Centre
de services scolaire
de Rouyn-Noranda
Québec

INSCRIPTION

DS-1

No École 018 Année scolaire : _____ - _____

Nom École : La Source 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 et 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 (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

Centre de services scolaire de Rouyn-Noranda
Québec

INSCRIPTION

DS-1

No École 018 Année scolaire : _____ - _____

Nom École : La Source 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

	Oui	NON	
Prend-t-il des médicaments 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 oui, précisez : _____

6 – SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et <u>en l'absence des parents</u>, quelles personnes devrons-nous appler? (S.V.P. en aviser cette personne)

Nom du contact et lien avec l'enfant : _____ Téléphone d'urgence : _____
(parenté, ami, voisin, autre)

Pour <u>les élèves du primaire</u>, 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 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