

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

CODE PERMANENT _____ No DE FICHE _____ NO.ÉCOLE _____ ÉCOLE _____

NOM DE L'ÉLÈVE _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____

AUTRE NOM DE L'ÉLÈVE _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL _____

ABSENCE AUTRES PRÉNOMS _____ SEXE _____ SEXE AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL _____ DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) _____

AUTRES PRÉNOMS _____

CODE ET _____ LIEU DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE (VILLE) _____ LANGUE MATERNELLE _____ LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____

2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉPONDANT(E)(S) : PARENT A PARENT B GARDE PARTAGÉE TUTEUR

PARENT A PÈRE MÈRE PARENT A DÉCÉDÉ

INFORMATION NON DISPONIBLE

NOM DU PARENT A _____ PRÉNOM DU PARENT A _____ * LIEU DE NAISSANCE _____ DATE DE NAISSANCE DU PARENT A (AAAA-MM-JJ) _____

TÉLÉPHONE CELLULAIRE _____ ** ADRESSE ÉLECTRONIQUE _____

PARENT B PÈRE MÈRE PARENT B DÉCÉDÉ

INFORMATION NON DISPONIBLE

NOM DU PARENT B _____ PRÉNOM DU PARENT B _____ * LIEU DE NAISSANCE _____ DATE DE NAISSANCE DU PARENT B (AAAA-MM-JJ) _____

TÉLÉPHONE CELLULAIRE _____ ** ADRESSE ÉLECTRONIQUE _____

NOM DU TUTEUR _____ PRÉNOM DU TUTEUR _____ * LIEU DE NAISSANCE _____ SEXE DU TUTEUR _____

TÉLÉPHONE CELLULAIRE _____ ** ADRESSE ÉLECTRONIQUE _____

* Veuillez indiquer : la province si votre lieu de naissance est au Canada ou le pays si votre lieu de naissance est à l'étranger.
** Plusieurs communications pourraient vous parvenir par courrier électronique.

3 - ADRESSE PRINCIPALE DE RÉSIDENCE DE L'ÉLÈVE (Si l'élève a une autre adresse, veuillez l'inscrire au verso.)

TYPE D'ADRESSE _____ ADRESSE EFFECTIVE LE _____

1 Les 2 parents
2 Père
3 Mère
4 Tuteur

AAAA-MM-JJ No CIVIQUE GENRE RUE/RANG/ROUTE N, S, E, O APP. CASIER POSTAL

VILLE / MUNICIPALITÉ CODE POSTAL TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent A (1) TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent B (2) TÉLÉPHONE TRAVAIL, tuteur

4 - ADRESSE DU (DE LA) GARDIEN(NE) OU SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE (Assujettie à la Politique de gestion du transport scolaire)

Situation actuelle au dossier de l'élève

PÉRIODES DE FRÉQUENTATION ACTUELLE AM MIDI PM

No CIVIQUE GENRE RUE/RANG/ROUTE N, S, E, O APP. CASIER POSTAL

NOM DE LA PERSONNE À CETTE ADRESSE VILLE / MUNICIPALITÉ CODE POSTAL TÉLÉPHONE

5 - CHOIX DE L'ÉCOLE ET CHOIX EN ARTS

À remplir par l'autorité parentale

Pour l'année 2021-2022, je choisis l'école : _____
Inscrire le nom de l'école choisie

N.B. Si vous choisissez une école autre que celle fréquentée présentement ou, dans le cas d'une nouvelle inscription, une école autre que celle de votre bassin, vous devez compléter le formulaire "DEMANDE D'INSCRIPTION DANS UNE AUTRE ÉCOLE" disponible au secrétariat de l'école.

À remplir par l'autorité parentale

(Pour le secondaire seulement, ce choix est obligatoire.)

CHOIX EN ARTS

Inscrire les chiffres 1 pour le 1er choix, 2 pour le 2e choix et 3 pour le 3e choix :

Arts plastiques Musique Art dramatique

Toutefois, l'attribution **du** ou **des** cours d'art dépendra de la grille matières adoptée par chacune des écoles du centre de services scolaire. L'école secondaire considérera les préférences de votre enfant sans pour autant en garantir le premier choix.

6 - SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Conformément à la " Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ", j'autorise l'institution d'enseignement à utiliser les renseignements personnels contenus dans ce formulaire. Ces renseignements seront transmis au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et sont susceptibles d'être vérifiés auprès du Directeur de l'état civil. En cas de changement d'école, j'autorise également l'institution d'enseignement à transférer ces renseignements à l'institution que fréquentera mon enfant.

DATE **X** _____ SIGNATURE : PARENT A PARENT B PERSONNE AUTORISÉE

DONNÉES SCOLAIRES ET PREUVE DE RÉSIDENCE

(Réservé à l'école)

ORDRE D'ENSEIGNEMENT CLASSE CYCLE ANNÉE DU CYCLE ANNÉES DE FRÉQ. BÂTISSE G. REPÈRE TYPE DE PARCOURS PU PR ND INDICATEUR DU PRIVÉ

SEULEMENT POUR LES NOUVEAUX ÉLÈVES OU UN AVIS DE DÉMÉNAGEMENT INSCRIT SUR CETTE FICHE (Réservé à l'école)

Preuve de résidence au Québec : J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux présentés pour confirmer la résidence de l'élève ou du parent

Document 1: Fiche d'inscription Document 2: _____

Signature: _____ Date: _____

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À REMPLIR AU VERSO...

