

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 pédiculse 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

61	أسهل طفل في المشرك في الخروج استقل علي حدة أو الي اضريتي تقلم على مهلة أقل من 1.6 كم من االموسق وتحتقن □ □ رفألى أن مركز الخدمات الواسي ي يظنك أيتأين ضد ال حوادث التي يي لمن أرتسيب في إصريك جسدية أو اضرار مأي قتل □ □ يي لهم عى حدوثها في مملكتك. ولكن فإن مركز الخدمات الواسي يي تم لك ت أمين على الهوى ولية ال مينة لتي ت غطي ال حوادث ال ناجمة عن مملكتك أو أنشطه أو موظفي متولي تق على مسؤليته.
62	علموات عن صحتك
63	رقم الت أمين الصحتك
64	تاخي قهء ال □ □ قية لالش مر لاسرة)
65	ملي على طفلك من كتمن ن عم)
66	لحس اسرية أول احس لري الت الل ديء التي يتطلب م حقا □ □ نوليين بحوي ببطيعة هذه ل حس اسريات والمحقن اللتي اللفص ووص علي في قس ليلت علي ق"
67	لأصرع بين ما إذا كان □ مري خص ح □ ت ي عجب تشنجات تداويفي قس ليلت علي ق"
68	لضطرابت لخط الدم : حدد لك ووصري التفتي قس م نتا علي ق
69	الربو : حدد ما إذا القيا خيفاً أو عتد □ أو ديءا □ □ قية و إذا كلت ماضخة موجد في ال مدرسة أوني ح قية لظهر أوني أي لمن أخر في قس م نتا علي ق
70	لقدان المناعة : حددت ووصيقت في قس ليلت علي ق
71	مرض لسكرى بين ما إذا كلت قاك ادوية أو مضخة أو حقن في قس ملى علي ق
72	لحس اسرية (الي لحس اسريات) غير الشيدة أو عدم الت حمل بينت جاه اذا □ □ قية قس ليلت علي ق
73	ضعف أو اضطربلتك في ال رؤية بين ما إذا كلت ق الت ووصيقت في مذلش أن في قس م نتا علي ق.
74	ضعف أو اضطربلتك في ال س مع بين ما إذا كلت قاك أة مة س مية لولت ووصيات ال خاصة ب مذلش أن في قس ليلت علي ق
75	الصداع ال صفي بيين □ □ قية و ل ووصيات ال خاص ب مذلش أن في قس ملى علي ق
76	نقص □ □ قية لولت ووصيات ال خاص ب مذلش أن في قس م نتا علي ق
77	ضعف ثارة مبي مذل خلة (لامبع □ □ □ كلة ص مية أخرى ويرجى مل عقس ليلت علي ق □ عطاء تالي اصيل.

78	نتا علي ق) إذا كلت م س احة غير لفيءة ويرجى □ التصل بال ممرضة)
79	مل لطفلك أدي في ال فيزل؟ إذا كلت □ □ تيبين عم، وضع ثارة مبي مذل خلة (لامبع) و إعطامتا لفي ل في قس ليلت علي ق
80	مل توجد أيت ووصيات أختيت على قيص حة ليلك؟ إذا كان ال جوا بين عم ويرجى إعطامتا لفي ل في قس ليلت علي ق.
81	نتا علي ق : نتو قتي عصا ح ل ل لطة □ □ قية
82	عن دم أيت ميس جلي ل في مري في مركز ال خدمات الواسي للبح اوين ييش التلقيا حراب لعل وم □ □ الت عمل معدات اللبيوتر وأدوئه.
83	و فللق ان ولن م ت على ق ل با حصول على ال و ثقل ال م ت م ت فظ بها ال عي ال عامة و ح طية ال لعل و م التلش خيرية في لمن ل مركز ال خدمات الواسي لبح اوين ولوزارة التربية لت و ل مزل يتبادل جلي لعل و م □ □ زملة م ماسة م هام م.
84	في حل ق ت م ل موسة داخل مركز ال خدمات ال دريل، أن خص ال م س ل م نتا علي ق في قس ليلت علي ق ال عمل و م ت، جرد ل ح احة، ال ال م س م ت ل علي ق قية ليلت علي ق ح ق ط ل في.
85	و ف ل م ادة 603 م ل ق ل و ن ال م ن ي ل في ق ؟ ت جاه □ □ □ ف نك ح س ن اللبي م ت ر ض أن □ □ ب أو □ □ ل لذي قوم ل و ح م ا ي ت م ر ف نك س ل ط ت ج ا ه ال طف ل بل ي ق و ج به ب ل في قة ل ل ط ر ف □ □ ر".
86	نتو قتي ال و ل ل ل و ص ي
87	التاخي
88	إطل م خص □ □ قية ل ل م د ر سة
89	ن عم
90	□
91	ال و ا ل د
92	ل و ص ي