessus. Vous avez le droit de voir et de copier les renseignements sur la santé décrits dans ce formulaire d'autorisation. Vous avez également le droit de recevoir une copie de ce formulaire après l'avoir signé.

Si vous signez cette autorisation, vous pouvez changer d'avis à tout moment, sauf si des renseignements sur la santé ont déjà été communiqués à la suite de votre autorisation. Pour annuler cette autorisation, veuillez en informer par écrit le directeur du programme au centre Head Start de votre enfant.

**J'ai lu ce formulaire et on a répondu à toutes mes questions concernant ce formulaire. En signant, je reconnais que j'ai lu et que j'accepte tout ce qui précède.**

- Non**, je n'autorise pas ABCD Head Start & Children's Services à divulguer et/ou à obtenir des renseignements sur la santé de mon enfant. **Si vous ne signez pas cette autorisation, Head Start & Children's Services ne pourra pas obtenir les renseignements sur la santé de votre enfant directement auprès de ses fournisseurs de soins de santé et il vous incombera de les obtenir et de les transmettre au Centre. Cela signifie également que ABCD Head Start & Children's Services ne partagera pas les renseignements sur la santé de votre enfant avec les fournisseurs de soins de votre enfant et que vous serez responsable de leur fournir ces renseignements directement.**

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :

DATE :

### CONSENTEMENT POUR L'APPLICATION DE LA CRÈME SOLAIRE :

**J'autorise** le personnel d'ABCD à appliquer de la crème solaire sur mon enfant. Je comprends que cette lotion sera utilisée pour les activités de plein air en été. **Cochez la case ci-dessous uniquement si vous NE souhaitez PAS que le personnel applique de la crème solaire.**

- Non**, je ne donne pas l'autorisation au personnel d'ABCD d'appliquer de la crème solaire.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :

DATE :

### CONSENTEMENT POUR L'APPLICATION DE DÉSINFECTANT SUR LES MAINS :

**J'autorise** le personnel d'ABCD à appliquer du désinfectant sur les mains de mon enfant. Je comprends que le désinfectant pour les mains ne sera pas utilisé à la place du lavage des mains, et ne sera appliqué que sous la supervision du personnel. Il ne sera utilisé que lorsque le lavage des mains ne sera pas possible. Les désinfectants pour les mains contiendront au moins 60 % d'éthanol ou au moins 70 % d'isopropanol. Nous n'appliquerons en aucun cas du désinfectant sur les mains des enfants de moins de deux ans. **Cochez la case ci-dessous uniquement si vous NE souhaitez PAS que le personnel applique du désinfectant pour les mains.**

- Non**, je ne donne pas l'autorisation au personnel d'ABCD d'appliquer du désinfectant pour les mains.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :

DATE :

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES PREMIERS SOINS/EN CAS D'URGENCE — Année scolaire 2022-2023

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Téléphone de jour : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

Adresse : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

En tant que parent ou tuteur légal, je donne mon autorisation au personnel d'ABCD Head Start & Children's Services qui a été certifié en premiers soins pédiatriques et en réanimation cardio-respiratoire de donner les premiers soins à mon enfant selon les besoins et, si nécessaire, de transporter mon enfant à \_\_\_\_\_ l'hôpital ou à l'établissement médical le plus proche pour y recevoir des soins d'urgence. En cas d'urgence, je comprends que tous les efforts seront déployés pour communiquer avec moi. Si je ne suis pas joignable, je donne mon accord pour que la personne à contacter en cas d'urgence, indiquée ci-dessus, agisse en mon nom jusqu'à ce que je sois disponible. Dans le cas où personne ne peut être joint, j'autorise et demande par la présente que le médecin ou l'équipe d'urgence formée de l'établissement de traitement effectue les procédures appropriées et le traitement médical nécessaire pour mon enfant.

J'accepte de revoir et de mettre à jour ces renseignements chaque fois qu'un changement se produit.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

**Les deux exemplaires doivent comporter la signature originale**

**Dossier : Trousse de premiers secours pour la classe 8/2022**

### FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES PREMIERS SOINS/EN CAS D'URGENCE — Année scolaire 2022-2023

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Téléphone de jour : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

Adresse : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

En tant que parent ou tuteur légal, je donne mon autorisation au personnel d'ABCD Head Start & Children's Services qui a été certifié en premiers soins pédiatriques et en réanimation cardio-respiratoire de donner les premiers soins à mon enfant selon les besoins et, si nécessaire, de transporter mon enfant à \_\_\_\_\_ l'hôpital ou à l'établissement médical le plus proche pour y recevoir des soins d'urgence. En cas d'urgence, je comprends que tous les efforts seront déployés pour communiquer avec moi. Si je ne suis pas joignable, je donne mon accord pour que la personne à contacter en cas d'urgence, indiquée ci-dessus, agisse en mon nom jusqu'à ce que je sois disponible. Dans le cas où personne ne peut être joint, j'autorise et demande par la présente que le médecin ou l'équipe d'urgence formée de l'établissement de traitement effectue les procédures appropriées et le traitement médical nécessaire pour mon enfant.

