



## 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.) \_\_\_\_\_

**ALERTE** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Niveau \_\_\_\_\_

### ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District \_\_\_\_\_ École \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_

### ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

\_\_\_ Non \_\_\_ Oui  
 Si oui \_\_\_ Hors réserve  
 \_\_\_ Sur la réserve (nom de tribu) \_\_\_\_\_

### ADRESSE CIVIQUE

No. et rue \_\_\_\_\_  
 App \_\_\_\_\_ Municipalité \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### ADRESSE POSTALE (si différente de l'adresse civique)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 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  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 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)

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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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*).



## 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)