

**[A] ÉLÈVE**

École: \_\_\_\_\_

réservé à l'école

Fiche: \_\_\_\_\_ Code permanent: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Province (si Canada), Pays et Ville de naissance

Province, Pays: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Ville de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Langue maternelle: \_\_\_\_\_

Autres prénoms: \_\_\_\_\_ L. parlée à la maison: \_\_\_\_\_

**[B] PARENTS OU TUTEUR**

RÉPONDANT: Les 2 parents ( ) Parent 1 ( ) Parent 2 ( ) Tuteur ( )

Parent 1: Nom: \_\_\_\_\_ Né au Québec  Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Si né hors Québec précisez: (\*) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Parent 2: Nom: \_\_\_\_\_ Né au Québec  Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Si né hors Québec précisez: (\*) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Tuteur: Nom: \_\_\_\_\_ Né au Québec  Sexe du tuteur: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Si né hors Québec précisez: (\*) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

(\*) Si né au Canada, indiquez la province, sinon indiquez le pays.

**[C] ADRESSE PRINCIPALE**

Les 2 parents ( ) Parent 1 ( ) Parent 2 ( ) Tuteur ( )

Effective immédiatement  ou le \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

No civique: \_\_\_\_\_ Rue: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_ Tél.urg.1: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Tél.urg.2: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Utiliserez-vous le transport scolaire à cette adresse (pour les élèves à plus de 1,6 km) ? OUI  NON

**ADRESSE POUR TRANSPORT SCOLAIRE SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE PRINCIPALE**

L'attribution du transport à cette adresse, pour l'élève éligible, est sous réserve des circuits offerts et des places disponibles, et sera soumise à des frais.

No civique: \_\_\_\_\_ Rue: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_ AM

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ PM  Tél.: \_\_\_\_\_

**[D] ADRESSE DU PARENT 1 OU DU PARENT 2 SI DIFFÉRENTE DE [C]**

L'attribution du transport à cette adresse, pour l'élève éligible, est sous réserve des circuits offerts et des places disponibles, et sera soumise à des frais.

Renseignements supplémentaires exigés par la Loi sur les élections scolaires et la Loi électorale.

Parent 1 ( ) Parent 2 ( ) Effective immédiatement  ou le \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

No civique: \_\_\_\_\_ Rue: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_ Tél.urg.1: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Tél.urg.2: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Utiliserez-vous le transport scolaire à cette adresse (pour les élèves à plus de 1,6 km) ? OUI  NON

Par la signature de ce document, j'autorise :

- L'établissement à utiliser les renseignements personnels contenus dans ce formulaire conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.
- Le Centre de services scolaire du Chemin-du-Roy et le ministère de l'Éducation à communiquer et s'échanger tous les renseignements qu'ils détiennent relativement à mon enfant aux fins de leur mission respective.
- La transmission du dossier scolaire par l'établissement lors d'un changement de CSS, le cas échéant.
- Le CSS du Chemin-du-Roy à communiquer aux transporteurs scolaires ou à la Société de transport de Trois-Rivières (STTR), au besoin, les renseignements personnels nécessaires pour que mon enfant puisse bénéficier des services de transport.

Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**[E] DONNÉES SCOLAIRES (réservé à l'école)**

Ordre d'enseignement: ( ) 1- Passe-partout ( ) 1- Préscolaire 4 ans ( ) 2- Préscolaire 5 ans ( ) 3- Primaire ( ) 4- Secondaire

Cycle: \_\_\_\_ Année du cycle: \_\_\_\_ Groupe: \_\_\_\_\_ Date du 1er jour de fréquentation: \_\_\_\_\_

CIUSSS-MCQ

# FICHE SANTÉ

Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.

**Note : Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec un membre de la direction de l'école.**

**Aucun problème de santé**

**Problème de santé**

Allergie sévère Précisez à quoi : \_\_\_\_\_

Avec prescription d'Épipen \_\_\_\_\_

Diabète  Épilepsie  Asthme chronique  Problème cardiaque avec suivi médical

Précisez le traitement : \_\_\_\_\_

Maladie chronique importante (Précisez) : \_\_\_\_\_

Précisez le traitement : \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Remarque : \_\_\_\_\_

Si nécessaire, le personnel dont les fonctions sont directement reliées à cet élève pourra avoir accès à ces renseignements.

\_\_\_\_\_  
**Signature du titulaire de l'autorité parentale**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**AVIS DE DÉPART (réservé à l'école)**


50 = École privée

52 = Autre école du Centre de services scolaire

64 = Décès

51 = Autre Centre de services scolaire

57 = Déménagement hors Québec

78 = Scolarisation à domicile

Date de départ : \_\_\_\_\_ (dernier jour de fréquentation)

Signature de la direction : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nouvelle école fréquentée : \_\_\_\_\_

Remarque : \_\_\_\_\_