

LA COMMISSION SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date :	École :	Niveau scolaire :	
INFORMATION DE L'ÉLÈVE			
Nom :	Nom de famille	Prénom (à utiliser en salle de classe)	Deuxième prénom
Nom officiel :	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Adresse principale :	Civique/Apt.	Rue	Ville Code postal
Adresse alternative (garde partagée) :	Civique/Apt.	Rue	Ville Code postal
Date de naissance :	Genre: _____	Pays de naissance : Canada	Autre : _____
mm / jj / aaaa			
Langue(s) maternelle(s) :	Langue(s) parlée(s) au foyer : _____		
Indiquer si l'élève a des frères et/ou sœurs à cette école : _____			
Accès Internet à la maison ?	Oui	Non	Accès à un ordinateur/Chromebook/tablette ? Oui Non
Dernière école fréquentée, s'il y a lieu :			Niveau scolaire terminé :

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) PARENT(S)/TUTEUR(S)						
	L'élève habite avec :	deux parents	parents séparés	Parent 1	Parent 2	Tuteur
Parent 1	Adresse principale	Adresse alternative	Ramassage scolaire			
	Nom de famille	Prénom	Relation			
	Téléphone – cellulaire	Téléphone – domicile	Téléphone – travail			
	Adresse courriel	Langue(s) maternelle(s)	Langue d'instruction à l'élémentaire			
Parent 2	Adresse principale	Adresse alternative	Ramassage scolaire			
	Nom de famille	Prénom	Relation			
	Téléphone – cellulaire	Téléphone – domicile	Téléphone – travail			
	Adresse courriel	Langue(s) maternelle(s)	Langue d'instruction à l'élémentaire			
Parent 3	Adresse principale	Adresse alternative	Ramassage scolaire			
	Nom de famille	Prénom	Relation			
	Téléphone – cellulaire	Téléphone – domicile	Téléphone – travail			
	Adresse courriel	Langue(s) maternelle(s)	Langue d'instruction à l'élémentaire			

TRANSPORT : MAISON-ÉCOLE

Transport : Autobus Voiture Marche

Besoins spéciaux : Fauteuil roulant Autre :

CONTACTS D'URGENCE (autres que parents/tuteurs)

Contact d'urgence 1	Ramassage scolaire		
	Nom de famille	Prénom	Relation
	Téléphone – cellulaire	Téléphone – domicile	Téléphone – travail
Contact d'urgence 2	Ramassage scolaire		
	Nom de famille	Prénom	Relation
	Téléphone – cellulaire	Téléphone – domicile	Téléphone – travail

INFORMATION SUR LA SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie potentiellement mortelle à certains aliments, au venin d'insectes, à des médicaments ou à des matériaux ? Si oui, un médecin a-t-il recommandé que votre enfant dispose d'un auto-injecteur d'épinéphrine d'urgence (EpiPen ou EpiPen Jr) à utiliser à l'école ?

Pas d'allergies potentiellement mortelle

Allergie potentiellement mortelle, ne nécessite pas l'accès à l'EpiPen à l'école

Allergie potentiellement mortelle, nécessite l'accès à l'EpiPen à l'école

Substance(s) provoquant une allergie potentiellement mortelle : _____

Autres considérations médicales :

SERVICES SPÉCIALISÉS

Psychologue/conseiller Travailleur social Pédiatre Ergothérapie (OT)
 Orthophonie (SLP) Adaptation scolaire APSEA HEAR Autre :

AUTO-IDENTIFICATION DES AUTOCHTONES (optionnel)

L'élève s'identifie-t-il en tant qu'Autochtone ? C'est-à-dire Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit) ? Oui Non

Si oui, qu'est-ce qui décrit le mieux ?

Premières Nations (dans une réserve) Premières Nations (hors réserve) Inuk (Inuit) Métis

INFORMATION POUR LES ÉLÈVES INSCRITS EN MATERNELLE SEULEMENT

Programme pré-maternelle : Oui Non Si oui, nom de la garderie : _____

L'élève pèse-t-il moins de 40 livres ? Oui Non

J'ATTESTE DE LA VÉRACITÉ ET DE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE CONSENS À LEUR VÉRIFICATION

Signature du parent ou du tuteur :		Date :	
Signature du parent lorsque les parents ont une garde partagée :		Date :	

Section réservée à l'administration de l'école : Demande référée à un comité d'admission Oui Non

Document pour vérification de la date de naissance de l'élève : Certificat de naissance Carte-santé Passeport