Galileo Galilei

École canadienne

FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ENFANT

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : ___ /___ / _____

Sexe de l'enfant : ☐ F ☐ G

Garde légale de l'enfant

☐ Parents ☐ Mère exclusivement ☐ Père exclusivement ☐ Grands-parents

☐ Tuteur

Nom et Prénom du tuteur : _____

Lien avec l'enfant : _____

Scolarité

Nom de la dernière école fréquentée : _____

Classe : _____

☐ Non applicable

Langues

Langue usuelle de l'enfant : _____

Langues parlées à la maison : _____

2. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES PARENTS

Mère

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse de la mère si elle diffère de celle de l'enfant :

_____

Numéro de téléphone : _____

Adresse de courrier électronique ***fonctionnelle*** où on peut vous joindre à tout moment :

_____

Père

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse du père si elle diffère de celle de l'enfant :

_____

Numéro de téléphone : _____

Adresse de courrier électronique ***fonctionnelle*** où on peut vous joindre à tout moment :

_____

Tuteur légal (fournir une procuration)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse du tuteur si elle diffère de celle de l'enfant :

_____

Numéro de téléphone : _____

Adresse de courrier électronique ***fonctionnelle*** où on peut vous joindre à tout moment :

_____

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (avertir l'administration à l'avance)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

3. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA FRATRIE

Nom et prénom des frères et sœurs	Date de naissance

4. URGENCE — Champ obligatoire

En cas d'urgence, si les parents ou le tuteur ne peuvent pas être joints par téléphone, l'école devrait appeler :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Numéro de téléphone : _____

5. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA SANTÉ DE L'ENFANT — Champ obligatoire

Médecin traitant

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : Fixe : _____ Portable : _____

Allergies et conditions médicales

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaires ou autres) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Votre enfant souffre-t-il d'une ou plusieurs condition(s) médicale(s) spécifique(s) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Votre enfant doit-il prendre des médicaments de façon régulière ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

6. SERVICES PROPOSÉS (soumis à des frais)

Je souhaite que mon enfant bénéficie des services suivants et je m'engage à lui faire respecter les règlements propres à ce(s) service(s) :

Service	OUI	NON
Cantine (inclut la garde)	☐	☐
Garde seulement	☐	☐
Transport	☐	☐
Club	☐	☐

7. DOCUMENTS, RÈGLEMENT ET AUTORISATIONS

✓	DOCUMENTS EXIGÉS
☐	6 photos d'identité
☐	Fiche d'inscription dûment complétée
☐	Extrait de naissance
☐	Attestation médicale de bonne santé
☐	Copie des cartes CIN des parents
☐	Copie du carnet de vaccination
☐	Rapports médicaux et de spécialistes s'il y a lieu (troubles d'apprentissage, handicaps, etc.)
☐	Copie du dernier bulletin scolaire s'il y a lieu

✓	RÈGLEMENT
☐	107 DT de frais de test de positionnement

✓	AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS
☐	Autorisation pour une tierce personne de récupérer mon enfant à l'école
☐	Engagement pour le respect de l'échéancier du règlement des frais de scolarité
☐	Engagement pour le respect du code de conduite
☐	Autorisation pour l'enseignement de la science religieuse
☐	Autorisation parentale pour l'administration de médicaments à l'école
☐	Engagement pour la consultation ophtalmologique
☐	Autorisation de prise de contact avec médecins et/ou spécialistes
☐	Engagement pour le paiement ou le remboursement des frais de transport en cas d'accident
☐	Discipline et/ou difficultés d'apprentissage : autorisation de filmer des séquences de l'enfant à la seule intention des parents
☐	Autorisation de publier une photographie, une vidéo, une image ou un enregistrement sonore d'un élève
☐	Attestation de lecture du Guide des parents