

# INSCRIPTION

No École : 019

Année scolaire : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom École : D'Iberville

Date de début : \_\_\_\_\_

## 1 – IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autres prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Date nais. : \_\_\_\_\_

Code permanent : \_\_\_\_\_ Classification : \_\_\_\_\_ Fiche : \_\_\_\_\_

## 2 – IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Répondant :  Les deux parents  Père  Mère  Tuteur

Parent 1 ( Père  Mère) Parent 2 ( Père  Mère) Tuteur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance\* : \_\_\_\_\_

Date nais. : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Parent décédé :

Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

\* Veuillez indiquer la province si votre lieu de naissance est au Canada ou le pays si votre lieu de naissance est à l'étranger.

## 3 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

Lieu de naissance De l'élève : \_\_\_\_\_ Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_ Langue maternelle : \_\_\_\_\_  
(Première langue apprise et encore comprise par l'élève)

## 4 – ADRESSE DE RÉSIDENCE

Adresse principale (MEESR) ( Parent 1  Parent 2)

Type d'adresse :  Les deux parents  Père  Mère  Tuteur Adresse effective le : \_\_\_\_\_

No Civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Orient \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Casier Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Adresse secondaire (s'il y a lieu) ( Parent 1  Parent 2)

Type d'adresse :  Les deux parents  Père  Mère  Tuteur Adresse effective le : \_\_\_\_\_

No Civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Orient \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Casier Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Voulez-vous recevoir la documentation générale durant l'année scolaire?  Oui  Non



No École : 019

Année scolaire : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom École : D'Iberville

Date de début : \_\_\_\_\_

## 5 – ÉTAT DE SANTÉ

Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.

**Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec la direction de l'école.**

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Aucun problème de santé

Prend-t-il des médicaments Oui NON  
De façon régulière?   Si oui lesquels : \_\_\_\_\_

Allergie aux médicaments?   Si oui lesquels : \_\_\_\_\_

Allergie?    Sans épiPen À quoi? : \_\_\_\_\_

Avec épiPen À quoi? : \_\_\_\_\_

Asthme?   Pompe à l'école :  OUI  NON Fréquence des crises : \_\_\_\_\_

Diabète?

Épilepsie?

Déficit de l'attention?    Avec hyperactivité  Sans hyperactivité Est-il médicamenté?  OUI  NON

Port de lunette ou de lentille?

Handicap ou difficulté importante qui nécessite qu'on y porte une attention?   Si ou, précisez : \_\_\_\_\_

## 6 – SITUATION D'URGENCE

**En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelles personnes devons-nous appeler? (S.V.P. en aviser cette personne)**

Nom du contact et  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_  
(parenté, ami, voisin, autre)

**Pour les élèves du primaire, veuillez indiquer un deuxième contact d'urgence et les coordonnées de votre gardienne.**

Contact d'urgence 2 : \_\_\_\_\_

Gardienne : \_\_\_\_\_

Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, inscrire leur nom et prénom : \_\_\_\_\_

## 7 – SIGNATURE

Ces renseignements seront transmis au Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et sont susceptibles d'être vérifiés auprès du Directeur de l'état civil. En cas de changement d'école, j'autorise l'institution d'enseignement à transférer ces renseignements à l'institution que fréquentera mon enfant.

SIGNATURE :  PÈRE  MÈRE  PERSONNE AUTORISÉE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

## 8 – AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CSSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, enseignants(es), personnel non enseignant, personnel du service de garde et du transport scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.

SIGNATURE :  PÈRE  MÈRE  PERSONNE AUTORISÉE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_