

1. RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION (écrire en lettres moulées)		
CODE PERMANENT _____ - _____ NO DE FICHE _____ GR-REP _____	SEXE Masculin Féminin Non binaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR _____ _____ _____
NOM et PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____ AUTRES PRÉNOMS _____ LIEU DE NAISSANCE (Ville, Province ou Pays) _____ LANGUE MATERNELLE _____ RANG DANS LA FAMILLE : ___ SUR ___ (Exemple : 2° sur 3 enfants) _____ LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____		
2. REpondant(S)		
NOM et PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays) _____ ADRESSE COURRIEL _____ LIEN AVEC L'ENFANT _____ ADRESSE DU DOMICILE _____ CASE POSTALE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____ APPELS POUR LES ABSENCES : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS		
NOM et PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays) _____ ADRESSE COURRIEL _____ LIEN AVEC L'ENFANT _____ ADRESSE DU DOMICILE _____ CASE POSTALE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____ APPELS POUR LES ABSENCES : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS		
3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FRÉQUENTATION ANTÉRIEURE		
L'ÉLÈVE FRÉQUENTE UNE ÉCOLE EN 2024 -2025 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI : NOM DE L'ÉCOLE _____ CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE OU INSTITUTION PRIVÉE _____ LANGUE D'ENSEIGNEMENT _____ NIVEAU SCOLAIRE de l'année courante _____ SI NON, l'enfant était : <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> au CPE <input type="checkbox"/> en garderie en milieu familial <input type="checkbox"/> en garderie privée		
4. TRANSFERT DU DOSSIER ACADÉMIQUE (élève mineur)		
ADVENANT LE DÉPART DE MON ENFANT, J'AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA BAIE-JAMES À TRANSFÉRER SON DOSSIER ACADÉMIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
5. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI INSCRIT L'ENFANT ou DE L'ÉLÈVE MAJEUR		
X _____ SIGNATURE (répondant ou élève majeur)		_____ DATE

6. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT L'INSCRIPTION (à l'usage de l'organisme scolaire)

J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :

 Permis de conduire Autre : __________
ÉCOLE_____
SIGNATURE_____
DATE**JOINDRE À LA DEMANDE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ORIGINAL OU UNE COPIE CERTIFIÉE CONFORME À CELUI-CI****FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE****RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION**

AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : _____

(autre que celui qui a la garde de l'enfant)

NOM ET PRÉNOM_____
TÉLÉPHONE**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)**

NUMÉRO CARTE ASSURANCE MALADIE : _____

DATE D'EXPIRATION : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? NON OUI (ex.: asthme, diabète, TDAH, autre...)

PRÉCISEZ : _____

PREND-IL DES MÉDICAMENTS (ou pompes) RÉGULIÈREMENT? NON OUI PRÉCISEZ : _____A-T-IL DES ALLERGIES? NON OUI PRÉCISEZ : _____QUELLES SONT SES RÉACTIONS AUX ALLERGIES : _____ Doit-il prendre EPIPEN TWINJECT AUTRE : _____VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE? NON OUI PRÉCISEZ : _____VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL AUDITIF? NON OUI PRÉCISEZ : Oreille D Oreille G VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER : - LUNETTES - VERRES DE CONTACT - NON-APPLICABLE VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL DENTAIRE? NON OUI

JE SOUSSIGNÉ, AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA BAIE-JAMES À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE FICHE DE SANTÉ À L'INFIRMIER (IÈRE) SCOLAIRE OU À L'HYGIÉNISTE DENTAIRE?

OUI NON

X _____

SIGNATURE (répondant)

DATE**N.B. : TOUT CHANGEMENT DANS LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT EN COURS D'ANNÉE (HOSPITALISATION, ACCIDENT OU AUTRE), DEVRA ÊTRE IMMÉDIATEMENT SIGNALÉ À L'ÉCOLE ET À L'INFIRMIER (ÈRE) SCOLAIRE POUR ASSURER UN MEILLEUR SUIVI POUR VOTRE ENFANT.****AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE**

EN CAS D'URGENCE, MALADIE OU ACCIDENT, JE, SOUSSIGNÉ, PERMETS AUX AUTORITÉS SCOLAIRES D'AGIR EN PERSONNE RESPONSABLE AUPRÈS DE MON ENFANT ET DE PRENDRE LES DÉCISIONS JUGÉES ADÉQUATES D'APRÈS LES CIRCONSTANCES.

OUI NON

X _____

SIGNATURE (répondant)

DATE**N.B. : CE DOCUMENT FAIT PARTIE DU DOSSIER DE L'ÉLÈVE. LES RENSEIGNEMENTS DU PRÉSENT DOCUMENT SONT À LA DISPOSITION DU PERSONNEL RESPONSABLE (INFIRMIÈRE, PERSONNEL ENSEIGNANT, RESPONSABLE DES PREMIERS SOINS) AU BESOIN. LA FICHE DE SANTÉ EST CONSERVÉE À L'ÉCOLE.**