

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 <sup>e</sup> 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			

<b>5. TRANSFERT DU DOSSIER ACADÉMIQUE (élève mineur)</b>		
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		
<b>6. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI INSCRIT L'ENFANT ou DE L'ÉLÈVE MAJEUR</b>		
X _____ SIGNATURE (répondant ou élève majeur)		_____ DATE
<b>7. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT L'INSCRIPTION (à l'usage de l'organisme scolaire)</b>		
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

<b>RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION</b>		
AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : _____ (autre que celui qui a la garde de l'enfant) <span style="margin-left: 150px;">NOM ET PRÉNOM</span> <span style="float: right;">TÉLÉPHONE</span>		
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)</b>		
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?  <span style="margin-left: 300px;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></span>		
X _____ SIGNATURE (répondant)		_____ DATE
<b>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.</b>		
<b>AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE</b>		
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.  <span style="margin-left: 300px;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></span>		
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.**