

## 2 DEMANDE D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION

ÉCOLE :

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE					
NUMÉRO DE FICHE	CODE PERMANENT	DATE DE NAISSANCE	SEXE (état civil)	LANGUE MATERNELLE	LANGUE PARLÉE À LA MAISON
5	6	7	8	9	10
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM (état civil)		AUTRES NOMS	
11		12		13	
AUTRES PRÉNOMS	CODE DE LIEU DE NAISSANCE	VILLE DE NAISSANCE	AUTO-IDENTIFICATION DE GENRE		
14	15	16	17		
NOM À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS OU TUTEUR)		TÉLÉPHONE DU CONTACT D'URGENCE		PRÉNOM USUEL : SEXE USUEL : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire	
19		20		18	
2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE					
<b>Parent A</b> <input type="checkbox"/> Père <b>23</b> <input type="checkbox"/> Mère <b>24</b>		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT <b>25</b> <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <b>26</b>	NOM DE FAMILLE <b>11</b> LIEU DE NAISSANCE <b>16</b>	PRÉNOM <b>11</b> ADRESSE ÉLECTRONIQUE <b>27</b>	DATE DE NAISSANCE <b>12</b> CELLULAIRE <b>28</b>
<b>Parent B</b> <input type="checkbox"/> Père <b>23</b> <input type="checkbox"/> Mère <b>24</b>		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT <b>25</b> <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <b>26</b>	NOM DE FAMILLE <b>11</b> LIEU DE NAISSANCE <b>16</b>	PRÉNOM <b>11</b> ADRESSE ÉLECTRONIQUE <b>27</b>	DATE DE NAISSANCE <b>12</b> CELLULAIRE <b>28</b>
<b>Tuteur</b> Sexe <b>30</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT <b>25</b>	NOM DE FAMILLE <b>11</b> LIEU DE NAISSANCE <b>16</b>	PRÉNOM <b>11</b> ADRESSE ELECTRONIQUE <b>27</b>	DATE DE NAISSANCE <b>12</b> CELLULAIRE <b>28</b>
3 - ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE					
TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE - TUTEUR		ENVOI AU ME	ENVOI AU TRANSPORT	ENVOI DE DOCUMENTS	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE
32		33	34	35	36
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT			VILLE / VILLAGE	CODE POSTAL	CASIER
37			38	39	40
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE			
41	42	43			
4 - DONNÉES SCOLAIRES					
BÂTISSE :	NIVEAU :	CLASSE :	ANNÉE(S) DE FRÉQUENTATION :		
45	46	47	48		
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.					
50					
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.					
51					
Commentaire: <input type="checkbox"/> ( 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.					
52					
Commentaire: <input type="checkbox"/> ( X représente oui )					
En cas de fermeture, j'autorise mon enfant à demeurer au service de garde. Si oui, cochez la case.					
53					
<input type="checkbox"/> ( 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.					
54					
Commentaire: <input type="checkbox"/> ( 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	ENVOI AU TRANSPORT	ENVOI DE DOCUMENTS	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE
32		33	34	35	36
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT			VILLE / VILLAGE	CODE POSTAL	CASIER
37			38	39	40
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE			
41	42	43			

## 7 – AUTORISATIONS 56

Oui 89 Non 90

J'autorise que mon enfant soit photographié, filmé et/ou enregistré par le CSSDN ou un média pour une utilisation sur les plateformes numériques (médiâs sociaux, sites Internet, etc.), imprimées, télévisuelles ou sur tout autre support appartenant au CSSDN ou à un média, et ce, pour toute l'année scolaire, indépendamment de la durée de l'utilisation à caractère pédagogique, promotionnelle, informative ou autre qui en sera faite. <span style="float: right;">57</span>		
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. <span style="float: right;">58</span>		
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). <span style="float: right;">59</span>		
J'autorise les membres du comité pédiculose de l'école à vérifier la tête de mon enfant, au besoin en cas de déclaration de poux à l'école. <span style="float: right;">60</span>		
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. <span style="float: right;">61</span>		

## 8 - RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT 62

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE ENFANT : \_\_\_\_\_ 63 DATE D'EXPIRATION (ANNÉE-MOIS) : \_\_\_\_\_ 64