J'accepte de revoir et de mettre à jour ces renseignements chaque fois qu'un changement se produit.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

**Les deux exemplaires doivent comporter la signature originale**

**Dossier : Dossier de l'enfant**

**8/2022**

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'ENFANT

Fournisseur de soins de santé de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Conditions particulières de l'enfant, handicaps, allergies et renseignements médicaux pour les situations d'urgence**

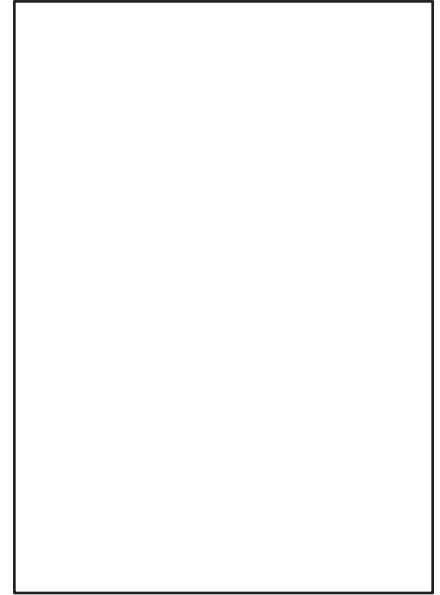


Photo de l'enfant

---

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'ENFANT

Fournisseur de soins de santé de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Conditions particulières de l'enfant, handicaps, allergies et renseignements médicaux pour les situations d'urgence**

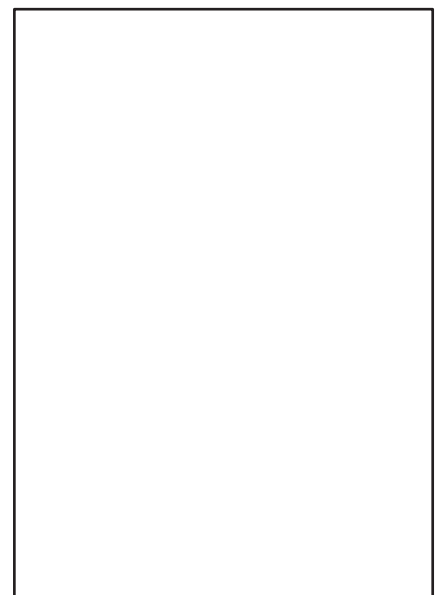


Photo de l'enfant

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### DÉPARTEMENT D'ÉDUCATION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DU MASSACHUSETTS (DESE) BUREAU DES PROGRAMMES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

#### Documents requis pour inscrire un enfant

#### Programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes – Centres de services de garde d'enfants

Les centres de services de garde d'enfants qui participent au programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes (Child and Adult Care Food Program (CACFP)) sont tenus de collecter annuellement des renseignements auprès des parents et des tuteurs inscrivant leurs enfants.

Voici les documents devant être fournis avec toute inscription :

- Jours et heures lors desquels chaque enfant inscrit a besoin de services de garde, ainsi que services de repas auquel l'enfant participe normalement
- Signature du parent ou du tuteur
- Mise à jour annuelle des renseignements.

7 CFR 226.15(e)(2) et 226.17(b)(7)

Les centres de services de garde peuvent utiliser les formulaires d'inscription CACFT ci-joints ou utiliser leur propre formulaire adapté pour enregistrer les données de chaque inscription. Tout formulaire adapté doit comporter les mêmes questions et avoir la même finalité que le formulaire d'inscription d'enfant de DESE. Les sponsors et les centres qui optent pour réviser le formulaire d'inscription doivent en présenter une copie à DESE, qui l'examinera et l'approuvera avant son utilisation et sa diffusion.

Le parent/tuteur doit remplir le formulaire dans son intégralité, y fournir des renseignements à jour, le signer et le dater.

Aucun centre ne peut demander de remboursement pour un participant dont le parent/tuteur n'a pas signé un formulaire d'inscription (pour une nouvelle inscription ou un renouvellement) disponible dans ses dossiers. Chaque formulaire d'inscription est en vigueur pour une durée maximale d'un an.

