École André-Piolat

Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique (S.D. 93)

Formulaire d'inscription

ÉLÈVE **ALERTE** ___

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

Date _____ Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____

Adresse _____

_____

Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

___ Non ___Oui Nom de la nation d'appartenance_____

Si oui ___ Hors réserve (nation ou communauté)_____

___ Sur la réserve (nation ou communauté)_____

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).*

(Nom de l'école)

Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique (S.D. 93)

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.) _____
Courriel _____
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.) _____
Courriel _____
Contact d'urgence ___ (O/N) _____
Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence Ramassage ___ (O/N)
___

FRÈRES / SOEURS

	1.	**2.**	**3.**	**4.**
Nom				
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)