

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 PRÉNOM USUEL : SEXE USUEL : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire 18	
NOM À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS OU TUTEUR) 19			TÉLÉPHONE DU CONTACT D'URGENCE 20		
2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE 21					
22 Parent A <input type="checkbox"/> Père 23 <input type="checkbox"/> Mère 24		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25 <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ 26	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7
		LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ÉLECTRONIQUE 27	CELLULAIRE 28	
22 Parent B <input type="checkbox"/> Père 23 <input type="checkbox"/> Mère 24		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25 <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ 26	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7
		LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ÉLECTRONIQUE 27	CELLULAIRE 28	
Tuteur 29 Sexe 30 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> RÉPONDANT 25	NOM DE FAMILLE 11	PRÉNOM 12	DATE DE NAISSANCE 7
		LIEU DE NAISSANCE 16	ADRESSE ELECTRONIQUE 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. Commentaire: <input type="checkbox"/> (X représente oui) 51					
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: <input type="checkbox"/> (X représente oui) 52					
En cas de fermeture, j'autorise mon enfant à demeurer au service de garde. Si oui, cochez la case. <input type="checkbox"/> (X représente oui) 53					
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: <input type="checkbox"/> (X représente oui) 54					
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	Application for admission and registration
3	School: Charles-Rodrigue
4	Student Identification
5	Form number
6	Permanent code
7	Date of birth
8	Sex (marital status)
9	Mother tongue
10	Language spoken at home
11	Surname
12	First name (marital status)
13	Other names
14	Other first names
15	Place of birth code
16	City of birth
17	Gender self-identification / Common first name
18	Feminine-Masculine-Non-binary-Indeterminate
19	Name to contact in case of emergency (other than parents or guardian)
20	Emergency contact phone
21	Identification of parental authority
22	Parent A -Parent B
23	Father
24	Mother
25	Respondent
26	Deceased
27	Email address
28	Cellular
29	Guardian
30	Sex F M
31	Student's primary address
32	Address Type: Father-Mother-Guardian
33	Sends to ME
34	Shipment for transport
35	Sending documents
36	If change of address enter the effective date
37	Civic number, street, apartment number
38	City/Village
39	Zip code
40	Locker
41	Telephone at the residence
42	Telephone at work- father
43	Telephone at work-mother

44	School data
45	Building
46	Level
47	Class
48	Years of attendance
49	Closure during the day (for preschool and elementary students only)
50	Storm, water breakage, power outage and in any case major forces. It is important to discuss with your child the procedure to follow in case of emergency.
51	In case of closure, I allow my child to return home. If so, check the box and specify in the comment section if he returns by bus or on foot. Comment: (x represents yes)
52	In case of closure, I authorize my child to go to his babysitter. If so, check the box and enter in the comment section the name of the person to whom your child must go, his phone number, the return on foot or by bus. Comment: (x represents yes)
53	In case of closure, I authorize my child to stay in the daycare. If yes, check the box.
54	Is there any other important information we should know about your child's return in case of closure? If yes, check the box and specify in the comment section. Comment: (x represents yes)
55	Alternate address (in the case of parents who do not live at the same address)
56	Permissions
57	I authorize my child to be photographed, filmed and/or recorded by the CSSDN or a media for use on digital platforms (social media, websites, etc.), printed, television or on any other media belonging to the CSSDN or to a media, and this, for the entire school year, regardless of the duration of the educational, promotional, informative or other use that will be made of it.
58	I authorize the school service centre to share information related to my child's health with the people concerned for the current school year.
59	In the event of an accident or discomfort that occurs to my child, I authorize the school to take all necessary measures, including transportation to the hospital (transportation costs payable by the child's parents or guardians).
60	I authorize the members of the school's pediculosis committee to check my child's head, if necessary in case of a declaration of lice at school.

61	I allow my child to participate in educational or sports outings held at a distance of less than 1.6 km from the school. It should be noted that the school service centre does not have any accident insurance that could cause bodily injury or property damage to students or their parents when they occur on its properties. However, the school service centre holds civil liability insurance covering accidents caused by its property, activities or staff and engaging its liability.
62	Information about your child's health
63	Your child's health insurance number
64	Expiry date (year-month)
65	Does your child suffer from (X stands for yes)
66	Severe allergy(s) requiring an adrenaline auto-injector: Specify the nature of your allergies and the prescribed auto-injector in the comment section
67	Epilepsy: Specify if absences, convulsions, medication in the comment section
68	Bleeding disorder: Specify recommendations in the comment section
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	Immunosuppressed: Specify recommendations in the comment section
71	Diabetes: Specify whether medication, pump or injections in the comment section
72	Non-severe allergy(s) or intolerance(s): Specify what and medication in the comment section
73	Visual disturbance: Specify if recommendations in the comment section.
74	Hearing impairment: Specify whether hearing aids and recommendations in the comment section
75	Migraine: Specify medication and recommendations in the comment section
76	Attention deficit with or without hyperactivity: Specify medication and recommendations in the comment section
77	Check this box for any other health problem and please fill in the comment section to give details.
78	Comment (If space is insufficient, please contact the nurse)
79	Does your child have prescribed medication at home? If yes, check the box and detail in the comment section

80	Does your child have any other recommendations related to their health? If yes, please detail in the comment section. Comment:
81	Signature of the holder of parental authority
82	When a student registers at the Navigators School Service Centre, a computer account is automatically created to access computer equipment and tools.
83	In accordance with the Act respecting Access to documents held by public bodies and the Protection of personal information, the Centre de services scolaire des Navigateurs and the Ministère de l'Éducation may communicate and exchange all the information necessary for the exercise of their functions.
84	In the event of a change of school within the school service centre, I authorize the educational institution to transfer this same information, if necessary, to the educational institution that my child will attend.
85	In accordance with article 603 of the Civil Code of Québec, "With respect to third parties in good faith, the father or mother who alone performs an act of authority in respect of the child is presumed to act with the agreement of the other".
86	Signature of parent/guardian
87	Date
88	Section to be completed by the school administration
89	Yes
90	No
91	Parent
92	Guardian