Les sponsors et les centres doivent relire les formulaires d'inscription d'enfant pour vérifier que les données entrées n'ont pas de faute d'orthographe ou de grammaire.

Si vous avez des questions sur les renseignements à collecter lors des inscriptions, veuillez contacter l'équipe de services de nutrition de DESE au 781-338-6480.

Conformément aux lois fédérales sur les droits civils et aux réglementations et politiques du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), il est interdit à l'USDA ainsi qu'à ses agences, ses bureaux, ses employés et ses institutions participant à ou gérant des programmes de l'USDA de se livrer à des actes de discrimination fondés sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la situation de handicap, ou l'âge, ou à des actes de représailles pour l'exercice antérieur de droits civils, dans le cadre de toute activité ou tout programme mené ou financé par l'USDA.

Les personnes en situation de handicap nécessitant d'autres moyens de communication pour obtenir les renseignements liés au programme (p. ex. en Braille, en gros caractères, par enregistrement audio, en langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (étatique ou locale) où elles ont fait leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou atteintes d'un trouble de la parole peuvent contacter l'USDA à travers le service de relais fédéral au (800) 877-8339. De plus, les renseignements liés au programme peuvent être mis à disposition dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme de l'USDA (AD-3027), qui est disponible en ligne à l'adresse [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), ou dans tout bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA contenant tous les renseignements demandés sur le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez au 866-632-9992. Envoyez le formulaire rempli ou votre lettre à l'USDA par :

- (1) courrier : U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax : (202) 690-7442; ou
- (3) courriel : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Cette institution respecte le principe de l'égalité des chances.

# FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'ENFANT — Programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes

Cher parent/tuteur :

Votre centre de garde d'enfants \_\_\_\_\_ participe au programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes (Child and Adult Care Food Program, CACFP) du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), qui est administré par le département de l'Éducation primaire et secondaire du Massachusetts.

Les repas servis doivent répondre aux exigences nutritionnelles établies par le programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes de l'USDA. Pour participer, le centre de garde d'enfants a accepté de respecter les lignes directrices établies par l'USDA. Un certificat médical de votre médecin est nécessaire si votre enfant ne peut pas manger les aliments exigés par le CACFP.

Pour assurer le respect de ces exigences, l'USDA et le CACFP exigent des centres de garde d'enfants qu'ils collectent annuellement les renseignements d'inscription indiqués ci-dessous.

**Veillez remplir le formulaire et le renvoyer à votre centre de garde d'enfants. Tous les parents ou tuteurs doivent remplir les parties 1 et 3. La partie 2 n'est remplie QUE si l'enfant inscrit est un nourrisson (de moins de 12 mois).**

### PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'INSCRIPTION D'UN ENFANT

Nom de l'enfant : _____ <i>(en caractères d'imprimerie)</i> <i>(prénom, nom de famille)</i>	Date de naissance de l'enfant : _____
Heures auxquelles l'enfant est habituellement en garderie : _____ du matin à _____ de l'après-midi <i>(par exemple de 7h30 du matin à 5h00 de l'après-midi)</i>	Âge de l'enfant : _____
Cochez les jours lors desquels votre enfant est habituellement en garderie : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Cochez les repas que vous demandez pour votre enfant en garderie : <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Collation de l'après-midi

**Deuxième enfant (le cas échéant)**

Nom de l'enfant : _____ <i>(en caractères d'imprimerie)</i> <i>(prénom, nom de famille)</i>	Date de naissance de l'enfant : _____
Heures auxquelles l'enfant est habituellement en garderie : _____ du matin à _____ de l'après-midi <i>(par exemple de 7h30 du matin à 5h00 de l'après-midi)</i>	Âge de l'enfant : _____
Cochez les jours lors desquels votre enfant est habituellement en garderie : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Cochez les repas que vous demandez pour votre enfant en garderie : <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Collation de l'après-midi

**Troisième enfant (le cas échéant)**

Nom de l'enfant : _____ <i>(en caractères d'imprimerie)</i> <i>(prénom, nom de famille)</i>	Date de naissance de l'enfant : _____
Heures auxquelles l'enfant est habituellement en garderie : _____ du matin à _____ de l'après-midi <i>(par exemple de 7h30 du matin à 5h00 de l'après-midi)</i>	Âge de l'enfant : _____
Cochez les jours lors desquels votre enfant est habituellement en garderie : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Cochez les repas que vous demandez pour votre enfant en garderie : <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Collation de l'après-midi

Si vous avez d'autres enfants en garderie, veuillez remplir un formulaire pour chacun d'entre eux.

