



**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

### 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 :

<b>Parent</b> <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		

<b>Parent</b> <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		

<b>Tuteur Légal</b>	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 :**

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

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

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

<b>Gardien.ne</b>	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**