Centre de services scolaire du Val-des-Cerfs

INSCRIPTION

Organisation scolaire 2021-2022

Passe-Partout ou Maternelle 4 ans

CHOIX :

* Maternelle 4 ans : _____

*** Toutes les demandes font l'objet d'une analyse**

Passe-Partout : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ (AAAA-MM-JJ) _____ (SEXE) FICHE : _____ RANG DANS LA FAMILLE : _____

RÉPONDANTS SELON LE CERTIFICAT DE NAISSANCE : PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR ☐

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT : SEXE : _____

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ (AAAA-MM-JJ) **No. de cell. :** _____

PRÉNOM : _____ **Adresse courriel :** _____

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT : SEXE : _____

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ (AAAA-MM-JJ) **No. de cell. :** _____

PRÉNOM : _____ **Adresse courriel :** _____

IDENTIFICATION DU TUTEUR : SEXE : _____

NOM ET PRÉNOM : _____ **Adresse courriel :** _____ **No. de cell. :** _____

ÉCOLE DE VOTRE SECTEUR SCOLAIRE : _____

Frères ou soeurs qui fréquenteront l'école en 2021-2022 au préscolaire et au primaire.

NOM ET PRÉNOM :	ÉCOLE ACTUELLE :	DEGRÉ PRÉVU EN 2021-2022 :

ADRESSE ET TRANSPORT

_____ (RÉPONDANT) _____ (No CIVIQUE) _____ (RUE/RANG/ROUTE) _____ (N, S, E, O) _____ (No APP.) _____ (CASIER POSTAL)

_____ (VILLE) _____ (PROVINCE) _____ (CODE POSTAL) _____ (No DE TÉLÉPHONE) _____ (No DE TÉLÉPHONE DE TRAVAIL) _____ (POSTE)

Je désire que mon enfant bénéficie du transport à cette adresse. **A.M.** ☐ **P.M.** ☐
Pour les élèves de maternelle 4 ans seulement

ADRESSE DE LA GARDIENNE OU DE LA GARDERIE SCOLAIRE (5 JOURS) : _____ (No CIVIQUE) _____ (RUE/RANG/ROUTE) _____ (N, S, E, O) _____ (No APP.) _____ (CASIER POSTAL)

_____ (VILLE) _____ (PROVINCE) _____ (CODE POSTAL) _____ (No DE TÉLÉPHONE)

Je désire que mon enfant bénéficie du transport à l'adresse de la gardienne. (1) **A.M.** ☐ **P.M.** ☐

ADRESSE ET TRANSPORT

_____ (RÉPONDANT) _____ (No CIVIQUE) _____ (RUE/RANG/ROUTE) _____ (N, S, E, O) _____ (No APP.) _____ (CASIER POSTAL)

_____ (VILLE) _____ (PROVINCE) _____ (CODE POSTAL) _____ (No DE TÉLÉPHONE) _____ (No DE TÉLÉPHONE DE TRAVAIL) _____ (POSTE)

Je désire que mon enfant bénéficie du transport à cette adresse. **A.M.** ☐ **P.M.** ☐
Pour les élèves de maternelle 4 ans seulement

ADRESSE DE LA GARDIENNE OU DE LA GARDERIE SCOLAIRE (5 JOURS) : _____ (No CIVIQUE) _____ (RUE/RANG/ROUTE) _____ (N, S, E, O) _____ (No APP.) _____ (CASIER POSTAL)

_____ (VILLE) _____ (PROVINCE) _____ (CODE POSTAL) _____ (No DE TÉLÉPHONE)

Je désire que mon enfant bénéficie du transport à l'adresse de la gardienne. (1) **A.M.** ☐ **P.M.** ☐

IMPORTANT : COMPLÉTEZ LE VERSO ==========>>>>

AFIN DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE VOTRE ENFANT ET D'ASSURER SA SÉCURITÉ, NOUS AVONS BESOIN DE SAVOIR :

Mon enfant souffre d'allergie : Oui ☐ Non ☐

- Alimentaire : ☐ Laquelle : _____ Médication : _____
- Latex : ☐ Médication : _____
- Piqûre d'insecte : ☐ Médication : _____
- Autre : ☐ Laquelle : _____ Médication : _____

Mon enfant souffre d'une maladie (exemple : diabète, asthme, etc.) : Oui ☐ Non ☐

Laquelle : _____ Médication : _____

Mon enfant a participé à différents programmes offerts ou est suivi par: Autorisation de communiquer

- CISSSMO-CMR	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
		Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
		Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- CRDITEDME :	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- CSSS :	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
		Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- Le privé :	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- SERY :	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- Maison des familles	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐
- Autres :	☐	Quel service : _____	Pers. responsable : _____	Oui ☐	Non ☐

J'autorise que les professionnels des services éducatifs communiquent avec les personnes responsables indiquées

_____
Signature de l'autorité parentale

CONCERNANT LE MILIEU DE GARDE :

Mon enfant reste à la maison ☐

Mon enfant va en milieu familial - subventionné ☐ Non-subventionné ☐

Mon enfant va en C.P.E. (Centre de la petite enfance) ☐ Lequel : _____

Mon enfant parle à la maison :

- Français ☐ - Espagnol ☐
- Anglais ☐ - Autre ☐ _____

Pour les inscriptions au programme de Passe-Partout

Si des rencontres parents et enfants en journée sont organisées (au lieu du soir), je serais intéressé.

Oui ☐ Non ☐ Présence obligatoire parent et enfant

SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE : _____

Date : _____

Note : Ces renseignements nominatifs sont nécessaires pour la planification de l'année scolaire 2021-2022 et ne serviront qu'à des fins administratives conformément aux exigences de la loi.

(1) : Les demandes de transport seront traitées selon la "Politique d'admissibilité et d'utilisation du transport scolaire" en vigueur et seront confirmées aux demandeurs avant le début des classes.

À L'ATTENTION DE L'ÉCOLE :

- **Tous les renseignements de ce formulaire sont obligatoires.**
- **Document à conserver trois ans au dossier de l'élève.**

NOTE : Toute information inscrite sur ce formulaire pourrait faire l'objet d'une vérification du directeur de l'état civil.