

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXE	DEGRÉ ACTUEL	PROVINCE OU PAYS DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LANGUE MATERNELLE	CODE PERMANENT (si connu)	PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que parents)	LIEN ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LANGUE PARLÉE À LA MAISON			
<input type="text"/>			

## IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

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

PARENT 1	NOM DU PARENT 1	PRÉNOM DU PARENT 1	NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ	COCHER SI DECÉDÉ
	<input type="checkbox"/> PÈRE	<input type="checkbox"/> MÈRE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LIEU DE NAISSANCE PARENT 1		CELLULAIRE PARENT 1	ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 1	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PARENT 2	NOM DU PARENT 2	PRÉNOM DU PARENT 2	NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ	COCHER SI DECÉDÉ
	<input type="checkbox"/> PÈRE	<input type="checkbox"/> MÈRE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LIEU DE NAISSANCE PARENT 2		CELLULAIRE PARENT 2	ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 2	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TUTEUR	NOM DU TUTEUR	PRÉNOM DU TUTEUR	SEXE DU TUTEUR	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F ou M <input type="checkbox"/>	
LIEU DE NAISSANCE TUTEUR		CELLULAIRE TUTEUR	ADRESSE ÉLECTRONIQUE TUTEUR	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Type d'adresse <input type="checkbox"/> 1 - Les 2 parents <input type="checkbox"/> 2 - Parent 1 <input type="checkbox"/> 3 - Parent 2 <input type="checkbox"/> 4 - Tuteur	NUMÉRO CIVIQUE	NOM DE LA RUE	APP.	VILLE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE - Maison	TÉLÉPHONE - Travail parent 1	TÉLÉPHONE - Travail parent 2
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE

Type d'adresse <input type="checkbox"/> 1 - Les 2 parents <input type="checkbox"/> 2 - Parent 1 <input type="checkbox"/> 3 - Parent 2 <input type="checkbox"/> 4 - Tuteur	NUMÉRO CIVIQUE	NOM DE LA RUE	APP.	VILLE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE - Maison	TÉLÉPHONE - Travail parent 1	TÉLÉPHONE - Travail parent 2
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

NUMÉRO CIVIQUE	NOM DE LA RUE	APPARTEMENT	VILLE	CODE POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE - Maison	TRANSPORT : matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/>			
<input type="text"/>				

## DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	autorisation accordée <input type="checkbox"/> autorisation refusée <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de départ, j'autorise le transfert du dossier de mon enfant à un autre centre de services scolaire</li> </ul>	autorisation accordée <input type="checkbox"/> autorisation refusée <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>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?</li> </ul>	autorisation accordée <input type="checkbox"/> autorisation refusée <input type="checkbox"/>

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

## DERNIÈRE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

École  Centre de services scolaire

SIGNATURE DU RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

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**