

# DEMANDE D'ADMISSION ET INSCRIPTION Année scolaire: \_\_\_\_\_

Documents supplémentaires nécessaires pour l'inscription

Le certificat de naissance officiel (grand format)

Preuve de résidence (permis de conduire, compte de taxe scolaire, facture d'électricité, de téléphone, par exemple)

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_ AUTRES PRÉNOMS (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ \_\_\_\_\_

SEXE \_\_\_\_\_ DEGRÉ ACTUEL \_\_\_\_\_ PROVINCE OU PAYS DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ LANGUE MATERNELLE \_\_\_\_\_

CODE PERMANENT (si connu) \_\_\_\_\_ PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que parents) \_\_\_\_\_ LIEN ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ LANGUE PARLÉE À LA MAISON \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉPONDANT(S) : Les deux parents  Parent 1  Parent 2  Tuteur  Garde partagée  oui  non

**PARENT 1** NOM DU PARENT 1 \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU PARENT 1 \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ \_\_\_\_\_ COCHER SI DÉCÉDÉ

PÈRE LIEU DE NAISSANCE PARENT 1 \_\_\_\_\_ CELLULAIRE PARENT 1 \_\_\_\_\_ ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 1 \_\_\_\_\_  
 MÈRE

**PARENT 2** NOM DU PARENT 2 \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU PARENT 2 \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE AAAA-MM-JJ \_\_\_\_\_ COCHER SI DÉCÉDÉ

PÈRE LIEU DE NAISSANCE PARENT 2 \_\_\_\_\_ CELLULAIRE PARENT 2 \_\_\_\_\_ ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT 2 \_\_\_\_\_  
 MÈRE

**TUTEUR** NOM DU TUTEUR \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU TUTEUR \_\_\_\_\_ SEXE DU TUTEUR \_\_\_\_\_  
LIEU DE NAISSANCE TUTEUR \_\_\_\_\_ CELLULAIRE TUTEUR \_\_\_\_\_ ADRESSE ÉLECTRONIQUE TUTEUR \_\_\_\_\_  
F ou M

## ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE SUR LE TERRITOIRE DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA JONQUIÈRE (CSSDLJ)

**Type d'adresse**  
 1 - Les 2 parents  
 2 - Parent 1  
 3 - Parent 2  
 4 - Tuteur

NUMÉRO CIVIQUE \_\_\_\_\_ NOM DE LA RUE \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Maison \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail parent 1 \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail parent 2 \_\_\_\_\_

## AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE

**Type d'adresse**  
 1 - Les 2 parents  
 2 - Parent 1  
 3 - Parent 2  
 4 - Tuteur

NUMÉRO CIVIQUE \_\_\_\_\_ NOM DE LA RUE \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Maison \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail parent 1 \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail parent 2 \_\_\_\_\_

## ADRESSE COMPLÉMENTAIRE POUR LE TRANSPORT (autre que celle de résidence (gardienne)) :

NUMÉRO CIVIQUE \_\_\_\_\_ NOM DE LA RUE \_\_\_\_\_ APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE - Maison \_\_\_\_\_ TRANSPORT : matin  midi  soir

## DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

- J'autorise l'institution d'enseignement et le Centre de services scolaire à utiliser les renseignements personnels contenus dans ce formulaire pour la gestion des services éducatifs de mon enfant et aux fins de transmission d'informations liées à la vie scolaire.  
autorisation accordée  autorisation refusée
- En cas de départ, j'autorise le transfert du dossier de mon enfant à un autre centre de services scolaire.  
autorisation accordée  autorisation refusée
- Acceptez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé dans le cadre d'une activité scolaire ou parascolaire pour une utilisation à caractère pédagogique dans les publications du Centre de services scolaire, de ses établissements et dans les travaux effectués par les stagiaires?  
autorisation accordée  autorisation refusée

## FRÈRES ET SOEURS AU PRIMAIRE

Nom, Prénom, École \_\_\_\_\_

Nom, Prénom, École \_\_\_\_\_

Nom, Prénom, École \_\_\_\_\_

## DERNIÈRE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

École \_\_\_\_\_ Centre de services scolaire \_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

### Preuve de la résidence de l'élève au Québec

J'atteste avoir pris connaissance de deux des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :

Permis de conduire: \_\_\_\_\_ Compte de taxe municipal \_\_\_\_\_  
Facture électricité, téléphone ou cablodistribution \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

Préscolaire

4 ans

5 ans

Courriel pour le retour: [inscription.maternelle@csjonquiere.qc.ca](mailto:inscription.maternelle@csjonquiere.qc.ca)

Formation générale des jeunes

SIGNATURE DU PARENT 1

SIGNATURE DU PARENT 2

DATE

RÉSERVÉ SERVICES ÉDUCATIFS

# Fiche santé - Maternelle 4 ans et 5 ans

**1. Identification de l'élève**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'élève	Prénom de l'élève	Groupe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sexe	Date de naissance	

**2. Identification parentale**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du parent 1	Tél. résidence	Tél. bureau	Tél. cellulaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du parent 2	Tél. résidence	Tél. bureau	Tél. cellulaire
Enfant demeure avec: Parent 1 et parent 2 <input type="checkbox"/>	Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>	Garde partagée <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Frère(s) ou sœur(s) à l'école :	<input type="text"/>		
Personne à contacter en cas d'urgence, si l'un des parents ne peut être rejoint :			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom de la personne	Lien	Téléphone	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gardien(ne)	Téléphone	Fréquente le service de garde de l'école Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

**3. État de santé**

**Votre enfant souffre-t-il de ?**

◇ Asthme sévère (nécessitant un suivi médical régulier)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
◇ Diabète	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
◇ Épilepsie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
◇ Allergie sévère (nécessitant auto-injecteur/Épipen)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Si oui, à quel allergène?

◇ Autre problème de santé nécessitant une attention particulière à l'école? Non  Oui

Spécifiez :

**Votre enfant a-t-il déjà reçu des services en :**

◇ Orthophonie 0-5 ans	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, à quel endroit : Privé <input type="checkbox"/>	CLSC <input type="checkbox"/>	CRDP <input type="checkbox"/>
◇ Ergothérapie 0-5 ans	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, à quel endroit : CH <input type="checkbox"/>	CLSC <input type="checkbox"/>	CRDP <input type="checkbox"/>

**4. Autorisation**

Par la présente, j'autorise le personnel de l'école et l'infirmière du CLSC à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche et à fournir les soins nécessaires en cas d'urgence.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature des parents ou tuteur	Date

**N.B. :** La présente fiche fait partie du dossier scolaire de l'élève. Elle est à la disposition du personnel de l'école et de l'infirmière du CLSC