



École Secondaire Duchess Park

Programme Francophone

Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique (S.D. 93)

2641 Ellison Dr
 Prince George BC V2M 2S6
 Téléphone: (250) 612-0755
 Télécopieur: (250) 612-0756
 Courriel: ecole_franco_nord@csf.bc.ca

Formulaire d'inscription

ÉLÈVE

ALERTE _____

Nom légal _____
 Prénom légal _____
 Nom utilisé _____
 Prénom utilisé _____
 Autres prénoms _____
 Genre _____ M _____ F _____
 Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)
 Document prouvant l'âge _____
 Téléphone (rés.) _____

Date _____ Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____
 Adresse _____
 Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

___ Non ___ Oui
 Si oui ___ Hors réserve
 ___ Sur la réserve (nom de tribu) _____

ADRESSE CIVIQUE

No. et rue _____
 App _____ Municipalité _____
 Province _____ Code postal _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin _____
 Téléphone du médecin _____
 Numéro CareCard _____
 Problème de vue ___ (O/N)
 Nature du problème _____

ADRESSE POSTALE (si différente de l'adresse civique)

Lunettes ___ (O/N) Verres de contact ___ (O/N)
 Problème d'ouïe ___ (O/N) Appareil auditif ___ (O/N)

LANGUES & AUTRES INFORMATIONS

Langue maternelle _____
 Langue parlée à la maison _____
 Langue la plus souvent utilisée _____
 Pays ou province de naissance _____
 Ville de naissance _____
 Citoyenneté _____
 Statut d'immigration _____

Nature du problème _____

Allergies ___ (O/N) EpiPen ___ (O/N)

Si oui, lesquelles et précisez le traitement, si nécessaire

AUTORISATIONS

J'accepte que certaines données personnelles de mon enfant (nom, adresse, niveau, téléphone, photo, enregistrements vidéo et audio) soient transmises pour activités scolaires, si nécessaire, dans les cas suivants:

A.P.É (bottin téléphonique) ___ (O/N)
 Transporteur scolaire ___ (O/N)
 Photographe (photo d'école) ___ (O/N)
 Site hypertoile ___ (O/N)
 Médias (TV, radio, journal) ___ (O/N)
 Participation aux excursions ___ (O/N)

Asthme ___ (O/N) Bronchodilatateur ___ (O/N)

Médicaments _____

Diabète ___ (O/N) Besoin d'insuline ___ (O/N)

Épilepsie ___ (O/N) Type _____

Médicaments _____

Condition cardiaque ___ (O/N)

Nature du problème _____

Votre enfant est-il (elle) capable de participer pleinement au programme d'éducation physique? ___ (O/N)

Autres informations pertinentes _____

Je confirme la véracité de ces informations.

 Signature du parent / tuteur

 Date

L'information contenue dans ce formulaire est conforme aux exigences de l'Acte scolaire de la Colombie-Britannique pour fins de rapports divers (inscription, budget, immobilisation, statistiques, analyses opérationnelles) pour le district et le ministère de l'Éducation. Ces informations sont confidentielles conformément à FOIPPA (*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*).



Formulaire d'inscription

PARENTS / TUTEURS

Garde de l'élève _____ Élève vit avec _____

1. Lien avec l'élève _____
Nom _____
Prénom _____
Vit avec l'élève ____ (O/N)
Même adresse que l'élève ____ (O/N)
Si non, adresse _____
Parle français ____ (O/N)
Autres langues _____
Copie de correspondance ____ (O/N)
Prêt à faire du bénévolat ____ (O/N)
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Disponible au travail ____ (O/N)
Téléphone (cel.) _____
Contact d'urgence ____ (O/N) Ramassage ____ (O/N)
Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence ____

2. Lien avec l'élève _____
Nom _____
Prénom _____
Vit avec l'élève ____ (O/N)
Même adresse que l'élève ____ (O/N)
Si non, adresse _____
Parle français ____ (O/N)
Autres langues _____
Copie de correspondance ____ (O/N)
Prêt à faire du bénévolat ____ (O/N)
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Disponible au travail ____ (O/N)
Téléphone (cel.) _____
Contact d'urgence ____ (O/N) Ramassage ____ (O/N)
Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence ____

FRÈRES / SOEURS

- | | | | | |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| Nom | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ | 4. _____ |
| Prénom | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Lien avec l'élève | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Date de naissance | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Genre | ____ (M/F) | ____ (M/F) | ____ (M/F) | ____ (M/F) |
| École | _____ | _____ | _____ | _____ |

CONTACTS D'URGENCE (exclure parents / tuteurs et inclure un contact hors province, s'il y a lieu)

1. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)
3. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)

2. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)
4. Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'élève _____
Téléphone (rés.) _____
Téléphone (bur.) _____
Téléphone (cel.) _____
Langues parlées _____
Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)