



École/Collège régional Gabrielle-Roy
310 A, chemin Lamoureux
Île-des-Chênes (MB) R0A 0T1
Téléphone : (204) 878-2147 Télécopieur : (204) 878-3495
Courriel : gabrielle.roy@dsfm.mb.ca Site web : groy.dsfm.mb.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / INFORMATION 2020-2021

Renseignements au sujet de l'enfant et des parents/tuteurs

Niveau : _____

Nom de famille :	Prénom(s) :
Date de naissance (jour/mois/année) :	Sexe (M/F) :

Adresse postale :	
Adresse légale :	
Section/Canton/Rang :	911 :
Municipalité :	Transport requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom de la dernière école à laquelle votre enfant était inscrit :
--

Garde légale de l'enfant : Parents Un parent exclusivement Tuteur

S'il y a une ordonnance d'un tribunal ou tout autre document légal portant sur la garde ou la tutelle de l'élève, une copie de ce document doit être remise à la direction de l'école et placée dans le dossier scolaire de l'élève.

Existe-t-il un tel document? Oui Non

Langues parlées le plus fréquemment à la maison : français anglais français/anglais également autre :

Parent <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Courriel :	Parle français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* si différente de celle de l'enfant		
Adresse postale :		
Adresse légale :		
Section/Canton/Rang :	911 :	
Transport requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Parent <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Courriel :	Parle français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* si différente de celle de l'enfant		
Adresse postale :		
Adresse légale :		
Section/Canton/Rang :	911 :	
Transport requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Tuteur Légal	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Courriel :	Parle français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* si différente de celle de l'enfant		
Adresse postale :		
Adresse légale :		
Section/Canton/Rang :	911 :	
Transport requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Champ d'identité autochtone : Le ministère cherche à appuyer la formation des élèves de souche autochtone. Afin d'atteindre cet objectif et de mieux planifier nos programmes scolaires, nous vous invitons à compléter le tableau ci-dessous quant à votre descendance autochtone, s'il y a lieu.

Premières Nations Métis Inuit

Vous pouvez aussi cocher jusqu'à deux identités culturelles et linguistiques autochtone parmi les choix suivants :

Déné (Sayisi) Dakota Oji-Cri Anishinaabe (Ojibway et Saulteaux)

Michif Inuktitut Ininiw Autochtone - Autre (précisez) :

En cas d'urgence, si l'école ne peut pas rejoindre les parents/tuteurs, SVP communiquer avec :

Contact d'urgence # 1	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Contact d'urgence # 2	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Contact d'urgence # 3	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Gardien.ne	Nom :	
Adresse :	Transport requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	

Est-ce que votre enfant est l'ainé.e de la famille ? Oui Non

Prénoms des frères et soeurs d'âge scolaire et préscolaire		
Prénom	Genre	Date de naissance (jour/mois/année)

Acceptez-vous que votre nom et numéro de téléphone soient communiqués au comité scolaire de l'école? Oui Non
Acceptez-vous que votre nom et numéro de téléphone soient communiqués à la coordonnatrice du CPEF? Oui Non

Santé

No d'identification personnelle de votre enfant (9 chiffres) :
No d'immatriculation de Santé Manitoba de la famille (6 chiffres) :
Est-ce que votre enfant souffre d'allergies? Si oui, précisez :
Est-ce que votre enfant souffre d'une condition médicale? Si oui, précisez :
Contraintes alimentaires? Si oui, précisez :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, référez-vous à la directive administrative **PROGSAE-03** et remplissez le formulaire **PROGSAE-03b** (disponible au secrétariat de l'école).

Est-ce que votre enfant doit porter un auto-injecteur **Epi-pen** sur lui/elle en tout temps? Oui Non

Est-ce que votre enfant a un plan de santé URIS? Oui Non

Avis aux parents

Il incombe aux parents de prévenir l'école de tout changement dans l'information rapportée ci-dessous. En mettant cette information à la disposition de l'école, il sera possible d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Je soussigné, _____, inscris mon enfant, _____, reconnaissant que cette école est une école française. Par conséquent, je m'engage à coopérer pleinement aux objectifs de l'école, c'est-à-dire de communiquer en tout temps en français et de participer aux activités de cette école afin d'enrichir son identité culturelle française.

Signature d'un parent/tuteur : _____

Mission

Assurer l'épanouissement de chaque apprenante et apprenant dans une perspective d'inclusion et de respect au profit de la communauté franco-manitobaine d'aujourd'hui et de demain.

Apprendre et grandir ensemble