



IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Fiche

Nom et prénom	Groupe	Code permanent	Sexe (M ou F)
Lieu de naissance	Date de naissance	Autre(s) prénom(s)	

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Nom et prénom du père	☐ Décédé	Date de naissance	Lieu de naissance (province ou pays)
Adresse électronique :			

Nom et prénom de la mère	☐ Décédée	Date de naissance	Lieu de naissance (province ou pays)
Adresse électronique :			

Nom et prénom du tuteur	Lieu de naissance (province ou pays)
Adresse électronique :	

AUTRES INFORMATIONS

Contact en cas d'urgence (autre que les parents)	Téléphone urgence
Langue maternelle :	Langue parlée à la maison :
École fréquentée en 2021-2022 :	

En septembre 2022, mon enfant fréquentera : ☐ École Chavigny Autre :
(Veuillez communiquer directement avec cette école)

☐ Par la présente, j'autorise l'institution précédente à fournir un relevé complet du dossier de mon enfant, incluant les dossiers scolaire, d'aide, de psychoéducation, d'orthopédagogie et de psychologie. Signature: Date:

ADRESSE DE L'ÉLÈVE

(si changement, effectif à compter du :) ☐ Père/mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

No civique	Rue	App.	Ville
Code postal	Téléphone maison	Téléphone 2 ☐ Cellulaire ☐ Travail	Téléphone 3 ☐ Cellulaire ☐ Travail

AUTRE ADRESSE : (si changement, effectif à compter du :) ☐ Père/mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

No civique	Rue	App.	Ville
Code postal	Téléphone maison	Téléphone 2 ☐ Cellulaire ☐ Travail	Téléphone 3 ☐ Cellulaire ☐ Travail

«Les données d'identification transmises au MEES sont susceptibles de faire l'objet d'une vérification au Directeur de l'état civil.»

TRANSPORT

Si vous avez plus d'une adresse et que vous désirez du transport à deux adresses, vous devez compléter le formulaire en ligne « Demande de transport complémentaire » (www.csduroy.qc.ca à l'onglet Transport) avant le 30 juin. Des frais sont exigibles (environ 100\$) et doivent être acquittés avant le début de l'année.

CONSENTEMENT AU SUPPORT DE DIFFUSION (photos, vidéos, etc.)

Cette autorisation est valable pour tout support de diffusion (imprimé, audiovisuel, informatique, etc.), à perpétuité et sans limites territoriales et ne sera utilisée qu'à des fins pédagogiques et promotionnelles de l'école ou de la Commission scolaire du Chemin-du-Roy.

Oui ☐ Non ☐ Signature du parent ou du tuteur

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Inscription faite par :

Date :

CHOIX DE COURS AU VERSO ----->

Accès DEP

(préparatoire à la formation professionnelle)

Fiche d'inscription 2022-2023

	ADE	Niveau en cours en juin 2021 (pour la formation générale)
FORMATION GÉNÉRALE		
Français	4	
Anglais	3	
Mathématique	4	
Exploration de la formation professionnelle	1	
Sensibilisation à l'entrepreneuriat	2	
Périodes en formation générale	14	
FORMATION PRATIQUE		
Stages	4	
Ateliers de formation professionnelle	2	
Périodes en formation pratique	6	
Total des périodes	20	

N.B. Un classement de l'école permet l'admission d'un élève dans ces parcours.

À COMPLÉTER PAR UN PARENT ET L'ÉLÈVE	
J'ai pris connaissance de la fiche d'inscription de mon enfant :	
_____ Signature obligatoire (père, mère ou tuteur)	_____ Date
_____ Signature de l'élève	_____ Date

Fiche de santé 2022-2023

École: 111 École Chavigny

Nom: _____ Fiche: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Sexe: _____ Classe: _____ Cycle: _____ Année du cycle: _____

Répondant (Oui/Non)

Père: _____ Cell. père: _____ Tél. rés.: _____

Mère: _____ Cell. mère: _____ Tél. urg. 1: _____

Tuteur: _____ Cell. tuteur: _____ Tél. urg. 2: _____

Nom du contact urgence: _____ Cell. urg.: _____ Autre tél.urg.: _____

Madame

Monsieur,

Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.

Note : Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec le directeur adjoint ou le directeur de l'école.

☐ **Aucun problème de santé**

☐ **Problème de santé**

☐ Allergie sévère Précisez à quoi : _____

☐ Avec prescription d'épipen ou de twinject _____

☐ Diabète ☐ Épilepsie ☐ Asthme chronique ☐ Problème cardiaque avec suivi médical

Précisez le traitement : _____

☐ Maladie chronique importante (Précisez) : _____

Précisez le traitement : _____

Votre enfant prend-il des médicaments? Si oui, lesquels? _____

Si nécessaire, le personnel dont les fonctions sont directement reliées à cet élève pourra avoir accès à ces renseignements.

Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date