



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 _____

ADRESSE POSTALE (si différente de l'adresse civique)

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 hyperteile _____ (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

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*).

ALERTE _____

Date _____ Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____
 Adresse _____
 Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

___ Non ___ Oui
 Si oui ___ Hors réserve
 ___ Sur la réserve (nom de tribu) _____

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 _____



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)