

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

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

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

### 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

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*).

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

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

### ÉCOLE PRÉCÉDENTE

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

### ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

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

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

## 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)

**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)