

*English version below*

## Instructions et formulaires de santé

Les élèves Rochambeau doivent respecter les règles en matière de santé et de vaccination exigées par le Montgomery County, Maryland ; même si ces règles varient de celles établies en France ou dans d'autres établissements (ie. la 1ère injection du ROR (MMR) doit-être faite après les 12 mois, sinon elle n'est pas valide.)

### Vaccinations obligatoires

Campus	Grade/Vaccine	DTaP/DTP DT/Td	Polio	Hepatitis B	MMR	Varicella (chicken Pox)	Tdap	Meningococcal
PreSchool Bradley	Preschool -KG PS, MS and GS	4 doses	3 doses	3 doses	2 doses	2 doses		
Elementary Rollingwood	Grade 1 to 4 CP to CM1	4 or 3 doses(6)	3 doses	3 doses	2 doses	1 or 2 doses		
Forest Road Elementary College Lycee	Grades 5 – CM2 6 to 9 6eme-3eme 10 to 12 – 2 <sup>nd</sup> -Term	4 or 3 3 3	3 doses	3 doses	2 doses	1 or 2 doses	1 dose Grade 7, 8, 9,10	1 dose Grade 7, 8, 9,10

LES SEULES EXCEPTIONS AUTORISEES SONT POUR DES RAISONS MEDICALES, RELIGIEUSES OU UN RENDEZ-VOUS CONFIRME POUR LA VACCINATION.

Pour plus d'information sur les vaccinations: [Maryland State vaccination requirements](#)

[Immunization abbreviations](#)

Les formulaires sont en lien ci-dessous ou disponibles: [Parent Portal / Health section / Medical Forms](#)

**Tous les formulaires doivent être remplis, scannés et téléchargés en ligne via l'outil [SNAP](#)**

Vous allez recevoir un email de [noreply@studentehr.com](mailto:noreply@studentehr.com) avec vos codes d'accès.

### Maternelle (TPS, PS, MS, GS) | Nursery – K

1. **Visite médicale et [Formulaire médical de santé \(Form OCC 1215\)](#)** complété et signé par les parents, le médecin traitant
2. **[Carnet de vaccination \(DHMH Form 896\)](#)** complété et signé par le médecin traitant
3. **[Examen sanguin du plomb \(DHMH 4620\)](#)**. Si vous n'habitez pas dans les zones à risques indiqués sur le formulaire, veuillez compléter l'instruction « box B »

→ Si votre enfant a une maladie chronique (asthme, allergie...) ou qui prend un médicament

→ [Medication Authorization form \(OCC 1216\)](#) Ce formulaire doit être complété par un médecin local.

→ Contacter [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) pour les prévenir directement de votre cas

**Tous les formulaires doivent être remplis, scannés et téléchargés en ligne via l'outil [SNAP](#)**

**Une copie de ce formulaire est à remettre le jour de la rentrée: [Fiche d'urgence \(OCC 1214\)](#)**

**CP – CM2 | 1st grade – 5<sup>th</sup> grade**

1. **Visite médicale et [Dossier Médical de l'Elève \(SR-6\) version française](#)** complété et signé par les parents, le médecin traitant [Health card English Version](#)
2. **[Immunization Certificate \(DHMH Form 896\)](#)** complété et signé par le médecin traitant
3. **[Autorisation de médicament \(OTC\) sans ordonnance](#)**
4. Pour les élèves du CP seulement : **[Examen sanguin de plomb \(DHMH 4620\)](#)** Si vous n'habitez pas dans les zones à risques indiqués sur le formulaire, veuillez compléter l'instruction « box B »

→ *Si votre enfant a une maladie chronique (asthme, allergie...) ou qui prend un médicament*

- [Protocole d'accueil individualisé \(PAI\)](#) Ce formulaire doit être complété par un médecin local.
- Contacter [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) pour les prévenir directement de votre cas

**Tous les formulaires doivent être remplis, scannés et téléchargés en ligne via l'outil [SNAP](#)**

**6<sup>ème</sup> - Terminale | 6<sup>th</sup> grade -12<sup>th</sup> grade**

1. **Visite médicale et [Dossier Médical de l'Elève \(SR-6\) version française](#)** complété et signé par les parents, le médecin traitant [Health card English Version](#)
2. **[Immunization Certificate \(DHMH Form 896\)](#)** complété et signé par le médecin traitant.  
**Note particulière:** vaccinations obligatoire à partir de la 5<sup>ème</sup>: 1 dose de Tdap\* (tétanos, diphtérie, pertussis) et 1 dose de Meningococcal\*\*
3. **[Autorisation de médicament \(OTC\) sans ordonnance](#)**

→ *Si votre enfant a une maladie chronique (asthme, allergie...) ou qui prend un médicament*

- [Protocole d'accueil individualisé \(PAI\)](#) Ce formulaire doit être complété par un médecin local.
- Contacter [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) pour les prévenir directement de votre cas

**Tous les formulaires doivent être remplis, scannés et téléchargés en ligne via l'outil [SNAP](#)**

*Si vous avez des questions, veuillez contacter: [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org)*

*\*Tdap: vaccin pour les adolescents et adultes contre le tétanos, la diphtérie, et la coqueluche à partir de 11 ans.  
nom Commercial: "Boostrix" GSK or "Adacel"*

*\*\*Meningococcal conjugate vaccines (Menactra® and Menveo®)*

**Pour toute question: [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org)**

## Health requirements for Rochambeau

In accordance with Maryland State law, all students must submit the required forms and be up to date with the Maryland State required vaccinations to attend school, even if some regulations vary from those required in France or other countries around the world, (eg. MMR (ROR) vaccination before 12 months of age is not valid and the child must be revaccinated.)

