



## 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	<b>1.</b> _____	<b>2.</b> _____	<b>3.</b> _____	<b>4.</b> _____
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)

**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)

**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)

**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)