



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Ce formulaire doit être rempli par tout parent/tuteur qui souhaite inscrire un enfant dans une école de langue française. Veuillez s'il vous plaît compléter le formulaire en caractères d'imprimerie.

Section réservée à l'école					
École :		Date du début des cours : (jour, mois, année)		Placement : (niveau scolaire)	
Document obtenu pour vérifier la date de naissance de l'enfant : (une copie est jointe à la présente) <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Document d'immigration <input type="checkbox"/> Autre			Statut du parent/tuteur : (une preuve du statut est jointe à la présente) <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Immigrant <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Renseignements sur l'élève (Veuillez s'il vous plaît indiquer l'adresse postale.)					
Nom de famille :		Prénom :		Genre :	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre	
Date de naissance :					
Jour		Mois		Année	
Adresse :					
N° de téléphone : ()		Numéro publié : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Langue(s) maternelle(s) :	
				Langue(s) parlée(s) au foyer :	
Connaissance du français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Niveau scolaire en cours ou terminé :		Dernière école fréquentée (le cas échéant) :		Adresse de la dernière école fréquentée :	
				N° de téléphone de l'école : ()	
Est-ce que l'élève reçoit des services spécialisés?					
<input type="checkbox"/> psychologue/conseiller		<input type="checkbox"/> travailleur social		<input type="checkbox"/> adaptation scolaire	
<input type="checkbox"/> orthophonie (SLP)		<input type="checkbox"/> pédiatre		<input type="checkbox"/> APSEA	
<input type="checkbox"/> inconnu		<input type="checkbox"/> autre _____		<input type="checkbox"/> ergothérapie (OT)	
				<input type="checkbox"/> HEAR	

Renseignements généraux sur le(s) parent(s)/tuteur(s)

L'élève demeure avec : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice <input type="checkbox"/> Parent 2	Dispositions spéciales concernant la garde légale de l'élève :	Correspondance envoyée à : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice
--	--	--

Si l'enfant est en situation de garde partagée, son adresse principale est : celle du parent 1 celle du parent 2
 autre a/s : _____ (relation : _____)

Renseignements sur le parent/tuteur 1

Nom de famille : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Tuteur	Prénom :	Adresse : (si différente de celle de l'élève)	
N° de téléphone à domicile : ()	N° de téléphone au travail : ()	Courrier électronique :	
Parle le français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lit le français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue(s) maternelle(s) :	Langue d'instruction à l'élémentaire : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Immersion

Renseignements sur le parent/tuteur 2

Nom de famille : <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur	Prénom :	Adresse : (si différente de celle de l'élève)	
N° de téléphone à domicile : ()	N° de téléphone au travail : ()	Courrier électronique :	
Parle le français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lit le français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue(s) maternelle(s) :	Langue d'instruction à l'élémentaire : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Immersion <input type="checkbox"/> Autre

J'atteste de la véracité et de l'exactitude des renseignements fournis et je consens à leur vérification.

Fait à : _____

Le : _____

Nom du parent/tuteur (ou des parents/tuteurs) qui inscrit l'enfant :

(en lettres moulées)

Signature du parent/tuteur

(en lettres moulées)

Signature du parent/tuteur