

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

**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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province ou pays\* \_\_\_\_\_

\*Si l'élève est né ailleurs qu'au Québec, indiquez sa date d'arrivée au 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 : \_\_\_\_\_

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?

**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

**E SERVICES PROFESSIONNELS**

Votre enfant a-t-il reçu, reçoit-il ou est-il en attente de services du CIUSSS?

- A-t-il déjà reçu  Non  Oui
- Reçoit-il  Non  Oui
- Est-il en attente  Non  Oui

**Si oui, indiquez les établissements et les noms des professionnels, ex :**  
 Orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychoéducateur, psychologue, éducateur spécialisé.

- CIUSSS MCQ (Mauricie-et-Centre-du-Québec) : Nom du(des) professionnel(s)
- CLSC Suzor-Côté ou CLSC de l'Érable : \_\_\_\_\_
- CRDP InterVal : \_\_\_\_\_
- CRDI : \_\_\_\_\_
- 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**

<b>L'école sera attribuée en fonction de l'adresse du répondant principal.</b> CHOIX DE LA FORMULE (Si le choix s'offre à l'école ou si plus d'un groupe est formé à l'école.)	<b>Demande spéciale</b>
<b>Pour le volet parent : 8 rencontres parents-enfants</b> <input type="checkbox"/> <b>Jour</b> (8 rencontres de jour) <input type="checkbox"/> <b>Soir</b> (6 rencontres de soir + 2 jours) <input type="checkbox"/> Les deux choix me conviennent	
Pour le volet enfants seuls, les rencontres seront de jours.	

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 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 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 rencontres parents,  
Parent (ou tuteur)  
**afin que mon enfant bénéficie du Service d'animation Passe-Partout.**

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

**Pour les élèves nés à l'extérieur du Canada (statut d'immigration de l'élève):**

<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent	Résident non permanent : <input type="checkbox"/> Titulaire d'un permis d'études <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Titulaire d'une fiche de visiteur <input type="checkbox"/> Autre statut	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre
--	--	---

Le choix de répondre ou non à la précédente 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.