

BUREAU DE L'EDUCATION DE L'ETAT D'ILLINOIS PROGRAMME DE FORMATION DES MIGRANTS CERTIFICAT D'ELIGIBILITE

Année scolaire 20 ____ - 20 ____

NOM ET NUMERO D'ACADEMIE/AGENCE	CODE ABBREVIE DE L'ECOLE	# DE ID DE FAMILLE	# DE COE (année et numéro)	DATE de RESIDENCE
---------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------------	-------------------

A. SECTION DEMENAGEMENT ET TRAVAIL QUALIFICATIF

1. Le/les enfant(s) figurant sur ce formulaire se sont déplacés DE _____ ACADEMIE, VILLE, REGION, PAYS pour habiter À _____ ACADEMIE, VILLE, REGION.
2. Le/les enfant(s) se sont déplacés (compléter a et b):
 - a. seuls en tant qu'ouvriers, OU avec l'ouvrier, OU pour rejoindre ou précéder l'ouvrier.
 - b. l'ouvrier, _____ NOM ET PRENOM DU SALARIE est l'enfant ou le parent conjoint tuteur de l'enfant
 - i. (Compléter si « pour rejoindre ou précéder » est cochée dans 2a.) L'ouvrier s'est déplacé le: _____ JJ/MM/AAAA. Le/les enfant(s) se sont déplacés le: _____ JJ/MM/AAAA (ajouter commentaire).
3. Date qualitative d'arrivée: _____ JJ/MM/AAAA
4. L'ouvrier s'est déplacé en raison de nécessité économique afin d'obtenir:
 - a. un travail qualitatif, et a obtenu un travail qualitatif, OU
 - b. n'importe quel travail, mais a obtenu un travail qualitatif peu de temps après le déménagement, OU
 - c. spécifiquement un travail qualitatif, mais n'a pas obtenu le travail. Si l'ouvrier n'a pas obtenu le travail qualitatif:
 - i. L'ouvrier avait déménagé dans le passé en vue d'obtenir un travail qualitatif (ajouter commentaire), OU
 - ii. Il existe d'autres preuves tangibles que l'ouvrier a cherché activement un travail qualitatif peu de temps après le déménagement (ajouter commentaire).
5. **Le travail qualitatif*** _____ DECRIRE TRAVAIL D'AGRICULTURE OU DE PECHE était (faire une sélection dans a et b):
 - a. Travail saisonnier OU temporaire
 - b. Travail d'agriculture OU de pêche *Le cas échéant, vérifier: revenus personnels (ajouter commentaire)
6. Remplir si « temporaire » est cochée dans # 5a. Le travail est un travail temporaire basé sur:
 - a. Déclaration de travailleur (ajouter commentaire) OU
 - b. Déclaration d'employeur (ajouter commentaire) OU
 - c. Documentation de l'État pour _____ EMPLOYEUR

B. COMMENTAIRES: (cochez les cases valables)
 Doit inclure 2bi, 4c, 5, 6a, 6b de la Section Déménagement et Travail Qualitatif, le cas échéant.

2bi 4c 5 6a 6b Autre

C. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

1. Père/tuteur (Nom, prénom)	3. Parent masculin légal/tuteur (Nom, prénom)	5. Adresse actuelle (Rue, ville, département, code)	6. Téléphone (Fixe et portable) (avec code du pays)	7. Domicile d'origine Région/Pays
2. Mère/tutrice (Nom, prénom)	4. Parente féminine légale/tutrice (Nom, prénom)			

D. RENSEIGNEMENTS ENFANT/ECOLE (citer tous les enfants/jeunes admissibles)

D. RENSEIGNEMENTS ENFANT/ECOLE (citer tous les enfants/jeunes admissibles)										INSCRIPTION NGS			
1. Nom 1/Nom 2	2. Prénom	3. Nom intermédiaire	4. Suffixes	5. Numéro de NGS	6. Genre	7. Date de naissance	8. Code	9. MB	10. Lieu de naissance (Ville, région, pays)	11. SSID	12. Date d'inscription	13. GR	14. Catégorie

E. SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/CONJOINT/SALARIE

Je comprends que le but de ce formulaire est d'aider l'État à déterminer si le/les enfant(s)/jeune(s) figurant sur ce formulaire est/sont éligible(s) au titre I, partie C, du Programme d'éducation des migrants. En toute bonne foi, tous les renseignements que j'ai fournis à l'intervieweur sont vrais.

