



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 _____

ADRESSE CIVIQUE

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

ADRESSE POSTALE (Si différente de l'adresse civique)

LANGUES & AUTRES INFORMATIONS

Langue primaire _____
Langue couramment utilisée _____
Ville de naissance _____
Province / pays _____
Citoyenneté(s) _____
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 requis, 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)
Page Facebook de l'école _____(O / N)

Je confirme la véracité de ces informations.

Signature du parent / tuteur _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

ALERTE _____

Niveau _____

ÉCOLE PRÉCÉDENTE

District _____ École _____

Adresse _____

Téléphone _____

ORIGINE ANCESTRALE AUTOCHTONE

_____(O / N) Si oui, _____ Hors réserve _____ Sur la réserve

Nom de tribu _____

INFORMATION MÉDICALES

Nom du médecin _____

Téléphone du médecin _____

Numéro CareCard _____

Problème de vue _____(O / N)

Nature du problème visuel _____

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 préciser le traitement requis**

Asthme _____(O / N) Utilisation de 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)

Nature de la limitation physique _____

Autres informations pertinentes _____

L'information contenue dans ce formulaire est conforme aux exigences de l'Acte scolaire de la Colombie-Britannique pour fin 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*).



PARENTS / TUTEURS

Garde de l'élève _____

1 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)

Bénévolat scolaire _____(O / N)

Téléphone (rés) _____

Téléphone (bur) _____

Téléphone (cel.) _____

Disponible au travail _____(O / N)

Contact d'urgence _____(O / N) Ramassage_____ (O / N)

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

Élève vit avec _____

2 Lien avec l'élève _____

Nom _____

Prénom _____

Vit avec l'élève _____(O / N)

Vit avec l'élève _____(O / N)

Si non, adresse _____

Parle français _____(O / N)

Autres langues _____

Copie de correspondance_____ (O / N)

Bénévolat scolaire _____(O / N)

Téléphone (rés) _____

Téléphone (bur) _____

Téléphone (cel.) _____

Disponible au travail _____(O / N)

Contact d'urgence _____(O / N) Ramassage_____ (O / N)

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

FRÈRES / SOEURS

Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Date de naissance _____

Genre (M / F) _____

École _____

CONTACTS D'URGENCE (Exclure parents / tuteurs. Inclure un contact hors-province, s'il y a lieu)

Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés) _____

Téléphone (bur) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlés _____

Ordre d'appel en cas d'urgence_____ Ramassage_____ (O / N)

Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'élève _____

Téléphone (rés) _____

Téléphone (bur) _____

Téléphone (cel.) _____

Langues parlés _____

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)

ADHÉSION AU CONSEIL SCOLAIRE FRANCOPHONE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

AFFIRMATION

(Référence : politique P-301)

Nom de famille : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Ville : _____
Province : _____	Code postal : _____
No de téléphone : _____	Adresse courriel : _____
J'accepte de partager mon courriel avec les candidats aux élections scolaires	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas
J'accepte de partager mon adresse avec les candidats aux élections scolaires	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas

*En inscrivant votre adresse courriel dans l'espace ci-dessus, vous consentez à recevoir des consultations sur les politiques du CSF, des sondages reliés à son fonctionnement, des communiqués, de l'information, incluant des renseignements sur les candidates et candidats durant les élections scolaires. Le CSF ne partage pas l'adresse courriel et les informations personnelles avec d'autres organismes. **Après remplissage du formulaire, veuillez le déposer dans l'une de nos écoles ou par courriel : adhesion@csf.bc.ca***

Pour toute personne POSSÉDANT la citoyenneté canadienne	Pour toute personne NE POSSÉDANT PAS la citoyenneté canadienne
--	---

Je, soussigné(e) _____, affirme que
(cocher la ou les sections appropriées ci-dessous)

- a) j'ai la citoyenneté canadienne
- b) je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____
(année/mois/jour)

c) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) :

