



**École de l'Anse-au-Sable**  
**675 Chemin Lequime**  
**Kelowna, C.-B. V1W 1A3**  
**250-764-2771 anseausable.csf.bc.ca**  
**Formulaire d'inscription de l'élève**  
**2022-2023**

Alerte 

PEN #  
 \_\_\_\_\_

**PRE-MATERNELLE : Votre enfant doit être âgé de 5 ans au 31/12/22. SVP soumettre original du certificat de naissance, ainsi que le carnet de santé.**

**Renseignements personnels de l'élève**

Prénom: \_\_\_\_\_ Autre(s) prénom(s) : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Sexe : M F    Date de naissance : \_\_\_\_\_ Mois/jour/année    Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la dernière école fréquentée : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EST-CE QUE VOTRE ENFANT A REÇU LES SERVICES SUIVANTS :**

éducation spécialisée (PAP)     orthopédagogie     ergothérapie  
 comportement (PAP)     orthophonie     douance

**Renseignements démographiques**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

L'enfant vit avec : mère  père  tuteur  autre \_\_\_\_\_ (S.V.P. précisez)

**Renseignements sur le français**

Langue parlée à la maison : français  anglais  autre \_\_\_\_\_ (SVP précisez)

	Nom	Comprend le français	Parle le français	Lit le français	Écrit le français
Mère/tuteur		oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
Père/tuteur		oui / non	oui / non	oui / non	oui / non

**Antécédents autochtones**

Si vous avez un ancêtre autochtone ou métis, veuillez cocher une des boîtes ci-dessus. Cette déclaration permet de recevoir plus de ressources pour appuyer l'apprentissage de votre enfant.

Origine autochtone : Oui / Non    Statut \_\_\_\_\_    Non statut \_\_\_\_\_

Numéro d'appartenance : \_\_\_\_\_

## Urgences

(Veuillez lister le nom et les numéros de téléphones des personnes à contacter en cas d'urgence)

	# de téléphone à la maison	# de téléphone au travail	# du cellulaire
Mère :			
Père :			
Autre personne :			
Nom :			

## Transport

Mon enfant voyagera par autobus scolaire : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

## Information médicale de l'enfant (confidentielle)

# de carte d'assurance maladie \_\_\_\_\_

- ALLERGIES/CONDITION MÉDICALE : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, s.v.p. veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

Besoin de traitement : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Précisez \_\_\_\_\_

**Au besoin d'administrer un médicament vous devez compléter un formulaire.**

- PROBLÈME D'OUÏE: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Appareil auditif : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Nature du problème : \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes à communiquer à l'enseignant.e de votre enfant : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il (elle) capable de participer pleinement au programme d'éducation physique? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si non, veuillez fournir une note d'exemption du médecin de famille car l'éducation physique est un cours obligatoire jusqu'en 10<sup>e</sup> année.

Note fournie: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du parent-tuteur \_\_\_\_\_

Où avez-vous entendu parler de notre école ? \_\_\_\_\_

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