**À USAGE DU BUREAU SPONSOR SEULEMENT**  
Date d'entrée en vigueur du présent formulaire d'inscription : août 2022 à août 2023      Année fiscale : 2022-2023  
La date d'entrée en vigueur peut être appliquée rétroactivement et tomber le premier jour auquel l'enfant participe au CACFP, sous réserve que le présent formulaire ait été reçu le même mois.



## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### PARTIE 2 : NOTIFICATION DE REPAS DE NOURRISSON (de la naissance à 11 mois)

Des repas nutritifs correspondant aux lignes directrices du département de l'Agriculture des États-Unis sont servis à tous les enfants inscrits au programme, y compris à ceux qui ont moins de 12 mois. Le centre de garde d'enfants doit respecter les éléments prescrits pour les repas en fonction de l'âge et de l'aptitude développementale, comme indiqué dans le régime alimentaire pour nourrisson. **Les parents/tuteurs ne doivent pas fournir plus d'un seul élément par repas dans le régime alimentaire (y compris le lait maternel ou infantile) pour que le repas soit remboursable dans le cadre du CACFP.**

Je comprends que ce centre de garde d'enfants dispose de lait infantile enrichi en fer \_\_\_\_\_  
pour mon nourrisson en garderie. *(Nom du lait infantile enrichi en fer)*

**Veillez fournir les renseignements suivants pour que votre nourrisson bénéficie des meilleurs soins nutritifs disponibles.**

#### VEUILLEZ COCHER UNE OPTION (lait maternel/lait infantile) :

- Je fournirai du lait maternel tiré (avec un tire-lait) pour mon nourrisson ou je l'allaiterai directement dans le centre.  
**OU** Je fournirai du lait infantile pour mon nourrisson.  
 Je préfère que le centre fournisse le lait infantile.

#### VEUILLEZ COCHER UNE OPTION (aliments) :

- Je fournirai tous les aliments pour les repas de mon nourrisson. Je ne souhaite pas que le prestataire/centre fournisse les aliments.  
 J'ai opté pour que le prestataire/centre fournisse le lait infantile et je souhaite fournir un aliment. Je fournirai l'aliment suivant pouvant bénéficier d'un crédit : \_\_\_\_\_  
 Je souhaite que le prestataire/centre fournisse tous les aliments pour les repas de mon nourrisson.

### PARTIE 3 : ACCEPTATION ET SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR :

J'ai lu le présent formulaire d'inscription d'enfant et je demande que mon enfant reçoive les prestations ci-dessus dans le cadre du programme alimentaire pour services de garde d'enfants et d'adultes. J'ai reçu une copie du présent formulaire rempli.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

*(le formulaire doit être rempli annuellement)*

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_  
*(en caractères d'imprimerie)*

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Ville, État, code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

**DROITS CIVILS :** Ces renseignements sont fournis à titre volontaire et n'ont aucune incidence sur l'admissibilité de votre enfant. Veuillez indiquer l'identité ethnique et raciale de vos enfants en cochant une case pour chacune des catégories. Ces renseignements sont collectés pour assurer une distribution équitable des prestations CACFP.

#### 1. Identité ethnique

- Hispanique ou Latino-Américain  
 Non Hispanique ni Latino-Américain

#### 2. Identité raciale

- Amérindien ou autochtone d'Alaska  
 Noir ou Afro-Américain  
 Blanc

- Asiatique  
 Autochtone d'Hawaï ou autre Océanien

#### En cas de questions, veuillez contacter :

ABCD Head Start & Children's Services  
178 Tremont St. Boston, MA 02111  
617.348.6272

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

**PARENT(S)/TUTEUR(S) :** Veuillez lire ces déclarations très attentivement. **Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques.** Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

Conformément aux lois fédérales sur les droits civils et aux réglementations et politiques du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), il est interdit à l'USDA ainsi qu'à ses agences, ses bureaux, ses employés et ses institutions participant à ou gérant des programmes de l'USDA de se livrer à des actes de discrimination fondés sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la situation de handicap, ou l'âge, ou à des actes de représailles pour l'exercice antérieur de droits civils, dans le cadre de toute activité ou tout programme mené ou financé par l'USDA.

