



**Demande d'admission et d'inscription au
SERVICE D'ANIMATION
PASSE-PARTOUT
Année scolaire 2019-2020**

Document(s) joint(s) à l'inscription :
Certificat de naissance certifié conforme (obligatoire)
(ou tout document d'immigration exigé, s'il y a lieu)

Section réservée à l'usage de la CSBF	
FICHE	
Code permanent	

École _____ N° école/bâtisse _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE - Incrire les renseignements tels qu'ils apparaissent sur le certificat de naissance.

Nom _____ Prénom _____

Sexe Féminin Masculin Autre(s) prénom(s) _____ Aucun autre prénom

Date de naissance _____ - _____ - _____ Année - Mois - Jour
AAAA - MM - JJ

Lieu de naissance _____ Ville _____ Province ou pays _____

IDENTIFICATION DES PARENTS - Incrire les noms tels qu'ils apparaissent sur le certificat de naissance de l'enfant.

L'enfant demeure avec : Père et mère Père Mère Tuteur Garde partagée (1 sem. père/1 sem. mère)

S'il y a garde partagée : - Veuillez indiquer quelle adresse doit être retenue pour l'affectation à l'école : Père OU Mère

- Souhaitez-vous que nous fassions parvenir les informations aux deux parents?

Père : Oui Non Mère : Oui Non

	PÈRE	MÈRE	TUTEUR (s'il y a lieu)
Nom			
Prénom			
Province ou pays de naissance			
Date de naissance	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)	_____ - _____ - _____ (AAAA-MM-JJ)
Autres (s'il y a lieu)	<input type="checkbox"/> Père non-déclaré <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Décédée	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse de résidence	<input type="checkbox"/> Identique à l'adresse du père N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation Appartement Casier postal Ville Province Code postal	<input type="checkbox"/> Identique à l'adresse du père N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation Appartement Casier postal Ville Province Code postal	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation Appartement Casier postal Ville Province Code postal
Tél. à la maison			
Tél. cellulaire			
Tél. au travail			
Adresse courriel			

→ Pour recevoir certaines communications par courriel, veuillez inscrire votre adresse courriel en lettres moulées.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Langue maternelle Français Anglais Espagnol Autre : _____

Langue parlée à la maison Français Anglais Espagnol Autre : _____

Avec cette inscription, vous en serez à combien de participation à Passe-Partout? Nombre de fois _____

Rang de l'enfant dans la famille _____ Nombre d'enfants dans la famille _____

Est-ce que votre enfant fréquente actuellement un milieu de garde (CPE, garderie, milieu familial)? Oui Non

Nom de l'établissement _____ Responsable _____ Tél. _____

Ou personne responsable en milieu familial _____ Tél. _____

De quelle façon avez-vous entendu parler de Passe-Partout? _____

PARTICULARITÉS DE L'ENFANT (Lire attentivement chaque question)

1. Votre enfant est-il atteint d'une maladie? Non Oui, laquelle? _____
2. Votre enfant présente-t-il une allergie de type anaphylactique, autre que médicamenteuse? Non Oui, laquelle? _____
3. Est-ce que votre enfant présente :
 - Un handicap sensoriel (auditif ou visuel) ou physique? Non Oui, lequel? _____
 - Une déficience intellectuelle ou un retard de développement? Non Oui, précisez : _____
 - Un trouble ou une hypothèse du spectre de l'autisme (TSA) ? Non Oui
4. Votre enfant comprend-t-il les consignes verbales données par son entourage? Non, précisez : _____ Oui
5. Votre enfant fait-il des crises de colère difficiles à contrôler? Non Oui
6. Durant le jour, l'autonomie à la propreté est-elle acquise par votre enfant? Non Oui

7. Votre enfant a-t-il reçu, reçoit-il ou est-il en attente de services du CIUSSS? Non Oui
Si oui, indiquez les établissements et les noms des professionnels (orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) :
 ■ CIUSSS MCQ (Mauricie-et-Centre-du-Québec) : _____ Nom du(des) professionnel(s)
 CLSC Suzor Côté ou CLSC de l'Érable : _____
 CRDP InterVal : _____
 CRDITED : _____
 ■ Autres : _____ : _____

En cas d'urgence et en l'absence des parents, qui peut-on joindre? **En cas d'accident grave à l'école** et dans l'impossibilité de vous joindre, nous devons procéder au transport de votre enfant à l'hôpital par ambulance, s'il y a lieu, et les coûts des services ambulanciers seront aux frais des parents.

Nom : _____
 Tél. _____ Cell. _____

RENCONTRES PASSE-PARTOUT

Votre enfant doit venir à Passe-Partout **2 fois par mois (octobre à mai)**, soit :
 Une fois **avec le parent**, de jour (8 rencontres) ou de soir (6 rencontres sur 8) et une fois **seul**, de jour.
 Les rencontres **parents-enfants** ainsi que les rencontres **enfants seuls de jour se déroulent la même journée**, à deux semaines d'intervalle.

L'école sera attribuée en fonction de l'adresse du répondant principal.

HORAIRE PARENTS-ENFANTS (indiquez vos préférences) :

Jour de semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
1 ^{er} choix					
2 ^e choix					
3 ^e choix					

Demande spéciale :

Moment des rencontres parents :

	AM	PM	SOIR
1 ^{er} choix			
2 ^e choix			
3 ^e choix			

Les choix ci-dessus sont à titre indicatif et seront respectés dans la mesure du possible. Certains changements pourraient survenir selon la disponibilité des locaux dans les écoles.

Veillez prendre note :

QUE conformément à la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (article 65 de la Loi 65 de 1982) :

- ✓ Les renseignements contenus dans cette fiche sont demandés par la CSBF et serviront à l'organisation administrative des services éducatifs.
- ✓ Le Directeur de l'état civil, le personnel du ministère de l'Éducation, de la Commission scolaire et de l'école, les employés des institutions des Affaires sociales et du CLSC attiré à l'école, les membres du Conseil d'établissement de l'école et les transporteurs scolaires, dans l'exécution de certaines tâches, auront accès à ces renseignements.

QUE toute fausse déclaration pourrait entraîner des conséquences, notamment sur l'affectation de l'élève.

QUE l'inscription de votre enfant devient valide sur réception du certificat de naissance original, grand format, émis par le Directeur de l'état civil.

Moi, _____, je m'engage à participer aux huit rencontres parents,

Parent (ou tuteur) si je souhaite que mon enfant bénéficie du Service d'animation Passe-Partout.

Signature du parent (ou tuteur)

Date