

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 et MÈRE, PÈRE, MÈRE, TUTEUR		ENVOI AU MINISTÈRE <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: _____ <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. 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. <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. <input type="checkbox"/> ( X représente oui )						
6 - POUR LA NOUVELLE CLIENTÈLE DU PRÉSCOLAIRE 4 et 5 ANS, 1re ET 2e ANNÉE PRIMAIRE SEULEMENT						
					Oui	Non
Est-ce que votre enfant a déjà reçu des services en orthophonie depuis sa naissance ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a déjà reçu des services en physiothérapie ou ergothérapie depuis l'âge de 3 ans ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a déjà été évalué en audiologie ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - AUTORISATIONS (à compléter pour tous les élèves)						
					Oui	Non
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).					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'équipe-école à vérifier la tête de mon enfant, au besoin en cas de déclaration de poux à l'école.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Photos et vidéos de projets et activités (diffusion limitée aux élèves d'un même groupe et à leurs parents)</b> Pour renforcer le sentiment d'appartenance et le lien entre l'école, les élèves et les parents, le Centre de services scolaire des Navigateurs (CSSDN) prend des photos et vidéos des projets et activités des élèves. Ces photos et vidéos sont partagées avec les élèves d'un même groupe et leurs parents via des applications sécurisées autorisées par le CSSDN, et elles sont détruites à la fin de l'année scolaire. • J'autorise le CSSDN à prendre des photos et vidéos de mon enfant pendant les projets et activités auxquels il/elle participe, et à les diffuser comme décrit ci-dessus.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Photos et vidéos des réussites et événements scolaires (diffusion limitée à l'école)</b> Pour renforcer le sentiment d'appartenance des élèves à leur école et encourager leur engagement, le CSSDN prend des photos et vidéos des réussites et événements scolaires comme les mentions d'honneur, les finissants, les équipes sportives, les activités socioculturelles, les spectacles et les concerts. Ces photos et vidéos sont diffusées publiquement au sein de l'école uniquement, souvent sous forme de mosaïques ou de publications comme le journal de l'école. Ces publications sont ensuite conservées pour leur valeur archivistique. • J'autorise le CSSDN à prendre des photos et vidéos de mon enfant pour montrer ses réussites et les événements scolaires, et à les diffuser comme décrit ci-dessus.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 - AUTRE ADRESSE (dans le cas de parents qui ne demeurent pas à la même adresse)				
TYPE D'ADRESSE : PÈRE - MÈRE	ENVOI AU MINISTÈRE <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 AU TRAVAIL PÈRE		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL MÈRE		

### 9 - RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

**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 :

### 10 - INFORMATION RELATIVES À LA COLLECTE ET À L'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'inscription de votre enfant dans un établissement du CSSDN implique l'utilisation de divers renseignements recueillis lors de l'inscription et pendant l'année scolaire à des fins administratives et pédagogiques, notamment concernant son rendement, son fonctionnement, son comportement, sa santé, etc. Ces renseignements sont conservés de manière sécurisée et détruits selon le calendrier de conservation du CSSDN.

Une photo de votre enfant sera prise pour des raisons administratives, conservée dans son dossier scolaire numérique et utilisée pour créer sa carte étudiante.

Si votre enfant change d'école ou de centre de services scolaire, le CSSDN communiquera à la nouvelle institution les renseignements nécessaires à l'organisation et à la prestation des services éducatifs.

Le Centre de services scolaire des Navigateurs et le ministère de l'Éducation peuvent échanger les renseignements concernant votre enfant qui nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Votre enfant aura un compte courriel et un compte d'accès à son nom pour l'utilisation de technologies numériques et d'applications logicielles déterminées par la CSSDN à des fins pédagogiques, éducatives, récréatives ou autres, susceptibles de recueillir des renseignements personnels de nature peu sensible. Les principales catégories d'applications utilisées sont des applications pédagogiques, médiatiques, Internet et médias sociaux.

Le CSSDN a recours à des outils d'intelligence artificielle qui utilisera des renseignements colligés lors de l'inscription et du cheminement scolaire de votre enfant afin de permettre, par le biais de comparaisons ou de croisement de données, de créer des indicateurs ou autres types de renseignements visant à améliorer sa réussite éducative.

Afin de répondre aux besoins de votre enfant et de mieux intervenir auprès de celui-ci, les renseignements de santé le concernant seront utilisés par le CSSDN et les professionnels du réseau de la santé (CISSS) qui interviendront en complémentarité et en soutien au personnel de l'école. Ces renseignements seront conservés de façon sécurisée en respect des obligations et responsabilités qui leur incombent ainsi que des ententes en vigueur en matière de protection des renseignements personnels.

En soumettant cette demande d'inscription, j'atteste avoir pris connaissance des implications concernant la collecte et l'utilisation par le CSSDN des renseignements concernant mon enfant.

### 11 - SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE

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 \_\_\_\_\_ Date

Signature du parent/tuteur

Parent  Tuteur

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

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

J'atteste avoir pris connaissance des documents 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 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Signature du responsable de l'admission