

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

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

Année scolaire 2020-2021

École _____ N° école/bâtisse _____

Section réservée à l'usage du CSSBF	
FICHE	
Code permanent	

A 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 _____
 AAAAA - MM - JJ Ville Province ou pays

B 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)
 Formulaire à signer par les deux parents

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 (lettres moulées)			

Le courriel est requis pour rejoindre Mozaïk et ainsi accéder à diverses communications et procéder aux réinscriptions en ligne.

C 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? _____

D 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
 - Un retard de langage ou un trouble langagier? Non Oui
4. a) Votre enfant comprend-t-il les consignes verbales données par son entourage? Non, précisez : _____ Oui
- b) Votre enfant est-il compris 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 Non Oui Si oui, l'annexe *transport scolaire* doit être complétée par l'école et acheminée au STOS.
Si votre enfant bénéficie du transport scolaire, doit-on prévoir des mesures particulières?

E SERVICES PROFESSIONNELS

- 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 le CSSBF et serviront à l'organisation administrative des services éducatifs.
- ✓ Le Directeur de l'état civil, le personnel du ministère de l'Éducation, du Centre de services 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.

Moi, _____, je m'engage à participer aux rencontres parents, afin que mon enfant bénéficie de la maternelle 4 ans.
Parent (ou tuteur)

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 :	Intervenants et gestionnaires des Services éducatifs,	Centre de services scolaire	40, boul. des Bois-Francis Nord, Victoriaville, Qc G6P 6S5
	direction et direction adjointe	des Bois-Francis	
	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 les personnes ci-haut mentionnées à échanger les renseignements demandés comme décrit.

Je refuse.

Signature des titulaires de l'autorité parentale_____
Date (AAAA-MM-JJ)