



Division scolaire franco-manitobaine

C.P. 204, 1263, chemin Dawson

Lorette (Manitoba) R0A 0Y0

Téléphone : 204 878-9399

Télécopieur : 204 878-9407

Courriel : dsfm@dsfm.mb.ca

Site web : www.dsfm.mb.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / INFORMATION

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

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| 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 Sauteaux)

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 : | | |
| 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 : |
| |

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.

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