

1. RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION (écrire en lettres moulées)			
CODE PERMANENT _____ - _____ NO DE FICHE _____ GR-REP _____	SEXE Masculin Féminin Non binaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR _____ _____ _____	
NOM et PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____		AUTRES PRÉNOMS _____	
LIEU DE NAISSANCE (Ville, Province ou Pays) _____		LANGUE MATERNELLE _____	
RANG DANS LA FAMILLE : ___ SUR ___ (Exemple : 2 ^e sur 3 enfants)		LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____	
2. STATUT D'IMMIGRATION DE L'ÉLÈVE (non obligatoire)			
Le choix de répondre ou non à cette question est volontaire et le fait de ne pas y répondre n'entraînera aucune conséquence pour le répondant. Ces renseignements sont recueillis uniquement aux fins de l'offre de services éducatifs et non aux fins de déterminer le statut d'immigration.			
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Titulaire d'un permis de travail <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autre statut <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Titulaire d'un permis d'études <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre			
3. RÉPONDANT(S)			
NOM et PRÉNOM _____			DATE DE NAISSANCE _____
ADRESSE COURRIEL _____		LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays) _____	
ADRESSE DU DOMICILE _____		LIEN AVEC L'ENFANT _____	
CASE POSTALE _____	VILLE _____	CODE POSTAL _____	
TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____			
APPELS POUR LES ABSENCES : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Au travail			
<input type="checkbox"/> ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS			
NOM et PRÉNOM _____			DATE DE NAISSANCE _____
ADRESSE COURRIEL _____		LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays) _____	
ADRESSE DU DOMICILE _____		LIEN AVEC L'ENFANT _____	
CASE POSTALE _____	VILLE _____	CODE POSTAL _____	
TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____			
APPELS POUR LES ABSENCES : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Au travail			
<input type="checkbox"/> ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS			
4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FRÉQUENTATION ANTÉRIEURE			
L'ÉLÈVE FRÉQUENTE UNE ÉCOLE EN 2024 -2025 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
SI OUI :			
NOM DE L'ÉCOLE _____		CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE OU INSTITUTION PRIVÉE _____	
LANGUE D'ENSEIGNEMENT _____		NIVEAU SCOLAIRE de l'année courante _____	
SI NON, l'enfant était :			
<input type="checkbox"/> au CPE <input type="checkbox"/> en milieu familial non subventionné <input type="checkbox"/> en garderie privée non subventionnée <input type="checkbox"/> à la maison d'un proche <input type="checkbox"/> en milieu familial subventionné <input type="checkbox"/> en garderie privée subventionnée <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> autre milieu de garde			

5. TRANSFERT DU DOSSIER ACADÉMIQUE (élève mineur)		
ADVENANT LE DÉPART DE MON ENFANT, J'AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA BAIE-JAMES À TRANSFÉRER SON DOSSIER ACADÉMIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
6. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI INSCRIT L'ENFANT ou DE L'ÉLÈVE MAJEUR		
X _____ SIGNATURE (répondant ou élève majeur)		_____ DATE
7. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT L'INSCRIPTION (à l'usage de l'organisme scolaire)		
J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :		
<input type="checkbox"/> Permis de conduire		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
_____ ÉCOLE	_____ SIGNATURE	_____ DATE

JOINDRE À LA DEMANDE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ORIGINAL OU UNE COPIE CERTIFIÉE CONFORME À CELUI-CI

FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION		
AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : _____ (autre que celui qui a la garde de l'enfant) NOM ET PRÉNOM TÉLÉPHONE		
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)		
NUMÉRO CARTE ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXPIRATION : _____		
VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (ex.: asthme, diabète, TDAH, autre...) PRÉCISEZ : _____		
PREND-IL DES MÉDICAMENTS (ou pompes) RÉGULIÈREMENT? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ. : _____		
A-T-IL DES ALLERGIES? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ : _____		
QUELLES SONT SES RÉACTIONS AUX ALLERGIES : _____ Doit-il prendre EPIPEN <input type="checkbox"/> TWINJECT <input type="checkbox"/> AUTRE : _____		
VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ : _____		
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL AUDITIF? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ : Oreille D <input type="checkbox"/> Oreille G <input type="checkbox"/>		
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER : - LUNETTES <input type="checkbox"/> - VERRES DE CONTACT <input type="checkbox"/> - NON-APPLICABLE <input type="checkbox"/>		
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL DENTAIRE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
JE SOUSSIGNÉ, AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA BAIE-JAMES À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE FICHE DE SANTÉ À L'INFIRMIER (IÈRE) SCOLAIRE OU À L'HYGIÉNISTE DENTAIRE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
X _____ SIGNATURE (répondant)		_____ DATE
N.B. : TOUT CHANGEMENT DANS LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT EN COURS D'ANNÉE (HOSPITALISATION, ACCIDENT OU AUTRE), DEVRA ÊTRE IMMÉDIATEMENT SIGNALÉ À L'ÉCOLE ET À L'INFIRMIER (ÈRE) SCOLAIRE POUR ASSURER UN MEILLEUR SUIVI POUR VOTRE ENFANT.		
AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE		
EN CAS D'URGENCE, MALADIE OU ACCIDENT, JE, SOUSSIGNÉ, PERMETS AUX AUTORITÉS SCOLAIRES D'AGIR EN PERSONNE RESPONSABLE AUPRÈS DE MON ENFANT ET DE PRENDRE LES DÉCISIONS JUGÉES ADÉQUATES D'APRÈS LES CIRCONSTANCES. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
X _____ SIGNATURE (répondant)		_____ DATE

N.B. : CE DOCUMENT FAIT PARTIE DU DOSSIER DE L'ÉLÈVE. LES RENSEIGNEMENTS DU PRÉSENT DOCUMENT SONT À LA DISPOSITION DU PERSONNEL RESPONSABLE (INFIRMIÈRE, PERSONNEL ENSEIGNANT, RESPONSABLE DES PREMIERS SOINS) AU BESOIN. LA FICHE DE SANTÉ EST CONSERVÉE À L'ÉCOLE.