Les personnes en situation de handicap nécessitant d'autres moyens de communication pour obtenir les renseignements liés au programme (p. ex. en Braille, en gros caractères, par enregistrement audio, en langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (étatique ou locale) où elles ont fait leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou atteintes d'un trouble de la parole peuvent contacter l'USDA à travers le service de relais fédéral au (800) 877-8339. De plus, les renseignements liés au programme peuvent être mis à disposition dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme de l'USDA (AD-3027), qui est disponible en ligne à l'adresse [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), ou dans tout bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA contenant tous les renseignements demandés sur le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez au (866) 632-9992. Envoyez le formulaire rempli ou votre lettre à l'USDA par :

- (1) courrier : U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax : (202) 690-7442; ou
- (3) courriel : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Cette institution respecte le principe de l'égalité des chances.

---

### PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE COVID-19 À DOMICILE

Nom légal de l'enfant: \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

En remplissant ce formulaire, je m'inscris au programme de dépistage de COVID-19 à domicile d'ABCD. Je comprends que, dans le cadre de ce programme, si mon enfant fait partie d'une classe dont un autre élève ou dont un employé teste positif à la COVID-19, ABCD enverra mon enfant à la maison avec des tests antigéniques de COVID-19. Pour que mon enfant puisse assister aux cours d'ABCD dans les jours suivant son exposition à la COVID-19, je dois faire passer à mon enfant les tests de COVID-19 et en communiquer les résultats sur le formulaire d'attestation de parent/tuteur pendant cinq jours consécutifs. Je comprends que, si mon enfant a testé positif à la COVID-19 dans les 90 jours précédant son exposition, il ne sera pas tenu de faire le dépistage ni d'être en quarantaine.

Je comprends que, à tout moment, j'ai la possibilité de me désinscrire du programme de dépistage de COVID-19 à domicile. Cependant, si je me désinscris et que mon enfant fasse partie d'une classe dont un autre élève ou dont un employé teste positif à la COVID-19, mon enfant devra observer une période de quarantaine selon les recommandations des CDC. Je comprends que les tests antigéniques de COVID-19 ne sont pas actuellement autorisés pour les personnes âgées de moins de 2 ans et que, de ce fait, si mon enfant de moins de 2 ans fait partie d'une classe dont un autre élève ou dont un employé teste positif à la COVID-19, mon enfant devra observer une période de quarantaine et faire les dépistages nécessaires selon les recommandations des CDC.

Je reconnais que, en m'inscrivant au programme, je ne recevrai des tests de COVID-19 que si mon enfant est exposé à la COVID-19 dans une salle de classe d'ABCD Head Start & Children Services. Je confirme que, si mon enfant est exposé à la COVID-19 en dehors du programme d'ABCD Head Start & Children Services, il suivra les recommandations des CDC en matière de quarantaine et de dépistage.

Si mon enfant teste positif ou présente des symptômes de la COVID-19, je l'isolerais immédiatement selon les recommandations des CDC et je ne l'enverrai pas dans un établissement d'ABCD Head Start avant la fin de la période d'isolement.

J'autorise ABCD à divulguer ces informations au département de la santé publique du Massachusetts, au bureau exécutif des services sociaux et médicaux du Massachusetts, au département de l'éducation et des soins précoces du Massachusetts et à toute autre entité gouvernementale compétente, selon les lois et les recommandations gouvernementales en vigueur.

- Non**, je n'ai pas l'intention de tester mon enfant à domicile. Si mon enfant fait partie d'une classe dont un autre élève ou dont un employé teste positif à la COVID-19, mon enfant devra observer une période de quarantaine selon les recommandations des CDC.

**NOM DU PARENT/TUTEUR :**

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques. Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### SORTIES DE QUARTIER ET COMMUNAUTAIRES :

Le plan de cours d'une classe de Head Start prévoit l'utilisation de ressources communautaires telles que les magasins, les bibliothèques, les postes de police et de pompiers, les parcs, les terrains de jeux, etc. Si le temps le permet, les groupes scolaires sortent tous les jours pour jouer ou se promener dans le voisinage. Ces activités n'impliquent aucun transport. Pendant ces activités, les enfants seront supervisés en tout temps par le personnel approprié de Head Start. Vous pouvez recevoir du directeur du programme une liste des localités que votre centre visitera. Toutes les excursions, promenades ou visites des aires de jeux du quartier se feront dans le respect des règlements et des normes de sécurité de l'EEC.

Veillez informer le personnel de tout renseignement concernant votre enfant qu'il devrait connaître lorsqu'il l'emmène en excursion dans le quartier et dans la communauté, comme les allergies au plein air, la peur des animaux, etc.