**Votre enfant souffre-t-il de ( X représente oui ) :** 65

- 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. 66
  - ÉPILEPSIE : Spécifier si absences, convulsions, médication dans la section commentaire. 67
  - TROUBLE DE COAGULATION :Spécifier les recommandations dans la section commentaire. 68
  - 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. 69
  - IMMUNOSUPPRIMÉ : Spécifier les recommandations dans la section commentaire. 70
  - DIABÈTE : Spécifier si médication, pompe ou injections dans la section commentaire. 71
  - ALLERGIE(S) NON SÉVÈRE (S) OU INTOLÉRANCE(S) : Spécifier à quoi et la médication dans la section commentaire. 72
  - TROUBLE VISUEL : Spécifier si recommandations dans la section commentaire. 73
  - TROUBLE AUDITIF : Spécifier si appareils auditifs et recommandations dans la section commentaire. 74
  - MIGRAINE : Spécifier médication et recommandations dans la section commentaire. 75
  - DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ : Spécifier médication et recommandations dans la section commentaire. 76
- Cochez cette case pour tout AUTRE PROBLÈME de santé et veuillez remplir la section commentaire pour en donner le détail. 77

**COMMENTAIRE (Si l'espace est insuffisant, veuillez contacter l'infirmière) :** 78

---

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 ) 79

Commentaire :

Votre enfant a-t-il d'autres recommandations en lien avec son état de santé ? Si oui, veuillez détailler dans la section commentaire. 80

Commentaire :

## 9 - SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE 81

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. 82

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. 83

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. 84

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". 85

X \_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur 86 Date 87

Parent 91  Tuteur 92

## SECTION À COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATION DE L'ÉCOLE 88

### 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

1	CSSDN
2	Solicitud de admisión y registro
3	Escuela: Charles-Rodrigue
4	Identificación del estudiante
5	Número de formulario
6	Código permanente
7	Fecha de nacimiento
8	Sexo (estado civil)
9	Lengua materna
10	Idioma hablado en casa
11	Apellido
12	Nombre (estado civil)
13	Otros nombres
14	Otros nombres
15	Código del lugar de nacimiento
16	Ciudad de nacimiento
17	Autoidentificación de género / Nombre común
18	Femenino-Masculino-No Binario-Indeterminado
19	Nombre para contactar en caso de emergencia (que no sean los padres o tutores)
20	Teléfono de contacto de emergencia
21	Identificación de la patria potestad
22	Padre A -Padre B
23	Padre
24	Madre
25	Encuestado
26	Difunto
27	Dirección de correo electrónico
28	Celular
29	Guardián
30	Sexo F M
31	Dirección principal del estudiante
32	Tipo de dirección: Padre-Madre-Tutor
33	Me envía
34	Envío para transporte
35	Envío de documentos
36	Si cambia de dirección, introduzca la fecha de entrada en vigor
37	Número cívico, calle, número de apartamento
38	Ciudad/Pueblo
39	Código postal
40	Armario
41	Teléfono en la residencia
42	Teléfono en el trabajo- padre
43	Teléfono en el trabajo-madre

44	Datos escolares
45	Edificio
46	Nivel
47	Clase
48	Años de asistencia
49	Cierre durante el día (solo para estudiantes de preescolar y primaria)
50	Tormenta, rotura de agua, corte de energía y en todo caso fuerzas mayores. Es importante discutir con su hijo el procedimiento a seguir en caso de emergencia.
51	En caso de cierre, permito que mi hijo regrese a casa. Si es así, marque la casilla y especifique en la sección de comentarios si regresa en autobús o a pie. Comentario: ( x representa sí)
52	En caso de cierre, autorizo a mi hijo a ir a su niñera. Si es así, marque la casilla e ingrese en la sección de comentarios el nombre de la persona a la que debe ir su hijo, su número de teléfono, la devolución a pie o en autobús. Comentario: ( x representa sí)
53	En caso de cierre, autorizo a mi hijo a permanecer en la guardería. En caso afirmativo, marque la casilla.
54	¿Hay alguna otra información importante que debamos saber sobre el regreso de su hijo en caso de cierre? En caso afirmativo, marque la casilla y especifique en la sección de comentarios. Comentario: ( x representa sí)
55	Dirección alternativa (en el caso de padres que no viven en la misma dirección)
56	Permisos
57	Autorizo a que mi hijo sea fotografiado, filmado y/o grabado por la CSSDN o un medio para su uso en plataformas digitales (redes sociales, sitios web, etc.), impresos, televisivos o en cualquier otro medio perteneciente a la CSSDN o a un medio. , y ello, durante todo el año escolar, independientemente de la duración del uso educativo, promocional, informativo o de otro tipo que se vaya a realizar del mismo.
58	Autorizo al centro de servicios escolares a compartir información relacionada con la salud de mi hijo con las personas interesadas para el año escolar en curso.
59	En el caso de un accidente o incomodidad que le ocurra a mi hijo, autorizo a la escuela a tomar todas las medidas necesarias, incluido el transporte al hospital (costos de transporte pagaderos por los padres o tutores del niño).
60	Autorizo a los miembros del comité de pediculosis de la escuela a revisar la cabeza de mi hijo, si es necesario en caso de una declaración de piojos en la escuela.

