

2 DEMANDE D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION

3 ÉCOLE :

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE 4					
NUMÉRO DE FICHE 5	CODE PERMANENT 6	DATE DE NAISSANCE 7	SEXE (état civil) 8	LANGUE MATERNELLE 9	LANGUE PARLÉE À LA MAISON 10
NOM DE FAMILLE 11		PRÉNOM (état civil) 12		AUTRES NOMS 13	
AUTRES PRÉNOMS 14		CODE DE LIEU DE NAISSANCE 15	VILLE DE NAISSANCE 16	AUTO-IDENTIFICATION DE GENRE 17	
NOM À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS OU TUTEUR) 19			TÉLÉPHONE DU CONTACT D'URGENCE 20	PRÉNOM USUEL : _____ SEXE USUEL : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire	
2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE 21					
22 Parent A	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7	
<input type="checkbox"/> Père 23	<input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ 26	LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ÉLECTRONIQUE 27	CELLULAIRE 28	
<input type="checkbox"/> Mère 24					
22 Parent B	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7	
<input type="checkbox"/> Père 23	<input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ 26	LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ÉLECTRONIQUE 27	CELLULAIRE 28	
<input type="checkbox"/> Mère 24					
Tuteur 29	<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7	
Sexe 30 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ 26	LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ÉLECTRONIQUE 27	CELLULAIRE 28	
3 - ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE 31					
TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE - TUTEUR 32		ENVOI AU ME 33	ENVOI AU TRANSPORT 34	ENVOI DE DOCUMENTS 35	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE LA DATE EFFECTIVE : 36
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT 37			VILLE / VILLAGE 38	CODE POSTAL 39	CASIER 40
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE 41		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE 42	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE 43		
4 - DONNÉES SCOLAIRES 44					
BÂTISSE : 45	NIVEAU : 46	CLASSE : 47	ANNÉE(S) DE FRÉQUENTATION : 48		
5 - FERMETURE EN COURS DE JOURNÉE (POUR LES ÉLÈVES AU PRÉSCOLAIRE ET AU PRIMAIRE SEULEMENT) 49					
(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) 55					
TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE 32		ENVOI AU ME 33	ENVOI AU TRANSPORT 34	ENVOI DE DOCUMENTS 35	SI CHANGEMENT D'ADRESSE INSCRIRE LA DATE EFFECTIVE : 36
NUMÉRO CIVIQUE, RUE, NUMÉRO D'APPARTEMENT 37			VILLE / VILLAGE 38	CODE POSTAL 39	CASIER 40
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE 41		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL PÈRE 42	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE 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. 57		
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. 58		
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). 59		
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. 60		
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. 61		

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	Заявка на допуск и регистрацию
3	Учебное заведение: Charles-Rodrigue
4	Идентификация учащегося
5	Номер формы
6	Постоянный код
7	Дата рождения
8	Пол (семейное положение)
9	Родной язык
10	Разговорный язык дома
11	Фамилия
12	Имя (семейное положение)
13	Другие имена
14	Другие имена
15	Код места рождения
16	Город рождения
17	Самоидентификация пола / распространенное имя
18	Женщина — Мужчина — Небинарный человек — Неопределенный пол
19	Контактное лицо в экстренной ситуации (помимо родителей или опекунов)
20	Контактный телефон для экстренной ситуации
21	Идентификация родительских прав
22	Родитель А — Родитель В
23	Отец
24	Мать
25	Респондент
26	Умер(ла)
27	Адрес эл. почты
28	Мобильный телефон
29	Опекун
30	Пол Ж М
31	Основной адрес студента
32	Тип адреса: Отец — Мать — Опекун
33	Отправляет МНЕ
34	Отправка для транспортировки
35	Отправка документов
36	В случае изменения адреса укажите дату вступления изменений в силу
37	Номер дома, улица, номер квартиры
38	Город/деревня
39	Почтовый индекс
40	Шкафчик
41	Домашний телефон
42	Рабочий телефон — отец
43	Рабочий телефон — мать

