



# Demande d'admission et d'inscription à la MATERNELLE 4 ANS TEMPS PLEIN

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)

École \_\_\_\_\_ N° école/bâtisse \_\_\_\_\_

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

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE - Inscrire 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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ Ville Province ou pays

## IDENTIFICATION DES PARENTS - Inscrire 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	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation	N° civique Rue, rang, route, etc. Orientation
	Appartement Casier postal	Appartement Casier postal	Appartement Casier postal
	Ville	Ville	Ville
	Province Code postal	Province Code postal	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 : \_\_\_\_\_

Rang de l'enfant dans la famille \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants dans la famille \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant fréquente actuellement un milieu de garde?  Non  Oui, combien de jours par semaine? \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Personne responsable \_\_\_\_\_

De quelle façon avez-vous entendu parler de la maternelle 4 ans? \_\_\_\_\_

## 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 sévère ou 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. TRANSPORT SCOLAIRE  
Si votre enfant bénéficie du transport scolaire, doit-on prévoir des mesures particulières?  Non  Oui Si oui, l'annexe *transport scolaire* doit être complétée par l'école et acheminée au STOS.
8. 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?**

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**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.

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

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

**QUE l'inscription ne garantit pas automatiquement l'affectation de votre enfant à la classe de maternelle 4 ans.**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (ou tuteur)

\_\_\_\_\_  
Date

## CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Description de ces renseignements : La nature des capacités et besoins de l'enfant ainsi que les services reçus.

Fins pour lesquelles ces renseignements seront utilisés : Analyse de la situation en vue d'organiser l'intégration à la maternelle 4 ans.

Demande de renseignements effectuée :

Par : Gestionnaire des Services éducatifs, direction et direction adjointe      Commission scolaire des Bois-Francis      40 boul. des Bois-Francis Nord, Victoriaville, Qc, G6P 6S5  
Nom      Organisme      Adresse

À : Intervenants et gestionnaires      CSSSAE      100, rue de l'Ermitage, Victoriaville, Qc, G6P 9N2  
Nom      Organisme      Adresse

## CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

**J'autorise** ou  **Je refuse** que personnes ci-haut mentionnées à échanger les renseignements demandés comme décrit.

\_\_\_\_\_  
Signature des titulaires de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)