



ÉCOLE LA PASSERELLE

École la Passerelle
Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique (S.D. 93)

1509 Spring Creek Dr
Whistler BC V0N 1B1
Téléphone: (604) 932-9602
Télécopieur: (604) 932-9608

Formulaire d'inscription

ÉLÈVE

Nom légal _____
Prénom légal _____
Nom utilisé _____
Prénom utilisé _____
Autres prénoms _____
Genre _____ (M/F)
Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)
Document prouvant l'âge _____
Téléphone (rés.) _____

ADRESSE CIVIQUE

No. et rue _____
App _____ Municipalité _____
Province _____ Code postal _____

ADRESSE POSTALE (si différente de l'adresse civique)

LANGUES & AUTRES INFORMATIONS

Langue maternelle _____
Langue parlée à la maison _____
Langue la plus souvent utilisée _____
Pays ou province de naissance _____
Ville de naissance _____
Citoyenneté _____
Statut d'immigration _____

AUTORISATIONS

J'accepte que certaines données personnelles de mon enfant (nom, adresse, niveau, téléphone, photo, enregistrements vidéo et audio) soient transmises pour activités scolaires, si nécessaire, dans les cas suivants:

A.P.É (bottin téléphonique) _____ (O/N)
Transporteur scolaire _____ (O/N)
Photographe (photo d'école) _____ (O/N)
Site hypertoile _____ (O/N)
Médias (TV, radio, journal) _____ (O/N)
Participation aux excursions _____ (O/N)

Je confirme la véracité de ces informations.

Signature du parent / tuteur

Date

L'information contenue dans ce formulaire est conforme aux exigences de l'Acte scolaire de la Colombie-Britannique pour fins de rapports divers (inscription, budget, immobilisation, statistiques, analyses opérationnelles) pour le district et le ministère de l'Éducation. Ces informations sont confidentielles conformément à FOIPPA (*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*).

ALERTE _____

Date _____ Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____
Adresse _____
Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

___ Non ___ Oui
Si oui ___ Hors réserve
___ Sur la réserve (nom de tribu) _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin _____
Téléphone du médecin _____
Numéro CareCard _____
Problème de vue _____ (O/N)
Nature du problème _____
Lunettes _____ (O/N) Verres de contact _____ (O/N)
Problème d'ouïe _____ (O/N) Appareil auditif _____ (O/N)
Nature du problème _____
Allergies _____ (O/N) EpiPen _____ (O/N)
Si oui, lesquelles et précisez le traitement, si nécessaire

Asthme _____ (O/N) Bronchodilatateur _____ (O/N)

Médicaments _____

Diabète _____ (O/N) Besoin d'insuline _____ (O/N)

Épilepsie _____ (O/N) Type _____

Médicaments _____

Condition cardiaque _____ (O/N)

Nature du problème _____

Votre enfant est-il (elle) capable de participer pleinement au programme d'éducation physique? _____ (O/N)

Autres informations pertinentes _____



Formulaire d'inscription

PARENTS / TUTEURS

Garde de l'élève _____

Élève vit avec _____

- Lien avec l'élève _____

Nom _____

Prénom _____

Vit avec l'élève ____ (O/N)

Même adresse que l'élève ____ (O/N)

Si non, adresse _____

Parle français ____ (O/N)

Autres langues _____

Copie de correspondance ____ (O/N)

Prêt à faire du bénévolat ____ (O/N)

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Disponible au travail ____ (O/N)

Téléphone (cel.) _____

Contact d'urgence ____ (O/N) Ramassage ____ (O/N)

Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence ____

- Lien avec l'élève _____

Nom _____

Prénom _____

Vit avec l'élève ____ (O/N)

Même adresse que l'élève ____ (O/N)

Si non, adresse _____

Parle français ____ (O/N)

Autres langues _____

Copie de correspondance ____ (O/N)

Prêt à faire du bénévolat ____ (O/N)

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Disponible au travail ____ (O/N)

Téléphone (cel.) _____

Contact d'urgence ____ (O/N) Ramassage ____ (O/N)

Si oui, ordre d'appel en cas d'urgence ____

FRÈRES / SOEURS

- | | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nom | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ | 4. _____ |
| Prénom | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Lien avec l'élève | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Date de naissance | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Genre | _____ (M/F) | _____ (M/F) | _____ (M/F) | _____ (M/F) |
| École | _____ | _____ | _____ | _____ |

CONTACTS D'URGENCE (exclure parents / tuteurs et inclure un contact hors province, s'il y a lieu)

- Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlées _____

Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)
- Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlées _____

Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)

- Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlées _____

Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)
- Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés.) _____

Téléphone (bur.) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlées _____

Ordre d'appel en cas d'urgence ____ Ramassage ____ (O/N)