**Je donne l'autorisation à mon enfant de participer à des excursions de quartier en dehors du centre, comme décrit ci-dessus.**

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :

DATE :

### FORMULAIRE DE COMMUNIQUÉ DE PRESSE D'ABCD :

ABCD demande votre consentement écrit pour utiliser votre image, votre ressemblance et votre voix (et/ou celles de vos enfants) dans divers médias imprimés, électroniques et audiovisuels. Vous n'êtes pas tenu de donner ce consentement pour participer aux programmes d'ABCD ou pour recevoir des services ou des avantages d'ABCD ou par son intermédiaire.

**Veillez cocher toutes les cases qui s'appliquent, remplir les champs vides et signer et dater ci-dessous :**

J'ai 18 ans ou plus, et je signe ce formulaire en mon nom propre :

Nom complet : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant ou des enfants mentionnés ci-dessous, qui ont moins de 18 ans, et je signe ce formulaire au nom de mon ou mes enfants indiqués ci-dessous :

Nom complet de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

**J'ACCEPTÉ :** Par la présente, j'accorde la permission à Action for Boston Community Development, Inc. (ABCD) de me photographier, me filmer ou m'enregistrer (et, si la case est cochée ci-dessus, à enregistrer mes enfants) et à utiliser à des fins non lucratives mon image, ma ressemblance et ma voix (et, si la case est cochée ci-dessus, celles de mes enfants) dans des médias de tous types, y compris, mais sans s'y limiter, des photos, des enregistrements audio et vidéo et des publications imprimées et en ligne, dans le monde entier et à perpétuité, sans autre autorisation de ma part ni paiement. Les médias peuvent inclure, sans s'y limiter, tous les médias imprimés (tels que les rapports annuels et les publications), tous les médias électroniques (tels que le site Web d'ABCD, la chaîne YouTube d'ABCD et les médias sociaux d'ABCD [Twitter, Instagram et Facebook]), ainsi que tous les médias de diffusion (tels que la télévision et la radio). Je décharge expressément ABCD, ses filiales, ses sociétés affiliées et leurs agents, employés, dirigeants, administrateurs, licenciés et ayants droit de toute réclamation que moi-même ou mon/mes enfant(s) pourrions ne pas avoir ou avoir à tout moment pour atteinte à la vie privée, diffamation ou toute autre cause d'action découlant de la production, de la distribution, de la diffusion ou de l'exposition de mon nom, de mon image, de ma ressemblance ou de ma voix (ou de ceux de mon/mes enfant(s)).

**JE REFUSE :** Je n'autorise pas ABCD à me photographier, à me filmer ou à enregistrer mon/mes enfant(s) à utiliser le nom, l'image, la ressemblance ou la voix de moi-même ou de mon/mes enfant(s) dans les médias de toute nature.

**J'ai lu ce communiqué avant de le signer ci-dessous, et je comprends parfaitement son contenu et sa signification. Je comprends que je suis libre de trouver réponse à toute question spécifique concernant ce communiqué avant de le signer en appelant l'avocat général d'ABCD au 617-348-6587.**

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :

DATE :

# FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques. Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

## REÇU DU MANUEL DES PARENTS :

Ce guide des parents d'ABCD Head Start & Children's Services contient des renseignements sur tous les aspects de notre programme. Selon les politiques du département d'Early Education and Care (EEC), les familles doivent recevoir des renseignements écrits avant l'inscription de leur enfant. J'ai reçu le Manuel des parents et un membre du personnel a examiné les renseignements avec moi.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

## SONDAGE SUR L'APPRENTISSAGE ET LES INTÉRÊTS DES PARENTS :

Nous voulons en savoir plus sur vous et vos intérêts. Choisissez votre domaine d'intérêt et incluez d'autres intérêts que vous pourriez avoir et qui ne figurent pas dans la liste. Nous utiliserons ces renseignements pour mettre sur pied des activités et des événements familiaux et vous proposerons les renseignements que vous jugez les plus importants et les plus utiles pour votre famille :

### Le bien-être de la famille

#### Les vêtements

- Vêtements pour adultes
- Vêtements pour enfants

#### Logement et itinérance

- Logement abordable
- Ameublement
- Accession à la propriété
- Services pour les familles Vivre dans l'itinérance
- Droits des locataires
- Assistance aux services publics

#### Santé et sécurité

- Prévention des abus et des négligences envers les enfants
- Santé bucco-dentaire de la famille
- Santé/bien-être de la famille
- Ressources d'assistance alimentaire
- Assurance maladie et dentaire
- Alimentation/nutrition saine
- Santé et bien-être mentaux
- Risques de sécurité et prévention
- Gestion du stress
- Prévention et traitement de la toxicomanie

