

# ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023



École Chavigny  
365, rue Chavigny, Trois-Rivières, G9B 1A7  
Téléphone: 819 840-0400 Télécopieur: 819 377-1119  
Courrier électronique: scha@csduroy.qc.ca  
Site Internet : www.chavigny.qc.ca Suivez-nous sur FACEBOOK!



## 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 \_\_\_\_\_ Téléphone 3 \_\_\_\_\_  
 Cellulaire  Travail  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 \_\_\_\_\_ Téléphone 3 \_\_\_\_\_  
 Cellulaire  Travail  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 Chavigny ou du Centre de services 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 ----->

## Les Explorateurs

Fiche d'inscription 2022-2023

	PRÉSECONDAIRE
Anglais	2
Arts plastiques/ Art dramatique / Musique	2
Éducation physique à la santé	2
Éthique et culture religieuse	1
Français	4
Géographie	1
Histoire	1
Mathématique	4
Science et technologies	3
<b>Total des périodes</b>	<b>20</b>

### 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