



École Franco-Nord

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 _____

ADRESSE POSTALE (si différente de l'adresse civique)

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 _____

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 hyperteile ___ (O/N)
Médias (TV, radio, journal) ___ (O/N)
Participation aux excursions ___ (O/N)

Je confirme la véracité de ces informations.

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin _____
Téléphone du médecin _____
Numéro CareCard _____
Problème de vue ___ (O/N)
Nature du problème _____
Lunettes ___ (O/N) Verres de contact ___ (O/N)
Problème d'ouïe ___ (O/N) Appareil auditif ___ (O/N)
Nature du problème _____
Allergies ___ (O/N) EpiPen ___ (O/N)
Si oui, lesquelles et précisez le traitement, si nécessaire

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 _____

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)