

École des Pionniers-de-Maillardville

1618 Patricia Ave
Port Coquitlam, C.-B. V3B 4A8



604-552-7915
ecole_pionniers@csf.bc.ca
pionniers.csf.bc.ca



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Ce formulaire doit être signé pour chaque enfant inscrit. Ce formulaire de consentement est valable jusqu'à sa révocation et / ou départ de l'élève de l'école des Pionniers-de-Maillardville.

Je, soussigné(e), étant le parent ou le tuteur légal de :

Nom de l'élève : _____ présentement élève à
l'école des Pionniers-de-Maillardville,

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

consent par la présente à la participation de mon enfant à toutes les activités scolaires durant les horaires réguliers **se déroulant à l'école, sur les terrains de l'école ou en proximité.**

Ce consentement englobe **toutes les activités** incluant la participation aux jeux et aux autres sports athlétiques ou autres exercices faisant partie du programme scolaire courant.

(Pour toutes sorties éducatives, vous recevrez un formulaire de consentement à part.)

Exception : Ce consentement n'inclut pas :

Signature : _____ **Date :** _____

VÉRIFICATION DES CHEVEUX

Également, j'autorise l'école à vérifier les cheveux de mon enfant lorsqu'il y a des symptômes de pédiculose.

Signature : _____ **Date :** _____

École des Pionniers-de-Maillardville

1618 Patricia Ave
Port Coquitlam, C.-B. V3B 4A8



604-552-7915
ecole_pionniers@csf.bc.ca
pionniers.csf.bc.ca



SCHOOL CONSENT FORM

This form must be completed for each student. This School Consent Form is in effect until otherwise notified in writing or until the departure of the student from l'école des Pionniers-de-Maillardville.

I, the undersigned, as the parent or legal guardian of :

Student Name: _____ currently attending l'école des Pionniers-de-Maillardville,

PARTICIPATING IN SCHOOL ACTIVITIES

consent herewith that my child, named above, can participate in school activities taking place **at the school, and on or nearby the school grounds.**

This includes **all activities** such as games, sports and other miscellaneous physical or non-physical activities included in the school program.

(For field trips, you will be given a separate authorisation form.)

Exception : My consent does not include:

Signature : _____ **Date :** _____

VERIFICATION FOR HEAD LICE

I further authorise the school to look at my child's hair to verify his or her hair for head lice should he or she exhibit related symptoms.

Signature : _____ **Date :** _____