

Formulaire d'inscription

ÉLÈVE

Date d'inscription _____ **Niveau** _____

Nom légal _____ RR# / PO Box _____

Prénom légal _____ Appart - No. et rue _____

Autres prénoms légaux _____ Ville _____ Prov _____ Code Postal _____

Nom, prénom d'usage _____ Adresse postale (si différente de l'adresse civique) _____

Genre Garçon Fille Date de naissance _____ RR# / PO Box _____
(JJ-MOIS-AAAA)

Document prouvant l'âge _____ Appart - No. Et rue _____

Téléphone maison _____ Ville _____ Prov _____ Code Postal _____

École précédente _____ District _____ Ville _____ Niveau _____

ALERTE LÉGALE -

Document légal ci-joint Garde de l'enfant _____ L'élève vit avec _____

Description _____

ALERTE(S) MÉDICALE(S) - Veuillez inclure toute condition, maladie et information importante

Nom du médecin _____ Téléphone _____ # Carecard _____

Description _____ Peut être mortelle

Médicaments ? _____

Asthme Diabète Épilepsie Condition cardiaque _____

Allergies Epipen Liste _____

AUTRE(S) ALERTE(S) - Santé, famille ou autre information

Description _____

Porte lunettes Porte verres de contact Problème d'ouïe Appareil auditif

CITOYENNETÉ -

Pays / Prov de naissance _____ Citoyenneté _____

Statut d'immigration _____ Date d'expiration du visa _____

LANGUE -

Maternelle _____ Parlée à la maison _____ La plus utilisée _____

ORIGINE AUTOCHTONE -

Metis Inuit Hors réserve Sur la réserve Nom tribu _____

PERMISSIONS -

J'accepte que certaines données personnelles (nom, adresse, niveau, téléphone, photo, enregistrements vidéo et audio) soient transmises pour activités scolaires, si nécessaire, dans les cas suivants :

Permission de marcher à la maison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Photographe (photo d'école)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Permission d'utiliser Internet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Transporteur scolaire (autobus)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Participation aux sorties scolaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Association des parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

FRÈRE / SŒUR

Nom, Prénom _____	Lien _____	Date de naissance _____
Nom, Prénom _____	Lien _____	Date de naissance _____
Nom, Prénom _____	Lien _____	Date de naissance _____
Nom, Prénom _____	Lien _____	Date de naissance _____

INFORMATION DU PARENT / TUTEUR

Nom, Prénom _____
 Lien _____
 Homme Femme Autorité parentale / Tuteur
 Peut prendre l'enfant Vit avec l'enfant
 Peut recevoir : Appels Courriels Bulletin
 Peut être bénévole Accès au portail éducatif
 Ordre d'appel _____ Tél. maison _____
 Cell _____ Veut recevoir Info-Pionniers
 Travail _____ Poste _____

Adresse Civique (si le parent ne vit pas avec l'enfant)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
Adresse postale (si différent)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
 Autre format _____
 Courriel _____
 Parle français Autres langues _____

INFORMATION DU PARENT / TUTEUR

Nom, Prénom _____
 Lien _____
 Homme Femme Autorité parentale / Tuteur
 Peut prendre l'enfant Vit avec l'enfant
 Peut recevoir : Appels Courriels Bulletin
 Peut être bénévole Accès au portail éducatif
 Ordre d'appel _____ Tél. maison _____
 Cell _____ Veut recevoir Info-Pionniers
 Travail _____ Poste _____

Adresse Civique (si le parent ne vit pas avec l'enfant)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
Adresse postale (si différent)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
 Autre format _____
 Courriel _____
 Parle français Autres langues _____

INFORMATION DU PARENT / TUTEUR

Nom, Prénom _____
 Lien _____
 Homme Femme Autorité parentale / Tuteur
 Peut prendre l'enfant Vit avec l'enfant
 Peut recevoir : Appels Courriels Bulletin
 Peut être bénévole Accès au portail éducatif
 Ordre d'appel _____ Tél. maison _____
 Cell _____ Veut recevoir Info-Pionniers
 Travail _____ Poste _____

Adresse Civique (si le parent ne vit pas avec l'enfant)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
Adresse postale (si différent)
 Appart - No. et rue _____
 Ville _____ Prov _____ Code postal _____
 Autre format _____
 Courriel _____
 Parle français Autres langues _____

INFORMATION CONTACTS D'URGENCE (exclure parents / tuteurs)

1 - Nom, Prénom _____	Tél. maison _____	Tél. travail _____
Lien _____	Tél. cellulaire _____	<input type="checkbox"/> Peut prendre l'enfant
2 - Nom, Prénom _____	Tél. maison _____	Tél. travail _____
Lien _____	Tél. cellulaire _____	<input type="checkbox"/> Peut prendre l'enfant
3 - Nom, Prénom _____	Tél. maison _____	Tél. travail _____
Lien _____	Tél. cellulaire _____	<input type="checkbox"/> Peut prendre l'enfant
4 - Nom, Prénom _____	Tél. maison _____	Tél. travail _____
Lien _____	Tél. cellulaire _____	<input type="checkbox"/> Peut prendre l'enfant

Signature du parent / tuteur _____ Date _____