

[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 : _____