61	Permiso que mi hijo participe en salidas educativas o deportivas celebradas a una distancia de menos de 1,6 km de la escuela. Cabe señalar que el centro de servicios escolares no cuenta con ningún seguro de accidentes que pueda causar lesiones corporales o daños materiales a los estudiantes o a sus padres cuando se producen en sus propiedades. Sin embargo, el centro de servicios escolares cuenta con un seguro de responsabilidad civil que cubre los accidentes causados por sus bienes, actividades o personal y asume su responsabilidad.
62	Información sobre la salud de su hijo
63	El número de seguro médico de su hijo
64	Fecha de caducidad (año-mes)
65	¿Sufre su hijo (X significa sí)
66	Alergia(s) grave(s) que requieren un autoinyector de adrenalina: Especifique la naturaleza de sus alergias y el autoinyector prescrito en la sección de comentarios
67	Epilepsia: Especifique si ausencias, convulsiones, medicamentos en la sección de comentarios
68	Epilepsia: Especifique si ausencias, convulsiones, medicamentos en la sección de comentarios
69	Asma: Indique si el medicamento es leve, moderado o grave, o si la bomba está disponible en la escuela, en la mochila o en cualquier otro lugar de la sección de suspensión.
70	Inmunodeprimido: especifique las recomendaciones en la sección de comentarios
71	Diabetes: Especifique si medicamentos, bombas o inyecciones en la sección de comentarios
72	Alergia(s) o intolerancia(s) no graves: Especifique qué y medicamento en la sección de comentarios
73	Perturbación visual: especifique si las recomendaciones en la sección de comentarios.
74	Discapacidad auditiva: especifique si los audífonos y las recomendaciones en la sección de comentarios
75	Migraña: Especifique la medicación y las recomendaciones en la sección de comentarios
76	Déficit de atención con o sin hiperactividad: Especifique la medicación y las recomendaciones en la sección de comentarios
77	Marque esta casilla para cualquier otro problema de salud y complete la sección de comentarios para dar detalles.
78	Comentario (Si el espacio es insuficiente, comuníquese con la enfermera)
79	¿A su hijo le han recetado medicamentos en casa? En caso afirmativo, marque la casilla y los detalles en la sección de comentarios

80	¿Su hijo tiene alguna otra recomendación relacionada con su salud? En caso afirmativo, por favor detalle en la sección de comentarios. Comentario:
81	Firma del titular de la patria potestad
82	Cuando un estudiante se registra en el Centro de Servicio Escolar de Navigators, se crea automáticamente una cuenta de computadora para acceder a equipos y herramientas informáticas.
83	De conformidad con la Ley relativa al acceso a los documentos en poder de los organismos públicos y a la protección de los datos personales, el Centre de services scolaire des Navigateurs y el Ministère de l'Éducation podrán comunicar e intercambiar toda la información necesaria para el ejercicio de sus funciones.
84	En caso de cambio de escuela dentro del centro de servicio escolar, autorizo a la institución educativa a transferir esta misma información, si es necesario, a la institución educativa a la que asistirá mi hijo.
85	De conformidad con el artículo 603 del Código Civil de Québec, "con respecto a terceros de buena fe, se presume que el padre o la madre que es el único que realiza un acto de autoridad con respecto al niño actúa con el acuerdo del otro".
86	Firma del padre/tutor
87	Fecha
88	Sección a completar por la administración de la escuela
89	Sí
90	No
91	Pariente
92	Guardián