



The School Board of Brevard County, Florida

LETTRE AUX PARENTS
(ENQUÊTE SUR LE SUICIDE)

Date: _____

Cher parent de _____ (élève) fréquentant _____ (école),
Le personnel de l'école a parlé aujourd'hui à votre enfant en raison de déclarations verbales et / ou écrites qui pourraient potentiellement conduire à un risque d'automutilation. L'école vous a contacté pour discuter des résultats de cette enquête et vous fournir des informations importantes. L'équipe de l'école vous demande d'examiner l'une des options ci-dessous. En fin de compte, c'est à vous de décider en ce qui concerne votre enfant:

• Demander de l'aide en santé mentale. Vous trouverez ci-dessous des organismes qui servent actuellement des élèves dans le district. Vérifié ceux qui viennent à l'école de votre enfant

- ___ Lifetime Counseling Center
- ___ IMPOWER
- ___ Children's Home Society
- ___ Holding Hands of Florida
- ___ Kinder Konsulting

- Suivi avec un médecin de famille ou un professionnel de la santé mentale pour des conseils / évaluation
- Contactez votre assurance privée pour obtenir un fournisseur de services de santé mentale
- Communiquez avec votre programme d'aide aux employés (PAE) pour obtenir des services de santé mentale.
- Autre: _____

La signature ci-dessous indique que vous (parent / tuteur légal de l'élève) avez été informé de la décision de l'équipe scolaire concernant l'état de santé mentale de votre enfant. Votre aide et votre coopération concernant la santé mentale de votre enfant sont extrêmement importantes pour nous.

Informé ___ en personne ___ par téléphone par _____

Nom du parent / tuteur légal

Signature du parent / tuteur légal

Si les parents / tuteurs légaux ne peuvent pas être contactés, il est impératif de suivre les procédures du Baker Act pour la sécurité de l'enfant et des autres. (Section 394.463, Examen involontaire des lois de la Floride).

Attach: SAFE-T as appropriate