

ÉCOLE :

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NUMÉRO DE FICHE	CODE PERMANENT	DATE DE NAISSANCE	SEXE (état civil)	LANGUE MATERNELLE	LANGUE PARLÉE À LA MAISON
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM (état civil)		AUTRES NOMS	
AUTRES PRÉNOMS :		CODE DE LIEU DE NAISSANCE	VILLE DE NAISSANCE	AUTO-IDENTIFICATION DE GENRE PRÉNOM USUEL : _____ SEXE USUEL : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire	
NOM À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS OU TUTEUR)			TÉLÉPHONE DU CONTACT D'URGENCE		

2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Parent A <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
	<input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ	LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE ÉLECTRONIQUE	CELLULAIRE
Parent B <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
	<input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ	LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE ÉLECTRONIQUE	CELLULAIRE
Tuteur Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
		LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE ÉLECTRONIQUE	CELLULAIRE

3 - ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE

TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE - TUTEUR	ENVOI AU ME <input type="checkbox"/>	ENVOI AU TRANSPORT <input type="checkbox"/>	ENVOI DE DOCUMENTS <input type="checkbox"/>	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE LA DATE EFFECTIVE :
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT		VILLE / VILLAGE		CODE POSTAL
CASIER				
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE		

4 - DONNÉES SCOLAIRES

BÂTISSE :	NIVEAU :	CLASSE :	ANNÉE(S) DE FRÉQUENTATION :
-----------	----------	----------	-----------------------------

5 - FERMETURE EN COURS DE JOURNÉE (POUR LES ÉLÈVES AU PRÉSCOLAIRE ET AU PRIMAIRE SEULEMENT)

(Tempête, bris d'eau, panne d'électricité et dans tous les cas de forces majeures). Il est important de discuter avec votre enfant de la procédure à suivre en cas de fermeture.

En cas de fermeture, j'autorise mon enfant à revenir à la maison. Si oui, cochez la case et précisez à la section commentaire s'il revient en autobus ou à pied.
Commentaire: (X représente oui)

En cas de fermeture, j'autorise mon enfant à se rendre chez sa gardienne. Si oui, cochez la case et inscrivez dans la section commentaire le nom de la personne chez qui votre enfant doit aller, son numéro de téléphone, le retour à pied ou en autobus.
Commentaire: (X représente oui)

En cas de fermeture, j'autorise mon enfant à demeurer au service de garde. Si oui, cochez la case. (X représente oui)

Est-ce qu'il y a d'autres informations importantes que nous devrions connaître en lien avec le retour de votre enfant en cas de fermeture ? Si oui, cochez la case et précisez à la section commentaire.
Commentaire: (X représente oui)

6 - AUTRE ADRESSE (dans le cas de parents qui ne demeurent pas à la même adresse)

TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE	ENVOI AU ME <input type="checkbox"/>	ENVOI AU TRANSPORT <input type="checkbox"/>	ENVOI DE DOCUMENTS <input type="checkbox"/>	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE LA DATE EFFECTIVE :
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT		VILLE / VILLAGE		CODE POSTAL
CASIER				
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE		

7 - AUTORISATIONS

	Oui	Non
J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre d'une activité scolaire ou parascolaire pour une utilisation à caractère pédagogique dans les publications (en format papier ou électronique) du centre de services scolaire et de ses établissements.		
J'autorise le centre de services scolaire à partager l'information reliée à la santé de mon enfant avec les personnes concernées pour l'année scolaire en cours.		
En cas d'accident ou de malaise survenant à mon enfant, j'autorise l'école à prendre toutes les mesures nécessaires, y compris le transport à l'hôpital (frais de transport payables par les parents ou tuteurs de l'enfant).		
J'autorise les membres du comité pédiatrise de l'école à vérifier la tête de mon enfant, au besoin en cas de déclaration de poux à l'école.		
J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives ou sportives se tenant à une distance de moins de 1,6 km de l'école. Il est à noter que le centre de services scolaire ne détient aucune assurance accident pouvant entraîner des dommages corporels ou matériels aux élèves ou à leurs parents lorsqu'ils surviennent sur ses propriétés. Toutefois, le centre de services scolaire détient une assurance responsabilité civile couvrant les accidents causés par ses biens, ses activités ou par son personnel et engageant sa responsabilité.		

8 - RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE ENFANT : _____ DATE D'EXPIRATION (ANNÉE-MOIS) : _____

Votre enfant souffre-t-il de (X représente oui) :

- ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S) nécessitant un auto-injecteur d'adrénaline: Spécifier la nature de ses allergies et l'auto-injecteur prescrit dans la section commentaire.
- ÉPILEPSIE : Spécifier si absences, convulsions, médication dans la section commentaire.
- TROUBLE DE COAGULATION :Spécifier les recommandations dans la section commentaire.
- ASTHME : Spécifier si léger, modéré à sévère, la médication, pompe disponible à l'école ou dans le sac à dos ou autre lieu, dans la section commentaire.
- IMMUNOSUPPRIMÉ : Spécifier les recommandations dans la section commentaire.
- DIABÈTE : Spécifier si médication, pompe ou injections dans la section commentaire.
- ALLERGIE(S) NON SÉVÈRE(S) OU INTOLÉRANCE(S) : Spécifier à quoi et la médication dans la section commentaire.
- TROUBLE VISUEL : Spécifier si recommandations dans la section commentaire.
- TROUBLE AUDITIF : Spécifier si appareils auditifs et recommandations dans la section commentaire.
- MIGRAINE : Spécifier médication et recommandations dans la section commentaire.
- DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ : Spécifier médication et recommandations dans la section commentaire.
- Cochez cette case pour tout AUTRE PROBLÈME de santé et veuillez remplir la section commentaire pour en donner le détail.

COMMENTAIRE (Si l'espace est insuffisant, veuillez contacter l'infirmière) :

Est-ce que votre enfant a de la médication prescrite à la maison ? Si oui, COCHEZ LA CASE et DÉTAILLEZ dans la section commentaire. (X représente oui)

Commentaire :

Votre enfant a-t-il d'autres recommandations en lien avec son état de santé ? Si oui, veuillez détailler dans la section commentaire.

Commentaire :

9 - SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Lorsqu'un élève s'inscrit au Centre de services scolaire des Navigateurs, un compte informatique lui est automatiquement créé pour accéder aux équipements et outils informatiques.

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, le Centre de services scolaire des Navigateurs et le ministère de l'Éducation peuvent communiquer et s'échanger tous les renseignements nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de changement d'école à l'intérieur du centre de services scolaire, j'autorise l'institution d'enseignement à transférer ces mêmes renseignements, si besoin est, à l'institution d'enseignement que fréquentera mon enfant.

Conformément à l'article 603 du Code civil du Québec, "À l'égard des tiers de bonne foi, le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre".

X _____
Signature du parent/tuteur Date

Parent Tuteur

SECTION À COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATION DE L'ÉCOLE

10 - PREUVE DE LA RÉSIDENCE DU PARENT OU DU TUTEUR DE L'ÉLÈVE AU QUÉBEC

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

Nom du document 1 : _____

Nom du document 2 : _____

X _____

Signature du responsable de l'admission

_____ Date

_____ Heure