

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



NIVEAU SCOLAIRE : 7^e 8^e 9^e 10^e 11^e 12^e

RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

Carnet d'immunisation

Carte-santé
Numéro :

Certificat de naissance

Certificat de baptême

Nom :

Prénom :

Second prénom

Date de naissance :

Sexe :

F M

Numéro de téléphone :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Si l'élève a des sœurs et des frères, indiquez leur nom :

Si le pays d'origine est différent du pays de résidence, veuillez remplir cette section

Pays de naissance :

Date d'arrivée :

Statut :

Date d'expiration :

Langue maternelle :

Langue parlée au foyer

Père

Mère

École précédente :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

Langue d'enseignement :

Dernier jour de classe :

Raison du transfert :

Transport scolaire requis

Oui

Non

Mesures d'urgence ou de santé

S'il s'avérait impossible de rejoindre le(s) parent(s)/tuteur(s)/tutrice(s) en cas ou l'enfant aurait été atteint d'une maladie ou ait subi un accident qui exigerait immédiatement des soins médicaux, vous accordez à la direction de l'école, par la présente, le droit d'obtenir les soins médicaux nécessaires.

Y a-t-il d'autres détails sur la santé ou autres conditions de votre enfant qui nous permettraient de mieux s'en occuper ?

Signature du parent/tuteur/tutrice

Nom du médecin de famille

No de téléphone du médecin

Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant la journée scolaire, prière de compléter les formulaires d'autorisation nécessaires. Ces formulaires sont disponibles au bureau d'administration de l'école.



PARENT/TUTEUR(RICE)	Nom :	Prénom :	Initiales :	Relation par rapport à l'élève :	Adresse au travail :
Priorité des contacts d'urgence (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3 Priorité de fermeture d'école (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3					
No. De télé au domicile :	No. de télé au travail	No. de cellulaire	Courriel :		
<input type="checkbox"/> Tuteur(rice)	<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Accès au dossier			
<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Correspondance	<input type="checkbox"/> Parle le français			
Adresse (si différente de celle de l'élève)		<input type="checkbox"/> Contribuable : public		<input type="checkbox"/> Contribuable : catholique	

PARENT/TUTEUR(RICE)	Nom :	Prénom :	Initiales :	Relation par rapport à l'élève :	Adresse au travail :
Priorité des contacts d'urgence (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3 Priorité de fermeture d'école (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3					
No. de télé au domicile :	No. de télé au travail	No. de cellulaire	Courriel :		
<input type="checkbox"/> Tuteur(rice)	<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Accès au dossier			
<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Correspondance	<input type="checkbox"/> Parle le français			
Adresse (si différente de celle de l'élève)		<input type="checkbox"/> Contribuable : public		<input type="checkbox"/> Contribuable : catholique	

EN CAS D'URGENCE	Nom :	Prénom :	Initiales :	Relation par rapport à l'élève :	Adresse au travail :
Priorité des contacts d'urgence (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3 Priorité de fermeture d'école (1 = haute 3 = basse) encerclez 1 2 3					
No. de télé au domicile :	No. de télé au travail	No. de cellulaire	Courriel :		
<input type="checkbox"/> Tuteur(rice)	<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Accès au dossier			
<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Correspondance	<input type="checkbox"/> Parle le français			
Adresse (si différente de celle de l'élève)		<input type="checkbox"/> Contribuable : public		<input type="checkbox"/> Contribuable : catholique	

Comment avez-vous entendu parler de notre école ?	Pourquoi avez-vous choisi l'école publique ?	Pourquoi avez-vous choisi une école de langue française ?	Y a-t-il un programme ou un service en particulier qui vous intéresse ?
<input type="checkbox"/> De bouche à oreille <input type="checkbox"/> D'un ami, d'un parent <input type="checkbox"/> Des journaux	<input type="checkbox"/> À la radio <input type="checkbox"/> À la télévision Spécifiez :		

Copie au Conseil le _____
Date

_____ signature de la direction d'école



Dossier de santé de l'élève

L'élève souffre-t-il (elle) des maladies suivantes ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> infections | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale |
| <input type="checkbox"/> migraine | <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> Infections urinaires |
| <input type="checkbox"/> affectations cutanées | <input type="checkbox"/> évanouissements | <input type="checkbox"/> désordres digestifs |

L'élève souffre-t-il (elle) d'autres maladies ? Si oui, spécifiez :

Allergies	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Spécifiez :
Régime alimentaire : son état de santé exige-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, spécifiez :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Médicaments : l'élève prend-il (elle) des médicaments prescrits ? Si oui, spécifiez :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Vision : l'élève porte-t-il (elle) des lunettes/verres de contact ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Malaises : l'élève souffre-t-il (elle) d'un malaise non mentionné ci-haut ? Si oui, spécifiez :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non

Ces données sont recueillies conformément aux dispositions de la *Loi sur l'éducation* afin de permettre au CSDNE de s'acquitter de ses responsabilités telles que définies par cette loi. Pour de plus amples renseignements au sujet de cette collecte de données, veuillez vous adresser au Coordonnateur de l'accès à l'information municipale et à la protection de la vie privée, a/s Chef du Service des ressources humaines, C.P. 3600, North Bay, ON P1B 9T5, (705) 472-3443 poste 225.

Attestation : Je certifie que les renseignements fournis sont vrais et je m'engage à aviser l'école dès qu'un changement de renseignement survient.

Signature d'un parent/tuteur/tutrice : _____ **Date** : _____

Signature de l'élève : _____ **Date** : _____