- Ma langue première apprise et encore comprise est le français
- J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :

Nom de l'école _____

Nom de la ville _____

Nom du pays _____

L'un de mes enfants a reçu ou reçoit son instruction au niveau primaire ou secondaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :

Nom de l'école _____

Nom de la ville _____

Nom du pays _____

Je, soussigné(e) _____, affirme que
(cocher la ou les sections appropriées ci-dessous)

- a) j'ai la résidence permanente
- b) je possède un permis de travail
- c) je possède un permis d'étude supérieure
- d) je suis réfugié(e)
- e) je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____
(année/mois/jour)

f) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) :

- Ma langue première apprise et encore comprise est le français
- J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :

Nom de l'école _____

Nom de la ville _____

Nom du pays _____

L'un de mes enfants a reçu ou reçoit son instruction au niveau primaire ou secondaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :

Nom de l'école _____

Nom de la ville _____

Nom du pays _____

Signé à (ville) : _____ Province : _____ Date : _____

Signature : _____ Signature d'un témoin : _____

****Ne remplir la section ci-dessous que si vous avez des enfants****

Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom de l'école d'inscription

****Réservé à l'administration****

Signature du secrétariat	Signature de la direction	Date
--------------------------	---------------------------	------





ÉCOLE LA GRANDE OURSE
J'apprends en français

ÉCOLE LA GRANDE-OURSE
Conseil Scolaire Francophone
3490 Fulton Ave
P.O. Box 1090
Smithers, BC V0J 2N0

téléphone : 778-648-2144

ecole_lagrandeourse@csf.bc.ca

CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE VOTRE COURRIEL

Nom de ou des enfants
(lettres moulées)

Nom du parent, tuteur, tutrice (lettres moulées)

Nom du parent, tuteur, tutrice (lettres moulées)

En inscrivant votre adresse courriel dans l'espace ci-dessous, vous consentez à recevoir des communications du CSF ou de l'école concernant nos activités et services (repas chauds, sorties éducatives, activités parascolaires, collectes de fonds, transport pour sorties éducatives et parascolaires) et toute autre communication jugée nécessaire par l'école (intempéries, fermeture d'école, information sur le transport scolaire, santé et sécurité, information concernant votre enfant) ainsi que des communication provenant des partenaires du CSF et de l'APÉ.

Nom du parent (lettres moulées)

Adresse courriel

Nom du parent (lettres moulées)

Adresse courriel

Signature du parent, tutrice, tuteur

Date

Signature du parent, tutrice, tuteur

Date

Liste des documents à retourner/apporter à l'école – List of documents to return or bring to school

Formulaire d'inscription/*Student enrolment information*

Formulaire d'admissibilité au Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique /*Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique Eligibility Form*

Formulaire de consentement photo et enregistrement vidéo et audio/*Photographs, video and audio recording consent form*

Formulaire de consentement à l'utilisation de votre courriel/*Consent to use your email form*

Statut au Canada de l'enfant (Certificat de naissance l'enfant / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) / *Child Canadian Status (Birth certificat / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Statut au Canada d'un des parents (Certificat de naissance / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) *Parents Canadian Status (Birth certifica / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Preuve de tutelle (Certificat de naissance avec noms des parents / Ordonnance de la cours / Autre) / *Proof of guardianship (Birth certificate with parents' names / Tax bill with declared children / Court Order / Others)*

Pièce d'identité avec photo de la mère et du père / *Both parents' identity card with photo*

BC Services Card (*Carecard*)

Preuve de résidence (contrat de location ou d'achat / permis de conduire / factures d'un service publique / Autre) *Proof of residency (Renting or house contract / Driver's licence / Public service invoice / Other)*

Carnet de vaccinations / *immunisation records*

Signature du parent : _____

Date: _____

Signature de la secrétaire : _____

Date: _____

Signature de la direction : _____

Date: _____