

**1. IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

NOM DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_

ABSENCE AUTRES PRÉNOMS \_\_\_\_\_ AUTRES PRÉNOMS \_\_\_\_\_

SEXE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_ LANGUE MATERNELLE \_\_\_\_\_ LANGUE PARLÉE À LA MAISON \_\_\_\_\_

**À L'USAGE DE LA COMMISSION SCOLAIRE**

CODE PERMANENT \_\_\_\_\_ NO DE FICHE \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE RÉPONDANT (E) (S) PARENT A  PARENT B  GARDE PARTAGÉE  TUTEUR**

PARENT A  PÈRE  MÈRE  Information non disponible

NOM DU PARENT A \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU PARENT A \_\_\_\_\_ \* LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE DU PARENT A (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

PARENT A DÉCÉDÉ  CELLULAIRE \_\_\_\_\_ \*\*ADRESSE ÉLECTRONIQUE \_\_\_\_\_

PARENT B  PÈRE  MÈRE  Information non disponible

NOM DU PARENT B \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU PARENT B \_\_\_\_\_ \* LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE DU PARENT B (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

PARENT B DÉCÉDÉ  CELLULAIRE \_\_\_\_\_ \*\*ADRESSE ÉLECTRONIQUE \_\_\_\_\_

NOM DU TUTEUR \_\_\_\_\_ PRÉNOM DU TUTEUR \_\_\_\_\_ \* LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ SEXE DU TUTEUR \_\_\_\_\_

CELLULAIRE \_\_\_\_\_ \*\*ADRESSE ÉLECTRONIQUE \_\_\_\_\_

\* Veuillez indiquer: la province si votre lieu de naissance est au Canada ou le pays si votre lieu de naissance est à l'étranger.  
\*\* Certaines communications pourraient vous parvenir par courrier électronique.

**3. ADRESSE PRINCIPALE DE RÉSIDENCE DE L'ÉLÈVE (Si l'élève a une 2e adresse, veuillez l'inscrire au verso au point 6.)**

TYPE D'ADRESSE  1 : Les 2 parents 2 : père 3 : mère 4 : tuteur

No civique \_\_\_\_\_ Rue/avenue/rang/route \_\_\_\_\_ N.S.E.O. \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_ CASIER POSTAL \_\_\_\_\_

VILLE / MUNICIPALITÉ \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE RÉSIDENCE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE TRAVAIL parent A \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE TRAVAIL parent B \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE TRAVAIL tuteur \_\_\_\_\_

**4. CHOIX DE LA FORMULE**

**CHOIX : Formule 1**

8 rencontres parents-enfants **LE SOIR** (18 h à 20 h)  
(Présence d'un parent requise)  
8 ateliers enfants-seuls **LE MATIN** (8 h 30 à 10 h 30)

**CHOIX : Formule 2**

8 rencontres parents-enfants **LE MATIN** (8 h 30 à 10 h 30)  
(Présence d'un parent requise)  
8 ateliers enfants-seuls **LE MATIN** (8 h 30 à 10 h 30)

ÉCOLE DE VOTRE QUARTIER : \_\_\_\_\_ À l'usage de l'école

JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DU CERTIFICAT DE NAISSANCE (grand format) de votre enfant, (ce certificat est émis par le Directeur de l'état civil. Si vous n'avez pas ce document, consultez le site Internet [www.etatcivil.gouv.qc.ca](http://www.etatcivil.gouv.qc.ca).) AINSI QU'UNE PREUVE DE RÉSIDENCE (permis de conduire de l'un des répondants de l'enfant ou tout autre document provenant d'un organisme gouvernemental attestant l'adresse de l'élève). Pour l'inscription, avoir en main la carte d'assurance maladie de l'enfant.

Conformément à la " Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ", j'autorise l'institution d'enseignement à utiliser les renseignements personnels contenus dans ce formulaire. Ces renseignements seront transmis au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et sont susceptibles d'être vérifiés auprès du Directeur de l'état civil. En cas de changement d'école, j'autorise également l'institution d'enseignement à transférer ces renseignements à l'institution que fréquentera mon enfant.

**5. SIGNATURE**

SIGNATURE : PARENT A  PARENT B  PERSONNE AUTORISÉE  \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**DÉPOSER À VOTRE ÉCOLE DE QUARTIER OU VOUS PRÉSENTER AVANT LE 13 AVRIL 2018 AU :** Secrétariat du programme Passe-Partout  
École Beausoleil – 2267, avenue Royale, Québec (Québec) G1C 1P5 (entrée porte 3) ☎ 418 666-4666 poste 6014

Réservé à l'école

Preuve de résidence au Québec : J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux présentés pour confirmer la résidence  de l'élève ou  du parent

Document 1 : \_\_\_\_\_ Document 2 : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À REMPLIR AU VERSO...**

## 6. AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE (EX. : GARDE PARTAGÉE)

TYPE D'ADRESSE  2 : père 3 : mère 4 : tuteur

No civique

Rue/avenue/rang/route

N.S.E.O.

APP.

CASIER POSTAL

VILLE / MUNICIPALITÉ

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

## Fiche d'urgence-santé

### 7. SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

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. Bien vouloir nous signaler dès maintenant tout besoin particulier au **plan de la santé ou du développement** de votre enfant en communiquant avec la personne responsable du programme au : 418 666-4666, poste 1177. Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé ou du développement de votre enfant, veuillez nous communiquer l'information au numéro précédent.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_

DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_  
(AAAA-MM)

Aucun problème de santé

#### Problématique de santé

Allergie  Avec auto-injecteur À quoi? \_\_\_\_\_

Sans auto-injecteur À quoi? \_\_\_\_\_

Allergie médicaments? Si oui, lesquels :

Asthme Fréquence des crises : \_\_\_\_\_ Pompe à l'école : Non  Oui

Diabète Mesure à prendre s'il y a crise pendant l'atelier :

Épilepsie Mesure à prendre s'il y a crise pendant l'atelier : \_\_\_\_\_

Déficit de l'attention : avec hyperactivité  sans hyperactivité  Est-il médicamenté? Non  Oui

Port de lunettes ou de lentilles cornéennes : Non  Oui

Prend-t-il des médicaments? Non  Oui  Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Autre problème (décrivez brièvement) : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Particularités du développement ou besoins particuliers qui nécessitent qu'on y porte une attention et /ou un soutien Non  Oui

(Ex. : accompagnement individuel en milieu de garde, suivi professionnel, attente d'évaluation, difficultés comportementales significatives, etc.)

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### 8. SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler ? (s.v.p. en aviser cette personne)

Nom : \_\_\_\_\_ Parenté  Ami  Voisin  Autre  Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Parenté  Ami  Voisin  Autre  Téléphone : \_\_\_\_\_

### 9. AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE À DIVULGER DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CIUSSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, enseignants(es), personnel non enseignant, personnel du service de garde et du transport scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire.

**X** \_\_\_\_\_  
SIGNATURE : PARENT A  PARENT B  PERSONNE AUTORISÉE

**X** \_\_\_\_\_  
Date

### 10. AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE À INTERVENIR POUR LA SANTÉ

Sur référence des intervenants du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise l'infirmière du CIUSSS à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

**X** \_\_\_\_\_  
SIGNATURE : PARENT A  PARENT B  PERSONNE AUTORISÉE

**X** \_\_\_\_\_  
Date