



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Preuve de naissance : Oui / Non Papiers d'immigration : Oui / Non École antérieure : _____

Carnet d'immunisation : Oui / Non Comité d'admission : Oui / Non _____

Transport : Laissez-passer Autobus jaune Demande de dossier : Oui / Non _____

Date d'entrée à l'école : A / M / J Niveau : _____ Programme de concentration : _____

Trillium Carte de l'élève Dossier demandé Formulaire pour le transport

ALF : Oui Non PDF : Oui Non CIPR : Oui Non PEI : Oui Non

Comment avez-vous entendu parler de notre école?

Proximité : école du quartier Internet : moteur de recherche hyperlien site CEPEO

Référence par : membre de famille collègue ami(e) voisin Partenaire : Welcome Wagon Garderie CPE

Publicité : journaux radio télévision panneau réclame publipostage Centre communautaire Agent d'immeuble

Événement : foire kiosque activité communautaire Autre : spécifiez _____

ÉLÈVE

Nom de famille (selon l'acte de naissance) Prénom (selon l'acte de naissance) Sexe Date de naissance (A/ M/J)

No. / Rue Casier postal No. d'app. Ville Code postal No. de téléphone

No. d'assurance médicale (O.H.I.P.) Condition médicale (allergie, maladie, médicament, épipen)

L'élève a-t-il fait l'objet d'un renvoi d'une autre école? Oui Non

Frère / sœur : Oui Non

Si oui, veuillez inscrire leur(s) nom(s) et leur niveau : _____

Langue maternelle : _____

Langues parlées à la maison : _____

STATUT citoyen canadien réfugié immigrant reçu résident permanent ambassade autochtone autre statut

Né(e) au Canada : Province : _____

Si le pays de naissance n'est pas le Canada :
Pays de naissance : _____
Date d'arrivée au Canada : _____
Dernier pays de résidence : _____

SCOLARISATION

Nombre total d'années passées à l'école : _____ En commençant par la dernière école fréquentée, compléter le tableau ci-dessous.

ANNÉE	NIVEAU	ÉCOLE	VILLE	PAYS

COMMENTAIRES :

URGENCE

Nom de famille Prénom Même adresse que l'élève

Adresse Lien avec l'élève

No. de téléphone (maison) No. de téléphone (bureau) No. de téléphone (cellulaire) Courriel

MÈRE <input type="checkbox"/> OU TUTRICE <input type="checkbox"/>			PÈRE <input type="checkbox"/> OU TUTEUR <input type="checkbox"/>		
Nom de famille		Prénom	Nom de famille		Prénom
Même adresse que l'élève <input type="checkbox"/>			Même adresse que l'élève <input type="checkbox"/>		
No. / Rue		No. d'app.	No. / Rue		No. d'app.
Ville	Code postal	No. de pagette	Ville	Code postal	No. de pagette
No. de téléphone (maison)		No. de téléphone (bureau) Poste	No. de téléphone (maison)		No. de téléphone (bureau) Poste
No. de téléphone (cellulaire)		Courriel	No. de téléphone (cellulaire)		Courriel
Lieu de naissance	Langue parlée	Religion	Lieu de naissance	Langue parlée	Religion
DROIT DE GARDE	STATUT <input type="checkbox"/>	citoyen canadien <input type="checkbox"/>	DROIT DE GARDE	STATUT <input type="checkbox"/>	citoyen canadien <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		résident permanent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		résident permanent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

Lieu d'embarquement : De la maison De chez la gardienne Autre Précisez : _____

Après les classes, l'élève retourne : À la maison

Autre , Préciser : _____

L'élève demeure avec :

Les deux parents Garde partagée* Le père seulement* Tuteur/Tutrice* La mère seulement*

* Document légal à l'appui, obligatoire dans les cas indiqués

Nom du conjoint/conjointe (s'il y a lieu) : _____

Le conjoint/ La conjointe a droit aux renseignements pertinents à l'enfant : Oui Non

Autre , préciser : _____

CONSENTEMENT (en signant ce formulaire le consentement est donné)

- Je consens à ce que les renseignements d'ordre pédagogique, psychologique, médical ou autres soient transmis au Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario par le conseil dont relève présentement mon enfant [dont je relève] afin de mieux effectuer son [mon] placement.
- J'autorise l'école à administrer à mon enfant mineur, les tests standardisés prescrits par le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario.

Signature du parent/du tuteur/de la tutrice/élève adulte : _____ Date : _____

N.B.

- Le placement final demeure la responsabilité de la direction de l'école.
- Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur l'éducation et de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés par le personnel administratif et le personnel des écoles. Toute requête au sujet de cette collecte de renseignements devrait être adressée au Directeur de l'éducation du Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario, à l'adresse suivante :
2445, boul. St.Laurent, Ottawa (ON) K1G 6C3

Signature du parent/tuteur/élève adulte : _____ Signature de la direction : _____

Date : _____ Date : _____