44	Данные школы
45	Строение
46	Уровень
47	Класс
48	Годы посещения
49	Нерабочее время в течение дня (только для дошкольников и учеников начальной школы)
50	В случае шторма, отключения воды, электричества и других случаях форс-мажора. Необходимо обсудить с ребенком процедуру действий в чрезвычайной ситуации.
51	В случае закрытия я разрешаю ребенку вернуться домой. В этом случае поставьте флажок и в комментарии укажите, вернется ли ребенок на автобусе или пешком. Комментарий: (x означает «да»)
52	В случае закрытия я разрешаю ребенку отправиться к няне. В этом случае поставьте флажок и в поле для комментариев укажите имя человека, к которому пойдет ваш ребенок, его номер телефона, способ перемещения (пешком или на автобусе). Комментарий: (x означает «да»)
53	В случае закрытия я разрешаю ребенку остаться в детском саду. Если «да», поставьте флажок.
54	Хотите ли вы указать иную важную информацию, которую мы должны знать, о возвращении вашего ребенка в случае закрытия? Если «да», поставьте флажок и оставьте комментарий. Комментарий: (x означает «да»)
55	Другой адрес (если родители живут по разным адресам)
56	Разрешения
57	Я разрешаю фотографировать, снимать на видео и/или записывать моего ребенка CSSDN или СМИ для использования на цифровых платформах (социальные сети, веб-сайты и т. д.), в печатных изданиях, на телевидении или на любых других носителях, принадлежащих CSSDN или СМИ. и это в течение всего учебного года, независимо от продолжительности его образовательного, рекламного, информационного или иного использования.
58	Я разрешаю образовательному центру передавать информацию о здоровье моего ребенка ответственным лицам в течение текущего учебного года.
59	При несчастном случае или недомогании моего ребенка я разрешаю школе предпринимать все необходимые меры, включая транспортировку в больницу (транспортировка оплачивается родителями или опекунами ребенка).
60	Я разрешаю школьному комитету по педикулезу проверять состояние головы моего ребенка в случае появления вшей в школе.

61	Я разрешаю ребенку участвовать в уличных образовательных и спортивных мероприятиях на расстоянии не более 1,6 км от школы. Обратите внимание: образовательный центр не предоставляет страховку от телесных повреждений и имущественного ущерба, возникающих в результате несчастных случаев, произошедших с учащимися или их родителями на его территории. Тем не менее образовательный центр несет гражданскую ответственность за несчастные случаи, вызванные его имуществом, мероприятиями или действиями персонала.
62	Информация о здоровье ребенка
63	Номер страхового полиса ребенка
64	Срок действия (год-месяц)
65	Страдает ли ваш ребенок от следующих заболеваний (X означает «да»)
66	Серьезная аллергия, требующая использования автоматического шприца адреналина: В поле для комментариев укажите характер аллергии и назначенный автоматический шприц
67	Эпилепсия: В поле для комментариев укажите, случаются ли потери сознания или конвульсии, а также какие назначены препараты
68	Нарушение свертываемости крови: В поле для комментариев укажите рекомендации
69	Астма: В поле для комментариев укажите степень от легкой до тяжелой, а также препараты и помпу, имеющиеся в наличии в школе, в рюкзаке ребенка или другом месте.
70	Иммуносупрессия: В поле для комментариев укажите рекомендации
71	Диабет: В поле для комментариев укажите тип препарата, помпы или инъекции
72	Неострые аллергии или непереносимости: В поле для комментариев укажите типы заболеваний и препараты
73	Нарушение зрения: В поле для комментариев укажите рекомендации.
74	Нарушение слуха: В поле для комментариев укажите тип слухового аппарата и рекомендации.
75	Мигрень: В поле для комментариев укажите препараты и рекомендации.
76	Дефицит внимания с гиперактивностью или без нее: В поле для комментариев укажите препараты и рекомендации.
77	Поставьте флажок при наличии других проблем со здоровьем и укажите подробные сведения в поле для комментариев.
78	Комментарий (если места не хватает, обратитесь к медицинской сестре)
79	Необходимо ли вашему ребенку принимать лекарственные препараты дома? Если «да», поставьте флажок и напишите подробнее в поле для комментариев

80	Есть ли у вашего ребенка иные рекомендации, связанные со здоровьем? Если «да», напишите подробнее в поле для комментариев. Комментарий:
81	Подпись обладателя родительских прав
82	Когда учащийся регистрируется в Центре обслуживания школ французского языка (Navigators School Service Centre), автоматически создается учетная запись для доступа к компьютерному оборудованию и инструментам.
83	В соответствии с законом о доступе к документам, хранящихся в публичных организациях, и защите персональных данных Центр обслуживания школ французского языка (Centre de services scolaire des Navigateurs) и Министерство образования могут передавать и получать любую информацию, необходимую для выполнения своих функций.
84	В случае изменения школы в рамках образовательного центра я разрешаю образовательному учреждению при необходимости передать эту информацию в образовательное учреждение, которое будет посещать мой ребенок.
85	В соответствии со статьей 603 Гражданского кодекса Квебека, «Основываясь на добросовестности третьих лиц, мать или отец, в одиночку несущие ответственность за ребенка, должны действовать по согласованию друг с другом».
86	Подпись родителя/опекуна
87	Дата
88	Раздел заполняется администрацией школы
89	Да
90	Нет
91	Родитель
92	Опекун