



Formulaire d'inscription

ÉLÈVE

Nom légal _____
Prénom légal _____
Nom utilisé _____
Prénom utilisé _____
Autres prénoms _____
Genre _____ (M/F)
Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)
Document prouvant l'âge _____
Téléphone (rés.) _____

ADRESSE CIVIQUE

No. et rue _____
App _____ Municipalité _____
Province _____ Code postal _____

VOTRE ENFANT A REÇU LES SERVICES SUIVANTS

____ éducation spécialisée (PAP) ____ orthopédagogie
____ ergothérapie ____ comportement (PAP)
____ orthophonie ____ douance

LANGUES & AUTRES INFORMATIONS

Langue maternelle _____
Langue parlée à la maison _____
Langue la plus souvent utilisée _____
Pays ou province de naissance _____
Ville de naissance _____
Citoyenneté _____
Statut d'immigration _____

AUTORISATIONS

J'accepte que certaines données personnelles de mon enfant (nom, adresse, niveau, téléphone, photo, enregistrements vidéo et audio) soient transmises pour activités scolaires, si nécessaire, dans les cas suivants:

A.P.É (bottin téléphonique) _____ (O/N)
Transporteur scolaire _____ (O/N)
Photographe (photo d'école) _____ (O/N)
Site hypertoile _____ (O/N)
Médias (TV, radio, journal) _____ (O/N)
Participation aux excursions _____ (O/N)

Je confirme la véracité de ces informations.

Signature du parent / tuteur _____

Date _____

ALERTE _____

Date _____ Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____
Adresse _____
Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

____ Non ____ Oui

Si oui : _____ Hors réserve _____ Sur la réserve

Nom de tribu _____ Numéro d'appartenance _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin _____
Téléphone du médecin _____

Numéro CareCard _____

Problème de vue (O/N) _____

Nature du problème _____

Lunettes _____ (O/N) Verres de contact _____ (O/N)

Problème d'ouïe _____ (O/N) Appareil auditif _____ (O/N)

Nature du problème _____

Allergies _____ (O/N) EpiPen _____ (O/N)

Si oui, lesquelles et précisez le traitement, si nécessaire

Asthme _____ (O/N) Bronchodilatateur _____ (O/N)

Médicaments _____

Diabète _____ (O/N) Besoin d'insuline _____ (O/N)

Épilepsie _____ (O/N) Type _____

Médicaments _____

Condition cardiaque _____ (O/N)

Nature du problème _____

Votre enfant est-il (elle) capable de participer pleinement au programme d'éducation physique? _____ (O/N)

Autres informations pertinentes _____

L'information contenue dans ce formulaire est conforme aux exigences de l'Acte scolaire de la Colombie-Britannique pour fins de rapports divers (inscription, budget, immobilisation, statistiques, analyses opérationnelles) pour le district et le ministère de l'Éducation. Ces informations sont confidentielles conformément à FOIPPA (*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*).



Formulaire d'inscription

PARENTS / TUTEURS

Garde de l'élève _____ Élève vit avec _____

1. Lien avec l'élève _____
Nom _____
Prénom _____
Vit avec l'élève (O/N) _____
Même adresse que l'élève ___ (O/N) _____
Si non, adresse _____

Parle français ___ (O/N) _____
Autres langues _____
Copie de correspondance (O/N) _____
Prêt à faire du bénévolat ___ (O/N) _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Disponible au travail (O/N) _____
Téléphone (cel.) _____
Contact d'urgence_____(O/N) Ramassage_____(O/N)
Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence _____

2. Lien avec l'élève _____
Nom _____
Prénom _____
Vit avec l'élève (O/N) _____
Même adresse que l'élève ___ (O/N) _____
Si non, adresse _____

Parle français ___ (O/N) _____
Autres langues _____
Copie de correspondance (O/N) _____
Prêt à faire du bénévolat ___ (O/N) _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Disponible au travail (O/N) _____
Téléphone (cel.) _____
Contact d'urgence_____(O/N) Ramassage_____(O/N)
Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence _____

FRÈRES / SOEURS

Nom	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Prénom	_____	_____	_____	_____
Lien avec l'élève	_____	_____	_____	_____
Date de naissance	_____	_____	_____	_____
Genre	_____(M/F)	_____(M/F)	_____(M/F)	_____(M/F)
École	_____	_____	_____	_____

CONTACTS D'URGENCE (exclure parents / tuteurs et inclure un contact hors province, s'il y a lieu)

1. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence_____ Ramassage_____(O/N)

3. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence_____ Ramassage_____(O/N)

2. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence_____ Ramassage_____(O/N)

4. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence_____ Ramassage_____(O/N)