#### Relations familiales

- Renseignements sur la violence domestique
- Relations familiales saines

#### Stabilité financière et économique

- Création et gestion d'actifs
- Budgétisation
- Renseignements sur les pensions alimentaires pour enfants
- Réhabilitation du crédit et de la dette
- Aide financière à la formation continue
- Renseignements d'intérêt public
- Épargner pour les situations d'urgence et les objectifs
- Taxes

#### Autre

- Questions juridiques : \_\_\_\_\_

### Relations positives entre parents et enfants

- Possibilités d'engagement du père
- Nouveau(x) parent(s)
- Programme de parentalité (le parcours parental, le pouvoir des parents, le Programme d'aide aux familles, ou autre)
- Pratiques parentales positives
- Monoparentalité
- Famille reconstituée
- Parler d'émotions et des sujets difficiles avec votre enfant : \_\_\_\_\_

### Rôle des familles dans l'éducation tout au long de la vie

- Activités à faire à la maison pour préparer les enfants à l'école
- Promouvoir l'alphabétisation à domicile
- Soutenir le développement social et émotionnel
- Orientation positive et soutien du comportement
- Médias et développement de la petite enfance

### L'apprentissage des familles

- Connaissances et formations informatiques/technologiques
- Aide à la recherche d'emploi
- Anglais langue seconde
- Cours de premiers secours/réanimation cardio-respiratoire
- Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- Rédaction de curriculum vitae et compétences en matière d'entrevues
- Programmes de formation professionnelle et d'emploi

### L'engagement de la famille dans les transitions

- Renseignements sur le développement de l'enfant
- Renseignements sur l'inscription à la maternelle
- Renseignements sur le choix de l'école
- Renseignements sur la préparation à l'école
- Renseignements et activités sur la transition

### Liens de la famille avec les pairs et la communauté

- Événements et activités communautaires
- Idées, événements et activités de loisirs et de conditionnement physique en famille

- Autre groupe de soutien ou groupe social : \_\_\_\_\_

- Groupes de soutien aux parents et aux proches aidants
- Façons de s'impliquer dans votre communauté

### Les familles en tant que défenseurs et dirigeants

- Défendre mon enfant et son éducation
- Participation au Conseil municipal de politique générale
- Possibilités d'emploi à Head Start
- Possibilités au comité de Head Start (programme local)
- Possibilités de s'impliquer au niveau de l'État et localement

### Autre - indiquez vos centres d'intérêt ou d'autres sujets sur lesquels vous aimeriez en savoir plus

- 

### Bénévolat

- Je dispose de \_\_\_\_\_ heures par semaine pour faire du bénévolat dans le cadre du programme Head Start.

### Je souhaite faire du bénévolat par les moyens suivants :

- Accompagnement lors des sorties éducatives
- Aider en classe
- Aider avec le programme
- Recruter des parents pour Head Start
- Partager des recettes culturelles avec le personnel du service alimentaire de Head Start
- Autre : \_\_\_\_\_

### Quelles seraient vos disponibilités pour participer aux événements du programme?

- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven
- Sam  Dim

### Quel moment de la journée vous conviendrait le mieux?

- Le matin (à peu près au moment où j'arrive avec mon enfant)
- L'après-midi (à peu près au moment où je quitte avec mon enfant)
- Le soir (vers 17 h 30 après le travail ou l'école)

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques. Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES PARENTS :

Je comprends que :

- Tous les dossiers, communications et conversations relatifs au programme ABCD Head Start/Early Head Start que j'ai reçus ou auxquels j'ai participé en tant que parent bénévole (y compris en tant que membre du conseil de politique d'ABCD Head Start & Children's Services, du comité de politique, du comité parental ou de toute autre activité bénévole) doivent rester strictement confidentiels à tout moment. Ces renseignements confidentiels comprennent, sans s'y limiter, des renseignements sur les enfants, les familles, le personnel et les candidats aux postes de personnel du programme Head Start/Early Head Start, contenant des renseignements sur l'agence ou le personnel (du programme Head Start/Early Head Start). Cependant, cela ne comprend pas les renseignements qui ont été mis à disposition par ABCD Head Start au grand public ou aux familles de Head Start/Early Head Start.
- La possession, l'utilisation ou la copie non autorisée de ces dossiers, et/ou la divulgation de renseignements contenus dans ces dossiers ou obtenus par le biais de communications ou de conversations à des personnes non autorisées, y compris les employés d'ABCD qui n'ont pas d'accès autorisé aux renseignements dans le cadre du programme Head Start/Early Head Start sont strictement interdites.
- La même interdiction s'applique à tout renseignement que je pourrais obtenir lorsque je suis membre d'un groupe politique, membre d'un comité ou bénévole d'un programme au niveau d'un site local ou au niveau central d'ABCD, y compris, mais sans s'y limiter, les sous-comités suivants : administration/direction, ressources humaines, ressources financières, santé/nutrition, éducation, auto-évaluation ou défense des intérêts.
- Je peux discuter de ces renseignements, quelle que soit leur source, à l'intérieur d'ABCD UNIQUEMENT avec le personnel désigné par le vice-président d'ABCD Head Start & Children's Services, et avec personne à l'extérieur d'ABCD, sauf si cela est requis ou autorisé par la loi ou la réglementation ou comme indiqué dans la section « Rôle des parents » du Manuel des parents. Je comprends que la violation de cette politique de confidentialité entraînera des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'à la résiliation de l'adhésion au groupe de politiques ou d'autres activités bénévoles applicables.