Je donne la permission à mon/mes enfant(s) de participer au programme de formation des migrants.

Signature _____ Lien de parenté avec le/les enfant(s) _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Langue utilisée pour expliquer le contenu de ce document: ANGLAIS ESPAGNOL AUTRE (préciser): _____

F. CERTIFICAT D'ELIGIBILITE

Je certifie, sur la base des informations qui m'ont été fournies, que, dans tous les aspects pertinents reflétés ci-dessus, je suis convaincu que ces enfants sont des enfants migrants tel que défini dans 20 USC 6399 (2) et les règlements d'application, et donc admissibles en tant que tels aux services du MEP. Je certifie par la présente que, en toute bonne volonté, les informations sont vraies, fiables et valides, et je comprends que toute fausse déclaration est passible d'une amende ou d'emprisonnement en vertu de la loi 18 USC 1001.

Signature de l'intervieweur _____ Pièce d'identité du recruteur _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Signature du critique désigné SEA _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

G. VERIFICATION DE RESIDENCE CONTINUE (1er septembre - 31 août) PRÉVU SUR VERSO 20 ____-20 ____ 20 ____-20 ____ 20 ____-20 ____

Avis LEA
 Initiales _____
 Date _____

BUREAU DE L'EDUCATION DE L'ETAT D'ILLINOIS PROGRAMME DE FORMATION DES MIGRANTS CERTIFICAT D'ELIGIBILITE

Année scolaire 20 _____ – 20 _____

NOM ET NUMERO DE DISTRICT/AGENCE	# DU COE (année et numéro)
----------------------------------	----------------------------

G. APPARTENANCE ETHNIQUE/RACE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT (Nom et prénom)	APPARTENANCE ETHNIQUE 1- Hispanique/Latino (Y/N)		RACE (Cochez une ou plusieurs cases, indépendamment du statut de l'appartenance ethnique sélectionnée.)					6-Utilisation DES uniquement
			1-Indien d'Amérique ou Natif d'Alaska	2- Asiatique	3- Noir ou Afro Américain	4- Natif d'Hawaii ou Autres îles du Pacifique	5- Blanc	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H. SUITE DE JUSTIFICATIF DE DOMICILE (1er septembre - 31 août)

Année scolaire	Vérification de date de résidence	Personne interrogée	Lien de parenté	Source de vérification	Signature de la personne vérifiant	Date (jj/mm/aaaa)

I. DIVULGATIONS DES ENREGISTREMENTS

Les règles d'éligibilité, les services, le transfert de dossier de l'élève des migrants, ainsi que la loi sur la vie privée de l'homme et l'éducation familiale (FERPA), m'ont été expliqués. J'autorise cette académie scolaire, le Bureau de l'Education de l'Etat d'Illinois (ISBE), et le système de nouvelle génération (NGS) à publier, révéler, transférer et/ou recevoir des documents éducatifs et de santé de mon enfant, y compris les dossiers de vaccination et les résultats aux tests standardisés, de/vers d'autres écoles, organismes d'enseignement et autres organismes pertinents. Je sais que le dossier de mon enfant me sera disponible pour le consulter et l'obtenir si je le désire. Dans le but d'une qualification potentielle, d'une meilleure éducation, la santé ou les services sociaux, je consens que les informations concernant l'étudiant/famille, autrement confidentielles, en vertu des dispositions de la FERPA, soient partagées ou révélées aux organisations qui fournissent des services sous l'égide de ce qui suit : projets du programme d'éducation des migrants ISBE (MEP), Conseil de Migrant d'Illinois (IMC), Programme d'Aide de Migrant pour les Etudes Collégiales (CAMP), Programme d'équivalence d'études secondaires (HEP), Programme d'éducation des migrants Even Start (MEES), Migrants saisonniers Head Start (MSHS), et programmes de nutrition pour enfants.

Signature _____ Lien de parenté avec l'enfant (s) _____ Date (jj/mm/aaaa) _____