7 - AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE (EX. : GARDE PARTAGÉE)

TYPE D'ADRESSE 1 Les 2 parents 2 Père 3 Mère 4 Tuteur	ADRESSE EFFECTIVE LE AAAA-MM-JJ	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
VILLE / MUNICIPALITÉ				CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE		
TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent A (1)			TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent B (2)			TÉLÉPHONE TRAVAIL, tuteur	

8 - AUTRE ADRESSE DU (DE LA) GARDIEN(NE) OU SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE (Assujettie à la Politique de gestion du transport scolaire)

COCHER LES PÉRIODES DE FRÉQUENTATION	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> MIDI	<input type="checkbox"/> PM	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
NOM DE LA PERSONNE À CETTE ADRESSE			VILLE / MUNICIPALITÉ			CODE POSTAL	TÉLÉPHONE		

Fiche d'urgence-santé

9 - ÉTAT DE SANTÉ

Les informations contenues dans la fiche santé visent à assurer la santé et la sécurité de votre enfant dans ses activités scolaires, parascolaires et en cas d'urgence. L'infirmière et l'hygiéniste dentaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale affectées à l'école prendront connaissance des particularités de santé de votre enfant et vous contacteront au besoin pour compléter les informations recueillies. Celles-ci serviront à soutenir et à former le personnel scolaire et parascolaire (direction, personnel enseignant et personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel du transport scolaire et intervenant dans un contexte scolaire).

POUR TOUT PROBLÈME DE SANTÉ, le personnel de l'école ou l'infirmière scolaire communiquera d'abord avec le titulaire de l'autorité parentale sinon la personne indiquée en cas d'urgence.

EN SITUATION D'URGENCE (NON PRÉVISIBLE), l'article 13 du Code civil du Québec et l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne s'appliquent. La protection de la vie et de l'intégrité physique de l'enfant ou du jeune exige que, lorsque sa vie est en péril, toute personne présente lui porte secours et lui fournisse les soins requis. Par conséquent, tout intervenant en milieu scolaire pourra prendre les mesures nécessaires et dispenser les premiers soins. Note : Les frais de transport par ambulance ou taxi sont à la charge de l'autorité parentale. Les parents détenant une assurance accident peuvent réclamer ces frais.

POUR LES PARENTS D'ENFANT DE 14 ANS ET PLUS, il est important de savoir que selon l'article 14 du Code civil du Québec, le mineur de 14 ans ou plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé.

Toute question ou préoccupation peut être adressée à l'infirmière scolaire ou à la direction d'école.

1) Votre enfant a-t-il une allergie nécessitant un auto-injecteur (ex. : EpiPen)? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant : (le protocole d'administration d'épinéphrine en milieu scolaire vous sera envoyé dans le cas d'une réponse positive)

NON

- | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arachides | <input type="checkbox"/> Lait | <input type="checkbox"/> Oeuf | <input type="checkbox"/> Poisson | <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes (abeille et guêpe) | <input type="checkbox"/> Fruits (préciser dans autre) | <input type="checkbox"/> Noix |
| <input type="checkbox"/> Graines de sésame | <input type="checkbox"/> Sulfites | <input type="checkbox"/> Moutarde | <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Blé et triticale (blé et seigle) | <input type="checkbox"/> Crustacés et mollusques | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie non listée ou précisions à apporter (autre que médicament et nécessitant un auto-injecteur) : _____ | | | | | | |

2) Votre enfant a-t-il une allergie ou intolérance (autre que médicamenteuse) NE nécessitant PAS d'auto-injecteur (ex. : EpiPen)? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Chiens | <input type="checkbox"/> Autres animaux (chat, cheval, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Intolérance aux produits laitiers |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie ou intolérance NE nécessitant PAS d'auto-injecteur non listée (autre que médicamenteuse) : _____ | | |

3) Votre enfant a-t-il une allergie à un médicament ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole-Triméthoprim (Bactrim, Septra, Cotrimoxazole, etc.) | <input type="checkbox"/> Ciprofloxacine (Cipro) | <input type="checkbox"/> Ibuprofène (Advil, Motrin, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.) | <input type="checkbox"/> Pénicilline ou ses dérivés (Amoxicilline, Ampicilline, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie médicamenteuse non listée : _____ | | |

4) Votre enfant présente-t-il une de ces conditions ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn/coeliaque | <input type="checkbox"/> Arthrite juvénile | <input type="checkbox"/> Condition cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Asthme SANS pompes | <input type="checkbox"/> Asthme AVEC pompes à l'école | | <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) AVEC médication | | |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) SANS médication | <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) AVEC médication | | <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) AVEC médication | | |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) SANS médication | <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) AVEC médication | | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la communication | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble moteur | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Trouble auditif ou visuel | <input type="checkbox"/> Trouble organique | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | | |

10 - SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler ? (s.v.p. en aviser cette personne)

Nom : _____ Cochez : Parenté Ami Voisin Autre Téléphone : _____

Nom : _____ Cochez : Parenté Ami Voisin Autre Téléphone : _____

Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, indiquez-le :

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

11 - AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CIUSSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, personnel enseignant, personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel lié au transport et intervenant dans un contexte scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire.

J'aviserai l'école de tout changement survenant dans l'état de santé de mon enfant.

X

SIGNATURE : PARENT A PARENT B PERSONNE AUTORISÉE

X

Date