### Immunization requirements

Campus	Grade/Vaccine	DTaP/DTP DT/Td	Polio	Hepatitis B	MMR	Varicella (chicken Pox)	Tdap	Meningococcal
PreSchool Bradley	Preschool -KG PS, MS and GS	4 doses	3 doses	3 doses	2 doses	2 doses		
Elementary Rollingwood	Grade 1 to 4 CP to CM1	4 or 3 doses(6)	3 doses	3 doses	2 doses	1 or 2 doses		
Forest Road Elementary College Lycee	Grades 5 – CM2 6 to 9 6eme-3eme 10 to 12 – 2 <sup>nd</sup> -Term	4 or 3 3 3	3 doses	3 doses	2 doses	1 or 2 doses	1 dose Grade 7, 8, 9,10	1 dose Grade 7, 8, 9,10

THE ONLY EXCEPTIONS ARE MEDICAL CONTRAINDICATIONS, RELIGIOUS EXEMPTIONS OR A CONFIRMED MEDICAL APPOINTMENT TO BE VACCINATED.

For more detailed instructions and information: [Maryland State vaccination requirements](#)  
[Immunization abbreviations](#)

All forms are available via the below links or in the [Parent Portal / Health section / Medical Forms](#)

**All forms completed, scanned, and submitted online in [SNAP](#).** All families will receive in June an email from noreply@studentehr.com with the links and access codes.

### Maternelle (TPS, PS, MS, GS) | Nursery – K

1. **Physical Exam and [Health assessment form \(Form OCC 1215\)](#)** completed and signed by parents and medical doctor or health practitioner
2. **[Immunization Certificate \(DHMH Form 896\)](#)** completed and signed by a doctor
3. **[Blood Lead testing certificate \(DHMH 4620\)](#)**. If you are not living in a “Risk area” listed on the form, please complete box B

→ *If your child has a chronic illness (asthma, allergies...) or requires regular medication*

- [Medication Authorization form \(OCC 1216\)](#) This form must be completed by a local US physician or health practitioner
- Contact [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) to inform them of medical condition

**All forms completed, scanned, and submitted online in [SNAP](#)**

4. **[Emergency Form \(Occ 1214\)](#)** A copy of this form must be completed and brought with you on the first day of school.

**CP – CM2 | 1st grade – 5<sup>th</sup> grade**

1. **Physical Exam and [Health Card \(SR-6\) version française](#)** completed and signed by parents and medical doctor or health practitioner [Health card English Version](#)
  2. **[Immunization Certificate \(DHMH Form 896\)](#)** completed and signed by a doctor
  3. **[Over the counter \(OTC\) medication form](#)**
  4. For 1<sup>st</sup> graders only: **[Blood Lead testing certificate \(DHMH 4620\)](#)** If you are not living in a “Risk area” listed on the form, please complete box B
- *If your child has a chronic illness (asthma, allergies...) or requires regular medication*
- [Individual Health Plan \(PAI\)](#) This form must be completed by a local US physician or health practitioner
- Contact to [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) to inform them of medical condition

**All forms completed, scanned, and submitted online in [SNAP](#)**

**6<sup>ème</sup> - Terminale | 6<sup>th</sup> grade -12<sup>th</sup> grade**

1. **Physical Exam and [Health Card \(SR-6\) version française](#)** completed and signed by parents and medical doctor or health practitioner [Health card English Version](#)
  2. **[Immunization Certificate \(DHMH Form 896\)](#)** completed and signed by a doctor. **Note:** mandatory immunization requirements starting in 7th grade: 1 dose Tdap\* (tetanus, diphtheria, pertussis) and 1 dose Meningococcal vaccination\*\*
  3. **[Over the counter \(OTC\) medication form](#)**
- *If your child has a chronic illness (asthma, allergies...) or requires regular medication*
- [Individual Health Plan \(PAI\)](#) This form must be completed by a local US physician or health practitioner
- Contact to [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org) to inform them of medical condition

**All forms completed, scanned, and submitted online in [SNAP](#)**

*\*Tdap vaccine to protect adolescents and adults from tetanus, diphtheria, and pertussis required as of age 11 or 12. Commercial name "Boostrix" or "Adacel"*

*\*\*Meningococcal conjugate vaccines (Menactra® and Menveo®)*

**For questions or concerns, contact: [nurse@rochambeau.org](mailto:nurse@rochambeau.org)**

Ci-dessous vous trouverez un guide pour remplir le formulaire des vaccinations

*Below is a guide to fill out the immunization form*

**MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE**

CHILD'S NAME _____	Les vaccinations obligatoires sont indiquées en jaune. Les vaccinations entourées de rouge sont obligatoires dès la rentrée en 5 <sup>e</sup> . Required vaccinations are indicated below in yellow. Circled in red are requirements for students entering 7 <sup>th</sup> grade.
SEX: MA _____	
COUNTY _____	
PARENT OR GUARDIAN ADDRESS _____	CITY _____ ZIP _____

**RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)**

Dose #	Vaccines Type										Dose #	Other Vaccines			
	DTP-DT <sub>a</sub> P-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr		Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Day/Yr	Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr
1											1				
2											2				
3															
4															
5															

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated

Clinic / Office Name \_\_\_\_\_

Office Address/ Phone Number \_\_\_\_\_

1. _____ Signature _____ Title _____ (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider) 2. _____ Signature _____ Title _____ 3. _____ Signature _____ Title _____	<p>Signature et cachet du médecin obligatoire</p> <p><i>Doctor signature and stamp required</i></p>
--	---

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given at this site.

**COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.**

**MEDICAL CONTRAINDICATION:**

**Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.**

This is a:  Permanent condition OR  Temporary condition until \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Medical Provider / LHD Official

**RELIGIOUS OBJECTION:**

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_