

INSCRIPTION

No École : _____

Année scolaire : _____ - _____

Nom École : _____

Date de début : _____

1 – IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____

Autres prénoms : _____ Sexe : Féminin Masculin Non binaire 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)

Statut d'immigration de l'élève :

1. Citoyen canadien 4. Ne sait pas
 2. Résident permanent 5. Ne souhaite pas répondre
 3. Résident non permanent :
 a) Titulaire d'un permis de travail c) Demandeur d'asile e) Autre statut
 b) Titulaire d'un permis d'études d) Visiteur

Le choix de répondre ou non à la précédente question est volontaire et le fait de ne pas y répondre n'entraînera aucune conséquence pour le répondant. Ces renseignements sont recueillis uniquement aux fins de l'offre de services éducatifs et non aux fins de déterminer le statut d'immigration.

4 – ADRESSE DE RÉSIDENCE

Adresse principale (Ministère) (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



INSCRIPTION

DS-1

No École : _____

Année scolaire : _____ - _____

Nom École : _____

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.

Aucun problème de santé

Prend-t-il des médicaments de façon régulière? Oui NON
 Si oui lesquels : _____

Allergie aux médicaments? Si oui lesquels : _____

Allergie? Sans épi-pen À quoi? : _____

Avec épi-pen 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 oui, 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 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 CSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, enseignants(es), personnel non enseignant, personnel du service de garde, infirmière scolaire 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