

Le certificat de naissance officiel (grand format)

Preuve de résidence (permis de conduire, compte de taxe scolaire, facture d'électricité, de téléphone, par exemple)

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉLÈVE _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____ AUTRES PRÉNOMS (s'il y a lieu) _____ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ _____

SEXE M F DEGRÉ ACTUEL _____ PROVINCE OU PAYS DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____ LANGUE MATERNELLE _____

CODE PERMANENT (si connu) _____ PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que parents) _____ LIEN ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____ LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉPONDANT(S) : Les deux parents Parent 1 Parent 2 Tuteur Garde partagée oui non

PARENT 1
 PÈRE
 MÈRE
NOM DU PARENT 1 _____ PRÉNOM DU PARENT 1 _____ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ _____ COCHER SI DÉCÉDÉ

LIEU DE NAISSANCE PARENT 1 _____ CELLULAIRE PARENT 1 _____ ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 1 _____

PARENT 2
 PÈRE
 MÈRE
NOM DU PARENT 2 _____ PRÉNOM DU PARENT 2 _____ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ _____ COCHER SI DÉCÉDÉ

LIEU DE NAISSANCE PARENT 2 _____ CELLULAIRE PARENT 2 _____ ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 2 _____

TUTEUR
NOM DU TUTEUR _____ PRÉNOM DU TUTEUR _____ SEXE DU TUTEUR F ou M

LIEU DE NAISSANCE TUTEUR _____ CELLULAIRE TUTEUR _____ ADRESSE ÉLECTRONIQUE TUTEUR _____

ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE SUR LE TERRITOIRE DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA JONQUIÈRE (CSSDLJ)

Type d'adresse
 1 - Les 2 parents
 2 - Parent 1
 3 - Parent 2
 4 - Tuteur

NUMÉRO CIVIQUE _____ NOM DE LA RUE _____ APP. _____ VILLE _____
CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE - Maison _____ TÉLÉPHONE - Travail parent 1 _____ TÉLÉPHONE - Travail parent 2 _____

AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE

Type d'adresse
 1 - Les 2 parents
 2 - Parent 1
 3 - Parent 2
 4 - Tuteur

NUMÉRO CIVIQUE _____ NOM DE LA RUE _____ APP. _____ VILLE _____
CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE - Maison _____ TÉLÉPHONE - Travail parent 1 _____ TÉLÉPHONE - Travail parent 2 _____

ADRESSE COMPLÉMENTAIRE POUR LE TRANSPORT (autre que celle de résidence (gardienne)) :

NUMÉRO CIVIQUE _____ NOM DE LA RUE _____ APPARTEMENT _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____
TÉLÉPHONE - Maison _____ TRANSPORT : matin midi soir

DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

• J'autorise l'institution d'enseignement et le Centre de services scolaire à utiliser les renseignements personnels contenus dans ce formulaire pour la gestion des services éducatifs de mon enfant et aux fins de transmission d'informations liées à la vie scolaire.
autorisation accordée autorisation refusée

• En cas de départ, j'autorise le transfert du dossier de mon enfant à un autre centre de services scolaire.
autorisation accordée autorisation refusée

• Acceptez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé dans le cadre d'une activité scolaire ou parascolaire pour une utilisation à caractère pédagogique dans les publications du Centre de services scolaire, de ses établissements et dans les travaux effectués par les stagiaires?
autorisation accordée autorisation refusée

FRÈRES ET SOEURS AU PRIMAIRE

Nom, Prénom, École _____

Nom, Prénom, École _____

Nom, Prénom, École _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Preuve de la résidence de l'élève au Québec

J'atteste avoir pris connaissance de deux des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :

Permis de conduire: _____ Compte de taxe municipal _____
Facture électricité, téléphone ou cablodistribution _____

SIGNATURE DU RESPONSABLE _____

DATE _____

DERNIÈRE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

École _____ Centre de services scolaire _____

Préscolaire

4 ans

5 ans

Courriel pour le retour: inscription.maternelle@csjonquiere.qc.ca

Fiche santé - Maternelle 4 ans et 5 ans

1. Identification de l'élève

[]

Nom de l'école

[] [] []

Nom de l'élève [] **Prénom de l'élève** [] **Groupe** []

Adresse [] **Ville** [] **Code postal** []

Sexe [] **Date de naissance** []

2. Identification parentale

[] [] [] []

Nom et prénom du parent 1 **Tél. résidence** **Tél. bureau** **Tél. cellulaire**

[] [] [] []

Nom et prénom du parent 2 **Tél. résidence** **Tél. bureau** **Tél. cellulaire**

Enfant demeure avec: Parent 1 et parent 2 Parent 1 Parent 2 Garde partagée

Autre []

Frère(s) ou sœur(s) à l'école : []

Personne à contacter en cas d'urgence, si l'un des parents ne peut être rejoint :

[] [] []

Nom de la personne **Lien** **Téléphone**

[] [] []

Gardien(ne) **Téléphone** **Fréquente le service de garde de l'école** Non Oui

3. État de santé

Votre enfant souffre-t-il de ?

◇ Asthme sévère (nécessitant un suivi médical régulier) Non Oui

◇ Diabète Non Oui

◇ Épilepsie Non Oui

◇ Allergie sévère (nécessitant auto-injecteur/Épipen) Non Oui

Si oui, à quel allergène? []

◇ Autre problème de santé nécessitant une attention particulière à l'école? Non Oui

Spécifiez : []

Votre enfant a-t-il déjà reçu des services en :

◇ Orthophonie 0-5 ans Non Oui Si oui, à quel endroit : Privé CLSC CRDP

◇ Ergothérapie 0-5 ans Non Oui Si oui, à quel endroit : CH CLSC CRDP

4. Autorisation

Par la présente, j'autorise le personnel de l'école et l'infirmière du CLSC à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche et à fournir les soins nécessaires en cas d'urgence.

[] []

Signature des parents ou tuteur **Date**

N.B. : La présente fiche fait partie du dossier scolaire de l'élève. Elle est à la disposition du personnel de l'école et de l'infirmière du CLSC