

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.) 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 _____ **VERSO** →

DÉPOSER À VOTRE ÉCOLE DE QUARTIER OU VOUS PRÉSENTER AVANT LE 18 AVRIL 2019 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 : _____

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, personnel du transport scolaire et intervenant dans un contexte 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