

École _____ N° école/bâtisse _____

A IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE - Incrire les renseignements tels qu'ils apparaissent sur le certificat de naissance.

Nom _____ Prénom _____

Sexe Féminin Masculin

Autre(s) prénom(s) _____ Aucun autre prénom

Date de naissance _____ - _____ - _____

AAAA - MM - JJ

Lieu de naissance _____

Ville

Province ou pays*

*Si l'élève est né ailleurs qu'au Québec, indiquez sa date d'arrivée au pays : _____

B IDENTIFICATION DES PARENTS - Incrire les noms tels qu'ils apparaissent sur le certificat de naissance de l'enfant.

L'enfant demeure avec : Père et mère Père Mère Tuteur Garde partagée (1 sem. père/1 sem. mère)

Formulaire à signer par les deux parents

S'il y a garde partagée : - Veuillez indiquer quelle adresse doit être retenue pour l'affectation à l'école : Père OU Mère

- Souhaitez-vous que nous fassions parvenir les informations aux deux parents?

Père : Oui Non Mère : Oui Non

	PÈRE	MÈRE	TUTEUR (s'il y a lieu)
Nom			
Prénom			
Province ou pays de naissance			
Date de naissance	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)
Autres (s'il y a lieu)	<input type="checkbox"/> Père non-déclaré <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Décédée	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse de résidence	<input type="checkbox"/> Identique à l'adresse du père		
	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation
	Appartement Casier postal	Appartement Casier postal	Appartement Casier postal
	Ville	Ville	Ville
	Province Code postal	Province Code postal	Province Code postal
Tél. à la maison			
Tél. cellulaire			
Tél. au travail			
Adresse courriel (lettres moulées)			

Le courriel est requis pour rejoindre Mozaïk et ainsi accéder à diverses communications et procéder aux réinscriptions en ligne.

C AUTRES RENSEIGNEMENTS

Langue maternelle Français Anglais Espagnol Autre : _____

Langue parlée à la maison Français Anglais Espagnol Autre : _____

Avec cette inscription, vous en serez à combien de participation à Passe-Partout? Nombre de fois _____

Rang de l'enfant dans la famille _____ Nombre d'enfants dans la famille _____

Est-ce que votre enfant fréquente actuellement un milieu de garde (CPE, garderie, milieu familial)? Oui Non

Nom de l'établissement _____ Responsable _____ Tél. : _____

Ou personne responsable en milieu familial _____ Tél. : _____

De quelle façon avez-vous entendu parler de Passe-Partout? _____

D PARTICULARITÉS DE L'ENFANT (Lire attentivement chaque question)

1. Votre enfant est-il atteint d'une maladie? Non Oui, laquelle? _____

2. Votre enfant présente-t-il une allergie sévère ou de type anaphylactique, autre que médicamenteuse? Non Oui, laquelle? _____

3. Est-ce que votre enfant présente :
 - Un handicap sensoriel (auditif ou visuel) ou physique? Non Oui, lequel? _____
 - Une déficience intellectuelle ou un retard de développement? Non Oui, précisez : _____
 - Un trouble ou une hypothèse du spectre de l'autisme (TSA) ? Non Oui
 - Un retard de langage ou un trouble langagier? Non Oui

4. a) Votre enfant comprend-t-il les consignes verbales données par son entourage? Non, précisez : _____ Oui
 b) Votre enfant est-il compris par son entourage? Non, précisez : _____ Oui

5. Votre enfant fait-il des crises de colère difficiles à contrôler? Non Oui

6. Durant le jour, l'autonomie à la propreté est-elle acquise par votre enfant? Non Oui

E SERVICES PROFESSIONNELS

Votre enfant a-t-il reçu, reçoit-il ou est-il en attente de services du CIUSSS? Non Oui
Si oui, indiquez les établissements et les noms des professionnels (orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) :
 ■ CIUSSS MCQ (Mauricie-et-Centre-du-Québec) : Nom du(des) professionnel(s)
 CLSC Suzor-Côté ou CLSC de l'Érable : _____
 CRDP InterVal : _____
 CRDI : _____
 ■ Autres : _____ : _____

En cas d'urgence et en l'absence des parents, qui peut-on joindre? **En cas d'accident grave à l'école** et dans l'impossibilité de vous joindre, nous devons procéder au transport de votre enfant à l'hôpital par ambulance, s'il y a lieu, et les coûts des services ambulanciers seront aux frais des parents.

Nom : _____
 Tél. : _____ Cell. : _____

RENCONTRES PASSE-PARTOUT

L'école sera attribuée en fonction de l'adresse du répondant principal. CHOIX DE LA FORMULE (Si le choix s'offre à l'école ou si plus d'un groupe est formé à l'école.)	Demande spéciale
Pour le volet parent : 8 rencontres parents-enfants <input type="checkbox"/> Jour (8 rencontres de jour) <input type="checkbox"/> Soir (6 rencontres de soir + 2 jours) Pour le volet enfants seuls, les rencontres seront de jours.	

Les choix ci-dessus sont à titre indicatif et seront respectés dans la mesure du possible. Certains changements pourraient survenir selon la disponibilité des locaux dans les écoles.

Veillez prendre note :
 QUE conformément à la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (article 65 de la Loi 65 de 1982) :
 ✓ Les renseignements contenus dans cette fiche sont demandés par le CSSBF et serviront à l'organisation administrative des services éducatifs.
 ✓ Le Directeur de l'état civil, le personnel du ministère de l'Éducation, du Centre de services scolaire et de l'école, les employés des institutions des Affaires sociales et du CLSC attiré à l'école, les membres du Conseil d'établissement de l'école et les transporteurs scolaires, dans l'exécution de certaines tâches, auront accès à ces renseignements.

QUE toute fausse déclaration pourrait entraîner des conséquences, notamment sur l'affectation de l'élève.
 QUE l'inscription de votre enfant devient valide sur réception du certificat de naissance original, grand format, émis par le Directeur de l'état civil.

Moi, _____, je m'engage à participer aux rencontres parents,
Parent (ou tuteur)
afin que mon enfant bénéficie du Service d'animation Passe-Partout.

Signature du parent (ou tuteur) _____ **Date**