Je m'engage à respecter la politique de confidentialité des parents ci-dessus.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

### POLITIQUE D'ARRIVÉE ET DE DÉPART POUR LES PARENTS :

J'accepte de me conformer à la politique d'arrivée et de départ indiquée aux pages 38 à 39 du Manuel des parents.

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

## FORMULAIRES D'INSCRIPTION À ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES : ANNÉE DE PROGRAMME 2022-2023

PARENT(S)/TUTEUR(S) : Veuillez lire ces déclarations très attentivement. Les politiques, formulaires et communiqués figurant sur cette page sont des documents juridiques. Veuillez signer chaque déclaration pour indiquer que vous comprenez et acceptez chaque déclaration et/ou politique.

*Ces permissions et autorisations expirent à la fin de l'année du programme*

**VEUILLEZ LE REMPLIR NUMÉRIQUEMENT ET LE RENVoyer AU PERSONNEL DU PROGRAMME PAR COURRIEL. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE LE FAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU PROGRAMME POUR OBTENIR DES COPIES PAPIER.**

### INITIATIVE DRIVE D'UNITED WAY : Données et ressources investies dans l'éducation précoce vitale

#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARENT/TUTEUR POUR LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNÉES ISSUES DE QUESTIONNAIRES :

L'initiative **DRIVE** d'United Way a pour objectif de déterminer les besoins des enfants âgés de 0 à 6 ans dans tout l'État. Le projet a pour vocation de fournir un soutien aux familles pour aider leurs enfants à grandir en bonne santé et à se préparer à leur entrée en maternelle. À travers l'initiative **DRIVE**, United Way travaille avec des organisations servant les enfants et les familles afin d'identifier les enfants âgés de 0 à 6 ans à l'aide du questionnaire sur les âges et les étapes (ASQ) et du questionnaire sur les âges et les étapes : développement socio-émotionnel (ASQ:SE), d'analyser les données recueillies et de les utiliser pour aider les organisations à déterminer et répondre aux besoins développementaux des enfants servis.

Avec votre permission, les renseignements recueillis sur votre enfant à partir des questionnaires ASQ et ASQ:SE seront communiqués à United Way et ses partenaires DRIVE.

Les données concernant votre enfant qui sont communiquées à United Way dans le cadre de l'initiative DRIVE seront uniquement utilisées pour 1) créer des rapports anonymes et agrégés sur le développement des enfants dans des organisations et des communautés particulières, et 2) étudier la relation entre, d'une part, les questionnaires et d'autres ressources, et, d'autre part, le développement des enfants et leur préparation à la vie scolaire.

**United Way ne communiquera aucune donnée personnelle sur votre enfant à des tiers, organisations ou agences, et votre enfant ne sera pas identifié sans votre consentement écrit exprès.**

**J'AUTORISE** ABCD Head Start & Children's Services à collecter et conserver des données personnelles sur mon ou mes enfants

\_\_\_\_\_ pour une durée maximale de six (6) ans, et à les communiquer à United Way et les partenaires d'United Way aux fins indiquées ci-dessus.

Je comprends que je peux contacter United Way par téléphone ou par écrit au 51 Sleeper Street, Boston, MA. 02210, (617) 624-8105, [drive@supportunitedway.org](mailto:drive@supportunitedway.org), pour annuler la présente autorisation à tout moment, auquel cas, sauf en ce qui concerne les renseignements déjà fournis, le présent formulaire d'autorisation ne sera plus en vigueur.

**Non**, je n'autorise pas ABCD Head Start & Children's Services à communiquer des données à United Way et aux partenaires d'United Way.

**NOM DU PARENT/TUTEUR :**

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :**

**DATE :**

Mise à jour du 25/02/2020

# MERCI!